

GS Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante
della Società Italiana di Pediatria



Società
Italiana di
Pediatria

72°
FIRENZE
16-19
novembre 2016

BAMBINI INNOCENTI

Congresso Italiano di PEDIATRIA

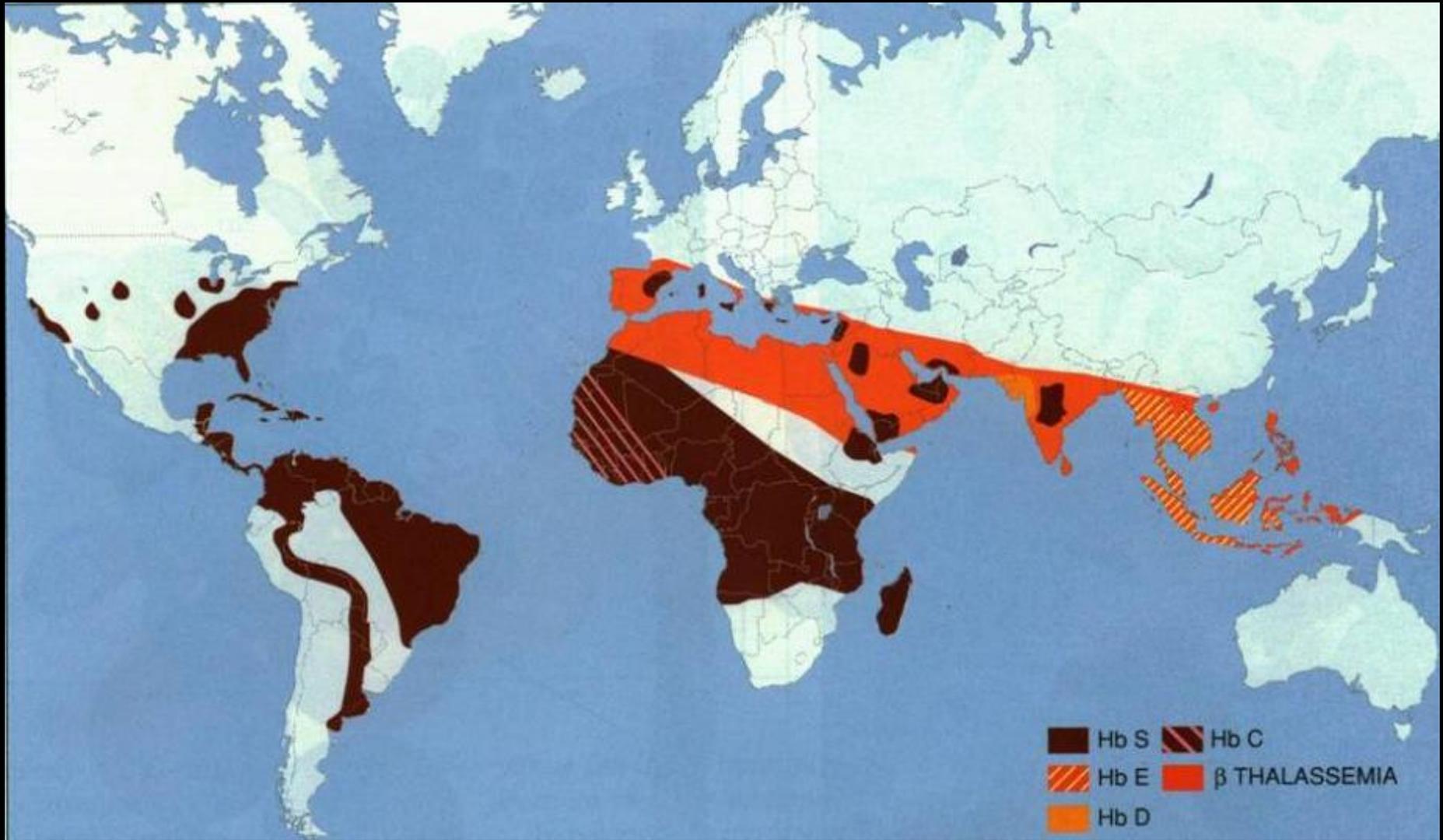
CONGRESSO NAZIONALE CONGIUNTO
SIP - Società Italiana di Pediatria
SINP - Società Italiana di Neurologia Pediatrica
Gruppo di Studio per l'Accreditamento ed il Miglioramento della Qualità SIP
Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante SIP

WORKSHOP

GLNBM-SIP: NOVITÀ' E PROSPETTIVE FUTURE

16 Novembre 2016 - ore 15:30-18:30

Malattia a cellule falciformi Nuove linee guida AIEOP
Agostino Nocerino (Udine)





