

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

IL GRAFFIO **Dagli all'untore**



C'è molto che riguarda i bambini, molto di pediatrico, nei primi provvedimenti operativi presi dal nuovo governo del Friuli Venezia Giulia. Ma non riguarda il dimensionamento e la razionalizzazione della rete di assistenza pediatrica né la definitiva chiusura di pediatrie e punti nascita di difficile giustificazione (sette, attualmente, per una Regione di un milione di abitanti con meno di novemila nati all'anno e un IRCCS pediatrico a disposizione...). Ché, anzi, si parla di riaprirne uno appena chiuso. I primi provvedimenti operativi del nuovo Governo della Regione in cui vivo e in cui, in un modo o nell'altro, continuo a fare il pediatra, riguardano invece la soppressione di ogni investimento per l'accoglienza, la scolarizzazione e l'integrazione sociale dei bambini migranti. Detto-fatto. D'urgenza, da un giorno all'altro: che si capisca bene che, in linea con quanto avviene a livello nazionale, l'aria è cambiata. Intendiamoci bene: che in Italia (e in Europa) manchi una adeguata politica dell'immigrazione è tanto vero che appare fastidiosamente banale ripeterlo. Come è anche vero che, più di ogni altra cosa, è proprio questa mancanza (spesso sostenuta dall'atteggiamento incautamente ridimensionatorio del problema di una parte politica, nei fatti poco pertinente all'esperienza concretamente vissuta da molti) che ha aperto la strada a sprechi di risorse, abusi mafiosi, drammi umani e, alla fine, anche a sentimenti ostili, irrazionali e non concilianti. Una assenza di strategia che ha rinvigorito nel tempo un senso comune peloso, imbastardito, ottuso. Tanto facilmente infiammabile e pronto per l'uso politico, quanto poco incline a tener conto e ad affrontare la complessità dei problemi e a fare scelte razionali ed efficaci, giuste per tutti. Di fatto, volendo aderire al pensiero pragmatico og-

gi tanto invocato, al di là dell'aspetto umano (più o meno condivisibile, più o meno digeribile) quello che più inquieta di questi provvedimenti è proprio la gravità delle loro conseguenze, la consapevolezza di quanto farà per noi la differenza (per la vivibilità stessa della nostra vita e per lo sviluppo della nostra società) se questi bambini avranno avuto aiuto concreto a superare la disintegrazione affettiva, emotiva e culturale che li devasta o se invece saranno stati abbandonati a una deriva inevitabilmente antisociale, facili prede degli attori degli orrori del mondo. Bambini immigrati come gli untori della peste di manzoniana memoria: quando davanti alla propria impotenza nel far fronte all'epidemia, era prevalso nella società un sentimento irrazionale. E la soluzione condivisa da tutti (il senso comune appunto), poveri, ricchi, colti e incolti, era stata quella di immaginare un nemico che tramite poteri diabolici (unguenti, polveri) spargeva la malattia e la morte: "il povero senno umano... cozzava co' fantasmi creati da sé"^{}. Così che, a quel punto, al male prodotto dalla peste si aggiungeva il male prodotto dall'uomo e la vita era diventata impossibile anche per il diffondersi della diffidenza, del sospetto reciproco e dalla delazione: e giù, "dagli all'untore". Qualsiasi sia il vissuto e il sentimento di ognuno di noi pediatri rispetto agli immigrati e ai loro bambini, sono convinto che dovremmo far sentire di più la nostra voce perché non si possa dire poi, a fronte del peggio, che "nessuno fu abbastanza ardito per esporre al pubblico un sentimento così opposto a quello del pubblico". Sì, perché sono sicuro che il buon senso c'è ancora. E che nostro compito è impedire che se ne stia nascosto per paura del senso comune... E anche questo lo aveva già detto Manzoni^{*}.*

Alessandro Ventura

^{*}Alessandro Manzoni. *I promessi sposi*, cap. XXXII

La terapia reidratante endovenosa in Pronto Soccorso: alla ricerca di una semplificazione

Siamo due giovani pediatri "operai" del Pronto Soccorso (PS), una trincea dove più che in altri luoghi appare forte la necessità di coniugare la scienza con la razionalizzazione e la praticità dei percorsi assistenziale e di quelli mentali, insomma dalla EBM come *Evidence Based Medicine* alla EBM come *Effective Basic Medicine*: ragionamenti snelli, immediati, da interiorizzare in un attimo. In questo senso abbiamo tutti il concetto che il bambino che "non piace" va osservato e si dovrà reperire velocemente un accesso venoso per pratiche prelievi e per avere una via attraverso cui somministrare eventuali farmaci d'urgenza, nonché per iniziare un'infusione di

