

Il Maestro, l'allievo e la morale di famiglia. Cosa definisce un Maestro? Di certo la bravura nell'insegnare il "mestiere". Ma ancor più la capacità di trasmettere agli allievi la consapevolezza del proprio compito e il desiderio (il piacere?) di sentirsi coinvolti in un progetto più ampio: dove far bene il proprio lavoro vuole dire anche fare andare meglio *tutte* le cose del mondo. Gli allievi, come i figli, hanno bisogno di una "morale di famiglia", in cui identificarsi e dalla quale farsi guidare (aiutare) per tutta la vita. Quella che il professor Panizon ha trasmesso ai suoi allievi (a noi "triestini" più direttamente, in maniera insopprimibile: un vero e proprio *modus vivendi*; ma certamente anche a migliaia di altri pediatri cui ha fatto arrivare il Suo messaggio) è stata la morale del semplificare, dell'andare al nocciolo del problema, di non vendere fumo, di utilizzare le conoscenze in maniera rigorosa, con metodo scientifico (tanto che ognuno di noi, cresciuto con lui giorno dopo giorno, ha sempre percepito il clamore sulla *evidence*

based medicine come una vera e propria scoperta dell'acqua calda). È stata la morale (questa la sento particolarmente forte, nell'aver raccolto la Sua eredità come insegnante agli studenti e agli specializzandi) della gioia di insegnare e nello stesso tempo di imparare, fedeli, e aiutati, dal principio di verità. È stata infine, e forse soprattutto, la morale dell'interesse assoluto del bambino (i colleghi, gli infermieri, gli stessi genitori) e, più in generale, con il conformismo delle istituzioni e della "società" nel suo complesso. Per quanto riguarda me personalmente vorrei però, più semplicemente, riuscire a raccontare a tutti della mia immensa fortuna. Della bellezza e del privilegio di avere avuto il professor Panizon come riferimento continuo del mio operare. Di aver potuto reiterare con lui, giorno dopo giorno, in innumerevoli occasioni, la gioia di esserci, lui ed io,

rispettivamente maestro e allievo. La Clinica pediatrica di oggi è, per tanti aspetti, molto diversa da quella in cui noi allievi di prima generazione siamo cresciuti: i casi da risolvere sono più difficili e complessi, l'attività assistenziale e la ricerca hanno preso i connotati dell'alta specializzazione, i giovani e giovanissimi sembrano avere cultura, capacità e maturità professionale superiori a quelle dei "giovani di quella volta". A questa Clinica di oggi il professor Panizon sorrideva (e, sono sicuro, sorride) compiaciuto: sa che chi ci lavora continua a sentire il vento in faccia della corsa a far meglio, sa che la morale di famiglia è sempre quella che Lui ci ha trasmesso. Anche nel sentire l'urgenza e il piacere di trasmettere subito, a tutti (e soprattutto ai lettori di *Medico e Bambino*), quello che, giorno per giorno, impariamo. Con generosità e passione. Anche scrivendo la Pagina gialla. Che per la prima volta non posso fargli leggere prima di andare in stampa ma che, come sempre, ho scritto pensando che Lui l'avrebbe letta (e apprezzata?) prima di voi.

Trattamento del dolore nelle crisi falcemiche. L'anemia falciforme è una malattia particolarmente diffusa nei soggetti di origine africana e afro-caribica e, a seguito dei movimenti migratori degli ultimi decenni, rappresenta una condizione ben nota anche ai pediatri del nord del mondo. Il decorso della malattia è segnato dal ripetersi di episodi acuti dolorosi che conseguono alle crisi vaso-occlusive a loro volta conseguenti alla falcizzazione delle emazie. Durante questi episodi (scatenati dalla febbre o dal freddo o da altre condizioni stressanti) il dolore è particolarmente intenso (si tratta di un dolore di tipo ischemico) e, nei fatti, finisce col contribuire ad aggravare a circolo vizioso la crisi falcemica stessa. Nonostante la relativa frequenza del problema (si calcola ad esempio che nel Regno Unito vivano oggi almeno 15.000 soggetti affetti da anemia falciforme) risulta da alcuni studi che questi pazienti, siano essi adulti o bambini, anche quando ricoverati in ospedale, ricevono la terapia antidolorifica con inaccettabile ritardo e in maniera inadeguata e, addirittura, possono venir confusi come abusatori o dipendenti da farmaci (Booker MJ, et al. *Chronic Illn* 2006;2:39-50; Harris A, et al. *Psychology Health Med* 1998;3:171-9). La tempestiva e