HbE

α talassemia
 β talassemia

ESTREMO
ORIENTE

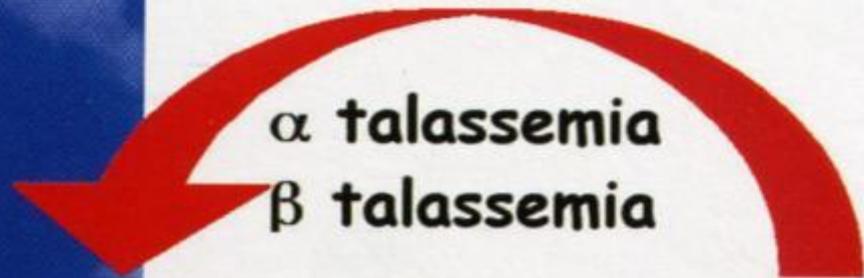
HbS β talassemia

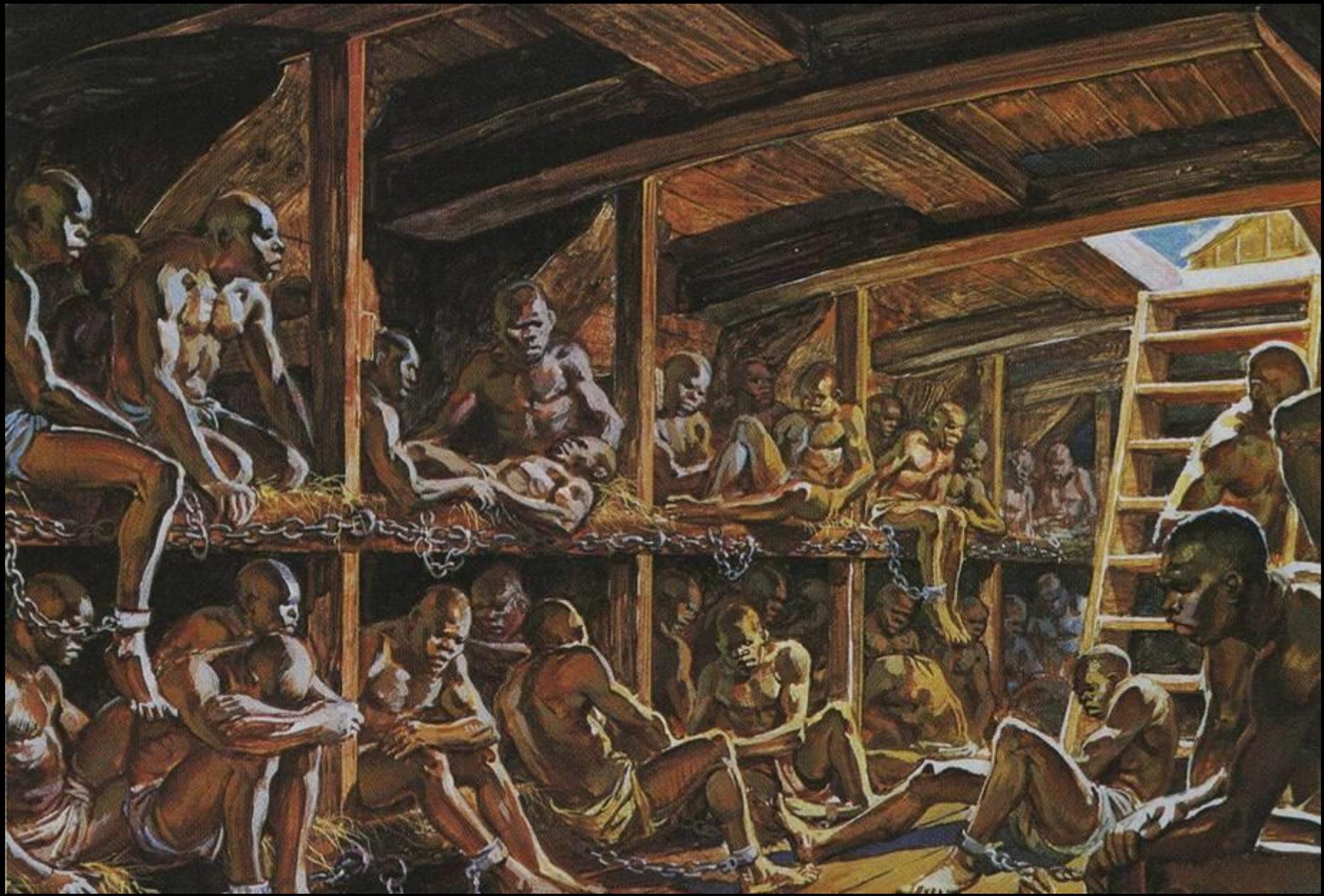
MEDIO
ORIENTE

HbC

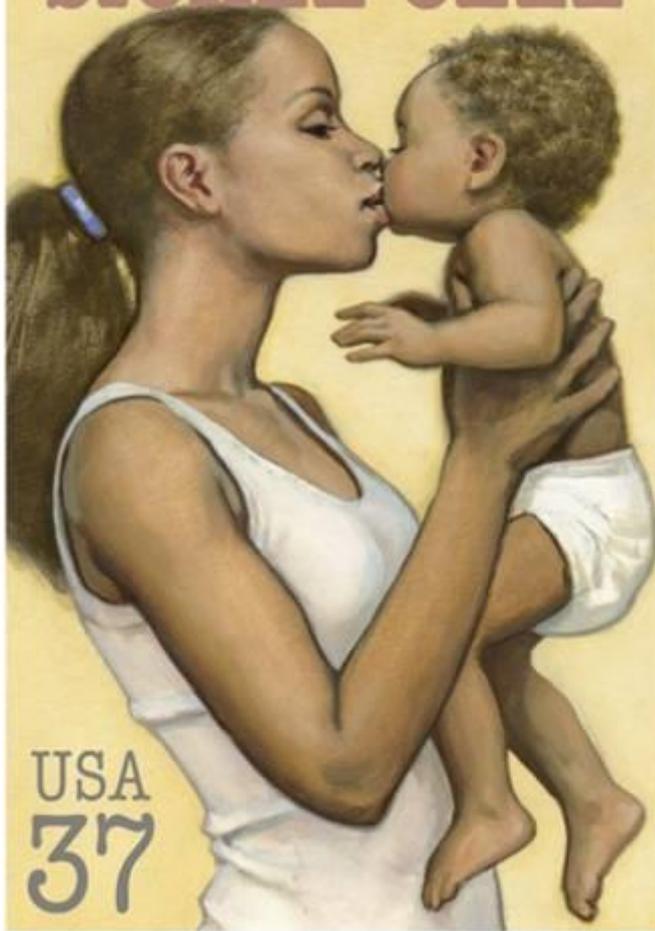
HbS

AFRICA





**TEST EARLY FOR
SICKLE CELL**



USA
37

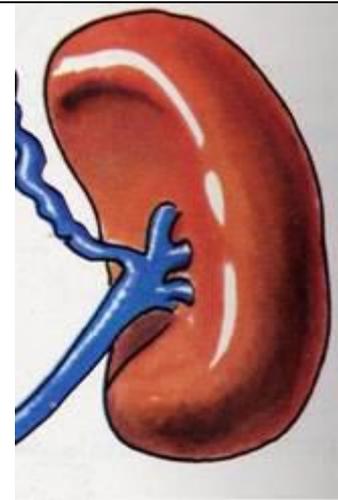
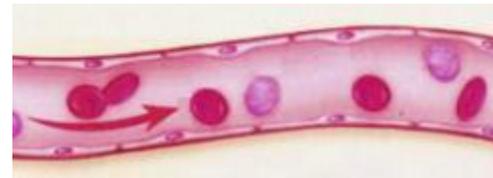
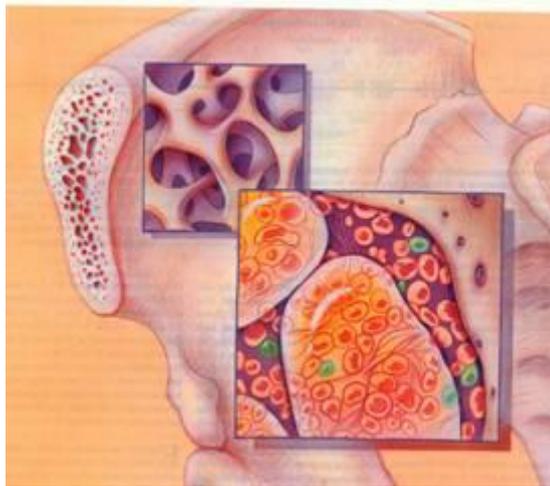
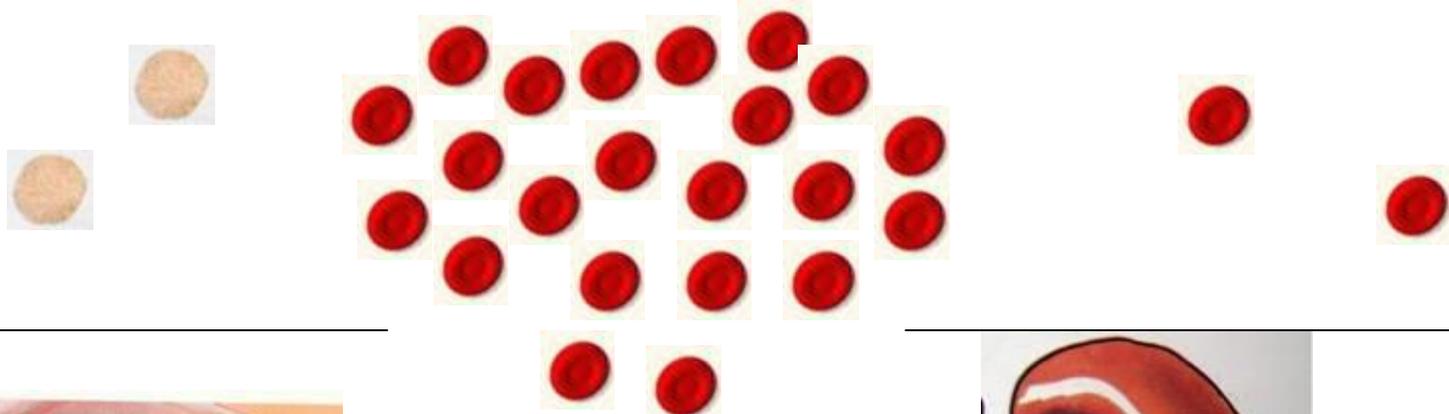
2004



Paese di cittadinanza	N. Immigrati	% rispetto a tutti gli Immigrati	Prevalenza (%) del gene S nella popolazione
Albania	466.684	11,0	3
Marocco	431.529	10,2	0-7
India	105.863	2,5	0-35
Tunisia	103.678	2,4	0-2
Egitto	82.064	1,9	<1 (5-22 in alcune oasi)
Sri Lanka	75.343	1,8	raro
Bangla Desh	73.965	1,7	6
Senegal	72.618	1,7	3-15
Nigeria	48.674	1,1	10-41
Ghana	44.353	1,0	3-25
Brasile	44.067	1,0	0-15
Russia	25.786	0,6	6-12
Algeria	25.449	0,6	0-15
Repubblica Dominicana	22.920	0,5	6-12

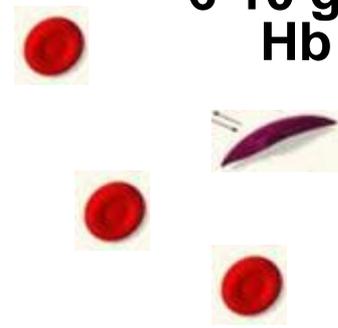
Modificato da Linee Guida AIEOP [Dati sulla prevalenza del gene S (2,3). Dati sull'immigrazione: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes 2009. Elaborazione su dati Istat (4)].

