

### COLLEFERRO

Quando questo numero di *Medico e Bambino* arriverà nelle vostre case, l'eco di quanto accaduto a Colleferro, dove un gruppo di giovani ha aggredito un altro gruppo, provocando la morte di Willy, intervenuto a difesa di un suo amico, si sarà forse spento.

Il caso, certo non isolato nelle sue caratteristiche più generali, ha acquisito un sapore del tutto specifico, e comprensibilmente un'attenzione particolare da parte di *media*, commentatori ed esperti, per alcuni suoi aspetti: il fatto che la vittima fosse del tutto indifesa per corporatura e natura; il fatto che gli aggressori fossero già ben noti per atti di violenza sistematica, perpetrata anche a fini criminali (estorsioni, punizioni); il fatto che gli aggressori fossero cultori di arti marziali, quindi consapevoli del loro potenziale offensivo; il fatto che abbiano manifestato, immediatamente dopo l'aggressione mortale, sentimenti di indifferenza e derisione e di presunzione di impunità. Un tempo, la stessa asimmetria dei corpi e dei visi, nell'esilità o nella muscolarità, nei sorrisi o nei ghigni che è stata trasmessa dai *media* avrebbe creato unanimità di posizioni. Ora, si è materializzata una minoranza che patteggia per Golia, esercita una sorta di autarchia narcisistica specchiandosi nei simboli del male, compresi i propri *selfie* minacciosi.

Non si tratta, quindi, della "solita" rissa finita male. C'è qualcosa di più, purtroppo non nuovo, né nella storia recente né tanto meno in così frequenti manifestazioni, verbali e non, simboliche e concrete. C'è la fascinazione del male e il suo divenire banalità, la violenza fisica come espressione di sé, la prevaricazione sull'altro fino alla sua distruzione. Ci sono i simboli storici di tutto questo, quali quelli del nazismo. C'è la tolleranza di fronte a manifestazioni ripetute, a volte preannunciate, di violenza sopraffattrice. E c'è, non dimentichiamolo, un contesto globale dove violenza e sopraffazione diventano sempre più frequenti, e trascendono da tempo gli abituali confini della criminalità organizzata o degli anfratti sotterranei del *web*, per albergare ormai stabilmente laddove sembravano venire progressivamente scacciati, cioè nei corpi governativi chiamati a garantire la pubblica e individuale sicurezza e che al contrario diventano gli esecutori coperti, ma sempre più spesso pubblici, di sopraffazioni di Stato a sfondo politico e a volte razziale o omofobo. Grandi democrazie ne sono ormai afflitte, a partire dalle loro massime espressioni e Autorità.

È un cambiamento climatico terrificante, non meno di quello che sta portando lentamente (ma non troppo) il pianeta alla quinta estinzione di massa, quella che riguarderà l'uomo. Che comincia a riguardarci, sempre più da vicino. Che trova sponda e spazio nell'indifferenza di molti e nella mancata condanna, quando non nella vicinanza, di esponenti e parti politiche.

E, badate: per quanto ci riguarda, se non come cittadini come operatori che si occupano di bambini, non è questo il punto. Il punto, e l'origine di tutto, sono i vuoti culturali, l'analfabetismo emotivo, la delega genitoriale unita al giustificazionismo quando non all'aggressione verso l'Autorità che, nel momento, tenta di far rispettare la Legge, per lo meno la regola del rispetto. Che sia l'insegnante, o a volte e sempre più spesso, il medico, o ancora e più tradizionalmente l'operatore sociale, che rischia di più per i contesti in cui opera.

In questa "origine" ci siamo anche noi, o almeno dovremmo esserci. In più occasioni, ormai da molto tempo, abbiamo richiamato la necessità di offrire ai genitori opportunità di crescere in quanto tali, di acquisire competenze, conoscenze, abilità pratiche per fornire una guida ai bambini che poi crescono e a volte diventano mostri sotto i nostri occhi.

