

Quaderniacp

www.quaderniacp.it

Bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della Associazione Culturale Pediatri

www.acp.it



Rivista indicizzata in Google Scholar e in SciVerse Scopus

ISSN 2039-1374

Il bambino neglect: cosa deve sapere il pediatra

Formazione a distanza, pag. 150

**Nuove indicazioni allergologiche
per l'alimentazione complementare**

Aggiornamento avanzato, pag. 169

**Disturbo dello Spettro Autistico
ad alto funzionamento**

Salute mentale, pag. 167

Editorial

145 ACP. Work in progress

Federica Zanetto

148 Vaccination counseling: is it needed or not?

Patrizia Elli

149 The doctor of the books

*Michele Gangemi***Formation at a distance**

150 The neglected child: what the paediatrician should know

*Carla Berardi, Alessandra Paglino***Info parents**

158 The first time that we were born

*Stefania Manetti***Ricerca**

159 Assertive and responsive conversational skills of late talkers 24-36 months of age

*Serena Bonifacio, Luigi Girolametto, Marcella Montico***Research letter**

163 Oral communications by residents in paediatrics at the XXVI Tabiano Congress

Mental health

167 High Function Autistic Spectrum Disorder

*Column by Angelo Spataro.**Interviewing Massimo Soldateschi ad Antonio Narzisi***A close up on progress**

169 New allergological indications for complementary feeding

*Carlo Caffarelli, Dora Di Mauro, Carla Mastrorilli, Francesca Cipriani, Giampaolo Ricci***A window on the world**

174 Facilities for celiac disease: are they at risk in UK?

*Paola Fernicola, Fabio Capello, Enrico Valletta***Learning from a case**

176 "Una tosse molto diversa dalle altre..."

*Column by Luciano De Seta.**Andrea Smarrazzo, Federica de Seta, Paolo Siani***Keep an eye on skin**

179 Does a wheal always mean urticaria?

*Iria Neri***Tropics in doctor's office**

181 Tropics in the doctor's office: dengue, chikungunya and leishmaniasis

*Fabio Capello, Enrico Valletta***Vaccinacipi**

184 The 4CMenB vaccine

*Franco Giovanetti***185 Books****188 Movies****189 Info****191 Letters****Direttore**

Michele Gangemi

Direttore responsabile

Franco Dessi

Direttore editoriale

Giancarlo Biasini

Comitato editoriale

Antonella Brunelli

Sergio Conti Nibali

Luciano de Seta

Stefania Manetti

Costantino Panza

Laura Reali

Paolo Siani

Maria Francesca Siracusano

Maria Luisa Tortorella

Enrico Valletta

Federica Zanetto

Casi didattici

FAD - Laura Reali

Collaboratori

Rosario Cavallo

Francesco Ciotti

Giuseppe Cirillo

Antonio Clavenna

Franco Giovanetti

Naïre Sansotta

Italo Spada

Augusta Tognoni

Presidente ACP

Federica Zanetto

Progetto grafico ed editing

Studio Oltrepagina, Verona

Programmazione web

Gianni Piras

Indirizzi**Amministrazione:**

Via Montiferru, 6

09070 Narbolia (OR)

tel./fax 0783 57024

Direzione: Via Ederle 36

37126 Verona

migangem@tin.it

Ufficio soci: Via G. Leone, 24

07049 Usini (SS)

cell. 392 3838502, fax 1786075269

ufficioci@acp.it

Stampa: Cierre Grafica

via Ciro Ferrari, 5

Caselle di Sommacampagna (VR)

www.cierrenet.it

Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione gratuita online della letteratura medica ed è disponibile integralmente all'indirizzo:

www.quaderniacp.it**Redazione**

redazione@quaderniacp.it

NORME REDAZIONALI PER GLI AUTORI

I testi vanno inviati alla redazione via e-mail (redazione@quaderniacp.it) con la dichiarazione che il lavoro non è stato inviato contemporaneamente ad altra rivista. Per il testo, utilizzare carta non intestata e carattere Times New Roman corpo 12 senza corsivo; il grassetto solo per i titoli. Le pagine vanno numerate. Il titolo (italiano e inglese) deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo e sintetico. Può essere modificato dalla redazione. Vanno indicati l'Istituto/Ente di appartenenza e un indirizzo e-mail per la corrispondenza. Gli articoli vanno corredati da un riassunto in italiano e in inglese, ciascuno di non più di 1000 caratteri, spazi inclusi. La traduzione di titolo e riassunto può essere fatta, se richiesta, dalla redazione. Non devono essere indicate parole chiave.

- Negli articoli di ricerca, testo e riassunto vanno strutturati in Obiettivi, Metodi, Risultati, Conclusioni.
- I casi clinici per la rubrica "Il caso che insegna" vanno strutturati in: La storia, Il percorso diagnostico, La diagnosi, Il decorso, Commento, Cosa abbiamo imparato.
- Tabelle e figure vanno poste in pagine separate, una per pagina. Vanno numerate, titolate e richiamate nel testo in parentesi tonde, secondo l'ordine di citazione.
- Scenari secondo Sakett, casi clinici ed esperienze non devono superare i 12.000 caratteri, spazi inclusi, riassunti compresi, tabelle e figure escluse. Gli altri contributi non devono superare i 18.000 caratteri, spazi inclusi, compresi abstract e bibliografia. Casi particolari vanno discussi con la redazione. Le lettere non devono superare i 2500 caratteri, spazi inclusi; se di lunghezza superiore, possono essere ridotte dalla redazione.
- Le voci bibliografiche non devono superare il numero di 12, vanno indicate nel testo fra parentesi quadre e numerate seguendo l'ordine di citazione. Negli articoli della FAD la bibliografia va elencata in ordine alfabetico, senza numerazione.
- Esempio: Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. Quaderni acp 2000;5:10-4. Nel caso di un numero di autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al. Per i libri vanno citati gli autori secondo l'indicazione di cui sopra, il titolo, l'editore, l'anno di edizione.
- Gli articoli vengono sottoposti in maniera anonima alla valutazione di due o più revisori. La redazione trasmetterà agli autori il risultato della valutazione. In caso di non accettazione del parere dei revisori, gli autori possono controdedurre.
- È obbligatorio dichiarare l'esistenza di un conflitto d'interesse. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo.

IN COPERTINA

Foto concorso fotografico Pasquale Causa Congresso ACP Trieste, 2016

Publicazione iscritta nel registro nazionale della stampa n. 8949
© Associazione Culturale Pediatri ACP
Edizioni No Profit



ACP. Lavori in corso



Federica Zanetto

Presidente ACP

Il requisito fondamentale perché valutazione significhi veramente miglioramento è in ogni caso sempre rappresentato dalla disponibilità collettiva e individuale a rivedere criticamente il proprio lavoro e le proprie scelte e a cambiare le cose che possono e debbono essere cambiate.

C. CORCHIA. PROSPETTIVE IN PEDIATRIA 1989;75:167

Sinergie e collaborazioni certe e “di senso” e a diverso livello con soggetti, istituzioni e saperi altri dell’area pediatrica accanto a momenti di condivisione e scambio al suo interno sono e devono continuare a essere oggetto di particolare attenzione e cura in ACP a fronte di bisogni assistenziali complessi, persistenza di disuguaglianze, sfide e domande sulla salute del bambino che interpellano e richiedono conoscenze e responsabilità, ma anche sguardi e punti di osservazione altri.

I box in coda a queste note preliminari all’incontro assembleare dicono dei “lavori in corso” in cui in questo anno ACP è coinvolta con contributi specifici e occasioni diverse di confronto e riflessione.

Anche in tal senso è stato proficuo ripetere a inizio anno il momento di scambio e condivisione con i referenti regionali ACP, rete efficace e tramite privilegiato tra il livello nazionale e il “tessuto” associativo locale.

Ugualmente necessario e interessante è stato il punto sui “lavori in corso” nelle segreterie ACP, condivisi con il direttivo nazionale. Alcuni di essi sono da segnalare più in dettaglio.

Nell’ambito della *formazione* nuovi gruppi di lettura collaborano alla redazione della “newsletter pediatrica”. Due sono stati i momenti di confronto congiunto, con l’avvio di percorsi periodici di approfondimento metodologico anche all’interno dei singoli gruppi. Le schede di lettura, revisionate attentamente all’interno della redazione del bollettino, continuano a essere proposte come strumento di aggiornamento in una rubrica dedicata delle Pagine elettroniche di *Quaderni acp*.

Un’attenzione specifica da parte dei gruppi di lettura attivi e della redazione della “newsletter pediatrica” si sta rivolgendo al tema delle linee guida, da considerare e approfondire con il supporto della segreteria della formazione ACP anche alla luce della nuova normativa sulla responsabilità professionale.

Il percorso FAD di *Quaderni acp* continua e deve continuare a rappresentare un’occasione formativa centrata su situazioni e problemi della pratica clinica quotidiana, con mobilitazione di conoscenze e contenuti scientifici da fare propri in forma significativa ed efficace.

Gli obiettivi e gli argomenti della formazione permanente, il rapporto fra bisogni della comunità e formazione, quello fra bisogni formativi veri del pediatra e i temi di formazione, la preparazione dei formatori, la circolarità della comunicazione fra pediatra e famiglia e fra operatori sanitari sono tra le piste su cui un gruppo di lavoro dedicato sta avviando la revisione del documento formazione ACP, a 10 anni di distanza dalla sua ultima stesura.

Un documento ACP sull’alimentazione complementare a richiesta è in fase di elaborazione finale da parte di un gruppo di lavoro promosso dalla segreteria nutrizione ACP e di cui sono parte non solo pediatri (tra cui anche “i Pediatri per un Mondo Possibile”), ma anche epidemiologi, genitori, e soggetti altri protagonisti del di-

battito intorno ad alimentazione e cibo intesi non solo come nutrizione e salute. La proposta è quella di un documento aperto a input successivi, che possa essere usato da pediatri e genitori per costruire una propria via all’alimentazione complementare e non solo.

Gli argomenti affidati ad ACP nella 2ª Giornata nazionale della Salute della Donna (22 aprile 2017) promossa dal Ministero della Salute sono stati curati in modo originale ed efficace dal gruppo di lavoro Adolescenza (vedi in Appunti di Viaggio, maggio 2017). ACP è stata coinvolta nell’evento congiuntamente al Gruppo Italiano Salute Riproduttiva, che ha presentato una serie di iniziative sparse per il territorio nazionale, volte a promuovere la salute nella popolazione femminile dall’adolescenza alla giovinezza e dal titolo comune: “Non tutte le ragazze sanno che...”.

ACP accoglie in questo anno la pubblicazione della seconda edizione del libro “*Inquinamento e salute del bambino: cosa c’è da sapere, cosa c’è da fare*” da parte dei “Pediatri per un Mondo Possibile”. Curato con competenza e grande attenzione dal gruppo di lavoro acipino, il testo è strumento di informazione e aggiornamento, ma anche opportunità di confronto con le altre Società Scientifiche e con le Istituzioni.

I gruppi di lavoro ACP hanno contribuito anche alla stesura del 9° Rapporto Annuale CRC e stanno lavorando alla redazione di alcuni capitoli del 3° Rapporto Supplementare CRC alle Nazioni Unite, con una “squadra” riconosciuta anche quest’anno attiva ed efficiente all’interno del network.

Un pensiero speciale va a Maria Edoarda Trillò, intervenuta a nome di ACP in un’audizione del network CRC in commissione bicamerale infanzia a settembre 2016.

Alcuni gruppi locali ACP si sono coinvolti in partenariato o a supporto di soggetti (Pianoterra e Save the Children a Milano, Roma, Napoli e Bari, Orsa Maggiore a Napoli, Fondazione Reggio Children) e progetti che concorrono per il bando Prima Infanzia, promosso a livello nazionale nell’ambito del fondo povertà. ACP nazionale è partner del CSB per il progetto “Un villaggio per crescere”.

È da segnalare in questo anno la particolare modalità organizzativa del Congresso Nazionale ACP 2017, frutto della sinergia e dell’elaborazione dei soci ACP di tre regioni (Marche, Umbria e Toscana), con il contributo della Redazione di *Quaderni acp* e in stretta collaborazione con il Direttivo Nazionale.

Nell’assemblea congressuale di Cortona salutiamo i 4 consiglieri nazionali quest’anno in scadenza (Laura Dell’Edera, Daniele De Brasi, Laura Brusadin, Franco Mazzini). La presidenza e il consiglio direttivo ne hanno apprezzato il prezioso lavoro di collegamento al mandato precedente. A loro e a chi, con competenza e dedizione, è dietro le quinte di tutti i “lavori in corso” va la speciale gratitudine di tutti noi acipini.

✉ zanettof@tin.it

Collaborazioni ACP

- > Ministero della Salute. Partecipazione ACP a:
Tavolo Tecnico in materia di tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai 3 anni di età
Tavolo di Lavoro: "Bimbi in auto: zero vision"
- > MIUR. Partecipazione ACP a gruppo di lavoro "Adolescenza"
- > Istituto Superiore di Sanità. Partecipazione ACP a:
Tavolo di Lavoro "Transitional care" promosso da SIQUaS-VRQ
Comitato Tecnico Scientifico Progetto "Sistema di Sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia"
Progetto Osservatorio Nazionale per il monitoraggio dei disturbi dello spettro autistico
Progetto "Strumenti per la sorveglianza e la presa in carico delle persone con autismo: il ruolo dei pediatri nel counseling alla famiglia"
Progetto "Strumenti per la sorveglianza e la presa in carico delle persone con autismo: il ruolo dei pediatri nel riconoscimento dei bambini a rischio nei primi 24 mesi di vita"
Stesura della 5ª edizione (luglio 2017) della Guida alle controindicazioni delle vaccinazioni.
- > Save the Children: presenza ACP a:
Comitato Scientifico "Rete Fiocchi in Ospedale"
Campagna di contrasto alla povertà educativa "Illuminiamo il futuro"
Indagine sullo stato del maltrattamento e dell'abuso dalla gravidanza ai tre anni di vita: dati, storie e prassi di prevenzione, riconoscimento e cura
- > Save the Children/Mitades: collaborazione ACP in:
Progetti assistenza sanitaria a bambini migranti e MSNA
- > Network CRC. Partecipazione ACP alla redazione del 3° Rapporto Supplementare CRC alle Nazioni Unite
- > Associazione Italiana Dislessia. Partecipazione ACP al Gruppo Scientifico Promotore aggiornamento delle linee guida sui disturbi specifici dell'apprendimento
- > Associazione Professioni Pedagogiche (APP). Partecipazione ACP a giornate di studio APP (Milano, Messina, Padova)
- > Segretariato Italiano Studenti in Medicina (SISM). Partecipazione ACP a: "La salute scende in Piazza". Monza, 20 maggio 2017
- > ECPC working meeting. Partecipazione ACP a Vienna, 4-7 maggio 2017
- > ICBDD. Adesione e partecipazione ACP a World Birth Defects Day, 3 marzo 2017.
- > Scuola di Formazione Maruzza in cure palliative pediatriche
- > Federfarma Lombardia: Il Pediatra e la Farmacia al fianco delle mamme.
Partecipazione ACP al progetto formativo nell'ambito di "Lo sai mamma?"
- > WONCA Italia. Riunione periodica. Aprile 2016. Partecipazione ACP
- > Pianoterra. Una valigia per 1000 giorni. Collaborazione con ACP (Roma, Tor Sapienza – Napoli, Quartiere Sanità)
- > Slow Medicine. Incontro gruppo di regia. Milano, 16 marzo 2017

Inviti a eventi, relazioni, presentazioni

- > Congresso Internazionale AEPEA. Alimentazione e salute. Forlì, 2-3 dicembre 2016
- > Il diritto dei bambini a essere vaccinati. Arezzo, 3 dicembre 2016
- > SiCuPP. Milano... Vaccina 2017. Milano, 14 gennaio 2017
- > Convegno/Inaugurazione Master 2016-2018 GIS Fisioterapia Pediatrica. Firenze, 21 gennaio 2017
- > 4Words. Le parole dell'innovazione in sanità. 1° riunione annuale Forward. Roma, 26 gennaio 2017
- > I disturbi del neurosviluppo in età prescolare: individuazione precoce e interventi efficaci. Milano, 4 febbraio 2017. Università di Milano Bicocca
- > Save the Children. La povertà educativa in Europa. Milano, 10 febbraio 2017
- > 12ª Conferenza Nazionale GIMBE. Bologna, 3 marzo 2017
- > 2° Convegno Internazionale Touchpoints Brazelton. Roma, 17-18 marzo 2017
- > La pediatria nella pratica clinica. SIP Milano, 31 marzo 2017
- > 2ª Giornata nazionale della salute della donna. Roma, 22 aprile 2017
- > Presentazione del centro GRADE. Dipartimento Epidemiologia del Lazio-ASL Roma 1. Roma, 28 aprile 2017
- > Seminario Formativo Network CRC. Roma, 30 maggio 2017
- > 73° Congresso Italiano Società Italiana di Pediatria. Napoli, 30 maggio-1 giugno 2017
- > Camera dei deputati – Relazione 2016 della Garante Nazionale Infanzia al Parlamento. Roma, 13 giugno 2017
- > CS presentazione disegno di legge Dirindin "Disposizioni in materia di malattie infettive prevenibili con vaccinazioni". Roma, 14 giugno 2017
- > Save the Children. La nuova legge per i minori stranieri soli. Forum Nazionale. Milano, 15-16 giugno 2017
- > Audizione informale Commissione Sanità Senato su "Disposizioni in materia di malattie infettive prevenibili con vaccinazioni". Roma, 20 giugno 2017
- > Workshop IMPACT proactive. Roma, 20 giugno 2017
- > Save the Children. Seminario Nazionale della "Rete Fiocchi in Ospedale". Roma, 27 giugno 2017
- > CamMiNo. Il bambino adottato. Parma, 22 settembre 2017
- > Convegno Internazionale del Coordinamento WONCA Italia. Lecce, 28-30 settembre 2017
- > Convegno nazionale APP. Padova, 24 novembre 2017
- > GSIPeRC. La prevenzione cardiovascolare è una cosa da bambini. Milano, 25 novembre 2017
- > 4° Convegno Progetto MEAP. Milano, 30 novembre 2017

La ricerca in corso e "in animo"

- > Studio ENBe: 30/39 pediatri ACP coinvolti nella ricerca proseguono alla raccolta dei dati di monitoraggio dei bambini già arruolati nello studio
- > Studio SCoPre (Sviluppo Cognitivo e Prematurità): promosso da ACP, ICBD, Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Sapienza, Università di Roma, proposto e già coordinato da C. Corchia, con il coinvolgimento di alcuni gruppi ACP (Palermo, Puglia, Campania, Lazio, Toscana, Asolo). Conclusione arruolamento e analisi dei dati, da illustrare in momento dedicato del Congresso nazionale ACP
- > Nati per contare: promuovere le abilità matematiche precoci attraverso i pediatri. Enti promotori: Università di Bologna, Dipartimento di Psicologia, ACP Romagna
- > Partecipazione ACP allo studio (in corso) "Condizione economica, accesso al cibo e stato di salute dei bambini in Italia", promosso dal Center for Global Health Research and Studies dell'Università Cattolica
- > Ricerca finalizzata Bando AIFA 2016. Coinvolgimento di ACP in "Diagnostic and therapeutic approaches of children with asthma. The influence of geographical, environmental, personal and familiar determinants". Proponente: *Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, Dipartimento Salute Pubblica, IRCCS Mario Negri*. Inviata lettera di intenti il 5 dicembre 2016. In attesa di comunicazione da AIFA
- > Ricerca finalizzata Bando AIFA 2016. Coinvolgimento ACP in "Use of medicines in the first year of life: an Italian cohort study". Proponente: *Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, Dipartimento Salute Pubblica, IRCCS Mario Negri*. Inviata lettera di intenti il 5 dicembre 2016. In attesa di comunicazione da AIFA



Blu Whale

Negli ultimi tempi è venuta alla luce una pericolosa trappola online chiamata Blu Whale (Balena Blu). Vogliamo richiamare l'attenzione dei pediatri dei genitori, degli insegnanti, e di tutti coloro che sono a contatto con adolescenti su alcuni comportamenti a rischio sui quali è bene soffermarsi.

Nel caso che un/a ragazzo/a presenti, assieme a bruschi cambiamenti di umore,

- atteggiamenti e comportamenti insoliti,
- un improvviso calo del rendimento scolastico,
- ma anche piccole ferite sulle mani o sul corpo,
- alterazioni del ritmo sonno-veglia con risvegli nella notte,
- se si nota che è più taciturno rispetto al solito,
- se disegna balene,
- o scrive strani post sui social,

è bene approfondire.

Il/la ragazzo/a potrebbe essere entrato/a in contatto con il gioco della Balena Blu.

Si tratta di una trappola di adescamento on line, che prevede 50 prove in 50 giorni impartite da un "tutor", che fa leva sull'autolesionismo dei ragazzi e che attiva nei ragazzi pensieri e/o ideazioni suicidarie.

