

L'OSSERVAZIONE TEMPORANEA: OSPEDALE E TERRITORIO SI RINCORRONO. CHISSÀ CHE SI INCONTRINO!

Su questo numero (pag. 567) Guglia e collaboratori riferiscono sulla loro esperienza di "osservazione temporanea" in ospedale. Una modalità di "non ricovero" che permette di risparmiare, con soddisfazione di tutti, un ricovero su due (due ricoveri, si intende, che sarebbero stati in regola con i requisiti PRUO di appropriatezza). L'esperienza non è naturalmente isolata, si è affermata in molti ospedali, anche se non ha trovato sinora un soddisfacente riscontro amministrativo.

Questo contributo è l'ultimo in ordine di tempo pubblicato quest'anno da M&B sul tema della necessaria "rivisitazione" (vedi alle pagine 75, 150, 289, 419, 434, 442, 480, 482, 492) dell'assistenza pediatrica, un tema che ci sembra proceda a passo di corsa, specialmente nelle parole, ma, almeno anche un poco, come questa esperienza e altre "sperimentazioni" ci raccontano, anche nei fatti. Tra i fatti più concreti di quest'anno ricordiamo, oltre a quest'ultimo contributo sull'osservazione breve, la proposta-esperienza di Meneghelli di "continuità assistenziale" organizzata dai pediatri di famiglia nel "territorio impossibile" di Mestre-Venezia (che ha "desertificato" i letti ospedalieri, un effetto simile e potenzialmente convergente/concorrente con questo dell'osservazione breve), l'esperienza di terapia oncologica pediatrica in strutture territoriali (pagg. 420 e 442) nella Regione Piemonte, e la costituzione di un gruppo di lavoro formalizzato della SIP, fatto proprio per censire e vagliare sperimentazioni innovative (pag. 492).

Ospedale e Territorio sembrano rincorrersi senza incontrarsi. Il progetto di oncologia territoriale, al Congresso della SIP di Napoli in cui almeno 2 sedute sono state dedicate alla questione dei modelli di assistenza pediatrica, ha fatto volare molti malintesi, mettendo in evidenza, più nei sentimenti che nelle cose, la diffidenza reciproca tra categorie.

Il mutare rapido delle cose, la rivoluzione demografica, il cambiamento degli indici e dei bisogni di salute sembrano chiedere e provocare cambiamenti. A occhio e croce c'è bisogno di semplificare, e specialmente di embricare i livelli di assistenza, tenendo di vista, una volta tanto, la soddisfazione dell'operatore (professionale, non parliamo di quella retributiva, che forse può aspettare), senza la quale non ci può essere la soddisfazione dell'utente. I letti di ricovero e la loro periferizzazione perdono di importanza. Il bisogno di cure di alto livello, rarefatte sul territorio nazionale, si fa sempre più esigente, ma anche quello di un'assistenza ambulatoriale o semiambulatoriale specialistica e diffusamente disponibile. "Fare risultato", nel senso di fare prestazioni o di avere buoni DRG, è un fine non pagante, umiliante per chi lo richiede e per chi lo persegue. Il pediatra ospedaliero vuole sentirsi utile e, quando smette di andare "in cerca del risultato", quasi sempre ci riesce. Il pediatra di famiglia aumenta i suoi spazi culturali e il suo bisogno di fare bene, ma teme di diventare preda del suo paziente e cerca di difendersene; e nello stesso tempo teme che qualcun altro glielo voglia portar via. Il Pronto Soccorso e la sua estensione, l'osservazione breve, assieme all'ospedale di giorno configurano un nuovo modello possibile di pediatria

(semi)ospedaliera embricata con la pediatria di famiglia. In tutto questo si calcola che ogni anno ci saranno 400 pediatri in meno, un dato non senza peso.

Risale a febbraio la pubblicazione di un Manifesto per la Rinascita della Sanità, firmato da 9 "grandi medici" (di cui due pediatri), pubblicato sul *Corriere della Sera* (8 febbraio 2004). Il punto 2 del Manifesto riguarda "l'integrazione della specialistica ospedaliera e della medicina del territorio, nell'ambito di una rete assistenziale comune, con progetti di ricerca comuni". Un vecchio sogno, che è ormai quasi una necessità, ma non è detto che questo basti a renderlo concreto.