mantenimento con soluzione fisiologica, nome tanto fortunato da far sembrare tutto semplice e scontato; quando però ci si trova di fronte al bambino disidratato e non "respiratorio", al quale praticheremo sempre un equilibrio acido-base venoso (sarebbe delittuoso non farlo avendo un analizzatore rapido nel nostro PS), le cose non appaiono più così ovvie e a noi, cinture bianche nella palestra della lotta all'emergenza, appare utile immaginare due semplici e possibili percorsi, con una complicità. Il nostro piccolo paziente potrà aver vomitato molto e avere un alcalosi metabolica ipocloremica, e allora viva la fisiologica che di cloro ne ha tanto (154 mEq/l), o potrà aver avuto tanta diarrea alcalina e avere una acidosi ipercloremica a gap anionico conservato, e allora forse faremmo meglio a somministrare il Ringer

lattato, che di cloro ne ha di meno (112 mEq/l) e che, al netto di una buona ossigenazione, fornirà indirettamente bicarbonati attraverso la conversione dei lattati; poi però arriva la complicità, e cioè lo zucchero, perché se devo dare glucosio a un paziente ipoglicemico o che comunque appare defedato, dovrò farlo in infusione.

Ancora una volta due soluzioni: l'utilizzo delle bocce precostituite di soluzione fisiologica e Ringer con glucosio, con delle osmolarità che superano allegramente i 500 mOsm/l, oppure la preparazione delle sacche al 50% con la glucosata al 5%, in modo da ottenere una fisiologica "emitonica" e una "emi-Ringer" rispettivamente, con il rischio opposto di accentuare l'iposodiemia in un bambino stressato con possibile iperincrescenza di ADH.

Consapevoli di essere stati prolissi e

probabilmente confusionari, attendiamo, come del resto da oltre 10 anni per ogni aspetto della nostra professione, uno spunto illuminato dal "nostro" *Medico e Bambino*.

Due pediatri ospedalieri

Medico e Bambino ha già affrontato questo argomento in diverse occasioni, anche recentemente^{1,2}. Un principio chiave a cui la lettera fa riferimento è che, nei casi in cui si debba ricorrere all'utilizzo delle soluzioni reidratanti per via ev (disidratazione severa, post-operatorio, bambino critico), andrebbero utilizzate le soluzioni isotoniche (con pressione osmotica identica o simile a quella ematica, es. soluzione salina allo 0,9% o soluzione Ringer lattato) rispetto a quelle ipotoniche (con pressione osmotica più bassa di quella ematica, es. soluzione salina allo 0,45% o allo 0,3%, o allo 0,18%) perché l'uso di queste ultime aumenta in maniera significativa sia il rischio di iponatriemia (RR 2,2; IC 95%: 1,5-3,3) sia quello di grave iponatriemia (RR: 5,29; IC 95%: 1,7-16,1), mentre il rischio opposto, l'ipernatriemia, non aumenta con le soluzioni isotoniche¹. I pazienti chirurgici hanno un maggiore rischio di iponatriemia rispetto agli altri pazienti.

La risposta ai quesiti ragionevolmente sollevati è relativamente semplice. La soluzione di partenza sarà sempre la fisiologica, anche se teoricamente con 154 mEq/l di soluto si può considerare "fisiologica" fino a un certo punto, perché qualsiasi sia il meccanismo in gioco dell'ipovolemia (vomito o diarrea) il *primum movens* sarà sempre e comunque la necessità del ripristino di volume, e anche una eventuale acidosi ipercloremica riceverà comunque ben poco danno da una iniziale reidratazione con alto contenuto di cloro³. Il glucosio, in presenza di documentata o di presumibile futura ipoglicemia, dovrà esserci ed è disponibile nelle soluzioni commerciali preconfezionate che non sono conosciute e utilizzate in tutti i PS pediatrici. La prima si chiama: "glucosio con sodio cloruro monico 5%-0,9%" (soluzione per infusione II) e contiene in 1000 ml di acqua per preparazioni iniettabili: 154 mEq/l di Na⁺ e Cl⁻ e 55 g di glucosio. In pratica si tratta di una soluzione fisiologica con glucosio al 5%. La seconda si chiama "Ringer con glucosio Galenica Senese soluzione per infusione" e contiene sempre in 1000 ml: 147 mEq di Na⁺; 155 di Cl⁻; 4 di K⁺ e Ca⁺⁺ e 55 g di glucosio. Queste soluzioni possono evitare le preparazioni "fai da te" che prevedono l'aggiunta del glucosio in ragione di 5 g ogni 100 ml, utilizzando le fiale al 33%. Il concomitante utilizzo di glucosio al 5% (con la fisiologica) non potrà essere quindi mai pericoloso per iperosmolarità ed è un problema che non si deve neanche porre. In ogni caso il superamento dei 500 mOsm/l (in entrambe le soluzioni menzionate è pari a 585

mOsm/l) è di nessun impatto clinico, né di "perdita di accesso venoso" (una vena periferica "tiene" questo valore, arrivando teoricamente fino a 800 mOsm al massimo).