120 gg

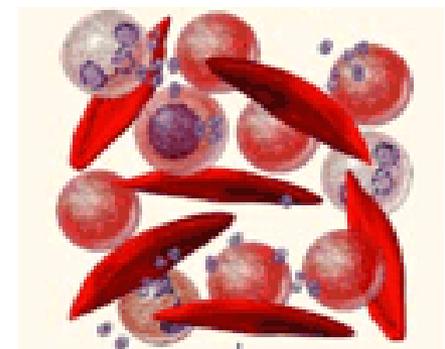
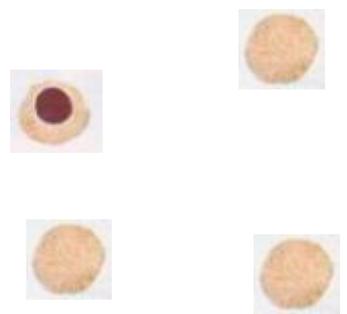


Bilirubina
LDH

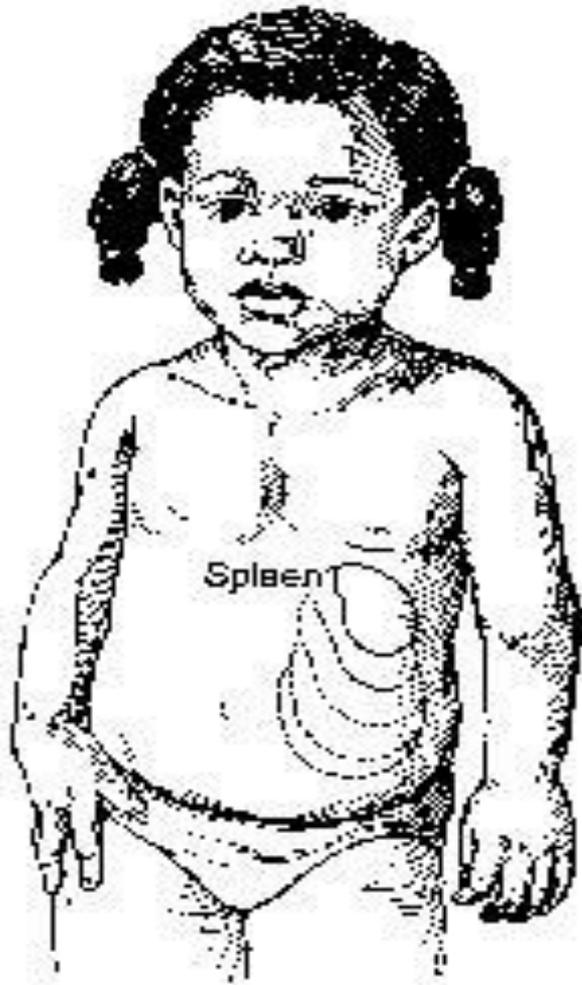
6-10 g/dl
Hb

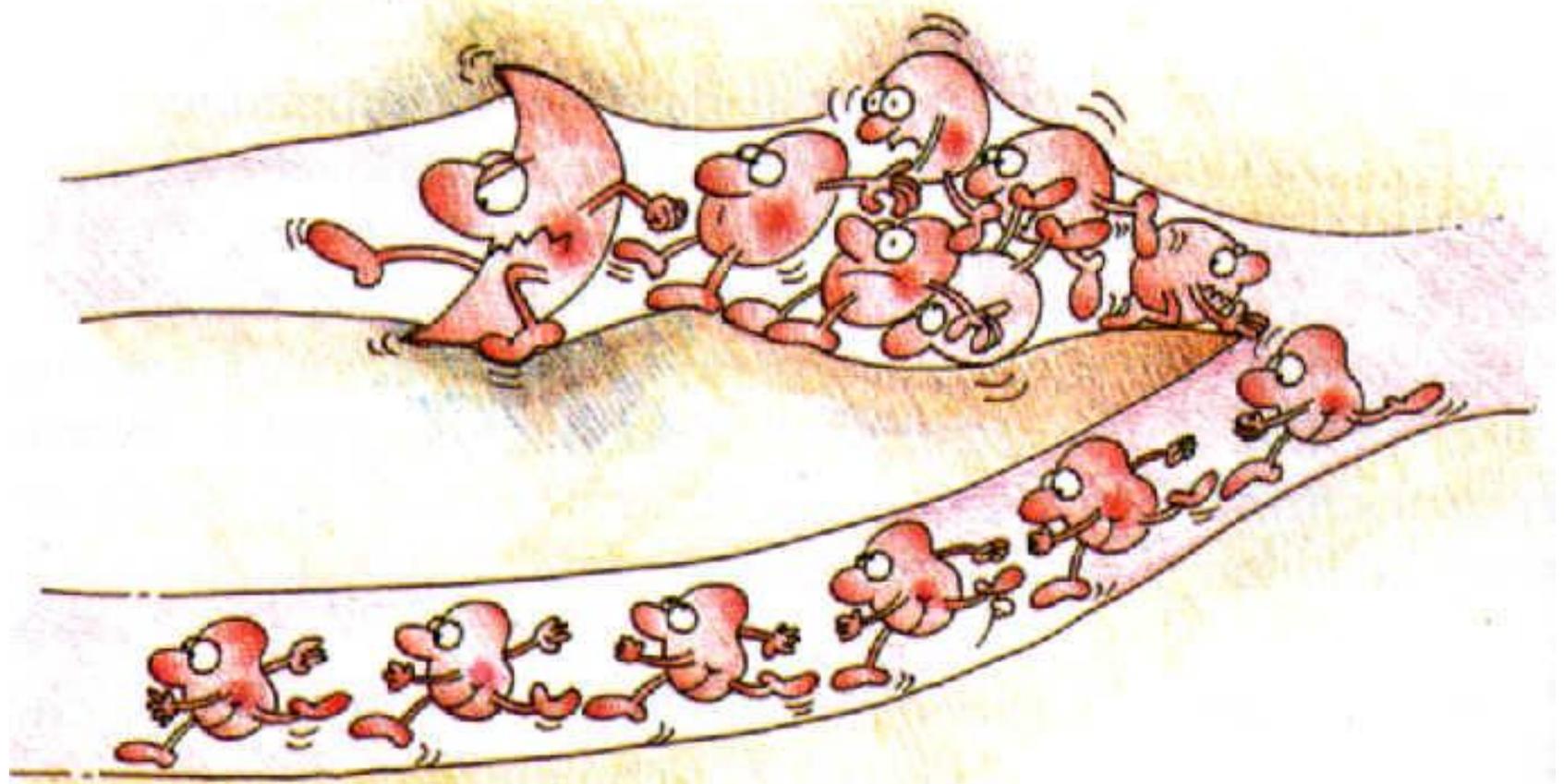


10-12 gg



Sequestrazione splenica





Anemia falciforme nell'antico Ghana

<i>Chwechweechwe</i>	(tribù Ga)
<i>Ahotutuo</i>	(tribù Twi)
<i>Nuidudui</i>	(tribù Ewe)
<i>Nwiiwii</i>	(tribù Fante)

Arch Intern Med 1974; 133: 611-619



Sindrome toracica acuta



- Infiltrato polmonare
- Dolore toracico
- Febbre
- Tachipnea o wheezing o tosse
- Ipossia



Infarti cerebrali



- Emiparesi, emiplegia, monoparesi
- Crisi convulsive
- Disartria, afasia
- Disturbi visivi
- Coma

Incidenza: 7%

Mortalità: 20%

Disabilità motorie: 70%

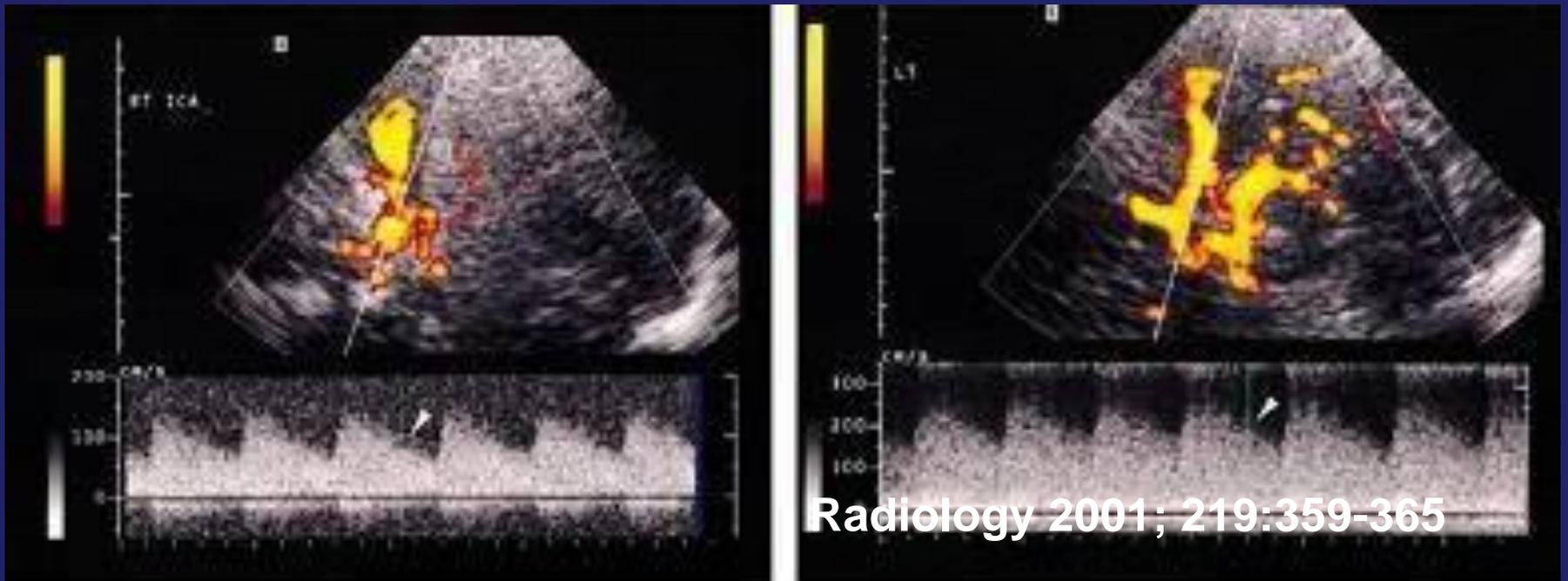
Ricorrenza: 70%

(a 3 anni)

Adams RJ, McKie VC, Carl EM, et al.