Infatti la prova si conclude al 50° giorno con l'invito a "lanciarsi nel vuoto da un edificio alto ... per riprendersi la propria vita".

A oggi sono 157 i morti (presunti e riconducibili al fenomeno) in tutto il mondo.

La sfida e la voglia di partecipare per vedere se qualcosa nella vita "piatta e senza stimoli" di quei ragazzi potesse cambiare hanno portato alla crescita virale di questa trappola.

Pertanto suggeriamo ai pediatri di fare presente questo grave rischio ai genitori e agli insegnanti.

Si deve ricordare che i primi fenomeni dell'adesione al "gioco" sono autolesionistici: incisioni (espressione di anestesia affettiva) su una mano o un braccio, ma anche piccole ferite sulle mani o sul corpo, disegno di una balena, alterazioni nel ciclo sonno/veglia con visioni notturne di film, calo del rendimento scolastico, cambi improvvisi dell'umore, post e conversazioni "strane" sui social.

I punti di riferimento per i pediatri e quindi il primo contatto interprofessionale è naturalmente il servizio territoriale di Neuropsichiatria infantile.

Sul sito della polizia postale (www.commissariatodips.it) o della casa pediatrica di Milano (www.casapediatrica.it) si possono trovare ulteriori informazioni.

Counselling vaccinale: serve o non serve?

Patrizia Elli

Pediatra e formatore al counselling sistemico

Giunti all'obbligo vaccinale, questa domanda potrebbe quanto meno sembrare capziosa. Se la gente vaccina meno è perché il counselling non ha funzionato? E, ora che sono obbligati, perché parlare di counselling?

La domanda corretta è: *cosa è il counselling?* In una buona comunicazione non possiamo dare per scontato il significato attribuito alle parole, e questo è proprio il caso in cui il termine viene usato con attribuzione di significati diametralmente opposti.

In medicina spesso questo termine si riferisce a colloqui informativi contestualizzati ad alcuni ambiti come il counselling cardiologico dopo un infarto, quello alimentare nel trattamento dell'obesità o il counselling genetico dopo una diagnosi di malattia ereditaria. Questo tipo di comunicazione tende a essere spesso monodirezionale e molto medico-centrata e abbastanza generica.

Nel contesto vaccinale spesso si riduce a essere, nel migliore dei casi, una informazione sulle caratteristiche dei vaccini offerti, sulle loro controindicazioni, sui loro effetti collaterali e sulle caratteristiche delle malattie verso le quali si verrà protetti. È una comunicazione dove prevale la componente di contenuto mentre la componente relazionale è spesso affidata alle caratteristiche e alla sensibilità personale dell'operatore.

Se dobbiamo quindi valutare l'utilità del counselling dobbiamo invece riferirci a una modalità comunicativa professionale che sia consapevole e che utilizzi un ascolto attivo per mobilitare le risorse e le capacità dei genitori bloccate da timori e paure e il cui obiettivo è rendere possibile una condivisione nelle decisioni che riguardano la salute dei loro figli.

Counselling quindi inteso non solo come tecnica comunicativa ma come strumento per analizzare la comunicazione professionale all'interno di una relazione e che, in tal senso, prevede disponibilità all'ascolto, essere flessibili e consapevoli del fatto che esplorare le mappe cognitive dell'altro non implica dividerle ma solo capirle meglio. Con il counselling il medico apprende che, anche se il controllo della conversazione è nelle sue mani, non si tratta di abolire il suo ruolo dominante ma di far valere delle modalità dove il riconoscimento e il rispetto reciproco siano considerati valori prioritari. Vale la pena ricordare che il counselling vaccinale si inserisce in un contesto comunicativo più ampio che riguarda la promozione alla salute dove l'intervento medico proposto non parte da una richiesta del genitore che ne percepisce solo i possibili rischi (Quaderni acp 2016;23:146-50).

Nell'indagine della Regione Veneto sui determinanti del rifiuto dell'offerta vaccinale (Quaderni acp 2014;21:229-36) sono emerse numerose informazioni. Molte di esse riguardano le modalità con cui i genitori sono stati informati e il loro rapporto con i vari operatori sanitari nel percorso vaccinale: spesso è mancata una comunicazione-relazione che avesse le caratteristiche su menzionate.

Nella stessa indagine gli stessi operatori sanitari indicano tra i provvedimenti più necessari un'implementazione della formazione al counselling.

Appare ovvio da questi brevi cenni sulle caratteristiche di una buona comunicazione-relazione che per acquisire queste abilità occorre una formazione specifica possibilmente già durante il *curriculum* universitario per le nuove generazioni di medici ma, per quanto riguarda il contesto vaccinale, anche come formazione post universitaria di tutto il personale coinvolto nelle vaccinazioni: pediatri, infermieri, medici vaccinatori, assistenti sanitarie. In quest'ultimo caso sono auspicabili una formazione comune così da facilitare la conoscenza reciproca, un linguaggio comune e soprattutto la condivisione sistemica dei contenuti.

La formazione alla comunicazione-relazione deve essere affidata a docenti specificamente preparati e in grado di illustrare i principi del counselling sistemico soprattutto con una diversa tecnica didattica che privilegi percorsi di ascolto e di facilitazione dell'apprendimento, mobilitando le risorse dei discenti e partendo da queste per trasferire conoscenze.

Un modo di insegnare, questo, che è già un esempio di come la buona relazione sia imprescindibile dall'apprendimento e sia motore del cambiamento.

La formazione al counselling deve prevedere momenti di coinvolgimento emotivo, di tirocinio e supervisione dei colloqui sostenuti dai discenti con i propri pazienti. La supervisione è importante per verificare l'avvenuto apprendimento del metodo, e ciò implica la necessità di una formazione non puntiforme ma spalmata nel tempo e in più incontri.

La sensazione è che ci sia scarsa programmazione in questo senso e una valutazione superficiale della comunicazione professionale con la tendenza a considerarla un optional e non parte integrante della professione.

In un contesto come quello vaccinale assumono importanza enorme sia la visione sistemica (ogni operatore sanitario comunica all'interno di un sistema e con pazienti che a loro volta hanno diversi sistemi di riferimento) sia la capacità di gestire in modo creativo un conflitto come è il rifiuto di aderire all'offerta vaccinale.

Il fatto che ora sia stato ripristinato l'obbligo vaccinale non ci esime comunque dall'instaurare con i non vaccinatori una comunicazione improntata sulle caratteristiche accennate: un rischio subito (come nell'obbligo) è meno accettabile di un rischio volontario e creare le condizioni per una condivisione della scelta può ridurre la percezione del rischio e, in ogni caso, consolidare la fiducia nel proprio medico e nel sistema sanitario.

Il problema sembra essere quindi non tanto l'utilità o meno del counselling quanto formare gli operatori sanitari a una comunicazione dove gli elementi di contenuto siano in equilibrio con una buona relazione medico-paziente, tale da accogliere i dubbi e le paure dei genitori ed esplorarne le motivazioni. Per restituire loro parte della razionalità necessaria per una scelta consapevole.

✉ patriel52@gmail.com

Il dottore dei libri

Michele Gangemi

Direttore di Quaderni acp

Il mese scorso, all'inizio di una visita, una bimba di tre anni, dopo essersi seduta nell'angolo "Nati per Leggere" del mio ambulatorio, mi dice: "Adesso ho capito: tu sei il dottore dei libri".

Con la mamma abbiamo sorriso, mentre la bambina continuava a trafficare con i libri a disposizione, e da quel momento mi è venuta voglia di provare a mettere per iscritto alcune mie considerazioni e, per quanto possibile, le emozioni suscitate.

Come sempre, ascoltando i bambini, troviamo la risposta alle domande in apparenza più complicate.

Mi è allora venuto in mente quanto fossero diverse le mie aspettative e paure quando mi portavano dal pediatra e come fosse diverso il contesto in cui avveniva la visita. A dire il vero devo però la mia scoperta del piacere di leggere al medico condotto di Morbegno, cittadina valtellinese, dove sono nato qualche anno fa. Non era particolarmente simpatico né affabile, ma mi ha iniziato alla lettura di Guareschi prestandomi i libri della sua collezione privata. Ero all'incirca in prima media e andavo ogni estate in Valtellina a trovare i nonni e da quel momento passavo spesso a salutarlo e a fare due chiacchiere alla fine del suo affollato ambulatorio. Questa libera associazione mi ha fatto decidere a scrivere queste brevi considerazioni anche alla luce dell'attività formativa che svolgo nell'ambito del progetto "Nati per Leggere". I pediatri spesso domandano come sia possibile trovare il tempo per promuovere la lettura ad alta voce e spesso nei corsi sembra di infrangersi contro un muro insuperabile. È bastato in realtà attrezzare un setting che favorisse l'approccio al libro (Figura 1) e una rela-



Figura 1.

zione positiva costruita nel tempo, perché il tutto avvenisse senza altre forzature, né particolari competenze specifiche. È sufficiente probabilmente un tempo mentale diverso per trasformare una visita routinaria in un incontro piacevole che spesso ridà slancio alla nostra professione. Fondamentale per i pediatri è considerarsi come parte di una rete multiprofessionale e cercare di avviare le famiglie in un percorso che superi le mura dell'ambulatorio.

Nel racconto intitolato "Pippermint", tratto dallo *Zibaldino* di Guareschi e risalente al 1948, l'autore descrive con una sottile ironia il mancato ascolto da parte di un medico "... di età rispettabile e di aspetto dignitosissimo" che appare come un giudice in attesa di proibire qualcosa a suo esclusivo giudizio nell'interesse del paziente.

Il paternalismo è duro a morire nei comportamenti, nonostante quanto sia riportato nel nostro codice deontologico. Ed eccoci di nuovo a Guareschi e al medico di Morbegno, non lontano da Bellano, dove Vitali ambienta i suoi racconti liberamente tratti dalle storie dei suoi pazienti. L'attenzione particolare di quel condotto, non certo formato al counselling, ha rappresentato per la mia formazione molto di più di alcune noiose lezioni accademiche. Forse per quel medico di medicina generale contavo di più di quanto rappresentassi per alcuni professori. Molto spesso esasperiamo l'importanza del contenuto rispetto alla relazione che resta sempre fondamentale negli scambi umani. È impossibile non riflettere sul grande tema della umanizzazione della medicina che sembra essere più orientata su interventi esterni di altre professionalità che non sul ricercare un vero cambiamento nelle abilità comunicative relazionali del pediatra. Tale lacuna si evidenzia ancor più nel campo della promozione alla salute dove un intervento di cambiamento da parte dell'interlocutore si rivela ancora più difficile da realizzare per la mancata percezione del problema da parte della famiglia. Non convincersi troppo presto di aver capito e rinunciare a sbrigative conclusioni sono le necessarie premesse per un cambio di paradigma.

Difficile pensare di promuovere un vero cambiamento in una famiglia con cui non abbiamo ancora costruito una relazione e di cui non conosciamo le regole. Solo l'ascolto attivo ci può permettere di ottenere risultati inaspettati imparando a fare altre domande esplorative piuttosto che dare risposte valide per ogni situazione. Lo "spiegone" per convincere i genitori a leggere ad alta voce ai propri figli si rivela spesso inutile e può essere sostituito dalla curiosità e dall'ascolto attivo. Non riesco a ricordare che tipo di intervento ho messo in atto con la bimba che mi ha definito "il dottore dei libri", ma probabilmente è bastato poco perché venissi individuato come una nuova figura di specialista. E allora come non chiudere ricorrendo alla definizione di un anonimo: "specialista: medico che pretende di più per il fatto di saperne di meno".

✉ migangem@tin.it

Il bambino neglect: cosa deve sapere il pediatra

Carla Berardi*, Alessandra Paglino**

*Pediatria di famiglia, Perugia; **Clinica Pediatrica, Azienda Ospedaliera-Università di Perugia

Introduzione

Sebbene il neglect (trascuratezza) sia la forma più frequente di abuso, provochi gravi conseguenze allo sviluppo del bambino e sia la forma di maltrattamento che più frequentemente può causarne la morte, la sua frequenza e gravità tendono a essere sottovalutate, e casi di neglect tendono a non essere riconosciuti, valutati e curati. Il pediatra ha un'alta probabilità di incontrare bambini vittime di trascuratezza nella propria pratica professionale, ed è importante che sia in grado di riconoscerli e di intervenire in modo appropriato.

Gli obiettivi di questa FAD sono:

- Definire la trascuratezza
- Sottolineare l'entità del fenomeno
- Descriverne le conseguenze sullo sviluppo del bambino
- Identificarne i fattori di rischio e modelli causali
- Descrivere i vari tipi di neglect
- Esaminare gli elementi essenziali per la valutazione medica, ai fini della segnalazione

Definizione

La sua definizione non è facile e non è un esercizio accademico, in quanto costituisce la guida alle riflessioni e alle pratiche utilizzate per identificare e approcciare questo problema. Il neglect di solito non consiste in un singolo atto di trascuratezza, ma in un insieme di comportamenti di omissione, che compromette il benessere del bambino; possono però verificarsi singoli episodi di trascuratezza grave che risultano in danni severi, fino alla morte. Secondo la Consultation on Child Abuse Prevention dell'OMS del 1999, il neglect viene definito come "... l'incapacità a provvedere allo sviluppo del bambino in tutti i suoi aspetti: salute, educazione, sviluppo emozionale, nutrizione, protezione e condizioni di vita sicure, nel contesto delle risorse ragionevolmente disponibili alla famiglia e causi, o abbia un'elevata probabilità di causare, un danno alla salute del bambino o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale".

Entità del fenomeno/Epidemiologia

In una meta-analisi del 2013 la prevalenza globale del neglect fisico in studi self-re-

port è stata stimata nel 16,3%, mentre quella del neglect emozionale nel 18,4%, senza apparenti differenze di sesso. Una pubblicazione statunitense sul maltrattamento infantile negli USA riferita al 2015 indica che sono state 680.000 le vittime di abuso e trascuratezza tra i bambini. La forma di maltrattamento più comune era la trascuratezza (75,3%), l'abuso fisico rappresentava il 17,2%, l'abuso sessuale l'8,4%. Per quanto riguarda il panorama europeo, secondo il report pubblicato nel 2013 dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nelle regioni europee la prevalenza della trascuratezza fisica sarebbe del 16,3% e di quella emotiva del 18,4%. In Italia sussiste la difficoltà di una raccolta dati di livello nazionale e i dati raccolti si riferiscono ai casi considerati certi o comunque arrivati a una segnalazione o a una presa in carico, escludendo il sommerso rappresentato dai casi che non vengono intercettati o che non sono riconosciuti come maltrattamento. Nel 2012 è stata realizzata una prima quantificazione nazionale del maltrattamento sui minori. Il lavoro è stato effettuato con l'invio di un questionario ai Servizi Sociali di 31 Comuni, raggiungendo una popolazione di quasi 50.000 minori in carico ai Servizi Sociali: circa 1 minore su 6 fra quelli assistiti dai Servizi Sociali era vittima di maltrattamento, 1 su 100 della popolazione di minori residenti (dati riferiti al 31 dicembre 2011). La percentuale maggiore era rappresentata dai casi di trascuratezza materiale e/o affettiva (52,7%), seguita da violenza assistita (16,6%), maltrattamento psicologico, abuso sessuale e maltrattamento fisico. Nel 2015 un'indagine promossa dall'Autorità Garante per l'Infanzia e realizzata da CISMAI e Terres des Hommes ha coinvolto i Servizi Sociali di oltre 200 Comuni, coprendo un quarto della popolazione minorile residente in Italia (2,4 milioni). In totale viene stimato che circa 1 bambino ogni 5 di quelli seguiti dai Servizi Sociali sarebbe vittima di maltrattamento. Rispetto alle tipologie, tenendo conto della possibile compresenza, la causa più frequente di maltrattamento (47,1%) è rappresentata da trascuratezza materiale e affettiva.

Cause e fattori di rischio: un modello ecologico

La trascuratezza, come ogni tipo di maltrattamento, può essere meglio compresa come un sintomo a cui contribuiscono molteplici fattori, a livello individuale (genitori e bambino), familiare, di comunità e di società. Spesso più fattori interagiscono e giocano un ruolo nel determinarsi del neglect, per esempio nel caso di un genitore single che diventa depresso e abusa di sostanze, in una comunità con poche risorse. Tenere presente questo modello ecologico è importante per capire che cosa sta alla base della trascuratezza e per un'adeguata valutazione, indispensabile per programmare l'intervento (Figura 1).

Genitori

Alcune caratteristiche dei genitori (malattie fisiche o mentali, deficit cognitivi, abuso di sostanze) espongono il bambino a un maggior rischio di essere trascurato, in quanto riducono le loro abilità di fornire sicurezza e cure adeguate. Malattie fisiche dei genitori, per esempio, possono compromettere effettivamente la capacità di provvedere alle cure fisiche essenziali (fare il bagno, preparare il cibo, lavare gli abiti). Malattie mentali o abuso di sostanze possono compromettere la capacità di capire l'importanza di fornire le cure essenziali fisiche e psicoaffettive.

Genitori con questi problemi possono non sapere come rispondere ai bisogni di base del loro bambino o addirittura possono non essere consapevoli dei suoi bisogni. La letteratura evidenzia che problemi mentali della madre, soprattutto la depressione e l'abuso di sostanze, sono associati a trascuratezza.

Bambino

Bambini piccoli, o nati prematuri o con basso peso alla nascita, bambini con problemi di salute complessi o con disabilità sono a maggior rischio di neglect, data la maggiore difficoltà di rispondere ai loro più complessi bisogni di base. Vari studi hanno evidenziato un aumento del rischio soprattutto per i minori con problemi di salute mentale, ma non per quelli con disturbi dello sviluppo.

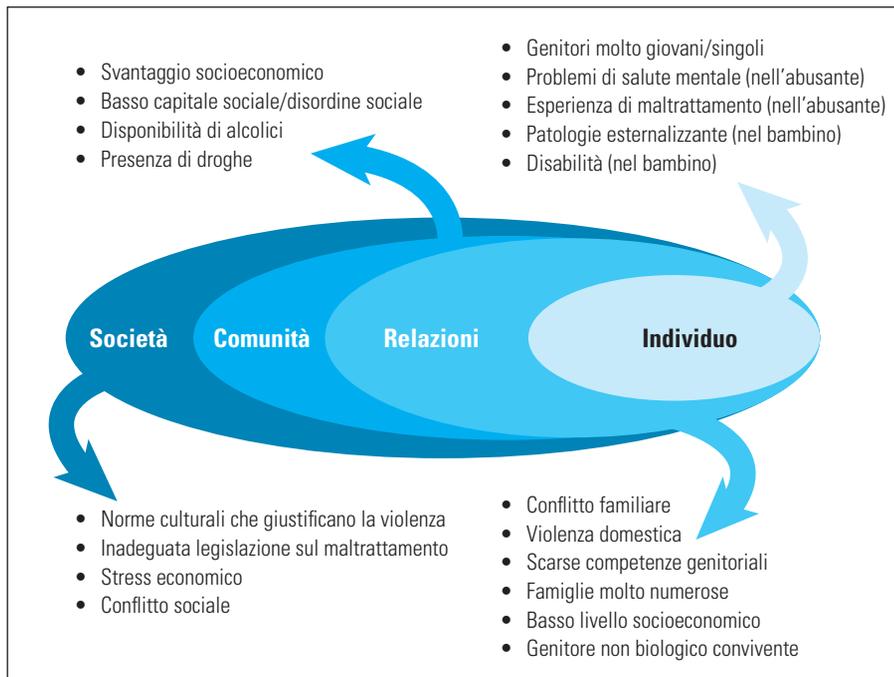


Figura 1. Modello ecologico (tradotta da: World Health Organization, Regional office for Europe. European report on preventing child maltreatment, 2013).

Famiglia

Alcuni fattori legati alla famiglia e alcune caratteristiche della relazione bambino/genitori sono associate alla trascuratezza, tra questi: aspettative inappropriate, ambiente familiare caotico, stress e violenza intrafamiliare, che spesso coesiste con il maltrattamento. Si stima che dal 50% al 70% dei bambini esposti a violenza intrafamiliare siano anche maltrattati.

Comunità

Le caratteristiche della comunità e le sue risorse influenzano la relazione genitori/bambino e la possibilità che il maltrattamento si verifichi. Si è visto che una negativa percezione della qualità di vita nel quartiere da parte dei genitori è in effetti correlata a un aumento del rischio. Comunità senza centri di aggregazione e altre risorse di supporto, comunità in cui i genitori sono socialmente isolati spesso presentano un’alta prevalenza di trascuratezza.

