

ESISTE L'APPENDICITE CRONICA?

Nel numero di aprile, *Medico e Bambino* ha dedicato un Focus al problema della faringite ricorrente con afte e adenopatia satellitare, la PFAPA, e in quella sede ha ripreso in esame il vecchio tema della tonsillite ricorrente senza altri aggettivi, e quello della tonsillopatia cronica ipertrofica e della tonsillite focale, condizioni che sono tanto cambiate e rarefatte negli ultimi decenni da essere diventate indicibili. È stato necessario rispolverare la letteratura vecchia e confrontarla con l'esperienza più recente per cercare di riconoscere il filo della continuità tra passato e presente, e per riconsiderare affermazioni perentorie (e "praticamente" giuste, anche se forse concettualmente scorrette), come quella per cui «la tonsillite cronica non esiste», oppure «la tonsillite focale non esiste».

È quasi uno scherzo del destino che poco dopo ci sia arrivato l'articolo di Pineschi sulla appendicite cronica (o forse meglio ricorrente, mi pare che alla fine si possa concludere così), la cui lettura su *Medico e Bambino* ci si permette di raccomandare (è tutto fuori che noiosa). È quasi uno scherzo che, per uno di noi, il tema della tonsillite "idiopatica" (o da adenovirus) ricorrente, e la sua ostinazione a perseguirlo, sia nato dalla osservazione di quanto era successo a suo figlio negli anni Sessanta, e che il tema della appendicite ricorrente sia anche nato nel dottor Dennis (che è il principale attore della trama elettronica del romanzenesco lavoro di Pineschi), dalla osservazione del proprio figlio, che lo ha portato a chiedere il permesso di operarlo personalmente, poiché nessun chirurgo ufficiale voleva farlo, e ricavarne le "prove" dell'esistenza della appendicite cronica-ricorrente. Accade che l'osservazione (quotidiana) sui propri familiari finisca per essere, al di là della volontà o della dedizione professionale, diversa, più ricca e più istruttiva rispetto alla osservazione inevitabilmente discontinua sul paziente-cliente.

Inoltre, per tutte le cose che non sono ovvie, e che non sono nate da scoperte ineccepibili, e che si trovano ad avere una collocazione marginale nella storia della medicina, la scoperta (il disvelamento, l'illuminazione), e la successiva ostinazione nel rincorrerla, derivano sempre dalla esperienza diretta, quella che a sua volta discende dal "caso indimenticabile" (che non è necessariamente un caso difficile oppure lacrimogeno, ma che è lo stesso indimenticabile, perché è "rimasto dentro"; chissà perché, c'è sempre un motivo), dalla passione personale, dalla piccola ossessione che è frutto anche della frustrazione di non essere creduto, di essere "controcorrente".

Chi scrive, come Pineschi, ha un suo pregiudizio, e pensa che, se non l'appendicite cronica, almeno quella ricorrente esista (e, per analogia con la tonsillite, tende a unificare le due condizioni). Lo pensa per due osservazioni sporadiche, una su un amico medico, che ha avuto cinque ricorrenze, che sapeva descrivere perfettamente, e che la autopalpava (quando l'hanno tolta c'era un idrope della appendice), e l'altra in un cuginetto, con due successivi episodi, clinicamente lievi ma sufficientemente documentati in ECO e risolti con antibiotico, e una terza ricaduta operata. Ha inoltre, nel suo ricordo, il lavoro di alcuni collaboratori sui dolori addominali "senza causa organica", da cui risultava una inspiegabilmente ma significativamente più alta incidenza di appendiciti "vere" nei bambini con DAR rispetto ai controlli.

D'altronde, i due brevi articoli che rispondono alla "provocazione" di Pineschi, nella loro sensata asciuttezza, costituiscono

un ottimo contrappeso, basato sull'esperienza e sulla letteratura; e, più che contraddire gli argomenti di Pineschi, portano a una equilibrata conclusione che ciascuno, se crede, può fare sua.

Pineschi, che fa il chirurgo, dice che le appendiciti croniche (o ricorrenti) sono il 5% di quelle che ha operato, che a loro volta raggiungono una cifra a tre zeri. Dunque sono in assoluto poche, pochissime (e dunque forse clinicamente irrilevanti), ma come "casi pubblicabili" (e dunque come contributi "alla comprensione"), sono tante, tantissime, almeno 50, più di tre volte i casi di PFAPA presentati per la prima volta da Marshall nel 1987. Perché Pineschi non le rintraccia nel suo registro operatorio, e non le pubblica? Perché porterebbe via tempo, perché non ne vale la pena, perché è un argomento marginale, perché quasi ci si vergogna a parlarne, perché alla fine delle fini è più conveniente, come lui stesso dice, dimenticare quel 5% che prima o poi verrà operato in acuzie, e occuparsi del restante 95%.