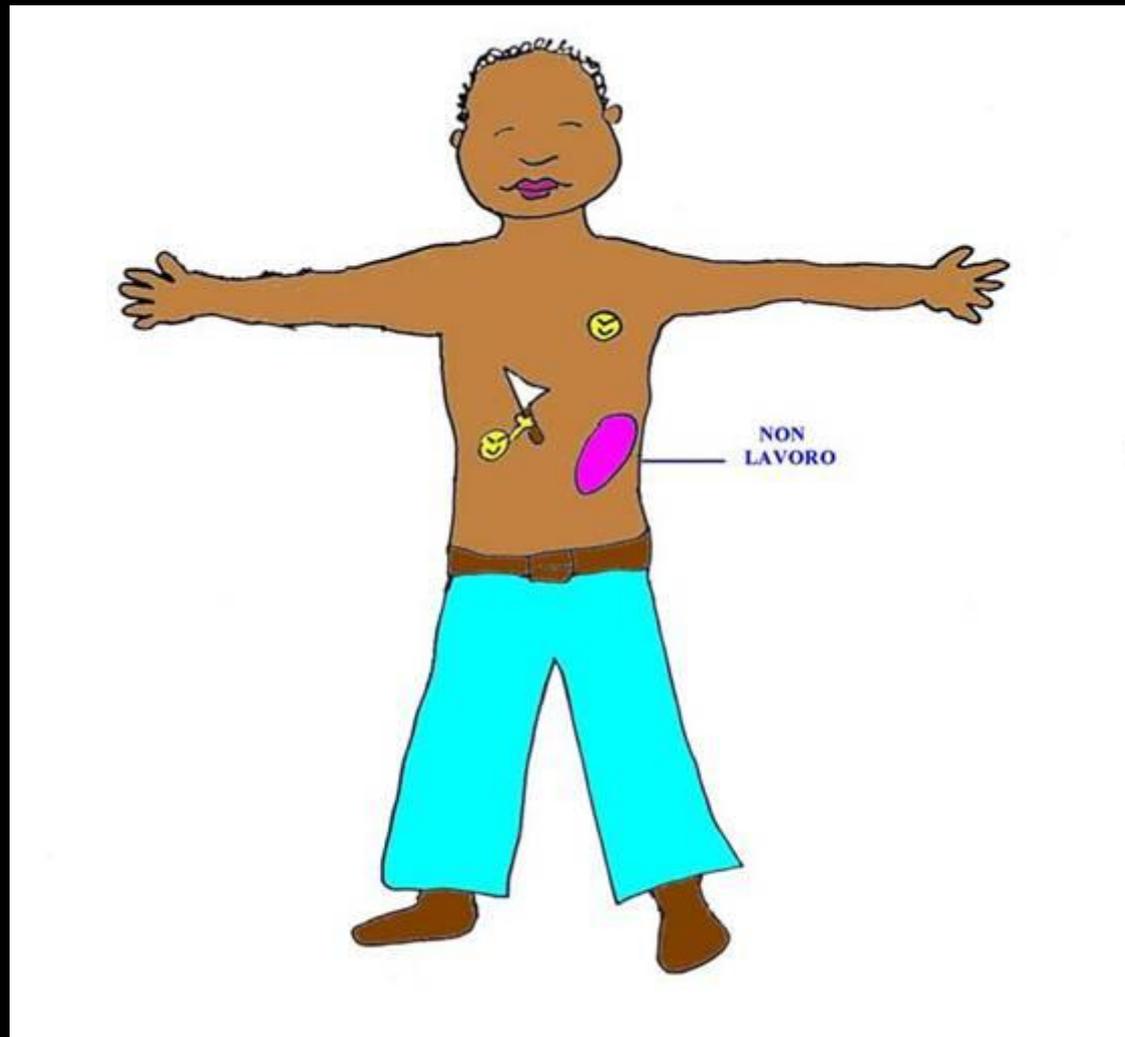
Long-term stroke risk in children with sickle cell disease screened with transcranial Doppler.

Ann Neurol 1977; 42:699–704



Radiology 2001; 219:359-365

Infezioni



Studio PROPS I
Profilassi con penicillina
sepsi da pneumococco
84%

NEJM 1986; 314; 1593-1599

Studio PROPS II
Profilassi dopo i 5 anni
nessun vantaggio

J. Pediatr 1995; 127:685-690

Sospendere la profilassi
dopo i 5 anni ?



Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica

Gruppo di Lavoro "Patologia del globulo rosso"
Coordinatore: Dr. Silverio Perrotta

LINEE-GUIDA PER LA GESTIONE DELLA MALATTIA DREPANOCITICA IN ETA' PEDIATRICA IN ITALIA

Autori

Maddalena Casale, Andrea Ciliberti, Raffaella Colombatti, Gian Carlo Del Vecchio, Domenico De Mattia, Benedetta Fabrizzi, Cinzia Favara Scacco, Paola Giordano, Valentina Kiren, Saverio Ladogana, Nicoletta Masera, Agostino Nocerino, Lucia Dora Notarangelo, Giovanni Palazzi, Silvio Perrotta, Anna Pusiol, Anita Regalia, Giovanna Russo, Laura Sainati, Piera Samperi, Paola Saracco, Marco Zecca

Coordinatore

Giovanna Russo¹

Revisori interni

Giovanna Russo¹, Piera Samperi¹, Laura Sainati², Raffaella Colombatti²

Revisori esterni (autorevoli esperti di Ematologia Pediatrica)

Gian Luca Forni (Genova), Renzo Galanello (Cagliari), Antonio Piga (Orbassano-TO)

Revisore esterno (Assoc. Ligure Talassemici, Talassemia International Federation)