Società

Una società che non ha abbastanza consapevolezza dell’importanza dell’infanzia, anche se sviluppata e ricca, può comunque essere trascurante rispetto ai bambini, non mettendo a disposizione le risorse necessarie per rispondere in modo adeguato ai loro bisogni. Molti fattori a livello sociale possono compromettere la capacità dei genitori di fornire cure adeguate ai loro figli. Primo tra tutti la povertà, che sembra essere fortemente associata al neglect, anche se la maggior parte dei bambini di famiglie povere non sono trascurati e la trascuratezza può verificarsi anche in famiglie benestan-

ti. La mancanza di risorse economiche può avere gravi conseguenze negative sulla capacità dei genitori di rispondere anche ai bisogni più elementari dei figli, può compromettere ogni aspetto delle cure, dalla salute all’educazione e la capacità di fornire un adeguato controllo e supervisione (per esempio se i genitori hanno bisogno di lavorare ma non possono pagare l’asilo); può compromettere l’alimentazione, le cure dentali, l’abbigliamento, la sicurezza (possono, per esempio, non avere denaro per l’acquisto dei seggiolini omologati per il trasporto in auto). In definitiva la povertà è un forte predittivo di trascuratezza.

Credenze culturali e religiose

Credenze religiose o culturali possono limitare la disponibilità dei genitori a rispondere ai bisogni dei figli a un livello ritenuto adeguato dalla popolazione generale. Per esempio i testimoni di Geova e i Cristiani Scientisti possono avere credenze religiose che contrastano con gli standard di cure mediche riconosciuti. Anche i metodi di disciplina sono spesso condizionati da credenze culturali/religiose. L’uso di sculacciate o altri tipi di punizioni fisiche sono stati associati non solo all’abuso fisico ma anche al neglect.

Meccanismi patogenetici

Secondo Dubowitz e Leventhal (2014) l’effetto di multiple avversità durante l’infanzia, tra cui il maltrattamento e il neglect, può indurre uno “stress tossico”, definito come il risultato di “una intensa, frequente o prolungata attivazione dei sistemi di risposta allo stress, in assenza degli ef-

fetti protettivi di una relazione adulta supportiva”. Questa risposta allo stress disgrega circuiti cerebrali e sistemi metabolici durante i periodi più sensibili dello sviluppo, con possibili alterazioni anatomiche e disregolazioni fisiologiche, che favorirebbero lo sviluppo di squilibri dell’apprendimento e del comportamento e malattie croniche fisiche o mentali stress-correlate. Dagli studi più recenti (Teicher e Samson, 2016) emergono relazioni tra maltrattamento e alterazioni della struttura e della funzione di specifiche regioni cerebrali suscettibili, con alterazioni sostanziali nelle connessioni e nella struttura di rete. Sulla base di studi preclinici gli Autori hanno ipotizzato che l’esperienza del maltrattamento induca una cascata di effetti stress-mediati su ormoni e neurotrasmettitori, che interesserebbero lo sviluppo di regioni cerebrali vulnerabili. Si verificherebbe una programmazione alterata stress-indotta dei sistemi di risposta allo stress legati a glucocorticoidi, noradrenalina e vasopressina-ossitocina, che andrebbe successivamente ad alterare processi basilari quali la neurogenesi, la sovrapproduzione o la potatura delle sinapsi e la mielinizzazione, durante periodi sensibili in individui geneticamente predisposti. Le regioni cerebrali più sensibili a questi eventi sarebbero ippocampo, amigdala, neocorteccia, cervelletto e tratti di sostanza bianca. Queste modificazioni spingerebbero il cervello lungo vie alternative di sviluppo per facilitare la sopravvivenza in un mondo vissuto come ostile e stressante sulla base delle esperienze vissute (Box 1). Secondo l’ipotesi della rete neuroimmune di Nusslock e Miller (Figura 2), basata sull’esistenza di scambi tra sistemi biologici, le avversità precoci amplificherebbero un’interazione tra cellule ad attività pro-infiammatoria e circuiti neurali coinvolti nella processazione del pericolo e della ricompensa e nei comportamenti esecutivi conseguenti. I mediatori infiammatori agirebbero sui circuiti della corteccia e dell’amigdala correlati al pericolo e su quelli dei gangli cortico-basali correlati alla ricompensa, predisponendo gli individui a comportamenti quali il fumo, l’uso di droghe e il consumo di diete ad alto contenuto di grassi. Agendo insieme all’infiammazione, questi comportamenti accelererebbero la patogenesi di problemi di salute fisica ed emozionale.

Un elevato numero di studi ha indagato le relazioni tra modificazioni cerebrali e specifici tipi di maltrattamento, evidenziando una più forte correlazione con il neglect emozionale o fisico. Studi di neuroimmagini hanno dimostrato l’impatto del neglect

BOX 1. Modifiche anatomiche e funzionali cerebrali nelle vittime di maltrattamento

- Significative alterazioni del corpo calloso, del cingolato anteriore, della corteccia dorso-laterale prefrontale, della corteccia orbito-frontale e dell'ippocampo; significativo aumento delle risposte dell'amigdala a stimoli minacciosi e diminuita risposta striatale alla ricompensa anticipatoria con una correlazione tra severità dell'esposizione ed entità dei reperti neurobiologici
- Le regioni cerebrali e le vie nervose interessate fanno parte prevalentemente di circuiti che regolano l'individuazione di un pericolo e l'anticipazione della ricompensa
- Le modifiche cerebrali sono risposte adattative neuroplastiche ad avversità precoci che possono alterare la risposta allo stress. L'esposizione a singoli tipi di maltrattamento è associata a specifiche alterazioni in regioni e vie nervose che processano l'esperienza avversa, quale un aumento del volume dell'amigdala in individui vittime di neglect
- Non è chiara l'associazione temporale tra esposizione e cambiamenti cerebrali. Quasi tutte le tipiche modificazioni alle neuroimmagini sono evidenti sia nell'infanzia che nell'età adulta, indicando che gli effetti si verificano probabilmente nell'arco di alcuni anni
- Esistono differenze di genere nelle modificazioni cerebrali, quali una maggior riduzione del volume del corpo calloso e dell'ippocampo nei maschi, maggiori influenze sulle connessioni funzionali tra giro cingolato anteriore e ippocampo o amigdala nelle femmine
- Non si conosce il potenziale di reversibilità di queste alterazioni
- Le relazioni tra modifiche cerebrali e psicopatologia sono complesse poiché esse sono state evidenziate anche in soggetti non affetti da psicopatologia: giocano un ruolo importante nell'emergere di sintomi psichiatrici, ma possono essere controbilanciate da modifiche compensatorie in soggetti resilienti

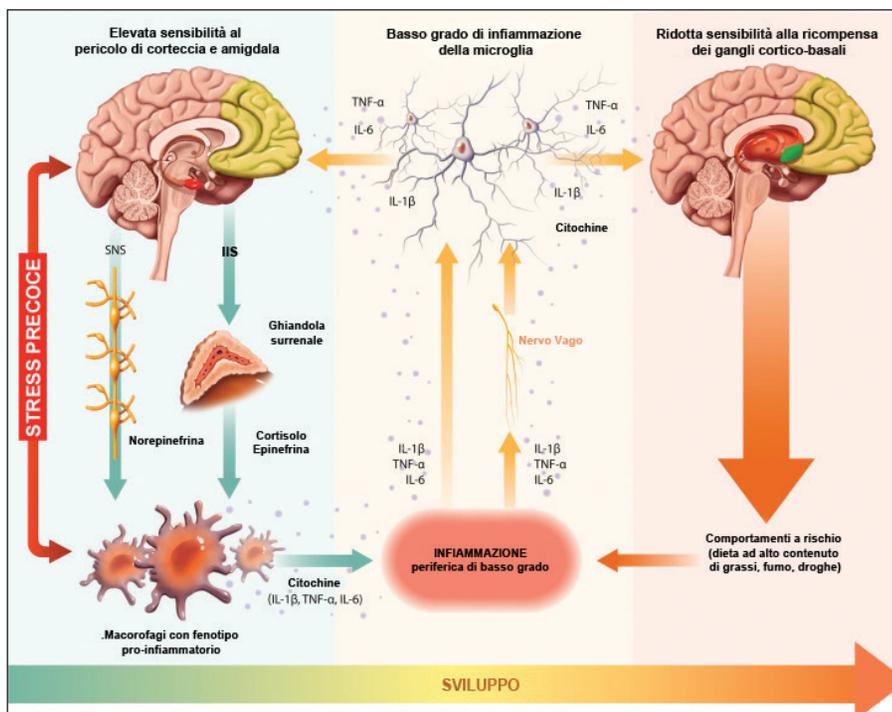


Figura 2. Ipotesi della rete neuroimmunitaria. IIS: sistema ipotalamo-ipofisi-surrene; IL-1β: interleuchina-1β; IL-6: interleuchina-6; SNS: Sistema Nervoso Simpatico; TNF-α: tumor necrosis factor-alpha (da Nusslock e Miller, 2016; modificata).

sul cervello, con una significativa riduzione delle dimensioni del corpo calloso in confronto a studi effettuati su bambini vittime di altre forme di maltrattamento.

Tipi di trascuratezza (Aspetti clinici)

La trascuratezza può manifestarsi in varie forme e, come gli altri tipi di maltrattamento, raramente si manifesta isolata. Un bambino trascurato ha un maggiore rischio di essere vittima di altre forme di abuso: fisico, emozionale o sessuale, e spesso può subire diverse forme di trascuratezza. Il

quadro clinico del neglect è polimorfo e varia sia a seconda del tipo di bisogno non adeguatamente soddisfatto, sia a seconda del grado di trascuratezza. Diversa è la condizione di un bambino denutrito, sporco, infreddolito per la mancanza di cure materiali, da quella di un bambino a cui vengono negati l'affetto e l'accogliimento psico-relazionale, oppure da quella di un bambino isolato dalla dimensione sociale, che non viene mandato a scuola. Le omissioni che possono verificarsi includono un mancato soddisfacimento delle necessità fi-

siche (ad esempio vestiario, cibo) e di supporto emotivo del bambino, inadeguatezza nell'assistenza sanitaria, nell'educazione, nella supervisione, nella protezione dai pericoli ambientali, ostacolando direttamente o potenzialmente il normale sviluppo e la sua sicurezza (Figura 3).

Il tipo di trascuratezza in cui l'omissione di cure riguarda la salute viene definito "trascuratezza sanitaria" (medical neglect) (Box 2) e comprende: la non aderenza alle prescrizioni mediche, il ritardato o mancato ricorso alle cure, il failure to thrive e l'obesità, la trascuratezza dentale, l'inadeguata protezione dai rischi ambientali. La mancata aderenza a una terapia medica o un ritardo nell'accesso alle cure possono aggravare una condizione patologica e rappresentare un danno grave per il bambino. Un'alimentazione inadeguata può portare a una crescita insufficiente; una mancanza di attenzione verso una condizione di obesità può aggravare il problema; scarse condizioni igieniche possono contribuire a infezioni di ferite o lesioni; una supervisione inadeguata contribuisce al verificarsi di traumi e ingestioni accidentali.

La non aderenza alle prescrizioni mediche è una forma di neglect che si verifica quando non vengono seguite le prescrizioni terapeutiche o le richieste di ulteriori valutazioni. In alcuni casi questa negligenza può provocare un danno grave, reale o potenziale al bambino, in altri casi la trascuratezza è meno grave e il legame con un danno immediato o a lungo termine è meno diretto. Per fare diagnosi di trascuratezza, ai fini della segnalazione, è importante valutare in che misura il trattamento non è stato effettuato, se i problemi del bambino sono sicuramente attribuibili a inadeguatezza delle cure e l'entità del danno. Va considerato che per alcune raccomandazioni meno importanti (per esempio il follow-up per un'otite in un bambino asintomatico), la non aderenza non può essere definita neglect, così come non portare il bambino alle visite di controllo in occasione dei bilanci di salute. Va inoltre sottolineato che nel sospetto di trascuratezza sanitaria è molto importante che il pediatra sappia identificare e valutare gli eventuali ostacoli che possono compromettere la capacità dei genitori di provvedere a cure adeguate, per esempio malattie mentali, o ritardi cognitivi, o problemi economici, o semplicemente ostacoli geografici, o di trasporto. In ogni caso l'aspetto fondamentale da considerare per una corretta valutazione, ai fini della segnalazione, è l'entità del danno. Se la mancanza di cure provoca un danno grave, o presenta il rischio di provocare un danno grave al bambino, a prescindere dagli osta-

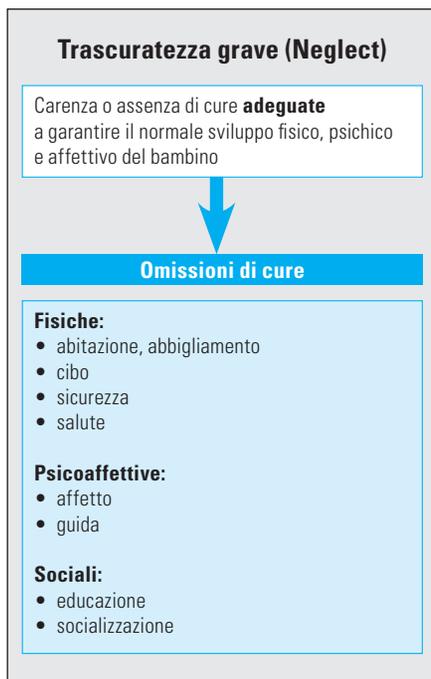


Figura 3. Omissioni di cure (da Teicher e Samson, 2016, modificata).

BOX 2. Trascuratezza sanitaria

- Non aderenza alle prescrizioni mediche
- Ritardato o mancato ricorso alle cure
- Failure to thrive e obesità
- Trascuratezza dentale
- Inadeguata protezione dai rischi ambientali

colli identificati, il caso deve essere segnalato. Se invece il danno conseguente è lieve, allora si può soprassedere alla segnalazione, ma è necessario pianificare un intervento appropriato per eliminare gli ostacoli identificati. Un'altra forma di trascuratezza sanitaria si verifica quando il bambino ha bisogno di cure mediche, ma non gli vengono fornite, o gli vengono fornite in ritardo, causando un danno reale o potenziale. I genitori hanno la responsabilità di riconoscere i problemi di salute del bambino e di provvedere alla cura dei disturbi minori, come pulire e medicare una ferita. Per problemi più gravi hanno la responsabilità di riconoscere la necessità di cure mediche e di aiutare il bambino a ottenerle in tempo utile. Nel valutare queste situazioni il pediatra deve considerare se il ritardo nelle cure è stato significativo. Per esempio, un bambino può avere una gastroenterite per giorni ma apparire in buone condizioni, per poi scompensarsi bruscamente e disidratarsi. Ci vuole molta cautela per concludere che si tratti effettivamente di un ritardo nel cercare le cure mediche. Come negli altri tipi di trascuratezza, anche in questa ci possono essere molti fattori che interagiscono compromettendo l'accesso alle cure: fattori materni, come la depressione; fattori familiari,

come la mancanza di un mezzo di trasporto; o fattori legati alla comunità, come un accesso limitato alle cure mediche. Conoscerli è un punto fondamentale per poi mettere in atto gli interventi adeguati. Va anche considerato che il pediatra condivide la responsabilità di assicurare al bambino le cure adeguate e il pediatra stesso può inconsapevolmente contribuire al medical neglect. I genitori spesso dipendono dal pediatra per capire le condizioni del bambino e il piano terapeutico. Se la spiegazione è frettolosa o fatta con un linguaggio inadeguato i genitori possono non capire le raccomandazioni, con il risultato di errori o omissioni nella somministrazione della terapia. Sono soprattutto le famiglie di bambini con malattie croniche che hanno bisogno di essere ben educati su quando richiedere l'aiuto del medico.

Sempre nell'ambito della trascuratezza sanitaria, un altro problema riguarda l'uso di alcune pratiche alternative che fanno parte della tradizione culturale della famiglia. In questi casi si sospetta il neglect quando i rimedi alternativi usati provocano danno, soprattutto se sono disponibili trattamenti convenzionali efficaci. La valutazione è dunque basata sul livello di certezza che l'approccio alternativo è dannoso e sul fatto che esiste un trattamento decisamente preferibile. Affrontare le diversità culturali richiede una notevole sensibilità e umiltà, e va cercato un compromesso accettabile. Deve essere evitato un approccio etnocentrico (credere che la propria via sia la migliore) ma d'altra parte, sebbene sia importante rispettare le diverse pratiche culturali, va riconosciuto che alcune di queste causano sicuramente danno al bambino e pertanto non possono essere accettate. Gli stessi principi valgono per le situazioni in cui i bambini non ricevono cure mediche per motivi religiosi. Anche in questo caso è necessario raggiungere un compromesso soddisfacente. Talvolta l'accordo non viene raggiunto e il bambino viene danneggiato o è a rischio di esserlo. Bross ha definito i criteri per la segnalazione di queste forme di trascuratezza sanitaria:

- 1 il trattamento rifiutato dai genitori deve avere chiari e sostanziali benefici rispetto alle pratiche alternative.
- 2 non ricevere il trattamento raccomandato può provocare un danno grave (la morte o una menomazione).
- 3 con il trattamento il bambino ha la possibilità di godere di un'alta qualità di vita.
- 4 in caso di adolescenti, il ragazzo può acconsentire al trattamento.

Rientrano nella trascuratezza sanitaria il **failure to thrive (FTT, difetto di crescita)** e l'**obesità**.

La causa del FTT è spesso multifattoriale; la vecchia distinzione tra "organico e non organico" è superata, perché la maggior parte dei problemi di crescita dipende sia da fattori nutrizionali che psicosociali. Si sospetta il neglect quando i bisogni nutrizionali di base del bambino non vengono adeguatamente soddisfatti. Non tutti i bambini sanno stimolare le cure dei genitori con efficacia, alcuni sono difficili da allevare per vari motivi. Se il bambino è difficile perché, per esempio, ha difficoltà organiche o psicologiche nel mangiare e il genitore è in difficoltà per condizioni ambientali (stress, povertà...) che limitano le sue abilità, può succedere che il bambino non venga nutrito adeguatamente e la sua crescita si arresta. È importante in questi casi sospettare il neglect, perché l'allontanamento temporaneo del bambino determina un aumento della velocità di crescita fino a 6-10 volte in pochi mesi, un aumento del picco di secrezione notturna del GH che si può normalizzare in 3 settimane e un miglioramento anche dello sviluppo psichico. All'altro estremo, la prevalenza dell'obesità infantile è drammaticamente aumentata. Uno studio condotto a Copenaghen su 1258 studenti di età compresa tra i 9 e 10 anni, con un follow-up di 10 anni, mostra che bambini che erano stati trascurati avevano 7 volte la probabilità di diventare obesi da giovani adulti, rispetto a quelli non trascurati. Come il FTT anche l'obesità ha una causa multifattoriale, per cui è necessaria una valutazione adeguata per formulare il sospetto di neglect. Ma quali che siano le cause, si può affermare che c'è il sospetto di trascuratezza quando gravi problemi di crescita non vengono affrontati dai genitori nonostante sia disponibile l'accesso a servizi adeguati. Un'altra forma di trascuratezza sanitaria che può presentarsi con buona probabilità all'osservazione del pediatra è il **dental neglect**. Questa si definisce come la persistente mancanza di soddisfare gli elementari bisogni di salute orale del bambino, non provvedendo ai trattamenti necessari per assicurare un adeguato funzionamento in assenza di infezioni e di dolore. Situazioni che fanno emergere il sospetto di dental neglect includono il mancato ricorso alle cure quando venga diagnosticato un problema dentale, la presenza di numerose carie o fratture dentali, la necessità di ricorrere a interventi di emergenza per dolore acuto più di una volta, la necessità di effettuare estrazioni o cure in anestesia generale più di una volta. In questi casi, se la mancanza di cure dentali determina, o rischia di determinare, grave danno al bambino, il caso andrà segnalato. Il pediatra ha un ruolo importante nell'inviare le fami-

TABELLA 1. Sintesi della forza delle evidenze per esiti a distanza del neglect (adattata da Norman et al. e Maniglio).

| Associazione robusta | Esito plausibile/Evidenze limitate | Esito plausibile/Evidenze emergenti |
|---|---|-------------------------------------|
| Neglect | | |
| Disordini depressivi | Disturbi alimentari | Artrite |
| Disturbi d'ansia | Disturbi della condotta e del comportamento | Cefalee/emicrania |
| Tentativi suicidari | Malattie cardiovascolari | Dolore spinale cronico |
| Uso di droghe | Diabete mellito tipo II | Fumo |
| Infezioni sessualmente trasmesse/ comportamenti sessuali a rischio | Uso problematico di alcol | |
| | Obesità | |

glie ad appropriate cure dentali, per cui deve conoscere bene le risorse territoriali, soprattutto le possibilità disponibili per famiglie povere (in Italia nei LEA sono previste cure per le fasce a rischio sociale). La trascuratezza può manifestarsi come **protezione inadeguata contro i rischi ambientali**. Un bisogno essenziale del bambino è quello di essere protetto dai rischi dell'ambiente, dentro e fuori casa. Ingegnioni accidentali, traumi, mancato uso dei seggiolini omologati per il trasporto in auto o delle cinture di sicurezza per i più grandi, esposizione a violenza intrafamiliare, possono rappresentare un'inadeguata protezione, mettendo a rischio la salute del bambino. Anche se, in generale, un singolo incidente (ingestione accidentale) non va necessariamente interpretato come neglect, è comunque indice di una inadeguata supervisione, da monitorare. Il pediatra può trovarsi ad affrontare altre forme di neglect, come la scarsa igiene, l'abbigliamento inadeguato, la mancanza di affetto e di stimolo, l'abbandono, il neglect educativo. Inoltre, con l'evolversi delle conoscenze sulla salute e lo sviluppo del bambino, diventano evidenti altre forme di trascuratezza, per esempio l'esposizione al fumo passivo, o il porre il lattante a dormire in posizione prona, che potrebbero in futuro essere interpretate come forme di trascuratezza. Da sottolineare come l'uso di guide anticipatorie permetta al pediatra di svolgere un ruolo importante nell'aiutare i genitori a riconoscere e prevenire i rischi potenziali. Il pediatra di famiglia deve sostenere i genitori in uno stile educativo positivo, incoraggiante, di rispetto e di fiducia nei confronti del bambino, a cominciare dall'allattamento a richiesta e proseguire fino alla alimentazione responsiva: questa è la prevenzione e la cura che il pediatra può fare, non adottando uno stile prescrittivo che non fa altro che rendere dipendenti e sempre più elusivi i genitori.