M&B

IL MONDO POVERO E LA QUESTIONE DEGLI AIUTI

Una parte marginale ma non piccola di questo numero riguarda il mondo povero: un bel contributo di Luigi Greco su un nuovo modo di nutrire i malnutriti nella parte elettronica (e in abstract sulla pagina verde), quattro Power Point pieni di belle immagini e di notizie essenziali su attività di collaborazione internazionale di gruppi pediatrici italiani (www.medicoebambino.com) e, infine, la Tavola Rotonda di Oltre lo Specchio.

Forse, qualcuno penserà che si tratta di una fissazione, e forse lo è. In realtà nessuno degli spazi tradizionalmente "medici" della Rivista viene invaso da questo materiale che potrebbe sembrare di contrabbando.

È vero però che la Rivista non si sente di rinunciare al ruolo di spettatore partecipe di "quel che succede nel mondo", anzi non potrebbe proprio farlo, senza tradire il suo compito, morire di noia e restare fuori dal tempo. E non solo per quel che riguarda il progresso scientifico, quel progresso travolgente di cui si finisce per avere quasi paura; non solo per quel che riguarda l'incalzare delle novità farmaceutiche, a cominciare dai vaccini e finendo con gli psicofarmaci, novità che ci vengono ormai tutte da fuori d'Italia e che muovono interessi e costumi globali; ma anche per aspetti come la femminilizzazione della medicina o il curriculum e i compiti del pediatra; o per la questione demografica, per la questione ambientale (che sarà la questione cruciale della generazione di cui ci stiamo occupando come pediatri); o per la faccenda delle guerre, anche e non solo perché le guerre uccidono prevalentemente bambini; e anche per la questione delle diseguaglianze.

Sì, quest'ultima ci tocca molto da vicino: anche perché le diseguaglianze producono sommovimenti cruciali (ogni diseguaglianza, per forza entropica, tende al livellamento, e le diseguaglianze di oggi hanno dimensioni continentali); e anche perché il mondo che *Medico e Bambino* sogna è un mondo che tende alla giustizia, in casa nostra, e quindi nel mondo che è la nostra grande casa.

Il problema degli aiuti si colloca qui.

Il mondo a cui pensiamo non è il mondo degli aiuti, ma il mondo delle autonomie, e semmai il mondo dove ciascuno di noi (di voi) potrà andare a lavorare e da dove verranno qui colleghi di altro colore a lavorare assieme a noi. Alcuni di noi pensano proprio che i Paesi poveri ce la faranno,

specialmente se i Paesi ricchi non continueranno a giocare sporco. Gli aiuti sono una cosa provvisoria, una cosa che non deve durare, gli aiuti che sono dovuti a una realtà in crescita come un bambino, un segno di amicizia per testimoniare che non tutto il mondo ricco gioca sporco, oppure per migliorare il mondo, o forse più poveramente per restituirci un'immagine migliorata di noi stessi. Ma anche questo (è il grande Gioco dello Specchio) ci costringerà a essere migliori per adeguarci a questa nostra nuova immagine.

L'Italia, da due anni, non paga il suo (programmato e pre-calcolato) tributo per quella che è, probabilmente, dopo la fame e l'analfabetismo, l'emergenza maggiore del mondo povero, l'AIDS. È una lotta (vedi anche in Oltre lo Specchio) che non è perduta in partenza, come molti potrebbero pensare, magari per sentirsi a posto con la coscienza. È una lotta che in Uganda e in Thailandia ha registrato importanti passi nel senso della riduzione, incredibilmente rapida, dei numeri di nuovi casi all'anno. È una lotta che, proprio in Uganda, ha registrato straordinari progressi nell'interruzione (o quasi) della trasmissione verticale a costi bassissimi. È una lotta nella quale anche gli Stati Uniti, tradizionalmente generosi ma non tanto, ricchi ma alle prese con un altissimo debito interno, ricchi ma molto più pesantemente impegnati di noi con la "guerra di pace" in Iraq, si sono impegnati con un contributo quantitativamente colossale per la prevenzione (condom). A contribuire a questa lotta per la salute il Governo italiano ha deciso, nei fatti, di non partecipare, collocando in Iraq la maggioranza delle risorse erogabili.