Tutto questo vale fino a che non avremo a disposizione esami (non in tutti i PS dispongono di point of care) o un quadro clinico chiaro.

I vantaggi del Ringer lattato a fronte di condizioni di ipercloremia con tendenza ad acidosi (rara evenienza di diarrea con perdita di bicarbonati, o ipoteticamente chetoacidosi diabetica dopo le prime ore di correzione in cui potrei voler evitare eccesso di cloro già infuso) o le condizioni in cui l'impatto dell'ipercloremia può essere più rilevante in termini teorici (neonato o lattante nei primissimi mesi di vita) non sono basati su dati di evidenza, ma questa scelta può essere condivisibile e non pericolosa per il paziente in casi specifici. Alcuni studi condotti anche in età pediatrica nei casi di reidratazione in corso di gastroenterite severa⁴ o di sepsi⁵ hanno tuttavia chiaramente dimostrato che l'utilizzo della soluzione di Ringer lattato rispetto alla più economica soluzione fisiologica non comporta alcun vantaggio.

Bibliografia

1. Murgia V. Reidratazione con soluzione ipotonica? C'è di meglio! *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2014;17(2).
2. La reidratazione parenterale nella gastroenterite... atto terzo! (lettera). *Medico e Bambino* 2014;33(7):424-6.
3. Massaro M, Germani C, Calligaris L, et al. La gestione del bambino con gastroenterite acuta. *Medico e Bambino* 2012;31(9):570-7.
4. Kartha GB, Rameshkumar R, Mahadevan S. Randomized double-blind trial of Ringer lactate versus normal saline in pediatric acute severe diarrheal dehydration. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017;65(6):621-6.
5. Weiss SL, Keele L, Balamuth F, et al. Crystalloid fluid choice and clinical outcomes in pediatric sepsis: A matched retrospective cohort study. *J Pediatr* 2017;182:30410.

Egidio Barbi, Federico Marchetti

Dislessia e ruolo del pediatra

Su *Medico e Bambino* del numero di maggio ho letto gli articoli sulla dislessia di Federico Marchetti (News box, pag. 291) e di Andrea e Luca Giangrande (Problemi speciali, pag. 301) e mi sono soffermato soprattutto sul ruolo del pediatra.

Quindici anni fa, al Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Dislessia, ho fatto una relazione sul ruolo del pediatra di famiglia nel campo della dislessia dicendo approssimativamente le cose che dicono Andrea e Luca Giangrande e sono stato aspramente criticato dai logopedisti e dagli insegnanti, in quanto sostenevo con varie argomentazioni che spettava loro il

compito di occuparsi dei bambini con dislessia. Allora ci rimasi male, ma oggi dico che avevano ragione. Vediamo perché.

Nel DM 5669/2011 "Linee guida per il diritto allo studio degli alunni con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)" si legge che spetta ai docenti applicare "le misure educative e didattiche di supporto utili a sostenere il corretto processo di insegnamento/apprendimento fin dalla scuola dell'infanzia per il riconoscimento di un potenziale DSA". Non viene citata la figura del pediatra di famiglia.

Anche la Direttiva Ministeriale del 2012 "Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali (BES)" affida agli insegnanti il compito di intercettare i segnali predittivi di un possibile DSA. "Si tratta - dice la Direttiva - di difficoltà di linguaggio che permangono dopo i 4 anni. Le ricerche ci dicono che l'80% dei bambini che ha un disturbo del linguaggio ha un'alta probabilità di presentare in seguito un DSA". Anche qui non viene citata la figura del pediatra di famiglia.

Gli Autori della *Consensus Conference* sui DSA del 2011 sostengono che il "pediatra, alla luce dei dati anamnestici, accoglie i segnali di difficoltà scolastiche riportate dalla famiglia e indirizza il caso agli approfondimenti specialistici". Solo nella *Consensus Conference* viene menzionato il pediatra, ma il suo ruolo è molto marginale.

Quindici anni fa sia la Scuola sia i Servizi di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza (NPIA) erano molto carenti nel campo dei DSA e il pediatra cercava di ottenere un posto anche per sopperire a queste carenze. Oggi è diverso. Soprattutto la Scuola ha fatto molti passi avanti, per cui io credo che ci debba essere ormai una suddivisione di compiti e di ruoli per quanto riguarda la salute del bambino. Tutto quello che riguarda l'apprendimento deve essere affidato alla Scuola per due motivi: perché gli insegnanti sono più bravi dei pediatri e per non creare accavallamenti di ruoli non necessari. Il pediatra però ha un compito di fondamentale importanza che non ha nessuna altra figura professionale: la diagnosi di sospetto di un disturbo specifico del linguaggio (DSL) prima dell'ingresso nella scuola dell'infanzia. Sappiamo che il DSL predice in circa l'80% dei casi un DSA.