Conseguenze del neglect

Le conseguenze del neglect sui bambini possono essere gravi e a lungo termine, in-

teressando lo sviluppo cognitivo e la salute fisica e mentale.

Sono stati evidenziati disturbi affettivi e del comportamento (isolamento, passività o aggressività, difficoltà di interazione con i pari, comportamenti a rischio negli adolescenti), una ritardata acquisizione delle tappe di sviluppo psicomotorio, una inadeguatezza delle performance scolastiche (maggiore numero di assenze e bocciature, minor grado di istruzione raggiunto) e un collegamento con lo sviluppo di disturbi ansioso-depressivi, ideazione e tentativi suicidari e abuso di sostanze in età adulta. Gli effetti fisici possono essere immediati (es. traumi da inadeguata supervisione) e di entità variabile, da danni minori fino alla morte. Il 25% dei bambini trascurati vanno incontro a lesioni fisiche gravi, talvolta letali. Si stima che nel 2006 il 74% delle morti per maltrattamento riguardavano il neglect, la maggior parte delle quali da inadeguata supervisione (es. morti per annegamento). Relativamente agli effetti fisici a lungo termine, uno studio comparativo del 2010 evidenzia che i bambini vittime di neglect hanno una probabilità 2 volte maggiore di sviluppare problemi di salute e 3 volte maggiore di avere problemi nello sviluppo rispetto a quelli vittime di incidenti. L'Adverse Childhood Experiences Study (ACE) ha rilevato che i bambini trascurati hanno maggiore probabilità di sviluppare nell'età adulta malattie epatiche, ischemia cardia-

ca, asma e cancro del polmone; altri studi hanno evidenziato una relazione tra neglect e comparsa di emicrania e altre patologie dolorose in età adulta e un aumentato rischio di sviluppare malattie sessualmente trasmesse e comportamenti sessuali ad alto rischio in donne vittime di neglect in età infantile (Tabella 1).

Valutazione della trascuratezza, ai fini della segnalazione e dell'intervento

Data la sua relazione con le famiglie, il pediatra ha una posizione privilegiata per poter identificare la trascuratezza, ma la valutazione ai fini della segnalazione può essere molto difficile: si tratta di prendere decisioni importanti in situazioni spesso ambigue e incerte. In questi casi sarebbe estremamente utile per il professionista potersi avvalere del confronto in un gruppo multidisciplinare specialistico, se presente nel territorio.

Allevare un bambino non è un compito facile e il livello al quale i suoi bisogni vengono soddisfatti si trova lungo un continuum che va dall'ottimo al fortemente inadeguato senza cut-points naturali (Figura 4). Raramente un bisogno si può definire completamente o per niente soddisfatto e i cut-points di solito sono arbitrari. Per esempio è difficile stabilire a che livello un'inadeguata pulizia della casa comporti conseguenze dannose. Le situazioni estreme sono relativamente poche e la zona grigia è ampia.

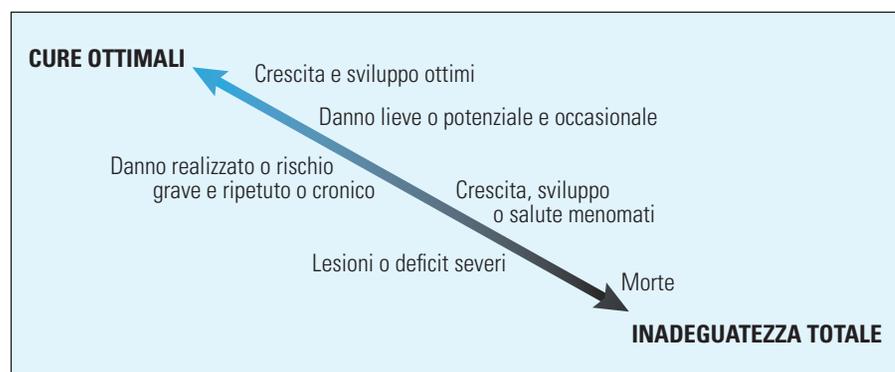


Figura 4. Le cure dei genitori vanno lungo un continuum: dalla competenza all'inesperienza, all'ignoranza, alla trascuratezza, al maltrattamento.

Con la consapevolezza che le cure dei genitori vanno lungo un continuum, il pediatra deve innanzitutto stabilire se le azioni, o le omissioni, dei caregivers determinano un danno grave, reale o potenziale, alla salute fisica, mentale, emozionale e allo sviluppo del bambino. La **gravità** della trascuratezza dipende infatti dalla gravità del danno e dalla probabilità che questo si realizzi: è grave quando non rispondere ai bisogni del bambino determina un danno importante, reale o potenziale, ed è tanto più grave quanto maggiore è la probabilità che il danno si verifichi. Tuttavia è spesso difficile predire la probabilità e la natura di un danno futuro, per esempio è difficile predire la probabilità di danno per un bambino di 8 anni lasciato a casa da solo per poche ore. Tali circostanze spesso vengono alla luce solo se si realizza un danno effettivo.

Oltre alla probabilità del danno vanno prese in considerazione la sua **natura ed entità**. Se il danno è minimo (per esempio un'ecchimosi conseguente a una caduta banale), persino un'elevata probabilità può essere considerata accettabile. Al contrario non è accettabile anche una bassa probabilità di danno severo (per esempio annegamento).

Il concetto di danno potenziale è un problema importante poiché l'impatto della trascuratezza può divenire evidente solo anni più tardi e non va considerato solo il danno fisico, ma anche, e soprattutto, quello psicologico. Nelle situazioni in cui il danno per il bambino è grave, è necessaria una segnalazione per mettere in atto misure di protezione; se invece questo è modesto, piuttosto che una immediata segnalazione, possono essere più opportuni interventi educativi e servizi di supporto e monitoraggio (per esempio nel caso di un lattante con scarso accrescimento ponderale a causa di un'errata preparazione di latte in formula). Altri aspetti che condizionano la valutazione della trascuratezza sono la **cronicità e la numerosità degli incidenti**. Talvolta un atto di trascuratezza può essere così grave che il neglect può essere identificato anche da un singolo incidente. Per esempio, se un bambino di 2 anni viene lasciato da solo a casa, si allontana e cade dal terrazzo o se un lattante viene lasciato da solo, anche una sola volta, nella vasca da bagno, per i possibili effetti devastanti. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, il neglect comporta il verificarsi di atti omissivi ripetuti nel tempo ed è il modello delle omissioni che rende un comportamento trascurante. Se un bambino salta un singolo pasto è difficile che si determini un vero danno ma, se i pasti vengono saltati ripetutamente, allo-

ra può determinarsi uno scarso accrescimento o anche danni più gravi per la salute, fino alla morte. Alcune omissioni sono preoccupanti solo quando si verificano ripetutamente (per esempio la scarsa igiene); oppure, non può essere considerato neglect un bambino che senza essere malato e in assenza di problemi familiari manca da scuola per un giorno, ma se si ripresentano ripetutamente assenze ingiustificate, allora si può fare diagnosi di neglect educativo. La cronicità riflette un pattern di bisogni che non vengono soddisfatti ed è significativa proprio l'incapacità cronica a soddisfarli e a provvedere a cure amorevoli, con effetti negativi cumulativi, che diventano nel tempo sempre più svantaggiosi per il bambino stesso.

Elemento critico nel valutare il neglect è il **contesto**. Per esempio, il pediatra può essere comprensibilmente riluttante a considerare come neglect l'impossibilità di aderire a una prescrizione terapeutica a causa di problemi economici. Un dilemma simile si presenta se una madre non ha altra scelta che lavorare di notte, e pertanto è costretta a lasciare il figlio di 10 anni da solo a casa. Queste circostanze illustrano la complessità della trascuratezza e indicano che solitamente non vanno giudicati affrettatamente questi genitori come trascuranti prima di avere attentamente esaminato e valutato le circostanze sottostanti. Per decidere se effettuare la segnalazione è necessario indagare sulla possibile esistenza di ostacoli che limitano le capacità di accudimento dei genitori. Va pertanto condotta un'accurata valutazione psicosociale: sullo stato occupazionale ed economico, su credenze culturali/religiose, sull'eventuale abuso di sostanze, eventuali malattie mentali, violenza intrafamiliare, precedenti segnalazioni per maltrattamento. Se poi dalla valutazione della situazione non emerge la necessità della segnalazione, è comunque necessario che il pediatra sviluppi un piano di intervento insieme ai genitori e ai servizi territoriali perché gli ostacoli individuati vengano rimossi, con interventi di sostegno economico, appropriati interventi di cura nel caso di malattie mentali o di tossicodipendenze, e quanto altro necessario. Ovviamente dovrà essere previsto uno stretto follow-up per verificare che i genitori seguano i programmi di intervento, e qualora non vi sia adeguata compliance, la segnalazione diventerà obbligatoria. In questo caso è necessario discutere la questione con i genitori e informarli dell'avvenuta segnalazione: questo permette di mantenere la relazione con la famiglia e di lavorare insieme per elaborare un piano di assistenza adeguato.

Prevenzione

La letteratura scientifica è unanime nell'affermare che le conseguenze a lungo termine del neglect emergono spesso anche in età molto avanzata. Dall'abuso non si guarisce; diagnosi e intervento precoce ne riducono il danno, non lo annullano, perciò la sola arma disponibile è la prevenzione, unico strumento per evitare la sofferenza anche a chi non subirebbe nessun danno permanente. Perché la prevenzione sia efficace è necessario intervenire presto, nella fase del rischio, prima che questo degeneri in danno. L'OMS nel 2006 ha pubblicato il documento *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. La proposta del documento concentra l'attenzione sulla precocità della rilevazione delle condizioni di rischio: il tempo precedente e immediatamente successivo alla nascita del figlio, tempo in cui la gestante viene a contatto con i servizi, ospedalieri e sociosanitari, incluso il pediatra di famiglia. Lì possono emergere segnali di disagio che possono consentire agli operatori preparati un approccio di sostegno preventivo a difficoltà di cura e di educazione che questi soggetti o nuclei potrebbero trovare nella gestione della genitorialità. A livello comunitario esistono programmi di prevenzione che ricadono in due categorie: il Parent Training e l'Home Visiting. Quest'ultimo consiste in un programma di visite domiciliari da parte di personale che nei primissimi periodi può anche essere sanitario, possibilmente la stessa assistente sanitaria conosciuta in ospedale, per poi essere sostituita da un operatore professionale preparato per questo servizio. I contenuti e i metodi dell'Home Visiting secondo i criteri presentati dall'OMS (2006) prevedono un'azione sistematica centrata sul sostegno precoce ai genitori e al loro disagio.

Dal momento che molte delle famiglie ad alto rischio spesso hanno un limitato accesso ai servizi e tendono a non chiedere supporto, il loro unico contatto può essere il pediatra, che si trova pertanto a essere un osservatore privilegiato del nucleo familiare e a poter così svolgere un ruolo importante nella prevenzione, ruolo che può essere ovviamente svolto in maniera più efficace se inserito in un contesto di rete.

Da qui l'ipotesi di inserire nei bilanci di salute un intervento specifico per la prevenzione del maltrattamento e del neglect in particolare: sembra facilmente realizzabile e non molto distante da quello che già viene fatto nell'ottica del sostegno alla genitorialità.

In occasione dei bilanci di salute il pediatra può effettuare un accurato esame fisico, valutare la crescita, osservare l'interazione

tra il bambino e i genitori, verificare se questi rispondono ai bisogni e alle richieste del figlio (anche quelle non verbali) e se il bambino si rivolge ai genitori per ricevere conforto. C'è inoltre l'opportunità di individuare l'eventuale presenza di fattori di rischio attraverso una minuziosa anamnesi sociale (povertà, abuso di sostanze, malattie mentali, giovane età e sofferenze materne ecc.), ricercando i segni di depressione post-partum o di violenza intrafamiliare e prestando particolare attenzione ai bambini con disabilità e ai nati pretermine. Si effettuerebbe così uno screening universale, che avrebbe il duplice vantaggio di evitare la stigmatizzazione delle famiglie e di ridurre la possibilità che sfuggano quelle a rischio.

Per aiutare a individuare i fattori di rischio psico-sociali, che contribuiscono al neglect, sono stati sviluppati e validati vari modelli clinicamente-based, tra questi il modello Safe Environment for Every Kid (SEEK), che offre ai pediatri delle cure

primarie un valido approccio per identificare e affrontare i principali problemi psicosociali, così da rinforzare le famiglie, supportare i genitori e promuovere lo sviluppo, la salute e la sicurezza dei bambini. Il SEEK comprende un breve questionario per i genitori che indaga sui principali fattori di rischio (Figura 5) e che viene somministrato dal pediatra alle visite dei 2, 9, 15 mesi e a 2, 3, 4, e 5 anni. La sua efficacia è stata ampiamente studiata, ma ovviamente andrebbe riformulato per il suo uso in Italia. Individuati i fattori di rischio, il pediatra dovrà ovviamente cercare di mettere in atto gli interventi più appropriati: fornire guide anticipatorie per sostenere i genitori e, quando necessario, riferire le famiglie ai servizi perché ricevano aiuto.

L'intervento ambulatoriale eseguito dai pediatri dopo una specifica formazione ha mostrato una riduzione delle segnalazioni di abuso rispetto a un gruppo di controllo (13,3% vs 19,2%; $p=0,06$) e una riduzione della trascuratezza (4,6% vs 8,4%) (Du-

BOX 3. Opportunità per la prevenzione del neglect nella pediatria delle cure primarie

- Individuare i fattori di rischio, inclusi la depressione dei genitori, l'abuso di sostanze, la violenza intrafamiliare, lo stress
- Identificare i fattori protettivi della famiglia (ad esempio supporto sociale, consapevolezza di aver bisogno di aiuto)
- Fornire guide anticipatorie per sostenere i genitori
- Conoscere bene la disponibilità e l'efficacia delle risorse presenti sul territorio
- Incoraggiare le famiglie a usare i servizi che possono rispondere ai loro bisogni
- Funzione di Advocacy perché vengano implementati e sostenuti i servizi che possono aiutare le famiglie a prevenire la trascuratezza

bowitz, 2014). Questo modello inoltre si è dimostrato praticabile ed efficace nell'ambito delle cure primarie, aumenta l'attenzione dei pediatri sui fattori psicosociali che possono contribuire al neglect, offre uno strumento per individuare efficacemente problemi mirati e propone un modello multidisciplinare per affrontare con efficacia le difficoltà di molte famiglie. È tuttavia necessario che il pediatra delle cure primarie conosca bene le risorse presenti nel territorio e si relazioni con esse per facilitare il coordinamento degli interventi messi in atto per rispondere ai bisogni delle famiglie, interventi che devono essere necessariamente multidisciplinari. Questa fase è la più complessa e difficile; purtroppo spesso i servizi deputati alla tutela dei minori sono insoddisfacenti, e in questo caso compito del pediatra sarà anche quello, politico, di fare pressione sulle istituzioni per politiche sociali orientate specificamente alla protezione dei minori (Box 3).

✉ carla.berardi@tiscali.it

Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Terre des Hommes. Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e prospettive, 2015.

Bross DC, Medical care neglect. Child Abuse & Neglect 1982;6-4:375-81.

Cismai, Terre des Hommes. Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia? Prima indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini. A cura di Andrea Bollini, Federica Giannotta, Antonella Angeli, 2012.

Clement ME, Béruvé A, Chamberland C. Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. Public Health 2016;138:86-92.

Dubowitz H. Tackling child neglect: a role for pediatricians. Pediatr Clin N Am 2009;56:363-78.



Parent Questionnaire (PQ)

Dear Parent or Caregiver: Being a parent is not always easy. We want to help families have a safe environment for kids. So, we're asking everyone these questions. They are about problems that affect many families. If there's a problem, we'll try to help.

Please answer the questions about your child being seen today for a checkup. If there's more than one child, please answer "yes" if it applies to any one of them. This is voluntary. You don't have to answer any question you prefer not to.

Today's Date: ___/___/___ Child's Name: _____

Child's Date of Birth: ___/___/___

PLEASE CHECK

Yes No Do you need the phone number for Poison Control?

Yes No Do you need a smoke detector for your home?

Yes No Does anyone smoke tobacco at home?

Yes No In the last year, did you worry that your food would run out before you got money or Food Stamps to buy more?

Yes No In the last year, did the food you bought just not last and you didn't have money to get more?

Yes No Do you often feel your child is difficult to take care of?

Yes No Do you sometimes find you need to hit/spank your child?

Yes No Do you wish you had more help with your child?

Yes No Do you often feel under extreme stress?

Yes No In the past month, have you often felt down, depressed, or hopeless?

Yes No In the past month, have you felt very little interest or pleasure in things you used to enjoy?

Yes No In the past year, have you been afraid of your partner?

Yes No In the past year, have you had a problem with drugs or alcohol?

Yes No In the past year, have you felt the need to cut back on drinking or drug use?

Yes No Are there any other problems you'd like help with today?

Please give this form to the doctor or nurse you're seeing today. Thank you!

©2012, University of Maryland School of Medicine

Figura 5. Questionario per i genitori della Scuola di Medicina della Università del Maryland, 2012.

- Dubowitz H, Lane WG. Nelson Textbook of Pediatrics. Copyright ©2016, Chapter 40.
- Dubowitz H, Leventhal JM. The Pediatrician and Child Maltreatment. Principles and Pointers for Practice. *Pediatr Clin N Am* 2014;61:865-71.
- Dubowitz H. The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model: Helping promote children's health, development, and safety. *Child Abuse & Neglect* 2014;38:1725-33.
- Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics* 2009;123:858-64.
- Dubowitz H, Lane WG, Semiatin JN, Magder LS. The SEEK model of pediatric primary care: Can child maltreatment be prevented in a low-risk population? *Acad Pediatr* 2012;12:259-68.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14:245-58.
- Hornor G. Child Neglect: Assessment and Intervention. *J Pediatr Health Care* 2014; 28:186-92.
- Keeshin BR, Dubowitz H. Childhood neglect: the role of the paediatrician. *Paediatr Child Health* 2013;18:e39-e43.
- Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev* 2009;29:647-57.
- Norman RE, Byambaa M, De R, et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012;9:e1001349.
- Nusslock R, Miller GE. Early-Life Adversity and Physical and Emotional Health Across the Lifespan: A Neuroimmune Network Hypothesis. *Biol Psychiatry* 2016;80:23-32.
- Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48:345-55.
- Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry* 2016;57:241-66.
- U.S. Department of Health & Human Services, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child maltreatment, 2015.
- World Health Organization, Regional office for Europe. European report on preventing child maltreatment, 2013.



Models of Child Health Appraised

(A Study of Primary Healthcare in 30 European countries)

È nato a Londra nel 2015 Il progetto MOCHA (Models of Child Health Appraised), coordinato dall'Imperial College di Londra.

Il progetto si propone di studiare i vari modelli sanitari adottati nei 30 paesi della Commissione europea e dell'area economica europea. Al progetto partecipano 19 partner scientifici provenienti da 10 paesi europei, più Australia, Svizzera e Stati Uniti in collaborazione con esperti nazionali identificati in ogni paese per ottenere e analizzare informazioni su argomenti che riguardano il bambino e le cure primarie. Fra questi In particolare:

- > Modelli di assistenza primaria in pediatria
- > Continuità delle cure e integrazione dei servizi socio-sanitari
- > Servizi sanitari nelle scuole
- > Servizi per gli adolescenti
- > Studio di misure innovative sulla qualità e risultati clinici e tesi a misurarne la qualità e le efficacia
- > Analisi economiche sui risultati dei servizi
- > Modelli assistenziali tesi a garantire equità
- > Utilizzo delle cartelle cliniche elettroniche in pediatria

Il progetto ha una durata di tre anni. I risultati finali verranno presentati entro la fine del 2018.