Anche questo è un problema. L'Italia attraversa un momento economico non facile. È giusto che impegni risorse pubbliche (accanto a quelle private, che costituiscono oggi un fiume tumultuoso, di cui il volontariato medico è parte preminente) negli aiuti al mondo povero? Ma tutto il mondo ricco attraversa un momento difficile, legato proprio alla sua ricchezza e alla conservazione dell'alto livello di benessere. Scegliere di "chiudersi" per proteggere la quotidianità vuol dire quasi allo stesso titolo risparmiare sugli investimenti (scuola, ricerca) e sull'impegno nel miglioramento del mondo. Forse esistono modelli di vita più "umani" del nostro, che vanno cercati anche al di là della questione strettamente economica. Essere o avere; vivere meglio con meno. Oppure puntare a una crescita più vera. Sembrano slogan, ma provate a considerarli come punti di riflessione.

Franco Panizon

LA FILOSOFIA DELLA CHIRURGIA MINI-INVASIVA

Il principio di "mini-invasività" in chirurgia pediatrica non è nuovo e precede senz'altro la disponibilità di nuove tecniche. Infatti, l'obiettivo di ridurre al minimo il danno tissutale durante un intervento chirurgico (di essere appunto "mini-invasivi") ha da sempre guidato il chirurgo pediatra. Obiettivo tanto più importante, in quanto la chirurgia delle malformazioni, la chirurgia gastroenterologica, la chirurgia toracica e l'urologia pediatrica passano tradizionalmente attraverso interventi invasivi, che necessitano di una laparotomia, di una toracotomia oppure di un intervento esteso su due cavità del corpo umano.

Negli anni '60 del secolo scorso, Rehbein in Germania sperimentò nuove tecniche endoscopiche per affrontare problemi difficili e complessi in chirurgia pediatrica, in particolare pubblicò la sua esperienza su una tecnica per canalizzare l'esofago in casi di atresia senza aprire il torace. Nel 1973 S. Gans negli Stati Uniti propose un approccio laparoscopico per la diagnostica delle malformazioni addominali e può essere considerato oggi come uno dei padri della chirurgia pediatrica mini-invasiva. Altri autori e chirurghi pediatri, come Gauderer negli Stati Uniti, hanno poi applicato tecniche endoscopiche per rimpiazzare tecniche chirurgiche (gastrostomia) con strategie mini-invasive (PEG/bottone). Nel reflusso vescico-ureterale meritevole di intervento chirurgico, lo STING (iniezione sottomucosa di sillicone a livello dello sbocco ureterale in vescica) ha quasi rimpiazzato l'intervento chirurgico classico nei centri specializzati.

Come la chirurgia generale nell'adulto, anche la chirurgia pediatrica si è giovata negli anni Novanta dello sviluppo tecnologico. Lo sviluppo della tecnologia di video-trasmissione, la strumentazione per coagulazione laparoscopica e il controllo vascolare, lo sviluppo di cucitrici meccaniche e della strumentazione di misure adattate a quelle del bambino rappresentano passi importanti nello sviluppo della videochirurgia pediatrica.

Nei primi anni della sua storia, la videochirurgia pediatrica ha trovato principalmente un'applicazione di tipo diagnostico (testicolo non palpabile; intersesso; malformazioni delle vie biliari; dolori addominali cronici), ma nel frattempo si è sviluppato anche l'uso operativo interventistico della laparoscopia e della toracosopia, che rappresentano oggi delle tecniche ben standardizzate di chirurgia pediatrica. Di fatto, circa il 60-70% degli interventi addominali e toracici viene oggi eseguito, almeno in strutture specializzate, in videochirurgia¹.