In fondo, devo riconoscere che questo lavoro (come forse quello sulle tonsilliti) va contro al bisogno di semplificare, di sfrondate, di chiarire, che *Medico e Bambino* si è dato da sempre.

Perché dunque tante chiacchiere? Solo per autocompiacimento? Solo per invitare i lettori di *Medico e Bambino* a leggere un articolo un po' fuori dagli schemi e controcorrente? Beh, forse sì. Perché pensiamo che un buon medico debba avere una mente semplice, debba muoversi su un terreno ben solido, avere delle certezze; ma anche, al contrario, che debba essere attento, sapere ascoltare le dissonanze, cogliere le analogie, saper leggere nelle storie dei suoi pazienti anche quello che non è scritto sulle pagine dei libri. Accanto al pensiero "convergente", conformista, che accetta solo quello che è sancito dal consenso generale, ci deve essere un poco di posto per il pensiero "divergente" che vede quello che gli altri "ancora" non vedono, o che evitano di guardare.

L'estremo del pensiero convergente è il conformismo accademico e l'impossibilità di progresso. L'estremo del pensiero divergente è la pratica dell'alternativo o il rifiuto delle regole.

Pensiamo che un buon medico debba avere un buon mix (80%+20%? 90%+10%? 95%+5%?) dei due tipi di pensiero. E forse anche un buon *Medico e Bambino*.

M&B

LA PAURA E IL DOLORE EVITABILI

Negli ultimi anni si discute molto sulle procedure da seguire per la sedazione del bambino di fronte a una procedura diagnostica e/o terapeutica che abbia un certo grado di invasività tale da provocare ansia e dolore¹. Le pratiche adottate sono tra le più eterogenee, con limiti estremi di mancata sedazione (il bambino anche piccolo che viene di fatto quasi legato per eseguire la gastroscopia) o di una routine anestesiológica che somiglia molto spesso a quella che si mette in opera per un vero intervento chirurgico.

Può sembrare banale dire che l'esperienza riportata nell'articolo pubblicato su questo numero di *Medico e Bambino*, a firma del "Gruppo di sedazione pediatrica" della Clinica Pediatrica di Trieste, rappresenti una situazione intermedia tra una pratica dolorosa e una troppo invasiva (per il bambino e in termini economici). Di fatto è molto di più. Per chi l'ha vista eseguire,

ha il pregio di essere una pratica protocollata e realmente sperimentata, prima di diventare routine, che ha in sé tutte le condizioni e i presupposti che di solito si leggono come "ideali" per un doveroso rispetto dell'ansia del bambino e del genitore. In pratica, volendo semplificare:

1. tutte le procedure sono eseguite dallo stesso personale medico e infermieristico che "ha in cura" il bambino, che quindi è in grado di utilizzare un approccio di "informazione e di distrazione" che non è forzato o routinario (abbiamo da sedare "un bambino" per eseguire la gastroscopia), ma che rientra nelle normali pratiche di dialogo e di confronto quotidiani. Il bambino non è costretto a muoversi in altre strutture e non deve incontrare persone e ambienti nuovi; alcune delle pratiche (ad es. quelle endoscopiche), al contrario, avvengono vicino alla sua stanza, dove torna a breve distanza dal completamento delle indagini;

2. la semplicità umana e professionale con cui le cose vengono svolte ha a volte dell'incredibile per chi è abituato a pratiche, a volte lunghe, di "accordo" tra le varie figure che devono trovare un'intesa programmatica (giorno disponibile per anestesista, endoscopista, pediatra, liste di attesa ecc.);

3. in questo modo la sedazione diventa un aspetto quasi marginale e che può passare inosservato: il bambino si addormenta in 30 secondi; il genitore è presente sino all'ultimo istante; dopo 15 minuti è sveglio e si ritrova nella sua stanza o in altro ambiente confortevole per lui e per i genitori; dopo circa 1-2 ore corre nel corridoio.

Quanto descritto ha ovviamente alcuni presupposti che sono innanzitutto di tipo culturale e scientifico. La letteratura pediatrica dimostra, in modo inconfutabile, che le pratiche anestesiolgiche non richiedono esami per la sedazione^{2,3}. Questa evidenza è contraria a quanto accade nella stragrande maggioranza delle pediatrie (e non solo) italiane, dove è prassi routinaria eseguire esami di laboratorio, ECG e a volte radiografie del torace, e contraria anche a una pratica che salvaguarda i cosiddetti aspetti medico-legali.