Durante il primo anno, il progetto ha raccolto informazioni sul sistema sanitario di cure primarie pediatriche di ciascun paese, attraverso un country agent.

Nel secondo anno il progetto sta analizzando le informazioni raccolte e trarrà delle conclusioni preliminari.

La fase finale del progetto esporrà quali sono modelli sono risultati migliori e come i paesi li possono adottare.

MOCHA si avvale di un comitato consultivo esterno formato da esperti internazionali che è presieduto dal professor Richard Parish.

Il Country Agent per l'Italia è Roberto Buzzetti. www.robertobuzzetti.it robuzze@gmail.com

La prima volta che siamo nati



Stefania Manetti

Pediatra di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli)

Un tempo si pensava che il bambino alla nascita fosse una persona priva di conoscenze, competenze e senza le capacità di interagire con il mondo.

Oggi sappiamo che già nel pancione il feto risponde alla voce della sua mamma e ha un suo comportamento. Alla nascita i neonati non sono tutti uguali, ognuno ha un suo modo di entrare in relazione con la sua mamma e il suo papà.

Nessun genitore ha un manuale per affrontare questa enorme novità: una piccola donna o uomo che non parlano, ma ai cui bisogni bisogna rispondere interpretando i gesti e i movimenti, i ritmi, cioè il sonno e lo stare svegli, il momento di dormire e quello di mangiare e così via.

E la neonata?

Una volta fuori dal pancione, entra in un nuovo mondo dove improvvisamente viene a mancare il calore, il ritmo del battito del cuore materno, il suono e il movimento fluido che scandiva il suo tempo.

Capire il comportamento della tua bambina è utile per fare conoscenza e per capire come interagire insieme. Solo così può nascere una relazione basata sulla fiducia. Una neonata ha diversi comportamenti che possiamo definire "stati", che scandiscono la sua giornata: due stati di sonno, uno di transizione e tre di veglia; riconoscerli è utile per capirsi meglio.

Ci sono due stati di sonno, uno di sonno leggero e uno di sonno profondo. Se la tua bambina si trova in uno stato di sonno profondo, non avrà in quel momento grande voglia di poppare. I neonati si nutrono meglio quando sono svegli o quando si trovano in uno stato di sonno leggero.

Come si distingue il sonno leggero da quello profondo?

Una neonata con uno stato di sonno leggero dorme ma con piccoli movimenti del corpo e degli occhi, e il suo respiro non è regolare; nel sonno profondo ci sono pochissimi movimenti del corpo e il respiro è regolare.

Cosa è lo stato di transizione?

Lo stato di transizione o sonnolenza è un momento di passaggio dal sonno alla veglia, gli occhi si chiudono e si riaprono.

E gli stati di veglia?

Ci sono tre stati di veglia:

- la **veglia tranquilla** si osserva quando la tua bambina ha gli occhi aperti e fa piccoli movimenti del corpo. Questo stato di veglia tranquilla è il momento migliore per interagire e per favorire il suo apprendimento: è il momento di ascoltare un po' di musica, parlare, cantare e divertirsi insieme.

È questo lo stato adatto per ascoltare la voce di mamma e papà, per essere allattata, per seguire un oggetto o ancora meglio, fissare il tuo volto, o ascoltare la tua voce.

Ci sono dei modi per aiutare la tua bambina a entrare in uno stato di veglia tranquilla:

- prenderla in braccio;
- metterla in posizione verticale e parlare variando il tono della voce;
- mostrare il tuo volto. I neonati sono molto attratti dai volti, in particolare da quello di mamma e papà; possono mettere bene a fuoco un volto a una distanza di circa 18-20 cm;
- cantare;

- la **veglia agitata** si osserva quando gli occhi sono aperti e ci sono movimenti frequenti con il corpo.

Questo stato spesso può precedere il pianto, a volte può bastare il semplice gesto di succhiarsi la manina per riuscire a consolarsi, altre volte può essere sufficiente parlare ricercando il suo sguardo, oppure prenderla in braccio, cullarla o cantare dolcemente.

I bambini piccoli non riescono a consolarsi da soli, hanno bisogno dell'aiuto di mamma o papà per calmarsi.

In questo periodo di conoscenza reciproca le mamme e i papà arrivano a capire i comportamenti dei propri bambini e di conseguenza riescono a mettere in atto tutte le loro competenze per aiutarli a consolarsi. Ci sono neonati più irritabili di altri che rispondono in maniera molto veloce agli stimoli, per esempio possono piangere o diventare irritabili in un ambiente rumoroso. In questi casi occorre ridurre i rumori di sottofondo e tutte le fonti di stimolazioni eccessive per prevenire questi comportamenti.

Come genitore imparerai presto, osservando la tua bambina, a capire questi segnali, perché sei tu l'esperto del tuo bambino.

A cosa servono questi diversi comportamenti?

Non solo i neonati, ma anche i bambini e gli adulti hanno momenti di eccitazione di intensità diverse: facciamo l'esempio positivo della eccitazione che ci prende in un momento di gioia, o la bassa eccitazione e la calma che cerchiamo per riuscire a dormire. I neonati con il loro comportamento esprimono il loro stato, ad esempio quiete, voglia di comunicare, sonno, agitazione. Una bambina di 2-3 mesi è molto socievole, le mamme e i papà lo sanno bene, sorride, vocalizza come se parlasse, guarda negli occhi; pensiamo a una mamma che gioca con la sua bambina: è un vero e proprio spettacolo di luci, suoni e movimento. È un momento meraviglioso durante il quale, come genitore, imparerai a regolare il livello di stimolazione per mantenere la tua bambina in uno stato di veglia attiva piacevole e tollerabile.

- Il **terzo stato di veglia è il pianto**.

Una bambina che piange può riuscire a consolarsi da sola solo dopo aver fatto esperienza di consolazione insieme a te. Potrà riuscire a farlo da sola succhiando la manina, oppure prestando attenzione al tuo volto o cambiando posizione. Tuttavia, se la bambina continua a piangere ed è sola, potrebbe avere bisogno del tuo aiuto per consolarsi.

In questi casi puoi provare a:

- farle vedere il tuo volto;
- parlare con voce tenera e regolare;
- poggiare la tua mano sul suo pancino;
- tenere le sue braccia raccolte e a contatto con il suo corpo;
- cullarla;
- offrirle il seno;
- cantare una ninnananna.

Non scuotere mai la tua bambina nel tentativo di calmarla. È molto pericoloso per il suo cervello che può subire danni anche gravi.

Abilità conversazionali assertive e responsive nei bambini *late talker* di 24-36 mesi



Serena Bonifacio*, Luigi Girolametto**, Marcella Montico***

*Logopedista, Trieste; ** University of Toronto, Toronto, ON (CA); *** IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Trieste

L'obiettivo di questo studio è quello di confrontare le abilità assertive e responsive di 83 bambini con lento sviluppo del linguaggio (LT, *late talker*) con i dati normativi dello strumento *Le Abilità Socio-Conversazionali del Bambino* (ASCB: Bonifacio, Girolametto, Montico, 2013).

Metodi: i LT, selezionati con un protocollo clinico per escludere deficit neurologici, neurosensoriali, cognitivi, relazionali e con linguaggio ricettivo nella norma, producevano meno di 50 parole.

Risultati: 1) il 79.5% dei LT registra punteggi bassi nell'assertività e una differenza significativa rispetto ai coetanei con sviluppo tipico; 2) nelle abilità responsive invece non emergono differenze significative tra i due gruppi; 3) nessuna delle misure demografiche (per es. l'educazione materna) correla con le misure di assertività e responsività.

Conclusioni: i risultati suggeriscono che un'indagine delle abilità pragmatiche nei *late talker* può rivelare importanti aree di debolezza nell'uso della comunicazione sociale.

The aim of this study was to compare the assertiveness and responsiveness skills of 83 Italian-speaking late talkers, ranging in age from 24 to 36 months, with normative data from Le Abilità Socio-Conversazionali del Bambino (ASCB: Bonifacio, Girolametto, Montico, 2013).

Methods: the children were selected from a clinical sample and excluded neurological, sensory, cognitive, social-emotional difficulties. The children used fewer than 50 words and had normal comprehension skills.

Results: 1) there was a significant difference between the late talkers and their typical peers in terms of assertiveness skills. Overall, 79.5% of the late talkers displayed low ratings in the use of this skill; 2) there was no significant difference between the two groups for responsiveness skills; 3) none of the demographic measures (e.g., maternal education) were correlated with assertiveness or responsiveness measures.

Conclusion: the results of this study suggest that evaluating late talkers for pragmatic skills may reveal important weaknesses in their social communication.

Introduzione

Nella letteratura i bambini in età compresa tra i 24 e i 36 mesi con un manifesto ritardo nel linguaggio espressivo, ma con una comprensione intatta, in assenza di deficit neurologici, sensoriali, cognitivi, relazionali e di privazione ambientale, sono definiti con diverse etichette diagnostiche. Tra queste *late talker* o parlatori tardivi [1]. Questi bambini presentano un ritardo nel vocabolario espressivo, un lento incremento lessicale e/o un ritardo dell'inizio della combinazione di parole. Il parametro della definizione di "lento sviluppo del linguaggio" [2] fa riferimento alla dimensione del vocabolario espressivo in relazione all'età: i bambini tra i 18 e i 20 mesi possono presentare un vocabolario espressivo <10 parole; a 24 mesi <50 e a 30 mesi <200. Studi epidemiologici indicano che approssimativamente il 15-20% dei bambini di 24 mesi

sono categorizzati come *late talker* senza patologie associate conclamate [3]. Un'analisi della letteratura più recente [3] considera la definizione di *late talker* [1] un termine troppo restrittivo in quanto questi bambini non si presentano come un gruppo omogeneo. Il ritardo può riguardare solamente il linguaggio espressivo con comprensione linguistica in linea con l'età, in questo caso assume particolare rilevanza la dimensione del vocabolario. Il criterio delle 50 parole applicato a un bambino di 24 mesi rispetto a uno di 36 evidenzia una consistenza del ritardo molto diversa. In altri casi al ritardo espressivo si associa anche un'immaturità nel linguaggio ricettivo, dunque un ritardo di tipo misto. La compromissione della comprensione verbale rappresenta un indicatore cruciale per l'esito del ritardo in quanto strettamente collegata con lo sviluppo delle abilità co-

gnitive e quindi dell'apprendimento del linguaggio in età più avanzate. Sebbene un lento sviluppo del linguaggio espressivo si possa cogliere con maggior evidenza anche da parte dei pediatri, per esempio nel bilancio di salute dei 24 mesi, un'immaturità nel linguaggio ricettivo può essere evidenziata solamente con una valutazione clinica diretta che richiede la somministrazione di strumenti particolari per individuare un LT solo espressivo o misto. L'ipotesi del ritardo dello sviluppo del linguaggio deriva dal confronto con i bambini tipici; nei bambini *late talker* i tempi di comparsa sono diversi. Infatti questi bambini possono presentare: a) una fase di partenza più rallentata (ritardo transitorio a 18 mesi) e poi un ritmo di sviluppo adeguato entro i 30 mesi (*late bloomers* = che sbocciano in ritardo) con linguaggio ricettivo in linea con l'età; b) un ritardo nella partenza accompagnato da un lento sviluppo con l'esito di un ritardo persistente a 30 mesi [4] in cui la variabile del linguaggio ricettivo va sempre considerata come discriminante. La persistenza del ritardo può essere associata anche a una scarsa competenza nelle abilità socio-conversazionali [5], cioè le abilità a rispondere a domande o a iniziare una conversazione con i famigliari. Gli studi di letteratura che hanno indagato queste abilità nei bambini *late talker* riportano differenze nello sviluppo quando confrontati con i bambini con sviluppo tipico di pari età. Uno studio recente [6] ha studiato le abilità socio-conversazionali assertive e responsive in un gruppo di 30 bambini italiani *late talker* con un'età media di 28 mesi confrontandoli con un gruppo di coetanei con sviluppo tipico e un altro con bambini più piccoli (età media 17 mesi) ma con pari dimensione del vocabolario espressivo (media 25 parole). I risultati hanno messo in evidenza prestazioni significativamente più basse nei *late talker* rispetto ai coetanei nelle dimensioni di assertività e responsività ma simili a quelle del gruppo dei bambini più piccoli. Questi risultati concordano con quanto riscontrato anche in altri studi che hanno sottolineato come i bam-

BOX 1.

Assertività

Nello scambio conversazionale con l'adulto il bambino prende l'iniziativa senza esserne sollecitato per:

- > proporre un argomento di suo interesse (ad es.: indica la figura del treno, oppure dice "tutu");
- > commentare oggetti, figure, eventi (ad es.: dice "pum" quando cade un oggetto);
- > formulare richieste di aiuto, di azione (ad es.: di agire su un giocattolo), di attenzione (ad es.: indica la sorgente di un rumore);
- > fare domande con le parole *chi, cosa, dove, quando, perché* o con un vocalizzo (ad es.: "à à" per papà) o con una parola (ad es.: "nonna") con l'intonazione ascendente che è tipica della domanda.

Responsività

Nello scambio conversazionale con l'adulto il bambino si sintonizza sull'input linguistico che riceve comprendendone il significato e prendere il proprio turno conversazionale per:

- > rispondere a richieste (ad es.: prendi le scarpe);
- > ripetere ciò che ha detto quando viene sollecitato;
- > rispondere a domande, in generale (ad es.: vuoi il succo o il gelato); rispondere a domande chiuse di verifica di conoscenze (ad es.: come si chiama questo?); rispondere a domande con risposta "sì"/"no"; rispondere a domande di chiarificazione quando il messaggio non è stato compreso;
- > mantenere la contingenza del discorso per uno o più scambi consecutivi sull'argomento proposto dall'adulto aggiungendo informazioni per continuare il tema.

I comportamenti assertivi e responsivi possono essere esibiti dal bambino con modalità verbale o non verbale.

bini *late talker* abbiano meno successo con il loro partner conversazionale, si coinvolgono meno facilmente e meno frequentemente rispetto ai loro coetanei nell'interazione sociale. Quanto riscontrato depone a favore di una immaturità nello sviluppo pragmatico. Nell'ottica di promuovere un intervento clinico precoce centrato sui genitori, nei bambini con scarse abilità conversazionali e linguistiche, l'intervento dovrebbe focalizzarsi in primo luogo sulla varietà degli atti conversazionali assertivi e responsivi in modo da favorire la partecipazione del bambino LT nelle interazioni sociali e successivamente concentrarsi sull'incremento del linguaggio [7].

Obiettivi

Nella prima infanzia lo sviluppo delle capacità socio-conversazionali esibite con modalità verbale o non verbale avviene nei contesti socialmente condivisi tra l'adulto e il bambino, in cui l'acquisizione delle regole consente lo svolgersi di una conversazione in modo adeguato tra i due interlocutori [8]. Lo studio si propone di indagare due aree della competenza pragmatica, l'assertività e la responsività in un campione cross-sectional di 83 bambini *late talker* di età compresa tra i 24 e i 36 mesi. Sulla base del confronto con i dati normativi dello strumento ASCB [8] si vogliono individuare:

- 1 la percentuale di *late talker* che presenta abilità assertive e responsive "immature", non in linea con l'età;

- 2 i punti di maggiore debolezza nelle subscale delle rispettive aree rilevati per ogni età.

Le informazioni che si possono trarre da questo studio potrebbero fornire indicazioni utili per la selezione degli obiettivi di un intervento precoce centrato sui genitori.

Metodi

Tutti i bambini reclutati per questo studio hanno fatto parte di un progetto di ricerca promosso dall'IRCCS Materno-Infantile Burlo Garofolo di Trieste. Nell'ambito dello studio sono stati identificati 83 bambini (51 maschi e 32 femmine) che presentavano un lento sviluppo del linguaggio espressivo poiché avevano un vocabolario espressivo inferiore a 50 parole. Con il consenso informato dei genitori era stata avviata un'indagine clinica che aveva escluso deficit neurologici, sensoriali, cognitivi e relazionali. I dati dello sviluppo comunicativo e linguistico erano stati acquisiti con una valutazione logopedica che prevedeva la somministrazione di due questionari familiari: Il Primo Vocabolario del Bambino (PVB) nella versione Parole e Gesti [9] per misurare la dimensione del vocabolario espressivo e l'ASCB [8] per rilevare il livello delle abilità socio-conversazionali assertive e responsive espresse con modalità verbale o non verbale. L'applicazione di questo strumento in un processo valutativo più ampio e dinamico permette di dar conto degli aspetti pragmatici dell'interazione genitore-bam-

bino che rappresentano un utile contributo per programmare un percorso clinico centrato sulla diade genitore-bambino. Tutti i bambini *late talker* di questo campione sono stati definiti espressivi poiché avevano superato un test di linguaggio ricettivo con punteggi che rientravano nella gamma riferita all'età. Lo strumento ASCB comprende 25 quesiti distribuiti in modo random. La scala di assertività è formata da 15 item suddivisi in tre subscale: "Fare Domande", "Fare Richieste" e "Fare Proposte"; la scala di responsività ne comprende 10, distribuiti in "Rispondere a Domande", "Rispondere a Richieste di Chiarificazione" e "Mantenere la Contingenza" (Box 1).

Lo strumento prevede che il genitore assegni un punteggio in corrispondenza della frequenza con cui il bambino esibisce il comportamento descritto con una scala di valori che va da 1 a 5 (1 = mai, 2 = quasi mai, 3 = a volte, 4 = spesso, 5 = sempre). I bambini sono stati suddivisi in quattro classi d'età che risultano così distribuite: 24 mesi, 22,9%; 27 mesi, 32,5%; 30 mesi, 25,3%; 33-36 mesi, 19,3%. La distribuzione di genere, l'ordine di genitura, la frequenza all'asilo nido e il livello di educazione materna di ciascun gruppo di età sono rappresentati nella Tabella 1. Si è scelto di considerare solamente il livello scolastico delle madri perché il 74,6% dei questionari erano stati compilati solamente da loro; il 20,4% da entrambi i genitori e lo 0,4% solamente dai padri. Abbiamo sud-

TABELLA 1. Caratteristiche demografiche del campione

| Età in mesi | N. bambini (%) | N. maschi (%) | N. femmine (%) | N. primogenito o figlio unico (%) | Frequenza asilo nido (%) | Livello scolastico madri | | |
|-------------|----------------|---------------|----------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|------|------|
| | | | | | | 1 | 2 | 3 |
| | | | | | | % | % | % |
| 24 | 19 (22,9) | 11 (57,9) | 8 (42,1) | 13 (68,4) | 15,8 | 10,5 | 72,7 | 15,8 |
| 27 | 27 (32,5) | 16 (59,3) | 11 (40,7) | 17 (63,0) | 33,3 | 14,8 | 48,2 | 37,0 |
| 30 | 21 (25,3) | 11 (52,4) | 10 (47,6) | 15 (71,4) | 19,0 | 38,1 | 28,6 | 33,3 |
| 33-36 | 16 (19,3) | 13 (81,3) | 3 (18,7) | 8 (50,0) | 31,2 | 25,0 | 62,5 | 12,5 |

diviso il livello di educazione materna in tre categorie che comprendono diversi percorsi di studio: 1. *basso* con un numero di anni di studio <10; 2. *medio* con 13 anni di studio e 3. *alto* >13 anni con laurea, dottorato, master. Le caratteristiche demografiche del campione distribuito per classi di età sono esposte nella **Tabella 1**.

Analisi statistica

In base ai dati normativi dello strumento ASCB, le prestazioni dei bambini *late talker* sono state classificate in linea con l'età o immature. I dati sono presentati come frequenze assolute e percentuali. Le differenze tra i gruppi sono state analizzate con il test esatto di Fisher. I trend tra le frequenze sono stati analizzati con un test per il trend lineare. Il test binomiale è stato utilizzato per verificare se la proporzione di *late talker*, che non raggiungono il target dell'età, sia diversa dal campione normativo. È stata analizzata anche l'influenza dei dati demografici caratteristici del campione. Le analisi sono state eseguite con il programma Stata 11.2 ed è stato considerato come statisticamente significativo un $p < 0,05$.

Risultati

Il primo livello di analisi ha preso in considerazione il livello di sviluppo delle abilità assertive e responsive di ciascun gruppo confrontandolo con i dati normativi. Tali abilità risultano ancora a un livello che identifica queste abilità come "immature" (prestazioni <1,5 DS) in funzione del fatto che i coetanei si collocano a un livello più avanzato. Nella scala di assertività la percentuale di bambini "immaturi" incrementa in modo statisticamente significativo a ogni fascia d'età, a eccezione dei 27 mesi, raggiungendo l'81,2% nella fascia 33-36 mesi. Nella scala di responsività il trend correlato all'età non è statisticamente significativo: a 33-36 mesi il 56,2% dei bambini *late talker* mostra ancora abilità immature (**Tabella 2**).