L'articolo di Esposito e collaboratori, pubblicato in questo numero, ci dà una panoramica sulle tecniche laparoscopiche più frequentemente utilizzate in chirurgia pediatrica. Gli autori descrivono, oltre alle tecniche, anche le indicazioni e riportano i risultati da loro ottenuti. La loro esperienza in laparoscopia pediatrica è senz'altro una delle più vaste e più lunghe in Italia. Nonostante ciò, l'esperienza riportata da Esposito e collaboratori si adatta anche a qualche riflessione critica: sulle indicazioni chirurgiche, sull'analisi dei risultati, sul confronto con i risultati ottenibili da tecniche mini-invasive diverse.

L'intervento laparoscopico per il varicocele, ad esempio, è senz'altro meno invasivo che l'approccio a cielo aperto, ma altre soluzioni mini-invasive sono possibili e vanno tenute presenti: l'intervento di Tauber (sclerotizzazione in anestesia locale) oppure l'embolizzazione. In questo contesto, l'intervento laparoscopico oppure anche retroperitoneoscopico, potrebbe essere considerato più invasivo che la sclerotizzazione oppure l'embolizzazione.

Il reflusso gastroesofageo rappresenta una delle indicazioni più importanti e più riconosciute per la chirurgia laparoscopica. Gli autori presentano i loro risultati assieme a quelli riportati in alcuni studi della letteratura internazionale. Va sottolineato che non esistono al momento studi prospettici randomizzati e controllati che confrontino l'intervento lapa-

roscopico con quello invasivo, anche se numerosi studi prospettici e comparativi ci danno alcune indicazioni^{2,3}:

- Il reflusso gastroesofageo può essere operato in videolaparoscopia con risultati e complicanze paragonabili alla chirurgia a cielo aperto.
- Una gastrostomia in sito non è una controindicazione alla chirurgia del RGE in laparoscopia.
- In casi con scoliosi severa l'approccio endoscopico può permettere una visibilità superiore a quella della chirurgia tradizionale.
- Il percorso post-operatorio dopo l'intervento laparoscopico è caratterizzato da meno dolori addominali e da minor compromissione della funzione polmonare, soprattutto nei pazienti pediatrici neurolesi.
- Il risultato estetico è superiore e la quota di complicanze (infezioni, aderenze, formazioni di briglie) è più bassa che in chirurgia a cielo aperto.

Per tutte queste ragioni, l'approccio laparoscopico dovrebbe essere l'intervento standard nella chirurgia del reflusso gastroesofageo nel bambino e nell'adolescente. L'esperienza del nostro gruppo ci conferma che tutto questo vale anche per gli interventi nel caso di recidiva di reflusso gastroesofageo in soggetti già operati di plastica anti-reflusso oppure in situazioni complesse già sottoposti in precedenza a intervento chirurgico (atresia esofagea, ernia diaframmatica). In questi casi si calcola che la probabilità di dover convertire l'intervento laparoscopico in quello classico è di circa il 10%, un rischio sufficientemente accettabile per giustificare sempre l'approccio laparoscopico in prima battuta.

L'utilizzo di interventi mini-invasivi per altre patologie pediatriche frequenti (come l'ernia inguinale, l'ipertrofia pilorica, i tumori) rimane ancora molto discusso e non vi è, al riguardo, accordo in letteratura. Gli autori descrivono il loro approccio all'ernia inguinale come un intervento standard in chirurgia pediatrica. Peraltro, per quanto esista in letteratura la segnalazione della utilità della laparoscopia diagnostica per escludere la presenza di un'ernia controlaterale, questa procedura non è al momento universalmente accettata e la terapia laparoscopica dell'ernia inguinale viene utilizzata soltanto da pochi gruppi a livello internazionale. Non va tra l'altro dimenticato che, nel caso dell'ernia inguinale, la quota di recidive è notevolmente più alta che in chirurgia a cielo aperto⁴. Inoltre, in questi casi, qualora si scelga l'intervento laparoscopico, è sempre necessaria l'anestesia generale con intubazione, mentre la chirurgia tradizionale richiede normalmente soltanto l'anestesia regionale e la sedazione. Il caso dell'ernia inguinale costituisce di fatto un chiaro esempio di una situazione in cui la cosiddetta chirurgia mini-invasiva richiede un approccio anestesiológico più invasivo. L'intervento laparoscopico può essere comunque effettivamente utile per confermare la diagnosi nei casi di ernia recidivante.