Diceva un operatore di un servizio sociale, a proposito di uno di questi ragazzi: "ormai si considerano esaurite le possibilità di intervenire". Disfatta. Non di quel singolo operatore o del suo servizio, ma di una Politica che di queste cose non si sa occupare. "Esaurite le possibilità di intervenire". C'erano, però, queste possibilità: lungo la lunga catena di attenzioni e affetti presenti o assenti, piccoli gesti affettuosi o evitanti, parole di incoraggiamento o svalutazione, spazi e tempi concessi o negati, *routine* che danno riferimenti o contesti caotici, incontri che aprono al desiderio di fare e di essere o di distruggere, che hanno fatto la vita di questo ragazzo e di molti altri, aprendo la strada a quanto di peggio c'è in ognuno di noi e chiudendo tutte le altre. C'erano. E se tutta la catena porta all'ineluttabile, i singoli anelli non lo sono, e possono anche far prendere altri percorsi. In ciascuno di questi anelli ci può essere la parola, il gesto o la relazione che fa cambiare direzione. Individuale, meglio se organizzata in interventi e programmi, e in politiche che li indirizzano e li sostengono.

Quando si dice *New Generation Recovery Fund* non si dovrebbe intendere anche questo, se non soprattutto questo? Una *recovery* può forse essere economica se prima non è sociale e culturale? Digitalizzazione, infrastrutture, sostenibilità ambientale, formazione del capitale umano. Di questi quattro assi di investimento l'ultimo pare proprio la base su cui costruire gli altri. Dall'inizio. Come scriveva Emmi Pikler, pediatra e poi pedagogista, la pace nel mondo inizia dal cambio di pannolino.

Giorgio Tamburlini

### IL CONFORMISMO NON BASATO SULL'EVIDENZA: LEZIONI DALLO "OPIOID OVERFLOW"

Tradotto letteralmente stiamo parlando dello "straripamento degli oppioidi", ovvero del fenomeno per cui negli Stati Uniti le morti per *overdose* da oppioidi nella fascia di età tra i 15 e i 24 anni hanno superato la somma delle morti da tumori, malattie congenite e cardiopatie, arrivando a 8,6 per 100.000/anno. L'argomento è controverso ma, in base alla letteratura disponibile, una quota di dipendenze da oppioidi è stata generata anche dalle prescrizioni, incluse quelle dei Pronto Soccorso (PS), per il trattamento di dolore acuto e cronico.

Questo fenomeno era stato ingaggiato da una presa d'atto, e da una letteratura conseguente, importante e reiterata negli anni '90, del mancato riconoscimento e trattamento del dolore pediatrico, e delle rilevanti conseguenze di breve e lungo termine che questo può avere sullo sviluppo dell'individuo. In sostanza, si è partiti da una lettura corretta di un fenomeno importante, ovvero: "non riconosciamo e trattiamo adeguatamente il dolore del bambino" e si è arrivati a una certa disinvoltura prescrittiva.

Di fatto, pur in assenza di una letteratura che dimostrasse in qualsiasi modo la superiorità degli oppioidi rispetto ai FANS in contesti definiti, e parliamo nello specifico del dolore da trauma e frattura, è stato "sdoganato" il principio, riportato anche in molti protocolli, che ogni dolore "maggiore di 8" su una scala di analogo numerico o visivo meritava un trattamento con oppioide.

Questo ha generato negli USA un aumento delle prescrizioni di oppioidi in PS pediatrico, dal 2001 al 2010, del 30% circa. Evidenze epidemiologiche mostrano come la prescrizione di oppioidi sia più comune nei ragazzi che accedono a dipartimenti di Emergenza dell'adulto (la maggioranza negli USA e in tutto il mondo) piuttosto che in PS pediatriche dedicate. Ma questo cambia poco la sostanza delle cose.

Nell'ultimo congresso in America in cui mi sono trovato, nel settembre 2019, mi veniva raccontata da alcuni colleghi locali come pratica di *routine* la prescrizione di ossicodone per il dolore da frattura, non solo in acuto all'arrivo in PS, ma anche a casa per alcuni giorni dopo. Adesso assistiamo al fenomeno inverso, dopo anni di letteratura critica del fatto che non davamo abbastanza oppioidi arriva una mole di letteratura sul fatto che forse ne abbiamo dati troppi.

Questa è una storia in qualche modo "classica" nella letteratura pediatrica, ci sono le mode culturali, ingaggiate da evidenze limitate o anche assenti, che diventano una vera e propria moda, a cui segue un riflusso di evidenze di miglior qualità o di nuova consapevolezza di ricercatori o degli stessi maestri di cui sopra. Così progredisce, e tanto, per fortuna, la Medicina. Volendo sorriderci sopra, i più vecchi di noi non faranno fatica a ricordare quando ogni dermatite era un'allergia al latte da mettere in dieta, ogni *arching* un reflusso gastroesofageo da avviare all'inibitore di pompa, ogni infezione febbrile delle vie urinarie rischiava di finire in una scintigrafia con DMSA (acido meso-2,3-dimercaptosuccinico) in acuto e a distanza, cistografia minzionale e profilassi pluriennale per reflussi anche lievi.