Oggi sia i NPIA sia gli psicologi sia i logopedisti sono concordi nel ritenere che la diagnosi del DSL deve avvenire il più precocemente possibile, dai 24 ai 36 mesi, al fine di ottenere una buona prognosi, non solo del DSL ma anche del DSA.

Angelo Spataro

Gruppo di lavoro "Salute mentale" dell'ACP
e-mail: spataro.angelo2014@libero.it

Bruno Pincherle

Caro direttore,

ho letto negli ultimi numeri di *Medico e Bambino* dei ricordi di Bruno Pincherle pediatra. C'è anche una storia di Bruno Pincherle come studente universitario aderente alla Unione Goliardica per la Libertà (UGIpL) che è stata una coraggiosa associazione universitaria antifascista.

L'UGIpL nacque nel 1924 quando il fascismo era al potere da oltre un anno. Quello dell'Unione fu un antifascismo carico di tensione ideale e morale, ma fu anche un esempio di coraggio fisico per i numerosi scontri e la repressione subita fino allo scioglimento per decreto nel 1926.

A Trieste vi era un gruppo molto agguerrito di studenti: Tullio Puecher, Cesare Pahor, Gino Pincherle (fratello di Bruno), Fabio Cusin, Rinaldo Crasnich, Gastone Canziani. In campo nazionale aderivano alla UGIPL Giorgio Amendola, Lelio Basso, Nicola Chiaromonte, Eugenio Reale, Ezio Vanoni, Edoardo Volter-

ra, Ugo La Malfa, Eugenio Colorni (uno degli Autori del *Manifesto di Ventotene*).

Ho tratto le prime informazioni sull'Unione da Ugo La Malfa negli anni '60, ma di recente è uscito un saggio (Pastorelli P. *L'unione Goliardica Italiana per la Libertà*. Modena: Guiglia editore, 2017, pag. 127). Vi si legge un breve cenno biografico: "Bruno Pincherle (1903-68). Università di Firenze. Laurea in Medicina.

Nel 1930 aderisce al movimento Giustizia e Libertà. Nel 1938 è costretto dalle leggi razziali ad abbandonare la professione medica.

Nel 1943 entra nel Partito d'Azione di cui dirige a Roma il giornale clandestino *Italia libera*. Il 5 maggio 1945 rientra a Trieste. Nel 1946 esce dal Partito d'Azione con Parri e La Malfa".

Niente di pediatrico ma non è male sapere.

Giancarlo Biasini

Pediatra, Cesena

e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it



I medici non leggono più

Cara redazione, mi chiamo Mattia e ho 15 mesi. Vi mando una mia foto, così potete constatare che, se gli adulti non trovano il tempo di leggere articoli che informano sul modo di gestire la nostra salute, ci aggiorniamo noi e poi li informiamo a voce. Come vedete, sono un assiduo lettore!

Mariella Bacci, Bologna

COMUNICATO STAMPA

Eccellenze dell'Informazione Scientifica: la rivista "Medico e Bambino" premiata per la seconda volta



Con il progetto dal titolo "L'etica delle responsabilità" la rivista *Medico e Bambino* si è aggiudicata per il secondo anno consecutivo il primo premio tra i progetti digitali della seconda edizione di "Le Eccellenze dell'Informazione Scientifica e la Centralità del Paziente", evento patrocinato dalla Federazione Ordine dei Medici e Odontoiatri (FNOMCeO) e da FareRete onlus.

Il premio mira al riconoscimento della qualità dei progetti di informazione scientifica valorizzando quelli che hanno generato un reale beneficio per la salute dei cittadini e un decisivo progresso verso l'affermazione della centralità del paziente.

"La principale caratteristica del Premio è stata quella di valorizzare i progetti che hanno generato un reale beneficio per la salute dei cittadini e un decisivo

progresso verso l'affermazione della centralità del paziente, affidando la scelta delle eccellenze ai medici che sono i reali fruitori dei messaggi informativi. L'informazione medico-scientifica ha come finalità ultima il trasferimento al medico di conoscenze certe, trasversali e puntuali necessarie per la cura dei propri pazienti; in questo modo si connota di una decisa valenza sociale – in quanto favorisce la salute dei cittadini – fino ad avere un impatto positivo sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale".

<http://www.mercurio.it/2018/06/22/vincitori-premio-eccellenze-2018/>