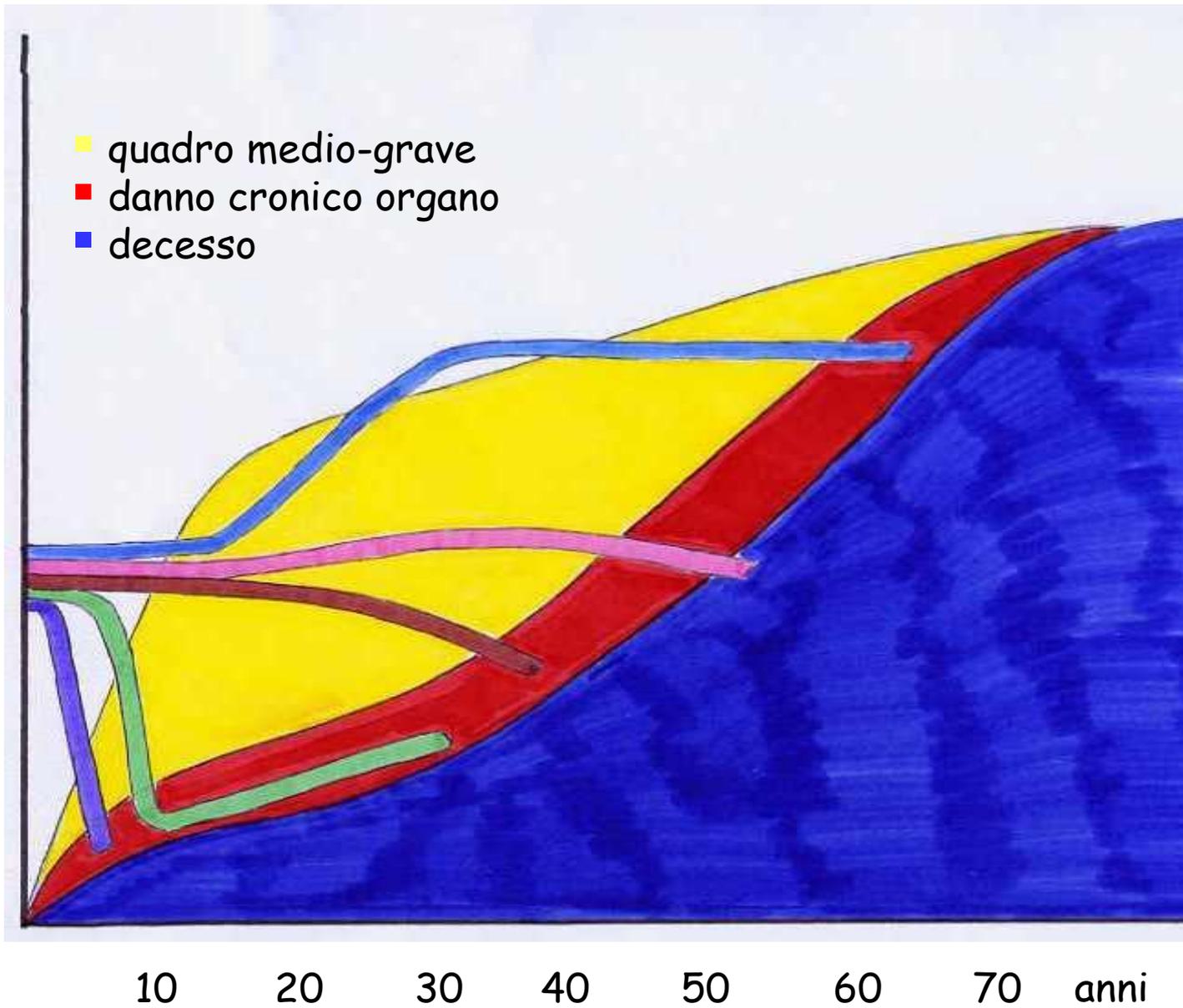
A. Loris Brunetta (Genova)

Versione 1 14 febbraio 2011

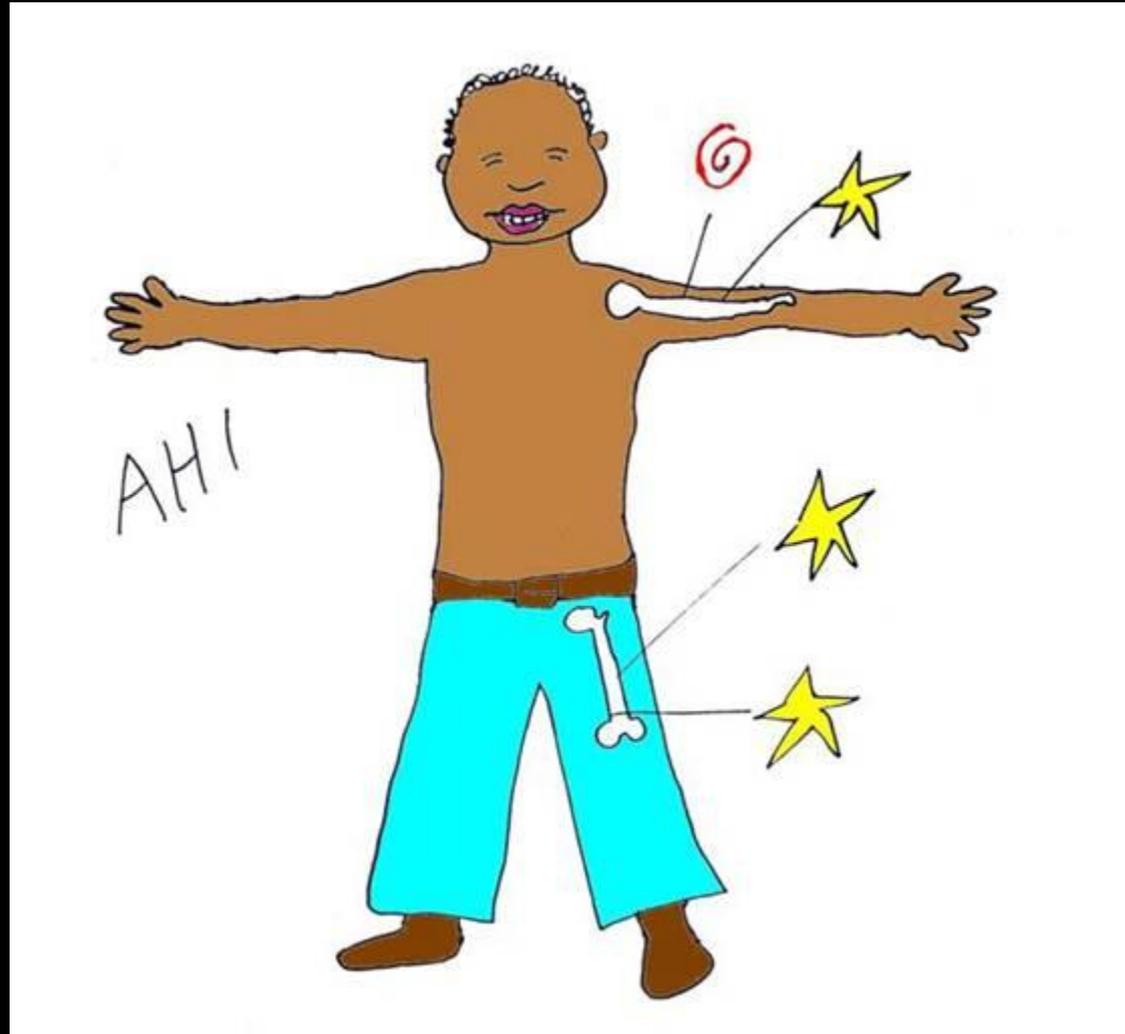
Versione 2 17 maggio 2012

Autori dei documenti preliminari

Capitolo	Estensori
Diagnosi	G. Russo ¹ , P. Samperi ¹
Screening neonatale	A. Pusiol ³
Crisi dolorose vaso-occlusive	G. Palazzi ⁴ , B. Fabrizzi ⁵ , L. Sainati ² , R. Colombatti ² , N. Masera ⁶
Infezioni	S. Perrotta ⁷ , M. Casale ⁷ , D. De Mattia ⁸
Eventi cerebrovascolari	P. Saracco ⁹ , G.C. Del Vecchio ⁸ , P. Giordano ⁸ , L. Sainati ²
Manifestazioni polmonari	R. Colombatti ² , L. Sainati ² , G. Palazzi ⁴ , N. Masera ⁶
Manifestazioni osteo-articolari	V. Kiren ¹⁰ , G. Russo ¹ , P. Samperi ¹
Sindromi da sequestro	L. Sainati ² , R. Colombatti ² , N. Masera ⁶ , G. Palazzi ⁴
Priapismo	A. Nocerino ³
Disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	V. Kiren ¹⁰
Crisi aplastiche	S. Ladogana S ¹¹ , A. Ciliberti ¹¹
Manifestazioni oculari	P. Samperi ¹ , G. Russo ¹
Manifestazioni renali e ipertensione arteriosa	L.D. Notarangelo ¹²
Ulcere cutanee	G. Russo ¹ , P. Samperi ¹
Manifestazioni odonto-stomatologiche	P. Samperi ¹ , G. Russo ¹
Gestione della gravidanza	N. Masera ⁶ , A. Regalia ¹³ , P. Samperi ¹
Preparazione ad interventi chirurgici ed anestesia	A. Nocerino ³
Terapia con idrossiurea	P. Samperi ¹ , G. Russo ¹
Terapia trasfusionale	N. Masera ⁶ , G.C. Del Vecchio ⁸ , G. Palazzi ⁴ , R. Colombatti ² , L. Sainati ²
Sovraccarico di ferro e terapia chelante	S. Perrotta ⁷ , M. Casale ⁷
Trapianto di cellule staminali emopoietiche	M. Zecca ¹⁴
Splenectomia e colecistectomia	S. Perrotta ⁷ , M. Casale ⁷
Supporto psico-sociale	C. Favara Scacco ¹ , G. Russo ¹ , P. Samperi ¹ , G. Palazzi ⁴
Transizione dalla Pediatria alla Medicina dell'adulto	L. Sainati ² , R. Colombatti ²
Il portatore sano	G. Russo ¹ , P. Samperi ¹