Il secondo livello di analisi si è concentrato sulla distribuzione dei punti di debolezza (prestazioni <1,0 DS), analizzati in funzione dell'età nelle rispettive subscale. Per quanto riguarda l'assertività la percentuale di bambini che esprime debolezza in "Fare Domande" è alquanto alta in tutte le età, a differenza di "Fare Richieste" che è piuttosto bassa; "Fare Proposte" rappresenta una debolezza nel 52,6% dei bambini a 24 mesi raggiungendo il 68,7% nella fascia 33-36 mesi (**Tabella 3**).

Nella responsività "Rispondere a Domande" e "Rispondere a Richieste di Chiarificazione" rappresentano aree di debolezza in più del 50% dei bambini *late*

talker a 24 mesi. Con l'avanzare dell'età si assiste a un incremento dei punti di debolezza che coinvolge tutte e due le subscale: il valore massimo si riscontra nella fascia 33-36 mesi in "Rispondere a Domande" (68,7%), anche in "Mantenere la Contingenza" quest'ultima fascia d'età risulta essere quella più penalizzata (56,2%) (**Tabella 4**).

Discussione

I risultati di questo studio sono in linea con quelli di Bonifacio et al. 2007 [6] e cioè che i bambini *late talker* con un vocabolario espressivo ≤ 50 parole e comprensione nella norma, presentano abilità assertive e responsive immature rispetto ai dati normativi della loro età. A differenza dello studio precedente, questo campione è molto più ampio, suddiviso in quattro classi di età, e il confronto delle performance di ciascun bambino è avvenuto con i dati normativi dello strumento ASCB. Si è potuto constatare che una larga percentuale di bambini, in un'età compresa tra i 24 e i 36 mesi, mostra un ritardo non solamente nel linguaggio espressivo ma anche nelle abilità socio-conversazionali assertive e responsive espresse con modalità verbale o non verbale. Le variabili demografiche non influiscono in modo statistica-

mente significativo sulle prestazioni dei bambini *late talker* come si riscontra anche nei bambini con sviluppo tipico [8]. Lo sviluppo delle abilità assertive risulta essere particolarmente cruciale per i bambini di 33-36 mesi, solamente il 20,4% del campione mostra abilità in linea con l'età, a differenza delle abilità responsive che sono adeguate nel 53% alle stesse età. L'abilità assertiva della subscale "Fare Domande" richiede l'uso dell'intonazione tipica della domanda o di parole specifiche. Relativamente a questa abilità, a 24 mesi il 63,2% dei bambini registra un punteggio medio inferiore a quello dei dati normativi e più l'età aumenta più ampio diventa il divario con i coetanei come a 33-36 mesi dove l'87,5% dei bambini non raggiunge abilità in linea con l'età. In "Fare Richieste" meno del 33% mostra debolezza in quest'area. "Fare Proposte" richiede l'abilità di richiamare l'attenzione dell'adulto per proporre un nuovo argomento di conversazione, un'attività o un gioco senza esserne sollecitato. Quest'area appare cruciale in tutte le età, in particolare in quella dei 33-36 mesi ove l'immaturità raggiunge il 68,7% del campione. Tale risultato ci porta a considerare che i bambini *late talker* sembrano più inibiti nella comunicazione quando devono prendere un'iniziativa ri-

TABELLA 2. Livello di sviluppo delle abilità assertive e responsive dei bambini *late talker* (valori %)

| Età in mesi | Scala assertività | Scala responsività |
|-------------|-------------------|--------------------|
| | Immaturato | Immaturato |
| 24 | 31,6 | 36,8 |
| 27 | 18,5 | 40,7 |
| 30 | 47,6 | 47,6 |
| 33-36 | 81,2 | 56,2 |

TABELLA 3. Subscale dell'assertività: punti di debolezza analizzati in funzione dell'età (valori %)

| Età in mesi | Fare Domande | Fare Richieste | Fare Proposte |
|-------------|--------------|----------------|---------------|
| 24 | 63,2 | 15,8 | 52,6 |
| 27 | 51,8 | 22,2 | 40,7 |
| 30 | 76,2 | 33,3 | 42,9 |
| 33-36 | 87,5 | 31,2 | 68,7 |

TABELLA 4. Subscale della responsività: punti di debolezza analizzati in funzione dell'età (valori %)

| Età in mesi | Rispondere a Domande | Rispondere a Richieste di Chiarificazione | Mantenere la Contingenza |
|-------------|----------------------|---|--------------------------|
| 24 | 52,6 | 52,6 | 47,4 |
| 27 | 44,4 | 40,7 | 37,0 |
| 30 | 57,1 | 47,6 | 47,6 |
| 33-36 | 68,7 | 56,2 | 56,2 |

spetto a quando devono formulare una richiesta per soddisfare un bisogno. Nella Responsività i bambini *late talker* non si differenziano statisticamente dai dati normativi dei loro coetanei. Un'ipotesi è che la responsività sia più facile rispetto all'assertività per questo gruppo di bambini, poiché nel primo caso sono sollecitati a rispondere mentre nel secondo caso devono prendere l'iniziativa.

Conclusioni

Questo studio evidenzia che i bambini *late talker*, che presentano un ritardo nell'acquisizione del vocabolario espressivo con linguaggio ricettivo nell'ambito della norma, mostrano anche un ritardo nello sviluppo delle abilità assertive rispetto ai bambini con sviluppo tipico di pari età. La combinazione del ritardo espressivo e di una immaturità anche nell'assertività contribuisce a delineare in questi bambini un profilo comunicativo "fragile" che meriterebbe una speciale at-

tenzione da parte dei clinici in quanto bambini candidati a un intervento logopedico precoce. Il bilancio di salute del 24° mese potrebbe rappresentare un'età importante per identificare un bambino con lento sviluppo del linguaggio e segnalarlo dunque a un servizio clinico per un'indagine non solo degli aspetti linguistici ma anche delle abilità pragmatiche con l'obiettivo di individuare modalità d'intervento specifiche per promuovere il linguaggio a un livello più avanzato e l'uso socio-interattivo di questo.

✉ serena.bonifacio@gmail.com

1. Rescorla L. The Language Development Survey: A Screening Tool for Delayed Language in Toddlers. *J Speech Hear Disord* 1989;54:587-99.
2. Zubrick SR, Taylor CL, Rice ML, Slegers DW. Late language emergence at 24 months: an epidemiological study of prevalence, predictors, and covariates. *J Speech Lang Hear Res* 2007;50: 1562-92.

3. Desmarais C, Sylvestre A, Meyer F, Bairati I, Rouleau N. Systematic review of the literature on characteristic of late-talking toddlers. *Int J Lang Commun Disord* 2008;43:361-89.
4. Henrichs J, Rescorla L, Schenk JJ, et al. Examining continuity of early expressive vocabulary development: the generation R study. *J Speech Lang Hear Res* 2011;54:854-69.
5. Gertner BL, Rice ML, Hadley PA. Influence of communicative competence on peer preferences in a preschool classroom. *J Speech Lang Hear Res* 1994;37:913-23.
6. Bonifacio S, Girolametto L, Bulligan M, et al. Assertive and responsive conversational skills of Italian speaking late talkers. *Int J Lang Commun Disord* 2007;42:607-23.
7. Bonifacio S, Hvastja Stefani L. L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio. Il modello INTERACT per il bambino parlatore tardivo. FrancoAngeli, 2010.
8. Bonifacio S, Girolametto L, Montico M. Le Abilità Socio-Conversazionali del Bambino. Questionario e dati normativi dai 12 ai 36 mesi d'età. FrancoAngeli, 2013.
9. Caselli MC, Pasqualetti P, Stefanini S. Parole e frasi nel primo vocabolario del bambino. Nuovi dati normativi fra 18 e 36 mesi e forma breve del questionario. FrancoAngeli, 2007.

A COLPO D'OCCHIO

Rubrica a cura di Enrico Valletta e Martina Fornaro

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì



Rigonfiamento del torace superiore e del collo in bambino con tosse e broncospasmo

Di cosa si tratta?

- Enfisema sottocutaneo
- Pneumotorace
- Orticaria
- Linfadenite
- Enfisema lobare

Soluzione del quesito a p. 178

Le comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al Congresso Tabiano XXVI



Pubblichiamo le ultime due comunicazioni orali selezionate al XXVI Congresso di Tabiano

Una diagnosi a portata di dita

Prisca Largo, Candida Tripodi, Maria Luisa Villani, Giovanna Pisi
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (AOUPR), Università degli Studi di Parma

Caso clinico

V. è una bimba di 2 anni di età, inviata alla nostra attenzione dal medico curante per iporeattività, tendenza a sopore e iperpiressia associati a tosse persistente da alcuni giorni. All'ingresso la bambina si presentava in condizioni scadenti, cute pallida, vigile con tendenza all'assopimento, tachi-dispnoica con marcati rientramenti sottocostali. Prelievo venoso: Sat O₂ 86%, FR 78 atti/min, PA 85/60 mmHg, FC 164 bpm. All'auscultazione toracica il murmure vescicolare era ridotto diffusamente in assenza di rumori patologici aggiunti. Si rilevava ippocratismo digitale. Restante obiettività nei limiti. L'emogasanalisi arteriosa mostrava ipossiemia con normocapnia. La radiografia del torace mostrava la presenza di sfumati addensamenti para-peri-ilari bilateralmente con verosimile addensamento parenchimale retrocardiaco sinistro. L'ECG mostrava tachicardia sinusale. Data la storia clinica e la presenza di ippocratismo digitale veniva eseguita ecocardiografia color-doppler con contrasto, che permetteva di escludere shunt intracardiaci e cardiopatie congenite. Durante la degenza venivano eseguiti ossigenoterapia con naso-cannula, terapia antibiotica, salbutamolo e corticosteroidi per via inalatoria. Il tampone faringeo per virus rilevava un'infezione da virus influenzale tipo B. Per il persistere di una riduzione della SatO₂, sono stati eseguiti:

- Test del sudore e ricerca genetica per la Fibrosi Cistica (FC), risultati nella norma;
- Tomografia computerizzata ad alta risoluzione (HRTC) che evidenziava torace con riscontro di pneumopatia in-

terstiziale, diffuse opacità alveolari a vetro smerigliato, più evidenti ai lobi superiori con micronoduli sfumati del diametro massimo di 4 mm al lobo inferiore destro;

- IgE totali e aspecifiche per *Aspergillus*, precipitine per alveoliti allergiche estrinseche, Quantiferon TB gold, anticorpi anti-HIV 1 e 2, p-ANCA, c-ANCA, C3, C4, risposta IgG anti-tossina tetanica, linfociti totali e CD4, tutti nella norma;
- Vit. D (25OH) 7 ng/ml (vn 3 ng/ml);
- Sottopopolazioni linfocitarie nella norma;
- Broncoscopia con lavaggio bronco-alveolare (BAL) che mostrava un quadro citologico di alveolite granulocitaria con macrofagi alveolari (69%), alcuni dei quali (10% circa) con citoplasmici schiumosi contenenti fini vescicole lipidiche, granulociti neutrofilici (25%).

In base alle caratteristiche anamnestico-cliniche e al quadro TC, l'ipotesi diagnostica è quella di pneumopatia interstiziale dell'infanzia (chILD), per cui V. è tuttora seguita presso la Fisiopatologia Respiratoria Infantile della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Discussione

La chILD (Childhood Interstitial Lung Disease) comprende un ampio ed eterogeneo gruppo di rare patologie, caratterizzate da infiltrati polmonari diffusi associati a disfunzioni respiratorie di tipo restrittivo con alterazione degli scambi gassosi. La diagnosi di chILD può essere considerata in bambini (sotto i 2 anni di età) che presentino almeno tre dei seguenti criteri:

- 1 Sintomi respiratori (tosse, tachipnea, difficoltà respiratoria, scarsa tolleranza all'esercizio fisico)
- 2 Segni respiratori (tachipnea, rumori aggiunti, rientramenti, ippocratismo digitale)
- 3 Ipossiemia
- 4 Anomalie radiologiche diffuse

Una corretta diagnosi di chILD deve escludere le cause più frequenti di malattia

polmonare diffusa (fibrosi cistica, immunodeficienza acquisita o congenita, cardiopatie congenite, displasia broncopolmonare, infezioni, discinesia ciliare primitiva, aspirazioni ricorrenti) [1].

Laddove i criteri diagnostici siano rispettati, saranno necessari ulteriori accertamenti per definire le caratteristiche della patologia in questione allo scopo di catalogarla in quella che può essere un'utile classificazione fornita dal chILD Research Network (Tabella 1). Tale classificazione ha l'obiettivo di ordinare su base eziologica e fisiopatologica una condizione clinica per alcuni aspetti univoca ma che può rappresentare in realtà un ampio spettro di alterazioni di base. In particolare distingue quelli che sono i disordini diffusi dello sviluppo polmonare (come la displasia acinare, la displasia alveolare congenita e displasia alveolo-capillare con difetto di allineamento delle vene polmonari) dai difetti del surfattante (SP-B deficiency, SP-C deficiency, ABCA3 deficiency) a manifestazione precoce e peggior prognosi, da condizioni specifiche a eziologia sconosciuta (iperplasia delle cellule neuroendocrine dell'infanzia o NEHI, glicogenosi polmonare interstiziale) che presentano dei reperti anatomico-patologici patognomonici all'esame bioptico.

L'approccio diagnostico richiede quindi una valutazione sistematica che prenda in considerazione indagini laboratoristiche e strumentali di vario livello. In particolare la radiografia del torace è la prima indagine che viene eseguita in caso di chILD; spesso alterata, raramente è diagnostica ma può identificare patologie che mimano una chILD. Il quadro HRTC tipico nelle chILD è la presenza di aree di air trapping associate a opacità "a vetro smerigliato" (Figura 1). La TC definisce la presenza, l'estensione e il pattern della patologia polmonare. Per le prove di funzionalità respiratoria, considerata l'età dei pazienti affetti da chILD, la metodica maggiormente utilizzabile per valutare i volumi spirometrici e pletismografici è RVRTC (raised-volume rapid toracic compression) utilizzata con paziente in sedazione. Il la-

TABELLA 1. Classificazione delle chILD

I) Le condizioni più frequenti nell'infanzia

A Disordini diffusi dello sviluppo

1. Displasia acinare
2. Displasia congenita alveolare
3. Displasia alveolo-capillare con disallineamento venoso polmonare

B Anomalie di crescita

1. Ipoplasia polmonare
2. Malattia polmonare cronica neonatale
 - a. Correlata alla prematurità (displasia broncopolmonare)
 - b. Acquisita nei neonati a termine
3. Anomalie strutturali polmonari con anomalie cromosomiche
 - a. Trisomia 21
 - b. Altre
4. Associata a cardiopatie congenite in neonati cromosomicamente normali

C Condizioni definite a eziologia indefinita

1. Glicogenosi interstiziale polmonare
2. Iperplasia delle cellule neuroendocrine dell'infanzia

D Mutazioni disfunzionali del surfattante e disordini correlati

1. Mutazioni genetiche SPFTB con pattern istologico PAP e variante dominante
2. Mutazioni genetiche SPFTC con pattern istologico CPI dominante; anche DIP, NSIP
3. Mutazioni genetiche ABCA3 con pattern variante PAP dominante; anche CPI, DIP, NSIP
4. Altre con istologia compatibile con disordini disfunzionali del surfattante senza un'anomalia genetica ancora riconosciuta

II) Disordini non specifici dell'infanzia

A Disordini dell'ospite immunocompetente

1. Processi infettivi e postinfettivi
2. Disordini legati ad agenti ambientali: polmonite da ipersensibilità, inalazione di tossici
3. Sindromi da aspirazione
4. Polmonite eosinofila

B Disordini legati a malattie sistemiche

1. Disordini immuno-correlati
2. Malattie da accumulo
3. Sarcoidosi
4. Istiocitosi a cellule di Langerhans
5. Infiltrati maligni

C Disordini dell'ospite immunocompromesso

1. Infezioni opportunistiche
2. Disordini legati a interventi terapeutici
3. Disordini legati a trapianto e a reazione di rigetto
4. Danno alveolare diffuso a eziologia sconosciuta

D Disordini che mimano una malattia interstiziale

1. Vasculopatia ipertensiva arteriosa
2. Vasculopatia congestizia, inclusa la malattia veno-occlusiva
3. Disordini linfatici
4. Alterazioni congestizie da disfunzione cardiaca

III) Non classificati: include la malattia terminale, le biopsie non diagnostiche e con materiale non idoneo

Definizioni e abbreviazioni

CPI: polmoniti croniche dell'infanzia; DIP: polmonite interstiziale a cellule desquamanti;

NSIP: polmonite interstiziale aspecifica; PAP: proteinosi alveolare polmonare.

Molte di queste entità si possono presentare come sindrome della malattia polmonare interstiziale del bambino.

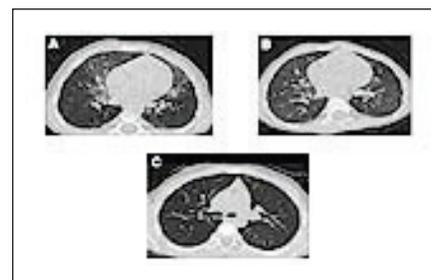


Figura 1. Quadro HRTC in un caso di chILD.

A. HRTC (tomografia computerizzata ad alta risoluzione) polmonare alla presentazione nel 2008 di un lattante di sei mesi con tachipnea e O₂ dipendenza. Si possono osservare opacità a vetro smerigliato specie nel lobo medio e nella lingua, tipiche della NEHI (iperplasia delle cellule neuroendocrine dell'infanzia).

B. Nonostante il miglioramento delle opacità a vetro smerigliato il bambino dopo essere stato in aria ambiente è tornato in O₂. Una biopsia, ripetuta per questo decorso atipico, ha evidenziato anche una classica NEHI.

C. HRCT del 2015, all'età di nove anni, con O₂ notturno a basso flusso. L'anomala opacità si è notevolmente ridotta.

vaggio bronco-alveolare (BAL) può indirizzare verso forme specifiche di chILD o non essere affatto diagnostico. La biopsia polmonare, infine, è indicata soprattutto nei casi di rapido deterioramento della funzionalità respiratoria o di patologia polmonare prolungata o irrisolta [2]. La NEHI è un disordine a origine sconosciuta che si manifesta tipicamente nel primo anno di vita con tachipnea cronica, rientramenti, ipossiemia, e rantoli all'auscultazione polmonare. Alcuni casi di forme familiari di NEHI suggeriscono che tale condizione potrebbe avere una base genetica, nonostante attualmente non sia stata ancora identificata alcuna mutazione specifica. La radiografia del torace mostra spesso iperinflazione e la HRTC air trapping in un pattern a mosaico che colpisce almeno 4 lobi. L'aspetto "a vetro smerigliato" è prevalente nel lobo medio a destra e nella lingua a sinistra. Nel caso della NEHI, la sensibilità e la specificità della HRTC sono rispettivamente dell'80% e del 100%, per cui tale esame potrebbe ovviare alla necessità di eseguire una biopsia polmonare [3]. La diagnosi biotipica è basata su un'istologia essenzialmente normale con un incremento delle cellule bombesina-positive in colorazioni specifiche. L'esito di questa rara pneumopatia interstiziale è generalmente favorevole con risoluzione spontanea nel tempo nella maggior parte dei pazienti, anche se sono possibili ricadute nel corso di infezioni respiratorie e alcuni casi possono mimare un asma bronchiale severo [4].

Conclusioni

Il caso clinico di V. è compatibile con una diagnosi di NEHI (iperplasia delle cellule neuroendocrine dell'infanzia), forma a eziologia sconosciuta ad evoluzione benigna in accordo al miglioramento clinico e radiologico che la bambina ha presentato con il passare del tempo. Le patologie dell'interstizio polmonare che esordiscono nella prima infanzia sono condizioni rare ma potenzialmente fatali. È quindi importante sospettare queste patologie in presenza di segni respiratori persistenti come tachipnea, ippocratismo digitale o necessità di ossigenoterapia non altrimenti spiegabili in un bambino dei primi 2 anni di età.

✉ priscalar@live.it

1. Spagnolo P, Bush A. Interstitial Lung Disease in Children Younger Than 2 Years. *Pediatrics* 2016 Jun;137(6). pii: e20152725. doi: 10.1542/peds.2015-2725.

2. Caimmi S, Licari A, Caimmi D, et al. Neuroendocrine cell hyperplasia of infancy: an unusual cause of hypoxemia in children. *Ital J Pediatr* 2016 Sep 15;42(1):84. doi: 10.1186/s13052-016-0295-y.

3. Lee J, Sanchez TR, Zhang Y, Jhavar S. The role of high-resolution chest CT in the diagnosis of neuroendocrine cell hyperplasia of infancy - A rare form of pediatric interstitial lung disease. *Respir Med Case Rep* 2015 Sep 6;16:101-3. doi: 10.1016/j.rmcr.2015.09.001. eCollection 2015.