Senza dubbio, esistono altre condizioni nelle quali la laparoscopia o la toracoscopia rappresentano, per il chirurgo pediatrico, le tecniche di approccio standard: la splenectomia, le biopsie mediastiniche, i testicoli addominali, le cisti ovariche.

Un possibile sviluppo dell'approccio mini-invasivo in chirurgia pediatrica è probabilmente l'atresia esofagea. Il centro

di Utrecht ha recentemente riportato la sua esperienza su una serie di 30 pazienti con atresia esofagea operati per via toracoscopica con risultati paragonabili alla chirurgia a cielo aperto. E ancora, l'intervento della tecnica laparoscopica assistita di Keith Georgeson nel caso di ano imperforato rappresenta un esempio di approccio mini-invasivo a una malformazione complessa, con risultati buoni, a breve e forse anche a lungo termine, almeno nel senso di risultati funzionali⁵, rispetto alla chirurgia tradizionale. La nostra piccola esperienza conferma questa osservazione. Infine vorremmo ricordare anche l'intervento di Nuss (impianto di una barra in assistenza toracoscopica senza grandi incisioni) nel caso di pectus excavatum, intervento che ha cambiato l'approccio chirurgico a questa patologia, come abbiamo potuto constatare anche nella nostra esperienza.

Quando si parla del futuro della chirurgia pediatrica, si nomina spesso il "robot". Si tratta di un sistema complesso, che assiste il chirurgo e ne "traduce" i movimenti: il chirurgo lavora davanti a un monitor accanto al paziente, utilizzando strumenti di tipo endoscopico. Purtroppo, per il momento non esistono sul mercato uno strumento e una tecnica adattata alla chirurgia pediatrica. Se nel futuro lo strumentario e la misura del robot saranno compatibili con le dimensioni pediatriche, il robot ci aiuterà senz'altro a perfezionare e accelerare gli interventi complicati e difficili in laparoscopia.

In conclusione, la laparoscopia e la toracoscopia in chirurgia pediatrica sono diventate tecniche sufficientemente standardizzate almeno nei centri specializzati. In tanti casi, più che di chirurgia "mini-invasiva", si dovrebbe parlare di chirurgia "con accesso minimo". Infatti, questo tipo di intervento si distingue da quello a cielo aperto solo perché evita una grande incisione o una laparotomia o una toracotomia e tutti i problemi e le complicanze connesse alla grande ferita chirurgica.

Ma non andrebbe dimenticato che la chirurgia è solo in parte responsabile dell'invasività dell'intervento e altri aspetti (anestesia) vanno tenuti in conto per definire quanto l'intervento stesso sia realmente invasivo.

Mini-invasività è una filosofia, non soltanto una tecnica.

**Jurgen Schleef, UO di Chirurgia Pediatrica
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste**

Bibliografia

1. Ure BM, et al. Laparoscopy in infants and children: a prospective study on the feasibility and the impact on routine surgery. *J Pediatr Surg* 2000;35:1170-3.
2. Steyaert H, et al. Long-term outcome of laparoscopic Nissen and Toupet fundoplication in normal and neurologically impaired children. *Surg Endosc* 2003;17:543-6.
3. Van der Zee DC, et al. Long-term results after laparoscopic Thal procedure in children. *Semin Laparosc Surg* 2002;9:168-71.
4. Schier F, et al. Laparoscopic inguinal herniography in children: a three center experience with 933 repairs. *J Pediatr Surg* 2002;37:395-7.
5. Sydorak RM, Albanese CT. Laparoscopic repair of high imperforate anus. *Semin Pediatr Surg* 2002;11:217-25.