Crisi dolorose



fp

special issue

fighting pain combattere il dolore

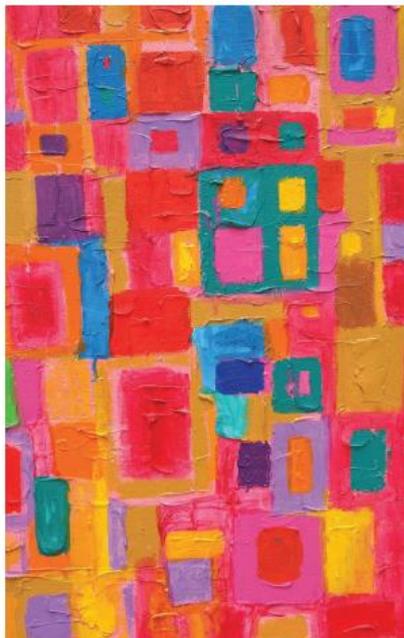
Volume 3 Special Issue 1 Marzo 2016

Raccomandazione per la gestione del dolore da trauma in Pronto Soccorso pediatrico

Raccomandazione per la gestione del dolore addominale acuto in Pronto Soccorso pediatrico

Raccomandazione per la gestione del dolore da malattia a cellule falciformi in Pronto Soccorso pediatrico

Raccomandazione per la gestione del dolore nel bambino con deficit neurocognitivo in Pronto Soccorso pediatrico



ABOUT
PUBLISHING

Raccomandazione per la gestione del dolore da malattia a cellule falciformi in Pronto Soccorso pediatrico

Gruppo di lavoro:

Annunziata Lucarelli, Fabio Cardinale, UO di Pediatria e Pronto Soccorso, Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII", Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico, Bari; Alberto Arrighini, Federica Lottici, Ospedale dei Bambini, AO Spedali Civili, Brescia; Fabio Borrometi, Antonio Campa, Loredana Celentano, AORN Santobono Pausilipon, Napoli; Franca Benini, Dipartimento di Salute della donna e del bambino, Università degli Studi di Padova, Padova (Coordinamento); Agostino Nocerino, Clinica Pediatrica, AOU S. Maria della Misericordia, Udine (Coordinamento)

1. SINOSSI DEL PROTO COLLO

Bambino SCD
CON DOLORE
CODICE
GIALLO

DOLORE LIEVE (VAS 1-3)

PARACETAMOLO

Dose di attacco: 20 mg/kg – Dose di mantenimento: 15 mg/kg ogni 6-8 ore

oppure

IBUPROFENE

Dose di attacco e di mantenimento: 10 mg/kg ogni 8 ore dopo i pasti

IN CASO DI CONTROLLO INSUFFICIENTE DEL DOLORE

Frequentemente viene utilizzata l'associazione di paracetamolo e ibuprofene.

Si ricorda che l'uso combinato o alternativo di ibuprofene e paracetamolo non è raccomandato dal WGP dell'AIFA

DOLORE MODERATO (VAS 4-6) che non sia già in trattamento con oppioidi

ESCLUSIVAMENTE SE ETÀ >12 ANNI

Paracetamolo-codeina per os (paracetamolo 500 mg, codeina 30 mg)

ETÀ <12 ANNI

Tramadol per os o e.v. (1-2 mg/kg) seguito da 4 mg/kg/die e.v. in infusione continua oppure 2 mg/kg

ogni 6-8 ore per os

SE ANALGESIA INSUFFICIENTE

Associare ketorolac oppure paracetamolo e.v.

DOLORE GRAVE (VAS 7-10)

INIZIARE IMMEDIATAMENTE E DIRETTAMENTE CON:

morfina e.v. 0,05-0,1 mg/kg in bolo (la dose in bolo può essere più elevata, soprattutto in caso di precedenti trattamenti con morfina, di solito fino a 0,2 mg/kg, e ripetuta)

seguita da infusione continua di 0,02/mg/kg/h da rivalutare dopo 15-20'

Bambino SCD
con segni
di allarme
CODICE
ROSSO

SCD, sickle cell disease; VAS, scala visuoanalogica; WGP, Working Group Pediatrico



Gruppo P.I.P.E.R. "Il dolore in Pronto Soccorso"

- Gruppo Sickle Cell Disease

Gruppo di lavoro

"Raccomandazioni per la gestione del dolore da Malattia a cellule falciformi"

Agostino Nocerino (Clinica Pediatrica, AOU S. Maria della Misericordia UDINE); Alberto Arrighini, Federica Lottici (Ospedale dei Bambini, AO Spedali Civili BRESCIA); Fabio Borrometi, Antonio Campa, Loredana Celentano (AORN Santobono Pausilipon NAPOLI); Fabio Cardinale, Annunziata Lucarelli (UO di Pediatria e Pronto Soccorso, Ospedale Pediatrico "Giovanni XIII", Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari)

Disegni di Anna Pusiol (Clinica Pediatrica, Udine)



Riunione GdL “Patologie del Globulo Rosso”

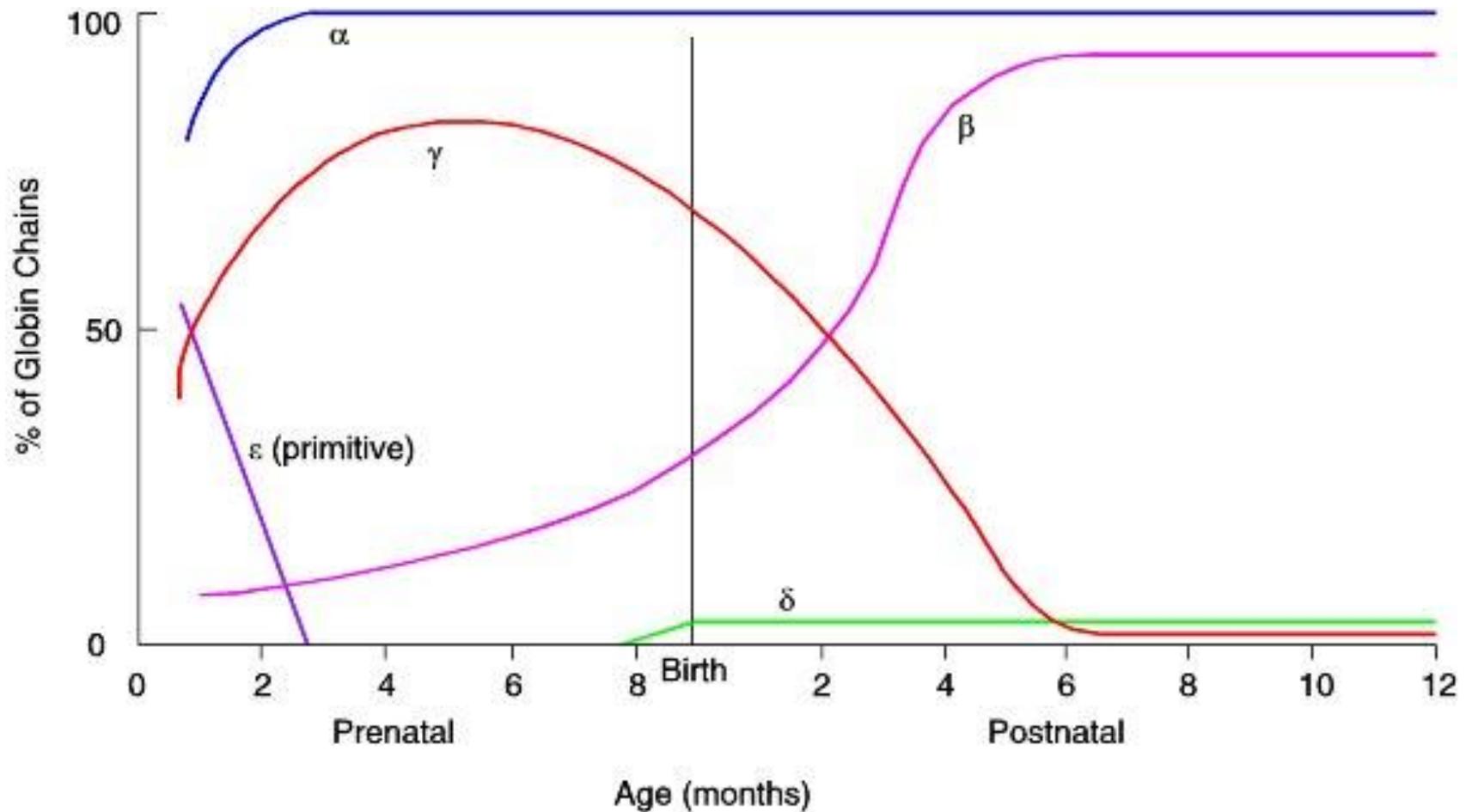
Linee-Guida Malattia Drepanocitica

Azienda Policlinico-Vittorio Emanuele

Università di Catania

Via Santa Sofia 78, Catania

5 ottobre 2016



Relative amounts of the several globin chains (ϵ , α , γ , β , and δ) present during fetal development and the first year of life.