corretta gestione delle crisi dolorose è ritenuta l'aspetto fondamentale delle cure al paziente falcemico tanto che il *National Institute for Clinical Excellence* britannico (NICE) ha da poco prodotto delle linee guida, trasmesse come al solito al *general practitioner* attraverso una sintesi chiara ed essenziale pubblicata sul *British Medical Journal* (Gillis VL, et al. Management of an acute painful sickle cell episode in hospital: summary of NICE guidance. *BMJ* 2012;344:e4063). Le raccomandazioni sono ispirate da sei punti: 1. Tratta ogni episodio doloroso in un falcemico come una vera e propria urgenza medica; 2. Se non si tratta del primo episodio, considera da subito il paziente (o la sua famiglia) come un vero e proprio esperto del trattamento della sua crisi, ascolta, confrontati con la sua opinione e la sua esperienza nel definire il piano terapeutico; 3. Adotta da subito una scala di riferimento per misurare e monitorare il dolore; 4. Inizia la terapia antidolorifica subito, appena vedi il paziente, comunque entro trenta minuti, prima di ogni altro gesto diagnostico terapeutico; 5. Tieni controllate la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la saturazione di ossigeno, la frequenza respiratoria; 6. Valuta comunque se esistono altre cause di dolore, specie nel

paziente che non risponde bene alla terapia. Sul piano pratico il consiglio è quello di iniziare da subito con una dose di oppioide (tramadolo, morfina), aggiunta al paracetamolo o al FANS, in tutti i casi in cui il dolore è intenso o comunque in tutti i casi in cui il dolore non ha risposto a una terapia antidolorifica di qualsiasi tipo fatta prima di arrivare in ospedale. Mentre il paracetamolo o il FANS andrà continuato comunque, l'opportunità di ripetere la dose dell'oppioide o di avviarne una infusione continua, andrà decisa sulla base della stretta monitoraggio del paziente (mezz'ora per mezz'ora se non minuto per minuto). Il paziente va richiesto esplicitamente e ripetutamente ("...ask, ask, ask...") sull'effetto analgesico della terapia. Va sempre tenuta presente la possibilità della complicanza più grave (la sindrome toracica, situazione in cui di fatto si assiste a una emorragia pleuro-polmonare) e in questo senso va valorizzata sempre la comparsa di dispnea, di dolore toracico, di febbre, di caduta della saturazione di O₂ sotto 95%. Anche altre complicanze non sono rare (osteomieliti, pancreatite, sequestro splenico) e vanno tenute presenti. In una struttura che preveda di dover trattare pazienti falcemici il personale tutto, medico e infermieristico dell'o-

spedale, dovrebbe essere continuamente richiamato e aggiornato sull'importanza e sulle modalità del trattamento delle crisi dolorose che accompagnano gli episodi vaso-occlusivi. Tenendo anche presente l'importanza del supporto psicologico e di una corretta terapia ansiolitica (farmacologica e non) di cui il paziente con anemia falciforme ha certamente bisogno alla luce delle reiterate, spesso estremamente gravi, esperienze di dolore fisico che segnano la sua vita.

Nobel al cioccolato. Sembra più una gag che uno studio scientifico. Ma è il risultato di uno studio pubblicato sul *N Engl J Med* (Messerli FH. Chocolate consumption, cognitive function and Nobel laureates. *N Engl J Med* 2012; 367:1562-4) ed è comunque una provocazione divertente: il numero di premi Nobel (per 10 milioni di abitanti/anno) è risultato linearmente proporzionale al consumo di cioccolato nel Paese di origine. Stando ai calcoli eseguiti dall'Autore (che dichiara un conflitto di interesse come abusatore di cioccolato amara Lindt...) il consumo minimo di cioccolato pro capite in un Paese, per avere un premio Nobel, è di almeno 2 kg/anno, mentre sembra necessario un aumento di consumo di almeno mezzo kg pro capite per avere un Nobel in più. Per dare qualche dettaglio, la Svizzera che ha il numero più alto di Nobel per 10 milioni di abitanti (35) ha un consumo medio pro capite di cioccolato di 12 kg/anno contro i 3 kg e mezzo dell'Italia che, per 10 milioni di abitanti, ne ha 4. Ma da dove nasce l'idea di correlare il consumo di cioccolato con il numero di Nobel prodotti da un Paese? Nasce dal fatto che la cioccolata è ricca di flavonoidi e che esistono inequivocabili evidenze scientifiche che questi antiossidanti naturali (contenuti in molti semi vegetali tra i quali quelli del cacao), se regolarmente assunti, migliorano le funzioni cognitive cerebrali nell'uomo e nell'animale e hanno un misurabile effetto terapeutico nella demenza senile (Nurk E, et al. *J Nutr* 2009; 139:120-7; Desideri G, et al. *Hypertension* 2012;60:794-801; Bisson JF, et al. *Br J Nutr* 2008;100:94-101). Il numero dei Nobel è stato preso arbitrariamente come indicatore della qualità della funzione cognitiva media del Paese d'origine e la correlazione assolutamente lineare che è stata trovata tra consumo di cioccolato e numero di Nobel potrebbe stare a indicare (se non si tengono in conto i grandiosi li-

miti metodologici dello studio, tutti peraltro dichiarati dall'Autore stesso) che la cioccolata fa diventare "più intelligenti". O che, ipotesi ancora più simpatica, che tanto più un popolo è intelligente, tanto più ama la cioccolata. Ma noi che facciamo i pediatri che cosa ce ne facciamo di tutte queste elucubrazioni (dolci o amare... che siano). Beh, intanto potremmo giurarci di non negare mai ai bambini (e a noi stessi) un quadretto di cioccolata. E poi potremmo correre a stracciare con maggiore gusto tutte quelle cartacce piene della falsa scienza dello svezamento. Il nostro bambino, appunto, "si svezza da solo" (cioccolata compresa!).