4. Kurland G, Deterding RR, Hagood JS, et al.; on behalf of the American Thoracic Society Committee on Childhood Interstitial Lung Disease (chILD) and the chILD Research Network. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: Classification, Evaluation, and Management of Childhood Interstitial Lung Disease in Infancy. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188:376-94.

Lipschütz: tra mononucleosi e sospetto di abuso

Tetyana Bodnar¹, Monia Gennari¹, Liliana Gabrielli², Cinzia Campagna¹, Martina Lambertini³, Iria Neri³

¹ *UO di Pediatria d'Urgenza, PS Pediatrico, OBI, Università degli Studi di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi*

² *UO di Microbiologia, Università degli Studi di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi*

³ *UO di Dermatologia, Università degli Studi di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi*

Ulcus vulvae acutum è un'entità clinica ben distinta, descritta per la prima volta nel 1913 dal dermatologo austriaco Lipschütz. È caratterizzata dalla comparsa improvvisa nelle bambine o adolescenti sessualmente inattive di ulcere genitali, che si as-

sociano a febbre o altri sintomi sistemici. Questa rara e spesso misconosciuta condizione può presentarsi all'attenzione dei dermatologi, ginecologi, pediatri o medici del Pronto Soccorso. È importante tenerla presente in diagnosi differenziale con sospetto di abuso per evitare accertamenti e trattamenti inutili e rassicurare le famiglie. Nonostante la diagnosi sia spesso difficile, dalla letteratura disponibile sull'argomento sembra emergere che una delle cause più frequenti di ulcere di Lipschütz sia rappresentata dall'infezione primaria da Virus di Epstein-Barr (EBV), come avviene nel caso clinico che presentiamo di seguito.

Caso clinico

Vediamo presso il nostro Pronto Soccorso Pediatrico una bambina di 12 anni, in precedenza in buona salute, per riferito intenso dolore vulvare, associato a febbre, faringodinia e malessere generale. Il dolore è insorto come sensazione di bruciore nell'area genitale 3 giorni prima e il giorno successivo è comparsa iperpiressia (TC max 39 °C), faringodinia e stranguria. Il pediatra di famiglia che ha visitato la bambina il giorno della comparsa della febbre ha rilevato in tale occasione una lesione ulcerativa a livello delle grandi labbra con intenso eritema circostante. Nel sospetto di vulvovaginite/bartolinite acuta è stata prescritta dal curante terapia antibiotica e analgesica per os e trattamento topico a scopo antimicrobico e antinfiammatorio. Nonostante la terapia, la bambina è rimasta febbrile per i successivi 2 giorni con ulteriore accentuazione del dolore e difficoltà alla minzione, probabilmente dovuta all'intensa vulvodinia. È stata, quindi, rivalutata dal curante che, notando una nuova ulcera genitale altrettanto dolorosa, ha indirizzato la bambina alla nostra valutazione. All'anamnesi patologica remota non vengono riferite patologie di rilievo o allergie ai farmaci. Non c'è storia di aftosi orale ricorrente, pregresse ulcere genitali o trauma. La bambina non è ancora mestruada e nega atti di abuso o manipolazioni. All'anamnesi familiare è opportuno segnalare storia di artrite reumatoide nella nonna materna. All'esame obiettivo la bambina si presenta apiretica, in buone condizioni generali e con parametri vitali nella norma. Manifesta visibilmente dolore e riferisce deambulazione difficoltosa a causa del dolore vulvare, scarsamente controllato dagli analgesici finora assunti. L'obiettività cardiorespiratoria e addominale sono nella norma. È presente una faringite non essudativa con associate subcentimetriche linfadenomegalie laterocervicali. All'esame dei genitali esterni si rileva una lesione ul-



Figura 1. Lesione ulcerativa in fase crostosa.



Figura 2. Lesione ulcerativa vulvare delle piccole labbra.

cerativa di circa 1 cm di diametro sul lato interno del margine inferiore destro delle grandi labbra (Figura 1) e una lesione simile, ben demarcata di circa 0,5 cm di diametro, sul versante interno di sinistra delle piccole labbra (Figura 2), entrambe molto dolenti al tatto. Nel sospetto di herpes genitale emerso dalla valutazione ginecologica il nostro consulente dermatologo ha eseguito test di Tzanck, che ha escluso un'infezione erpetica. Abbiamo inoltre eseguito tamponi vaginali, perilesionali, e dall'ulcera per batteri, miceti e virus. In virtù delle sue buone condizioni generali la bambina è stata dimessa con l'indicazione di proseguire terapia antibiotica e analgesica per os e di applicare localmente crema riepitelizzante. Abbiamo inoltre programmato esami ematici, ecografia addominale e visita di controllo presso il nostro ambulatorio con i seguenti risultati: GB 3600/μl (N 55,3%), Hb 12,8 g/dl, indici di flogosi e transaminasi nella norma, sierologia per HSV 1-2, adenovirus ed EBV negativa in 4^a giornata. L'ecografia addominale non ha mostrato rilievi patologici.

La coltura dei tamponi vaginali è risultata negativa per batteri e miceti. Alla visita di controllo la bambina era apiretica, il dolore vulvare risultava notevolmente migliorato e, all'esame dei genitali esterni, la lesione ulcerativa di sinistra era pressoché scomparsa, mentre quella di destra ricoperta da crosta risultava in via di risoluzione. Sorprendentemente, la PCR eseguita sui tamponi lesionali prelevati il giorno dell'accesso in PS e su sangue in un secondo momento è risultata positiva per EBV con anche successiva sierconversione in 19ª giornata. Abbiamo, quindi, concluso per ulcera di Lipschütz in corso di infezione primaria da EBV.

Discussione

La diagnosi differenziale delle ulcere genitali nelle bambine e giovani donne è ampia e comprende malattie infettive, sessualmente trasmesse e non, patologie sistemiche, neoplasie e reazioni ai farmaci (Tabella 1). Dai tempi della loro prima descrizione fatta da Lipschütz, per le ulcere genitali non sessualmente trasmesse sono state riconosciute diverse eziologie infettive: EBV, CMV, *Salmonella*, influenza A, *Toxoplasma gondii*, *Mycoplasma*, Parvovirus B19, Streptococco A, morbillo. In particolare, EBV viene segnalato in letteratura come una delle cause principali delle ulcere di Lipschütz, con un tasso di associazione di circa 30% [1]. Nelle casistiche riportate le ulcere EBV-associate sono più frequenti nelle femmine con una mediana di età di 14,5 anni [2]. Questo dato correla nei Paesi industrializzati con il gruppo di età maggiormente a rischio di contrarre mononucleosi infettiva, dove più del 50% degli adolescenti sfuggono all'infezione durante la prima infanzia.

Si suppone attualmente che l'EBV possa raggiungere la mucosa genitale durante l'infezione acuta tramite infiltrazione linfocitaria, per via ematogena, attraverso le urine, fluido cervicovaginale o come autoinoculo con la saliva. Una volta raggiunta la mucosa dell'area genitale, l'EBV può causare ulcerazioni con uno dei seguenti meccanismi: risposta citotossica immunomediata al virus, deposizione di immunocomplessi (ipersensibilità di tipo III) o citolisi diretta indotta dalla replicazione del virus nei cheratinociti vulvari [3].

Le ulcere di Lipschütz si presentano come lesioni singole o multiple, con bordi rilevati e ben demarcati. Spesso sono ricoperte

TABELLA 1. Diagnosi differenziale delle ulcere genitali acute nell'adolescente

| | |
|--------------------------------------|--|
| Infezione sessualmente trasmessa | - Herpes simplex - Sifilide - Linfogramuloma venereo - Cancroide - HIV |
| Infezione non sessualmente trasmessa | - Herpes simplex - EBV - Citomegalovirus - Influenza A - Paratifo |
| Malattie sistemiche | - Crohn - Neutropenia ciclica - PFAPA - MAGIC (mouth and genital ulcers with inflamed cartilage) - Deficit di Fe, folati, B12 - Behçet - Pemfigo e pemfigoide - Aftosi semplice e complessa |
| Ormono-correlata | - Dermatite autoimmune progestinica - Ipersensibilità agli estrogeni |
| Reazione a farmaci FANS | - Dermatite da contatto o irritativa |
| Neoplasie | - Linfoma/leucosi |
| Trauma | - Corpo estraneo - Trauma sessuale - Lesione da caustici |

dall'essudato di fibrina o da un'escara con marcato eritema ed edema perilesionale. Le dimensioni variano superando a volte 1 cm. Il dolore è sempre presente ed è intenso. Si associano spesso malessere, febbre, astenia, mialgia, cefalea, faringite, tonsillite e linfadenomegalia. Tipicamente interessano il versante mediale delle piccole labbra, ma possono trovarsi anche a livello delle grandi labbra, perineo e nella vagina. Quando multiple possono essere mono o bilaterali e sono comuni anche le lesioni "kissing" bilaterali.

Tutti i bambini con ulcere genitali acute richiedono una valutazione globale finalizzata in primis all'esclusione delle condizioni di abuso. Le infezioni sessualmente trasmesse devono essere sempre prese in considerazione indipendentemente dall'età: HSV, sifilide primaria (però, le ulcere sifilitiche sono spesso non dolenti), HIV. L'esame obiettivo deve essere focalizzato all'esclusione di altre patologie sistemiche, con particolare attenzione ai sintomi oculari, neurologici, gastrointestinali e genitourinari, ricerca di lesioni orali o cutanee. È utile uno screening laboratoristico di base con principali sierologie, colture batteriche e virali o PCR sulle lesioni. Come dimostra il nostro caso e alcu-

ni reports clinici [4], la sierologia per EBV può risultare negativa all'esordio delle ulcere. Quindi, noi raccomandiamo un secondo test sierologico di controllo nei casi dubbi e/o la ricerca del genoma virale con PCR sulle lesioni o su sangue per una diagnosi precoce.

Il trattamento è sintomatico e si basa sulle applicazioni di anestetici locali (lidocaina), soprattutto prima della minzione, e analgesici sistemici per il controllo del dolore. Le ulcere di Lipschütz sono una condizione autolimitante con risoluzione spontanea senza reliquati in 2-6 settimane.

✉ felicita2001@ukr.net

1. Török L, Domján K, Faragó E. Ulcus vulvae acutum. *Cutis* 2000;65:387-9.
2. Halvorsen JA, Brevig T, Aas T et al. Genital ulcers as initial manifestation of Epstein-Barr virus infection: two new cases and a review of the literature. *Acta Derm Venereol* 2006;86:439-442.
3. Hall LD, Eminger LA, Hesterman KS, et al. Epstein-Barr virus: Dermatologic associations and implications. *J Am Acad Dermatol* 2015;72(1):1-19.
4. Lorenzo CV, Robertson WS. Genital ulceration as presenting symptom of infectious mononucleosis. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18:67-68.

Rubrica a cura di Angelo Spataro



Disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento

Intervista di Massimo Soldateschi* ad Antonio Narzisi**

*Pediatria di famiglia, Pisa, ACP Toscana; **Psicologo, IRCCS Fondazione Stella Maris, Pisa (Calambrone), Italia

Che cos'è il disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento?

I disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder, ASD) sono caratterizzati da due criteri: *deficit socio-comunicativo e presenza di interessi ristretti*. Secondo le stime del CDC (Center for Disease Control and Prevention, 2014) l'incidenza dell'ASD è di circa 1 bambino su 68. Una delle espressioni fenotipiche dell'ASD più complessa da riconoscere è quella cosiddetta ad "alto funzionamento". Si tratta di una forma di autismo caratterizzata da *linguaggio fluente (ma difettuale sul piano pragmatico) e sviluppo cognitivo nella norma*. Attualmente non esiste un test medico "oggettivo" e riconosciuto ufficialmente per il disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento (High Functioning Autism Spectrum Disorder, HFASD). Sulla base del DSM-V tale diagnosi potrebbe essere ricondotta a una diagnosi di ASD con un livello di gravità di tipo 1 (sulla base del DSM-IV-TR può essere incluso in questa categoria diagnostica anche il disturbo di Asperger). La diagnosi si basa, in altri termini, sul comportamento osservato e sul supporto di alcuni test di screening. Alcuni bambini con HFASD spesso possono essere mis-diagnosticati con effetti potenzialmente devastanti sul piano adattivo. A volte le preoccupazioni dei genitori relativamente al comportamento dei loro bambini non vengono tenute nella giusta considerazione ritardando il processo diagnostico. Queste difficoltà possono verificarsi dal momento che i bambini con HFASD di solito sono in grado di funzionare molto bene in molti aspetti della loro vita, mostrando solo pochi comportamenti peculiari o "differenti" dalla norma.

Cosa guardare nello sviluppo del bambino a rischio di disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento?

Esistono degli indici di possibile rischio evolutivo che riguardano il bambino con *linguaggio fluente e quoziente intellettivo nella norma*. Si tratta di indici che indagano più aree di funzionamento, il cui eventuale interessamento potrebbe essere un

criterio maggiore per porre il sospetto di rischio di HFASD. Le aree che riguardano il linguaggio e l'interazione sociale sono solo parzialmente e occasionalmente interessate a differenza di quanto accade in altre forme più gravi di autismo.

Un bambino a "rischio evolutivo" è un bambino con un linguaggio che apparentemente sembra normale ma che, a una attenta osservazione, non appare abbastanza variabile in quanto caratterizzato da piccole variazioni del tono e con un volume lievemente insolito.

L'uso delle parole e delle frasi tende a essere a volte ripetitivo, con frasi occasionalmente stereotipate, e solo raramente vengono offerte delle informazioni spontanee su pensieri, sentimenti ed esperienze. L'uso del contatto oculare con l'interlocutore è scarsamente modulato, con una espressione facciale che non sempre comunica stati affettivi e cognitivi.

Il bambino a "rischio" risponde in modo limitato e non molto appropriato alle emozioni altrui. Comprende solo un ristretto numero di relazioni sociali e spesso solo un tipo di relazione che è legata a interessi personali e con pochi tentativi di ottenere, mantenere o dirigere l'attenzione dell'interlocutore. Mostra occasionalmente di avere interessi insoliti o altamente specifici e in alcune situazioni le risposte sociali sono imbarazzanti e inappropriate. Presenta a volte manierismi delle mani e delle dita insoliti e ripetitivi.

Qual è il ruolo del genitore, del pediatra e dell'insegnante?

Il ruolo del genitore è fondamentale per aiutare a diagnosticare il bambino con HFASD. Dinanzi alla presenza di certi comportamenti atipici è necessario che il genitore consulti il pediatra il quale, in caso di conferma che le preoccupazioni dei genitori circa lo sviluppo del figlio siano fondate, invierà il bambino da uno specialista che ne valuterà le caratteristiche funzionali.

È necessario a questo punto ricordare alcuni aspetti generali da tenere a mente nell'identificazione dei bambini a rischio di autismo. Non è la presenza di "un" com-

portamento anomalo o l'assenza di "una" competenza attesa a dover far decidere per una situazione di rischio. È piuttosto la loro frequenza e pervasività che vanno considerate. In particolare è la presenza dei comportamenti intersoggettivi in una varietà di contesti a essere indice di un buono sviluppo del bambino. Il contributo degli insegnanti può rivelarsi quindi assai prezioso.

La scuola è infatti un luogo in cui i bambini trascorrono un significativo numero di ore della giornata e rappresenta un privilegiato spazio di osservazione del comportamento. L'insegnante può rilevare peculiarità nella comunicazione e nell'interazione sociale del bambino sia quando egli si trova a essere interlocutore di persone adulte ma soprattutto nell'interazione tra pari.

L'insegnante può constatare inoltre l'eccessivo interesse del bambino per certi argomenti che possono apparire oltremodo circoscritti. A testimoniare l'importanza strategica dell'insegnante nell'individuazione dei soggetti con disturbo dello spettro autistico nell'ambiente scolastico è stato il lavoro di Hepburn e colleghi (2008). Nel loro studio pilota venne messa a punto la cosiddetta strategia della *Teacher Nomination*, una lista di caratteristiche presentate dal bambino che possono essere associate con il disturbo dello spettro autistico (Tabella 1).

TABELLA 1. Caratteristiche del bambino associate al disturbo autistico

| |
|--|
| Comportamenti da osservare |
| Socialmente impacciato |
| Non sembra comprendere i sentimenti altrui |
| Parla molto dei propri interessi ma non è molto abile a conversare |
| Non usa il canale verbale semplicemente per essere amichevole |
| Non è molto flessibile e tende a insistere su certe regole e routine |
| È fortemente interessato a pochi argomenti o attività |

“Ora che so di essere autistica sono cambiate tante cose”

di Anna Chiodoni

Ripensando alla mia infanzia e adolescenza, talvolta mi chiedo che differenza avrebbe fatto avere avuto una diagnosi di autismo quando ero più giovane invece che a 19 anni.

Onestamente non so se sarebbe stata una buona o una cattiva cosa, ma certamente la mia vita sarebbe stata molto diversa. Sin da bambina ho imparato da sola a sviluppare diversi metodi per aiutarmi nelle varie difficoltà della vita di tutti i giorni, difficoltà che i miei compagni non sembravano avere.

Questo mi lasciava sempre piuttosto perplessa, perché non ho mai avuto nemmeno l'opzione di poter pensare che ci fosse una spiegazione per le mie differenze, e dunque invece ho iniziato a pensare che le mie esperienze di bambina autistica fossero comuni a tutti, e che gli altri facessero solo un lavoro migliore del mio, quello di sopportare tutto.

Ho mantenuto questa mentalità dalle elementari sino a quando avevo 17 anni. È stato un periodo tutt'altro che semplice, perché le richieste sociali, emotive, e anche sensoriali con l'età non fanno altro che complicarsi. Un'immagine che posso utilizzare per spiegare un po' come mi sentivo era che tutti avessero un manuale in cui erano scritte tutte le regole per un'efficace comunicazione con gli altri, e io ero l'unica a non avere una copia. L'unica soluzione era tentare volta per volta per vedere cosa funzionava e cosa no, spesso imitando i comportamenti altrui per cercare di mimetizzarmi meglio. L'altra soluzione era quella di isolarmi il più possibile, facendo la timida, dato che quella almeno era una forma di inettitudine sociale relativamente più accettata dai miei compagni.

Ovviamente questa situazione porta a uno stato di estrema solitudine. L'unico modo che avevo per fare amici, una volta che ho smesso di tentare nel metodo più tradizionale, che era faticoso e finiva per fare più male che altro, era di aspettare che in qualche modo scendessero dal cielo cadendomi in grembo, il che significa che posso contare tutti gli amici che ho avuto sulle dita di due mani. Non mi dispiace però, e sono assolutamente convinta di aver fatto la scelta migliore per me, rinunciando ai miei goffi tentativi di socializzazione. Questo non faceva che sottolineare la mia situazione, che giorno per giorno sembrava più aliena rispetto a quella che i miei compagni sembravano vivere. Ancora non avevo nessuna idea del perché io non riuscissi a socializzare, perché non riuscissi a

sopportare le lunghe giornate scolastiche passate in contatto con i miei compagni, e tutte le difficoltà che stavo vivendo. Ero in uno stato di isolamento estremo, non sapevo come venirne a capo, e qui viene a salvarmi la tecnologia, specialmente il computer e ancora più precisamente Internet. Che ancora di salvezza è stata! Molte persone si lamentano del fatto che noi giovani siamo sempre attaccati al computer e ai nostri cellulari e che dovremmo invece guardarci attorno e parlare alle persone accanto a noi, eccetera. Certamente questa posizione ha qualche merito in certi casi, ma per persone come me, che non possono o preferiscono per qualunque motivo non socializzare con persone vicine a noi, e che hanno bisogno di un posto dove rifugiarsi per ricaricarsi e affrontare meglio gli impegni della giornata, che strumento migliore di Internet ci può essere?

Hai un interesse particolare che le persone vicino a te non condividono perché è insolito per la tua età, o magari perché riguarda qualcosa di poco conosciuto? Se lo cerchi su Internet ti escono almeno quattro o cinque forum pieni di persone che ne sono entusiasti tanto quanto te. E questo aiuta. Se non trovi tra le tue conoscenze qualcuno che ti capisce, online qualcuno che condivide le tue esperienze in qualche modo e i tuoi interessi, lo trovi. Così è stato anche per me: ho due amici, uno inglese e uno canadese, che altrimenti non avrei mai conosciuto. A quel punto avevo 16/17 anni, ed ero arrivata a un punto di rottura. Ero oberata dalla fatica di tenere in piedi una facciata di normalità (o meglio, la facciata del non essere autistica, nascondendo le caratteristiche che mi facevano distinguere come “diversa”), ero costantemente in uno stato d'ansia, e non avevo idea di come potessi andare avanti. Nessuno che conoscessi qui capiva quello che stavo affrontando, ma gli amici che ho menzionato sopra sì. E per la prima volta, finalmente, avevo capito che in effetti la mia esperienza era qualitativamente diversa da quella altrui. Un primo sospiro di sollievo l'ho avuto dopo 17 anni di vita; probabilmente i miei problemi e la mia inettitudine sociale non erano colpa mia; mi viene offerta infatti quella che sembrava solo una parola: Autismo. Oh! Non credo che nessuno che non sia stato in quella situazione possa davvero capire il senso di sollievo che ho sentito in quel momento. Senso di colpa e inadeguatezza? Via! Dubbio di stare fingendo? Al minimo storico! Ero rinata! Per questo sono curiosa di cosa sarebbe successo se avessi avuto quel nome prima.