4. SCREENING NEONATALE

Italia		
<u>Rfiuli Venezia Giulia</u> [°]	2010	Mirato
Modena§	2011	Mirato
Padova-Monza	2016	Universale

[°] mirato ai neonati figli di genitori a rischio di emoglobinopatia

§ mirato ai neonati figli di madri con emoglobina anomala identificata mediante screening in gravidanza

Dal 2010 al 2012 a **Ferrara** sono stati testati 1992 neonati e identificati 24 portatori di emoglobina anomala (1,2%). Lo screening era universale, eseguito su Guthrie mediante HPLC. L'esperienza è stata sospesa per mancanza di finanziamenti (47).

Nel 2013 a **Novara** è stato avviato un progetto di screening neonatale mirato ai neonati con un genitore proveniente da aree a rischio di emoglobinopatia. Sono stati reclutati 337 neonati su 2447 nati e identificati 20 (6%) di portatori (AS) (31).

FRIULI – VENEZIA GIULIA

I dati, non ancora pubblicati riportano 6018 neonati testati dal 2010 al 2015, una percentuale di AS tra 1,74 e 4,7% a seconda delle Province

(Zanolli F comunicazione personale).

- ◆ E' raccomandato screening neonatale universale, o almeno mirato alle categorie a rischio **A**
- ◆ Allo screening deve seguire un programma di informazione, la presa in carico del paziente con la messa in atto delle adeguate misure di follow-up **B**

Interventi chirurgici e anemia falciforme



SINGOLA

TRASFUSIONE

pre-operatoria



- Il primo studio prospettico includente un gruppo controllo che non aveva ricevuto trasfusioni preoperatorie (*Transfusion Alternatives Preoperatively in Sickle Cell Disease: TAPS*) è stato pubblicato nel 2013 (22), ma è stato interrotto precocemente per eccesso di effetti collaterali nel gruppo non trasfuso.
- Lo studio, che ha coinvolto 22 centri in Canada, Gran Bretagna, Irlanda e Paesi Bassi, ha arruolato prevalentemente bambini e giovani adulti con Hb SS sottoposti ad interventi chirurgici a medio rischio, ha mostrato già in un'analisi ad interim nel gruppo controllo, non trattato con trasfusioni preoperatorie, un numero di complicanze significativamente maggiore (39% contro 15%) ed effetti avversi significativamente più gravi (in particolare sindromi toraciche).
- Sono stati perciò valutati solo 70 dei 343 pazienti arruolati.
- I ricercatori che hanno partecipato allo studio TAPS concludono che i pazienti con Hb <9 g/dl che devono essere sottoposti ad interventi chirurgici a basso e medio rischio **devono ricevere una trasfusione**

Di fatto alcuni problemi importanti non sono stati affrontati dallo studio TAPS:

- Resta poco chiaro come gestire i pazienti con Hb ≥ 9 g/dl
- Non è stata analizzata l'opzione di eseguire una serie di trasfusioni per 4-6 settimane prima dell'intervento, un approccio che potrebbe raggiungere gli stessi obiettivi della exchange transfusion senza le difficoltà tecniche di quest'ultima
- Non è stata affrontata la gestione dei pazienti SC. I dati del *Cooperative Study of Sickle Cell Disease* indicano una percentuale di complicazioni simili per i sottotipi BbSS ed HbSC, che è del 35% (contro 0%) nei pazienti HbSC. Inoltre i pazienti HbSC hanno spesso valori di Hb più elevati, nella maggior parte dei casi >9 g/dl
- Non è valutabile la gestione dei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici a basso rischio (solo 13 casi arruolati, il che rende impossibile l'analisi dei sottogruppi)



Anemia sintomatica con segni clinici di scompenso (tachicardia, tachipnea, dispnea, affaticamento) o valore assoluto **Hb \leq 5 g/dl**; è pure da considerare se **calo di Hb \geq 2 g/dl** rispetto al valore abituale per il paziente

Come norma generale, **l'Hb post-trasfusionale in acuto non deve superare i 10 g/dl (Ht: 30%) (1); vanno trasfusi complessivamente 5-8 ml/kg di GRC (non più di 10 ml/kg);**

meglio suddividere la dose complessiva in due aliquote da trasfondere a distanza di 12-24 ore (in 2-3 ore ciascuna) per minimizzare alterazioni di viscosità

Tabella V. Indicazioni alla terapia trasfusionale cronica



Indicazioni riconosciute in letteratura

- ◆ **Prevenzione primaria di uno stroke** in bambini con TCD patologico (10). **A**
(Vedi cap. 7)
- ◆ **Prevenzione secondaria di stroke** **A**
- ◆ **Scompenso cardiaco cronico**, anche se non ci sono studi clinici che ne dimostrino l'efficacia nei bambini **C**

Tabella VI. Vantaggi delle trasfusioni semplici e delle EEX nel regime trasfusionale cronico

Trasfusione semplice	EEX
facilità reperimento accesso venoso	assenza o ritardata insorgenza del sovraccarico marziale
costo contenuto	costo della procedura, seppure elevato, 'ammortizzato' dall'assenza di terapia ferrochelante
attuabile in tutte le strutture ospedaliere	minore frequenza degli accessi in ospedale (ogni 2-3 mesi)

Priapismo



Una indagine con questionario su pazienti di età inferiore a 20 anni (media 10 anni) ha identificato un'incidenza del 27,5%, che sale al 47% nel gruppo di età compresa tra 13 e 20 anni, con una probabilità attuariale di avere almeno un episodio di priapismo dell'89%; il numero medio di episodi per paziente era 15,7 (ma il 52% ha presentato un singolo episodio), con una durata media di 125 minuti.

Ciononostante **solo il 7% dei maschi che non hanno sofferto in precedenza di priapismo sa che questa può essere una complicanza della SCD**

Come norma generale, l'Hb post-trasfusionale in acuto non deve superare i **10 g/dl** (Ht: 30%) (1); vanno trasfusi complessivamente **5-8 ml/kg di GRC (non più di 10 ml/kg)**; meglio suddividere la dose complessiva in due aliquote da trasfondere a distanza di 12-24 ore (in 2-3 ore ciascuna) per minimizzare alterazioni di viscosità



KEEP
CALM

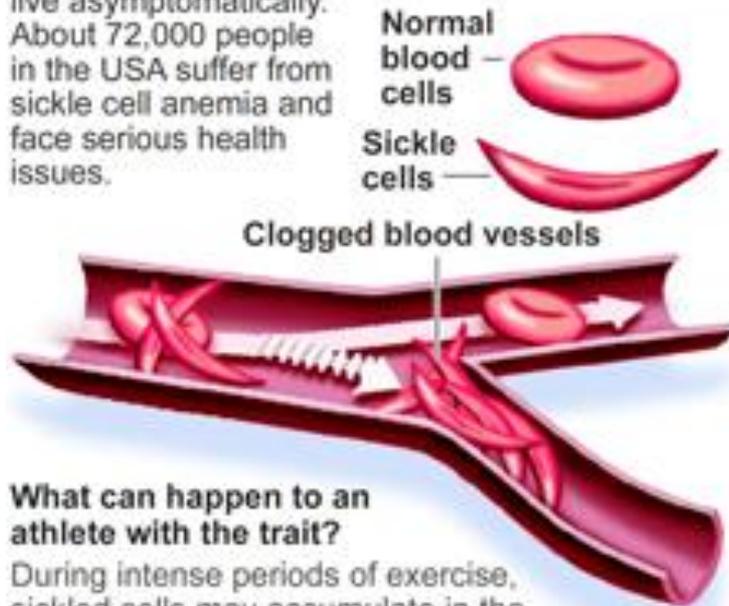
it's just the

SICKLE CELL
TRAIT

Sickle Cell Trait

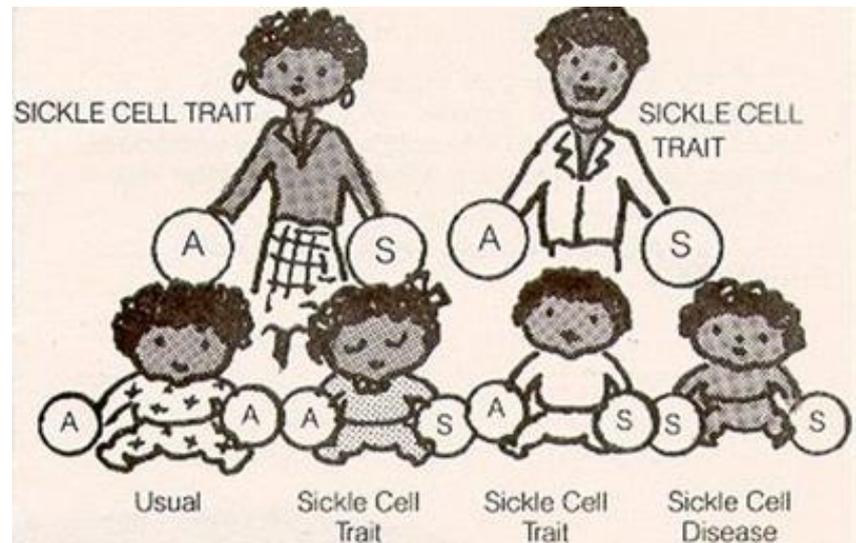
Sickle cell trait

About 2 million Americans, 1 in 12 African Americans, carry the sickle cell trait and generally live asymptotically. About 72,000 people in the USA suffer from sickle cell anemia and face serious health issues.