Detto questo, il passo successivo è quello di identificare le modalità della sedazione. Il Gruppo di Trieste riporta un'esperienza che, sebbene iniziata da poco, è tra le più larghe per numerosità della casistica e bontà dei risultati. Ma la discussione, nella sua auspicabile ricaduta locale, non potrà essere (solo) sul tipo di farmaci utilizzati. Certo questo passaggio deve avvenire (ed è fondamentale "ritrovarsi" in quanto è stato fatto a Trieste), magari prospettando anche una valutazione di tipo sperimentale comparativa e multicentrica, ma in realtà il punto fondamentale è decidere se l'esperienza prodotta vuole essere replicabile e, se sì, con quali interlocutori. Il modello ideale del pediatra-rianimatore è quello auspicabile, ma ognuno, nella propria realtà, può di fatto pensare a un programma vero (magari anche adattabile e di iniziale compromesso) concordato con l'anestesista, che può essere, nelle prime fasi, una guida rassicurante.

Nell'esperienza triestina il grado di soddisfazione dei genitori e degli operatori sanitari ci obbliga al confronto. Il ricordo che ognuno di noi si porta dentro dei tanti bambini a cui abbiamo arrecato (nel bene) dolore è il movente originario che ci spinge a provare a riprodurre la stessa esperienza, nel pieno rispetto di quelle che sono le regole scientifiche da adottare. Ma anche avendo a mente che la relativa semplicità con cui le stesse vengono (e possono) essere praticate rappresenta una motivazione

in più per confrontarci attraverso un dibattito serio e costruttivo (fatto di esperienze) di cui *Medico e Bambino* si rende disponibile per esserne cassa di risonanza.

Federico Marchetti

Bibliografia

1. Krauss B, Green SM. Sedation and analgesia for procedures in children. *N Engl J Med* 2000;342(13):398-45.
2. Patel RI, De Witt L, Hannallah R. Preoperative laboratory testing in children undergoing elective surgery: analysis of current practice. *J Clin Anesth* 1997 Nov;9(7):569-79.
3. Narr BJ, Warner ME, Schroeder DR, Warner MA. Outcomes of patients with no laboratory assessment before anesthesia and a surgical procedure. *Mayo Clin Proc* 1997 Jun;72(6):505-9.

LA SANITÀ DOMANI, FORSE

C'è un tempo per piantare e un tempo per svellere, c'è un tempo per il pubblico e un tempo per il privato.

Un *De profundis* annunciato per la Sanità pubblica Lo aveva preannunciato nel periodo pre-elettorale il responsabile per la Sanità di Forza Italia, professor Tommasini (l'Italia avrà un sistema sanitario con due gambe, una pubblica e una robusta gamba privata). Lo aveva sperimentato in anteprima Formigoni nella Regione Lombardia (producendo una liberalizzazione senza rete del sistema domanda-offerta, con una crescita record delle prestazioni inappropriate e della spesa sanitaria). Lo annuncia oggi il Governatore della Banca d'Italia, Antonio Fazio: «Il miracolo italiano è alle porte, ma bisogna ridurre le spese dello Stato; in particolare per la Sanità». Gli fa eco, con un sorriso mezzo compiaciuto e mezzo furbetto, l'Avvocato, che certamente non usa ricorrere, né oggi né ieri, alla Sanità pubblica.

Non sarà facile. Ci ha provato la Thatcher, e forse non ci si riuscirà, a smantellare la Sanità pubblica. Ma non è neanche impossibile. Basterà ridurre le risorse, renderla scadente, trasformare le tasse in assicurazioni, e attraverso queste finanziare un privato con prestazioni differenziate.

Non sarà di buon gusto ricordare, in periodo post-elettorale, che l'OMS aveva collocato il SSN italiano al secondo posto nel mondo per la resa in termini di salute, la sua equa distribuzione della spesa, la universalità della fruizione. Ma è difficile che questa prestigiosa collocazione resista alla preannunciata riduzione (e privatizzazione) delle risorse che verranno destinate alla Sanità (risorse che invece non possono, chiunque e comunque si paghi, fare altro che aumentare fisiologicamente, in un Paese sempre più ricco e sempre più vecchio). Forse, malgrado il riconoscimento dato dall'OMS, e malgrado quello ancora più dato dai numeri (mortalità infantile, attesa di vita, anni di vita guadagnati per cause cliniche, spesa in funzione del PIL e del potere d'acquisto, tutti parametri in cui l'Italia si colloca assai bene), non avevamo ancora veramente una sanità ideale, se non altro perché l'Italia è lunga e variegata; ma questo non dipendeva dalle leggi istitutive del SSN né (o solo in parte) dalle riforme successive (di cui la più pesante e contro natura è stata quella del 1992 di De Lorenzo), quanto dalle gestioni periferiche, regionali e aziendali, che difficilmente cambieranno nel prossimo futuro, anche per la dimostrata mancanza di uomini. Ne avremo inevitabilmente una peggiore, poiché i miracoli non li può fare nessuno; e il peggioramento sta già nelle premesse: meno tasse, meno spese; più privato e meno Stato. Ma ci sarà tempo per riparlarne.

Franco Panizon