Ci occupiamo abbastanza del dolore perioperatorio? L'esperienza di un intervento chirurgico è spesso, per il bambino, una esperienza di dolore cui possono conseguire disturbi del comportamento prolungati nel tempo (Kain ZN, et al. *Anaesth Analg* 1999; 88:1042-7; Kotiniemi LH, et al. *Anaesthesia* 1997;52:970-6; Stargatt R, et al. *Paediatr Anaesth* 2006;16:846-59). Uno studio appena concluso dimostra che ancora oggi, nonostante tutto quanto si sia detto e fatto per rendere gli ospedali "senza dolore", il 73% dei bambini operati nel Regno Unito (sia in regime di day surgery che di ricovero) patiscono un dolore "prevenibile" al secondo giorno dopo le dimissioni e il 25% ancora dopo 4 settimane. E soprattutto ci dimostra come l'esposizione e la durata del dolore postoperatorio siano correlati alla persistenza nel lungo termine di disturbi del comportamento come la regressione, uno stato d'ansia più o meno grave, problemi del sonno e dell'alimentazione di diverso tipo, la ricerca continua di attenzioni. L'aver avuto precedenti esperienze mediche dolorose è risultato un fattore significativamente correlato a una maggiore incidenza, durata e gravità dei disturbi del comportamento postoperatorio (Power NM, et al. *Arch Dis Child* 2012;97:879-84). Nessuna novità, forse. Ma certamente una lettura che ci spinge ad affrontare anche questo aspetto della prevenzione e della cura del dolore nel bambino con maggiore determinazione.

"Malapubertà" per i bambini con insufficienza renale cronica. È ben noto che la maggior parte dei bambini con malattia renale cronica hanno un franco peggioramento e necessitano di interventi sostitutivi (dialisi, tra-

pianto) durante l'adolescenza. Non è mai stato chiaro, peraltro, se la necessità di questo tipo di interventi dipenda da un deterioramento progressivo e lineare della funzione renale nella seconda decade di vita o dipenda invece, in maniera specifica, dallo sviluppo puberale. Uno studio multicentrico tutto italiano, che ha coinvolto 935 bambini con malattia renale cronica secondaria a ipodisplasia renale con o senza uropatia, ha dimostrato che è proprio lo spurto puberale a far precipitare la situazione, stando anche all'evidenza che la funzione renale residua diventa assolutamente insufficiente all'età media di 10.9 anni nelle femmine e di 11.6 anni nei maschi (Ardissino G, et al. *Arch Dis Child* 2012;97:885-8). Nonostante alcune evidenze sperimentali sull'animale suggeriscano che gli ormoni sessuali determinino di per sé un peggioramento della funzione renale, non è ben chiaro se l'effetto negativo della pubertà per questi bambini sia dovuto alla crisi ormonale o allo scatto di crescita in sé.

Sindrome dolorosa complessa regionale. E vaccinazioni. L'ufficio di controllo degli effetti collaterali delle vaccinazioni australiano ha riportato di recente di cinque casi di sindrome dolorosa complessa regionale in altrettanti adolescenti vaccinati con vaccino acellulare antipertossico (1 caso) e con vaccino quadrivalente anti-papillomavirus (4 casi). Ognuno di loro (4/5 erano di sesso femminile) ha continuato a presentare per un periodo più o meno lungo (anche di settimane/mesi) un dolore sproporzionato nella sede dell'iniezione e nelle regioni limitrofe, accompagnata da segni neurovegetativi (come la sudorazione anomala e/o l'edema e/o la discolorazione cutanea), perdita di forza (non solo nell'arto interessato) e, in due casi, iperalgesia allo sfioramento della cute (Richards S, et al. *Arch Dis Child* 2012;97:913-5). Elementi clinici questi che nel complesso configurano proprio la cosiddetta sindrome dolorosa complessa regionale. Gli Autori dicono che è importante sapere dell'esistenza di questa sindrome per predisporre tempestivamente un intervento adeguato ed efficace che dovrà essere per forza di cose multidisciplinare: fisioterapico, psicoterapico, farmacologico. Il che la dice tutta su quanto poche siano le certezze che abbiamo a proposito.