What can happen to an athlete with the trait?

During intense periods of exercise, sickled cells may accumulate in the bloodstream. This can block normal blood flow to tissues and muscles, and in some cases, lead to death.



20. TERAPIA CON IDROSSIUREA

Di recente sono stati pubblicati i risultati dello studio multicentrico fase III Twitch che dimostrano l'efficacia della terapia con l'HU nella prevenzione primaria dello stroke in una coorte di pazienti pediatrici (4-16 aa) con TCD anomalo (>200 cm/sec), in assenza di importante vasculopatia cerebrale e in trattamento trasfusionale da almeno 1 anno (Ware R. E, et al Lancet 2016).

Indicazioni

Il trattamento con HU è indicato nei bambini, già dai primi mesi di vita, e nei giovani adulti, che presentano una o più di seguenti condizioni

- ◆ **Gravi crisi dolorose ricorrenti** **A**
- ◆ **Sindrome acuta polmonare ricorrente** e/o un singolo episodio grave **A**
- ◆ **Dattilite** **A**
- ◆ **Ipertensione polmonare** **C**
- ◆ Grave anemia sintomatica con allo immunizzazione **B**
- ◆ **Prevenzione primaria dello stroke** in pazienti con alta velocità di flusso al TCD (> 200 cm/sec) in trattamento trasfusionale da 1 anno e assenza di grave **vasculopatia all'angio-RM** **B**
- ◆ **Prevenzione secondaria dello stroke** nei pazienti in cui il regime trasfusionale non sia attuabile (allo immunizzazione, **non-compliance** al regime trasfusionale o alla terapia **ferrochelante**) **B**

Indicazioni controverse

- ◆ Priapismo ricorrente (*vedi cap.11*)
- ◆ Ulcere malleolari (*vedi cap.16*)

Controindicazioni

- ◆ Insufficienza renale (creatinina > 2 mg%)
- ◆ Epatopatia grave (epatiti acute, cirrosi)

- ◆ Grave depressione midollare (PMN < 2000/mmc e/o piastrine < 100.000/mmc)
- ◆ Gravidanza
- ◆ Ipersensibilità già nota verso il farmaco
- ◆ Donne e uomini in età fertile che non adoperano nessun metodo anticoncenzionale

Nei pazienti con SCD trattati con HU il rischio leucemogeno non è dimostrato.

In uno studio condotto su un campione di più di 1000 pazienti con SCD in trattamento con HU non vi sono state evidenze che l'uso dell'HU aumenti il rischio di sviluppare una leucemia mieloide acuta, viceversa il trattamento con HU non solo migliora la qualità di vita ma è in grado di ridurre le crisi dolorose e probabilmente migliora la sopravvivenza a lungo termine (Castro O et al BJJH 2014)

26. Transizione del paziente dalla Pediatria alla Medicina dell'adulto

Il processo di transizione deve essere graduale, intenzionale e pianificato e deve essere tenuto ben distinto dal “trasferimento” che indica un evento puntuale (Swaran P Singh BMJ 2016; 353: i2225, Maggio 2016. Supporting young people in their transition to adults service: summary of NICE guidance)



Passaporto della Salute

Nome:.....

Cognome:.....

Incolla la tua foto qui!!

Ho partecipato ai seguenti corsi "Transitional":

-
-
-

- Conosco la mia malattia e so come gestirla
- Cosa significa crescere con la Drepanocitosi
- Conosco il significato del progetto Transitional



Conosco la mia malattia e so come gestirla

- Conosco il mio tipo di Drepanocitosi
- So riconoscere e descrivere una crisi dolorosa vaso-occlusiva
- So quali condizioni possono scatenare le crisi dolorose vaso-occlusive e quali comportamenti adottare per prevenirle
- So come attenuare le crisi dolorose vaso-occlusive anche senza assumere farmaci
- Conosco il mio valore di Hb usuale
- Capisco i dottori e gli infermieri quando comunicano con me riguardo la mia malattia
- Ricordo i miei appuntamenti dal dottore
- Ricordo nome e dosi dei farmaci che assumo
- Mi ricordo sempre di prendere le medicine
- So quando le mie medicine stanno per finire e come fare per averne altre
- So cosa fare in caso di emergenza
- So chi è e come contattare il mio medico



Cosa significa crescere con la Drepanocitosi

- So quali sport posso praticare
- Capisco perché è importante seguire una dieta sana e bere molto
- So che il mio corpo potrebbe maturare più lentamente rispetto a quello degli altri
- So che posso trasmettere questa malattia ai miei figli
- Per RAGAZZE: so che la Drepanocitosi può interferire con il ciclo mestruale
- Per RAGAZZI: so cos'è il priapismo e cosa devo fare nel caso in cui si manifesti
- Conosco i rischi legati al fumo e all'assunzione di alcol e droghe
- Parlo con la mia famiglia della mia malattia e delle mie preoccupazioni riguardo ad essa
- I miei insegnanti conoscono la mia malattia e so che posso parlare con loro delle mie difficoltà a scuola
- I miei amici conoscono la mia malattia

Conosco il significato del progetto Transitional

- So cosa significa e cosa comporta il passaggio al medico dell'adulto ■
- Mi sento pronto a gestire la mia malattia da solo e ad affrontare da solo le visite mediche ■
- So comunicare in modo adeguato con medici e infermieri del servizio per gli adulti ■
- Conosco i nomi e i ruoli di dottori, infermieri e terapisti che si prenderanno cura di me presso i servizi per gli adulti e so come contattarli ■
- I miei bisogni durante e dopo il passaggio al medico dell'adulto sono:.....
.....
.....
.....
.....

I miei contatti...

Pediatri:

- Dott.ssa Laura Sainati
(laura.sainati@unipd.it; tel: 3316711943)
- Dott.ssa Raffaella Colombatti
(rcolombatti@gmail.com; tel: 3455356570)

Dayhospital Onco-ematologia Pediatrica:

- (dh.oncologico.ped@sanita.padova.it;
tel: 049 8211492)

Medici dell'Adulto:

- Dott. Emiliano De Bon
(emiliano.debon@gmail.com; tel: _____)
- Dott.ssa Antonella Bertomoro
(antonella.bertomoro@sanita.padova.it;
tel: _____)

Dayhospital Centro Emofilia:

- (tel: 049 8212665)

Psicologa Psicoterapeuta:

- Dott.ssa Maria Montanaro
(maria.montanaro@libero.it; tel: 3479801906)

Bambini che si reincarnano (Nigeria)

Bambini destinati a morire e a
nascere ripetutamente

Rinati nella stessa famiglia
nella stessa generazione
o in generazioni successive

Poi morti e rinati di nuovo nella
stessa famiglia

Bambini reincarnati

- Normali alla nascita
- Precoce ritardo di crescita
- Febbri ricorrenti
- Convulsioni
- Dolori ossei
- Addome protruso
- Occhi gialli

Lancet 1983; ii, 503-505

Onwubalili JK.

"Sickle-cell anaemia: an
explanation for the ancient
myth of reincarnation in
Nigeria"

Lancet, 1983, ii, 503-505

Proposta protocollo di studio

- Centri Italiani che seguono bambini ed adulti con emoglobinopatie per estrapolare da questi i soggetti immigrati;
- contattare anche i Centri che effettuano lo screening delle emoglobinopatie sulla popolazione generale.
- Centri Pediatrici non AIEOP per valutare l'impatto della malattia al di fuori delle reti ematologiche