Queste lezioni però servono e fanno crescere la nostra cultura. Cosa è successo nello specifico dell'*opioid overflow*?

In *primis* si è mutuato un atteggiamento assolutamente ragionevole nel post-chirurgico e nei dolori maggiori (ad esempio in Oncologia), per cui ogni dolore "maggiore di 8" sancisce la necessità di oppioide in chi non risponde a paracetamolo e FANS, e lo si è traslato *tout court* al PS e al dolore acuto, nello specifico da trauma e frattura. Ma c'era almeno una evidenza di letteratura su cui basare questa scelta?

Sorprendentemente la risposta è assolutamente no. Nessun lavoro ha mai dimostrato la superiorità degli oppioidi sui FANS nel dolore da trauma da frattura ossea, anzi, è l'opposto. Tutti i *trial* clinici randomizzati e controllati disponibili dicono univocamente che i due trattamenti sono equivalenti come efficacia, ma sempre con più effetti collaterali per gli oppioidi.

In secondo ordine, c'è qualche lavoro in letteratura che dica che una misurazione del dolore di 8 corrisponde sempre a un dolore vero e importante? Ancora assolutamente no, è ben noto che valutare è diverso da misurare. Se valuto, considero anche anamnesi, elementi obiettivi ed emotivi e contesto. La misurazione è solo uno degli elementi del giudizio clinico e di valutazione globale su un bambino o adolescente con dolore. Resta sempre vero che l'unico giudice del dolore è chi lo prova. Solo io potrò dire quanto male ho, ma "dare un numero" non definisce sempre e automaticamente una realtà clinica, basti pensare a un *malingering* o a un dolore somatomorfo, né può trasformarsi incondizionatamente in una scelta terapeutica. La dimensione di un numero come solo elemento su cui prendere una decisione è lontana anni luce dalla complessità del fenomeno dolore, letto in termini globali di nocicezione, che interagisce con una componente peggiorativa di sofferenza emotiva, ansia, paura, elaborazione di vissuti di esperienze precedenti, ma anche con una componente di difesa data da livello di comprensione, capacità di razionalizzazione, resilienza, possibilità di azione, di trovare distrazione e senso di appartenenza.

In sostanza, negli USA, un misto di conformismo e aderenza cieca a protocolli non basati sull'evidenza, aggiunti a una semplificazione estrema di un processo valutativo, ha generato un male maggiore del bene che si voleva ottenere. Come adattiamo questa cosa alla nostra realtà? Dobbiamo concludere che non dovremmo più usare oppioidi?

La risposta è categoricamente no, il bambino con dolore adeguatamente valutato, post-operatorio, oncologico o di qualsiasi altra natura, che non risponde ai trattamenti di primo e secondo livello ha il diritto assoluto a un trattamento con oppioide, e sarebbe un abominio non trattarlo.

Il fentanil endonasale in PS resta uno strumento prezioso per i pazienti con dolore severo, non altrimenti controllato, con profilo di efficacia e sicurezza strepitoso, e rischio di dipendenza assolutamente negligibile. Questo non è nulla di paragonabile a una prescrizione protratta per giorni di un farmaco a domicilio, tipo ossicodone, in un dolore, come quello di una frattura non scomposta, che dopo 48 ore è praticamente risolto in FANS e immobilizzazione da gesso.

La morale di questa storia è sempre la stessa. Le linee guida sono spesso basate su evidenze parziali o insufficienti e nessun protocollo dovrebbe sostituire il nostro razioincio e la nostra capacità di lettura della realtà di quello specifico paziente. Guai a non lavorare sulla base dell'evidenza scientifica e a non tenere conto delle raccomandazioni. Ma guai anche a nascondersi acriticamente e ottusamente dietro alle linee guida, ai protocolli e a seguire acriticamente le mode mediche. Statene certi, tra qualche anno cambieranno, di regola sempre in meglio. Teniamoci un margine di disobbedienza ragionata.

**Egidio Barbi**