E ora che so di essere autistica sono cambiate così tante cose. Ho imparato a recu-

perare metodi che avevo sviluppato da bambina, e che poi avevo rimosso perché nessun altro ne aveva bisogno. Mi sto ricordando il mio linguaggio del corpo, che è diverso dalle altre persone. So di che cosa ho bisogno, e onestamente, nella difficoltà che è vivere in una società che assolutamente non è stata creata tenendo in mente le persone autistiche, ora trovo che fare molte cose (come prendere un treno, pendolare a Milano per andare in università, eccetera) è molto più semplice, persino fattibile.

Inoltre, e questo è un punto che ho molto a cuore, l'essere autistica mi ha portato molte esperienze positive. Un esempio è la mia sensorialità. Certo, devo portarmi in giro occhiali da sole molto scuri, perché la luce solare è persino dolorosa per me, ma d'altro canto ho una App sul mio tablet che è un gioco di luci colorate interattive, e ci posso passare ore, tanto mi fa gli occhi felici. Sono estremamente difensiva dal punto di vista dell'udito, ma posso ascoltare un'unica canzone per settimane, se trovo quella perfetta. E il tatto? Oh, il tatto! Nessun altro che non sia autistico può apprezzare quanto me quanto certe consistenze siano piacevoli, o soffici, semplicemente perfette. Un altro esempio è la mia coperta pesante, una trapunta con dei piccoli pesi cuciti nei riquadri. Molto semplice, ma è anche una delle cose che preferisco. La sensazione di pesantezza aiuta enormemente con lo stress e la stanchezza, ed è anche una delle sensazioni più appaganti che possa provare. Ci sono molti altri aspetti, come gli interessi speciali o il mio particolare modo di pensare per immagini. Ci sono molti aspetti positivi nell'essere autistici che andrebbero incoraggiati e valorizzati, ma ovviamente per fare ciò bisognerebbe che ci sia prima un modo di riconoscere queste esperienze così particolari. La mia esperienza di autistica è certamente differente e più difficile da riconoscere all'esterno di quella più comunemente condivisa del bambino piccolo con una passione per i treni, ma è proprio per questo che trovo necessario, anzi essenziale, che ci sia una varietà nella rappresentazione delle persone autistiche. Possiamo avere interessi, voci, aspetti completamente diversi l'uno dall'altro, ed è importante riconoscere questo, così che sia più semplice per noi trovare questa parola così essenziale per capirci. Avere la conoscenza di essere autistica non mi ha cambiato la vita, mi ha aiutato a vivere in maniera più vera con me stessa, e spero che questa opportunità man mano sia aperta a tutti.

Spero che questo scritto possa aiutare qualcuno a comprendersi meglio o a conoscersi.

Nuove indicazioni allergologiche per l'alimentazione complementare



Carlo Caffarelli*, Dora Di Mauro*, Carla Mastroilli*,
Francesca Cipriani**, Giampaolo Ricci***

*Clinica Pediatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma; **UOC di Pediatria, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche – AOU Policlinico S. Orsola-Malpighi, Università di Bologna; ***UO di Allergologia e Immunologia Pediatrica, UOC di Pediatria, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche – AOU Policlinico S. Orsola-Malpighi, Università di Bologna

La prevalenza dell'allergia alimentare (AA) in età pediatrica è in costante aumento, soprattutto nei Paesi sviluppati, dove raggiunge il 3-6%, con gravi conseguenze per la qualità di vita dei pazienti e un peso rilevante sulla salute pubblica. Tuttavia i meccanismi di tolleranza alimentare rimangono in gran parte sconosciuti e le complesse interazioni tra sistema immunitario e fattori ambientali rendono difficili eventuali interventi preventivi. Negli ultimi decenni sono state proposte diverse strategie di divezzamento per prevenire l'AA passando da un'introduzione ritardata a un divezzamento precoce. In generale, tutti gli alimenti, compresi gli alimenti allergenici, dovrebbero essere introdotti a 4-6 mesi e comunque entro l'anno di vita sia nella popolazione generale che nei soggetti a rischio di allergia. Nei Paesi con alto consumo di arachidi è raccomandata l'introduzione delle arachidi entro i 4-6 mesi in caso di eczema grave e/o allergia all'uovo o 6 mesi in caso di eczema lieve-moderato, secondo le abitudini familiari.

The prevalence of food allergy (FA) in children has been steadily increased, especially in developed countries, where it reaches 3-6%, with serious implications for patients' quality of life and significant burden on public health. However, food tolerance mechanisms remain largely unknown and the complex interactions between the immune system and environmental factors dare any preventive measures against allergic diseases. In the last decades, various strategies of complementary feeding have been proposed to prevent FA and international guidelines changed their schemes from a delayed introduction to an early weaning. Generally, all foods, including allergenic foods, should be introduced at 4-6 months of age and within the first year of life both in infants at risk for allergy and not at risk. In countries with high peanut consumption it is recommended to introduce peanut within 4-6 months in case of severe eczema and/or egg allergy, within 6 months in case of mild-moderate eczema, according to family habits.

Introduzione

Negli ultimi anni, la prevalenza dell'allergia alimentare (AA) in età pediatrica è in costante e significativo aumento, soprattutto nei Paesi sviluppati, dove raggiunge il 3-6%, con gravi implicazioni sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie e un peso rilevante sulla salute pubblica [1]. I meccanismi immunitari della tolleranza agli antigeni alimentari rimangono in gran parte sconosciuti e le complesse interazioni tra il sistema immunitario e i fattori ambientali (predisposizione genetica e microbioma) rendono difficili eventuali interventi preventivi nei confronti delle malattie allergiche. Negli ultimi decenni sono state proposte diverse strategie di introduzione dell'alimentazione complementare per la prevenzione delle AA e si è assistito a un cambio di rotta delle linee guida internazionali dal divezzamento ritardato all'introduzione precoce.

Divezzamento ritardato

In passato, numerosi studi si sono focalizzati sull'evitamento degli allergeni alimentari, ipotizzando che questo potesse prevenire lo sviluppo di AA e ridurre la severità dell'eczema [2]. Tali studi hanno individuato l'immatunità del sistema immunitario intestinale come fattore principale di una mancata acquisizione di tolleranza, influenzando le linee guida internazionali del divezzamento per prevenire le patologie allergiche [3-6] (Tabella 1). L'American Academy of Pediatrics nel 2000 suggeriva che nei bambini ad alto rischio di allergia gli alimenti solidi non dovevano essere introdotti prima dei 6 mesi di età; inoltre veniva consigliato di ritardare l'introduzione dei cibi più allergizzanti: latte vaccino dopo i 12 mesi; uova dopo i 2 anni; arachidi, noci e pesce dopo i 3 anni [3]. Tali consigli sono stati confermati nel 2006 dall'American College of Allergy,

Asthma and Immunology (ACAAI), estendendo il ritardo di introduzione degli alimenti allergizzanti anche nei neonati a basso rischio di allergia [7]. Analogamente, nel 2004 le linee guida europee proponevano, per la prevenzione dell'allergia, l'evitamento dei cibi solidi preferibilmente fino ai 4-6 mesi di età e l'utilizzo di formule di latte ipoallergeniche nei neonati ad alto rischio di AA ed eczema [4]. Inoltre, la Società di Immunologia Clinica e Allergologia Australasiatica (ASCIA) indicava nel 2005 di ritardare l'introduzione di alimenti complementari (compreso il latte di formula) dopo i 4-6 mesi di vita, sebbene un effetto preventivo per lo sviluppo di allergia fosse stato dimostrato solo in neonati con familiarità atopica o nati pretermine [5]. Veniva altresì ritardata nei bambini ad alto rischio l'introduzione di arachidi, frutta secca e crostacei dopo i 2-4 anni di vita [5].

Introduzione precoce

Negli anni successivi, considerata l'inefficienza di questo approccio, ha cominciato a farsi strada l'ipotesi che gli allergeni alimentari possano indurre sensibilizzazione allergica (SA) per via percutanea [8,9]. Infatti, alcuni dati epidemiologici hanno rilevato un aumento significativo nella prevalenza di sensibilizzazione per le arachidi nei Paesi con elevata esposizione ambientale a tale alimento [10,11]. Questo concetto è supportato da una serie di studi murini e umani che dimostrano come l'esposizione cutanea, soprattutto in presenza di difetti di barriera (deficit di filaggrina e dermatite atopica), possa causare SA [12-14]. È stata quindi proposta la teoria della "doppia esposizione allergenica", secondo cui la SA può avvenire attraverso una esposizione cutanea a basse dosi allergeniche, mentre il consumo precoce di tali allergeni in una finestra temporale tra 4 e 6 mesi può indurre tolleranza orale [15]. Per chiarire questa possibile relazione, suggerita da numerosi studi osservazionali, negli ultimi 3 anni importanti studi di intervento hanno valutato se una precoce

introduzione degli alimenti possa prevenire l'AA.

Lo studio Learning Early About Peanut Allergy (LEAP) ha valutato l'efficacia di introduzione precoce *versus* evitamento delle arachidi in 640 bambini ad alto rischio di AA, tra 4 e 11 mesi di vita, con eczema moderato-severo e/o allergia all'uovo [16]. Tra i bambini che erano stati randomizzati all'assunzione di arachidi il 3% era risultato allergico alle arachidi a 5 anni di età (challenge in doppio cieco positivo) rispetto al 17% del gruppo che aveva evitato tale alimento. Gli Autori hanno utilizzato il termine "precoce", nonostante l'età mediana dei partecipanti fosse 7,8 mesi con un range di 4-11 mesi [16]. Questo termine è stato usato in contrasto con l'introduzione ritardata (dopo i due anni di età) come suggerito nelle precedenti linee guida americane [17], ma non in quelle europee [4,5]. Tuttavia, l'effetto preventivo osservato consente di assumere che la finestra di tempo per ottenere la tolleranza immunitaria non è limitata al periodo da 4 a 6 mesi di vita ma possa estendersi fino agli 11 mesi, rendendo plausibile che il sistema immunitario sia in continua maturazione.

È stato indagato se questi potessero essere estesi anche ad altri alimenti, a un'età più precoce e nella popolazione generale. Il trial Enquiring About Tolerance (EAT) [18] ha valutato se l'introduzione di sei comuni allergeni alimentari (arachidi, latte, uovo, grano, pesce, sesamo) prevenisse l'AA in 1303 bambini di 3 mesi di età allattati al seno. Secondo l'analisi statistica intention-to-treat (ITT), il 5,6% del gruppo con introduzione precoce tra 3 e 6 mesi di vita (EIG) avevano sviluppato AA ad almeno uno dei sei alimenti all'età di 3 anni *versus* il 7,1% nel gruppo con introduzione standard, dopo i 6 mesi (SIG). Tale differenza non era tuttavia significativa ($p=0,32$). In base all'analisi aggiustata per l'aderenza (analisi per-protocol, PP), nel gruppo di introduzione precoce si evidenziava una riduzione significativa dell'AA (2,4% *vs* 6,4%, $p=0,03$), suggerendo che l'introduzione di sufficienti quantità di tali alimenti nella finestra temporale dei 3-6 mesi possa prevenire l'AA. Comunque, il drop-out di oltre la metà dei soggetti (57,2%) rappresenta una fonte di bias nell'analisi PP, tanto da rendere impossibile stabilirne l'evidenza di efficacia [19]. Fattori associati con l'alto

abbandono erano: razza non bianca, poca attenzione dei genitori ai sintomi del bambino, riduzione della qualità della vita materna e presenza di eczema all'arruolamento. Tuttavia, analizzando il tasso di aderenza al protocollo per ciascun alimento, quello dell'uovo era il più basso (43,1%), suggerendo che, probabilmente, l'assunzione di uovo cotto fosse il motivo principale del drop-out.

Inoltre nel gruppo EIG veniva riportato dai genitori un aumento significativo dei sintomi IgE-mediati e non IgE-mediati a 4-6 mesi di vita ($p < 0,001$). In particolare è da notare la comparsa di enterocolite allergica (FPIES) in sette pazienti, di cui sei con uovo cotto, *versus* tre casi nel gruppo SIG, di cui nessuno con uovo [18]. L'incidenza della FPIES nel gruppo EIG era pari a 1,4% (7/486), percentuale superiore a quella attesa, soprattutto considerando che l'eziologia della FPIES nel primo anno di età è dovuta principalmente al latte (0,34%) [20,21] e non all'uovo [22]. Tali dati sembrano suggerire che l'introduzione precoce di uovo cotto possa essere correlata con la comparsa di FPIES da uovo. Questo studio, inoltre, dimostra che l'introduzione precoce di

TABELLA 1. Raccomandazioni per l'introduzione di cibo durante il divezzamento per prevenire le allergie alimentari nei bambini normali e nei bambini ad alto rischio dalle linee guida nazionali e internazionali

| Società Scientifica – Anno – Misura dell'evidenza | Popolazione generale/basso rischio | Alto rischio |
|---|---|---|
| American Academy of Pediatrics, 1983 (2) | — | Cibi solidi ≥ 6 mesi, latte ≥ 1 anno, uovo ≥ 2 anni, arachidi, noci e pesce ≥ 3 anni |
| European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), 2004 (4) | Cibi solidi ≥ 6 mesi (o almeno ≥ 4 mesi) | — |
| Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCIA), 2005 (5)* | — | Cibi complementari (compreso latte di formula) $\geq 4-6$ mesi; arachidi, noci e crostacei anche prima di 2-4 anni (no evidenza) |
| American College of Allergy, Asthma and Immunology (ACAAI), 2006 (6)* | Cibi complementari ≥ 6 mesi; uova, arachidi, noci e pesce con cautela | Cibi complementari ≥ 6 mesi; latticini ≥ 12 mesi; uova ≥ 24 mesi; noci, arachidi e pesce ≥ 36 mesi |
| American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (ACAAI), 2013 (7) | Cibi complementari $\geq 4-6$ mesi | Consulto allergologico per un piano di introduzione personalizzato |
| European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), 2014 (43) § | Cibi complementari $\geq 4-6$ mesi | Cibi complementari $\geq 4-6$ mesi |
| Gruppi Emilia-Romagna della Società Italiana di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica (SIGENP) e della Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica (SIAIP), 2015 (42) | Cibi complementari ≥ 4 e ≤ 6 mesi | Cibi complementari ≥ 4 e ≤ 6 mesi |
| National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), 2017 (41) § | Arachidi, appropriata all'età e in accordo con le preferenze e le pratiche culturali della famiglia | Arachidi: se eczema severo e/o allergia all'uovo $\geq 4-6$ mesi dopo l'esecuzione di prick test o IgE specifiche e se necessario test di provocazione orale; se eczema lieve-moderato, ≥ 6 mesi |
| European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN), 2017 (44) § | Cibi complementari ≥ 4 e ≤ 6 mesi Cibi allergizzanti ≥ 4 mesi | Arachidi ≥ 4 e ≤ 11 mesi, dopo appropriato consulto con specialista |

* raccomandazioni secondo le categorie di evidenza World Health Organization
 § raccomandazioni secondo il Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

alimenti non determina una grave reazione allergica, se vengono eseguiti prima i prick test cutanei (SPT) e, in caso di positività, il test di provocazione orale (TPO) per l'alimento [13]. Nello scenario real-life questo significherebbe però eseguire SPT e TPO a tutti i bambini ai 3 mesi di vita, prima del divezzamento, per evitare eventi avversi severi, ma tale condizione non sarebbe sostenibile per nessun sistema sanitario.

Nello studio clinico controllato Solid Timing for Allergy Research (STAR) [23], lattanti di 4 mesi con eczema moderato-severo, senza precedente assunzione di uovo, hanno ricevuto dosi regolari di uovo pastorizzato. Tale studio era stato interrotto per l'alta frequenza di reazioni indesiderate (31%), tra cui due casi di anafilassi. I risultati a 12 mesi mostravano che un minor numero di bambini presentava allergia all'uovo nel gruppo trattato (33%) rispetto al gruppo di controllo (51%), senza una differenza significativa. Queste considerazioni indicano che, in presenza di eczema atopico moderato-grave nei primi mesi di vita, sia opportuno effettuare gli SPT prima di inserire l'uovo, anche se cotto.

Per quanto riguarda l'uovo, i successivi trial randomizzati controllati con placebo avevano ottenuto risultati contrastanti riguardo all'effetto preventivo di una precoce introduzione (Tabella 2). Nel trial Hen's Egg Allergy Prevention (HEAP) [24], 383 di una popolazione generale di bambini di 4-6 mesi non sensibilizzati all'uovo (dei 406 selezionati) sono stati randomizzati per ricevere uovo liofilizzato o placebo per tre volte a settimana fino all'anno di vita (dose di un uovo a settimana). È emerso che 23 (10%) lattanti presentavano IgE specifiche (sIgE) per uovo all'ingresso nello studio a 4 mesi e 16 dei 17 bambini che accettarono di sottoporsi al challenge con uovo reagirono a esso. Dall'ingresso ai 12 mesi solo 12 bambini svilupparono IgE per uovo, 8 nel gruppo attivo e 4 nel placebo, ponendo il dubbio che un intervento dopo i 4 mesi per ridurre l'allergia all'uovo sia tardivo. Coerentemente, tale studio non ha trovato evidenza che la prevenzione dell'allergia e della sensibilizzazione all'uovo con svezzamento precoce fosse efficace. Simili risultati erano emersi dallo studio australiano Starting Time of Egg Protein (STEP) [25], che ha reclutato 820 bambini a rischio con madre atopica senza sintomi allergici o eczema, a cui era stato somministrato uovo pastorizzato (mezzo uovo/settimana) o placebo dai 4-6 mesi ai 10 mesi di vita. Non sono state evidenziate differenze tra i due gruppi nell'insor-

genza di allergia IgE-mediata all'uovo confermata dal challenge (7% uovo *vs* 10,3% placebo), né riguardo alla sensibilizzazione cutanea a 12 mesi (10,8% *vs* 15,1%). Anche lo studio BEAT [26] aveva valutato bambini ad alto rischio (almeno un parente di primo grado affetto da patologia allergica e SPT per albume con diametro <2 mm) che avevano introdotto uovo liofilizzato dai 4 agli 8 mesi. I bambini trattati presentavano una prevalenza di sensibilizzazione IgE all'albume a 12 mesi inferiore rispetto al gruppo placebo (11% *vs* 20%, $p=0,03$) e un incremento significativo dei livelli di IgG4 e del rapporto IgG4/IgE per le proteine dell'uovo a 12 mesi (nessun incremento nel gruppo placebo). Tuttavia non era significativa la differenza di risposta al challenge con uovo all'età di 12 mesi.

Risultati differenti dagli studi precedenti sono emersi da uno studio giapponese Prevention of Egg Allergy in High Risk Infants with Eczema (PETIT) [27] che ha valutato l'efficacia e la sicurezza dell'introduzione dell'uovo cotto nella prevenzione dell'allergia all'uovo in bambini ad alto rischio, con eczema o con SA (sIgE sieriche per uovo *e/o* proteine dell'uovo >0,35 kUI/l). Erano stati arruolati 147 bambini di 4-5 mesi con eczema, senza sintomi allergici immediati dopo assunzione di uovo, randomizzati per una introduzione in due step di uovo cotto liofilizzato (50 mg/die da 6 a 9 mesi e 250 mg/die fino ai 12 mesi) o placebo. È comparsa allergia all'uovo nell'8% dei pazienti trattati *vs* il 38% dei pazienti non trattati. Inoltre i livelli delle IgE per albume e ovoalbumina e delle IgG4 per ovoalbumina erano significativamente maggiori nel primo gruppo a 12 mesi. In realtà, questi dati vanno presi con cautela perché non è stata eseguita una analisi ITT.

Ulteriori studi sono attualmente in corso (Tabella 2). Lo studio Preventing Peanut Allergy in Atopic Dermatitis (PEAAD) valuterà l'introduzione precoce delle arachidi in bambini con eczema e alto rischio di sviluppare allergia alle arachidi. L'età dei bambini è più ampia dello studio LEAP, quindi i dati studieranno l'impatto del consumo di arachidi nel primo anno di vita. Nello studio Preventing Atopic Dermatitis and Allergies in Children (PreventADALL) sarà stimato l'impatto dell'introduzione di quattro alimenti allergenici a 4 mesi *e/o* l'uso di emollienti a 9 mesi sullo sviluppo di AA.

Le posizioni delle linee guida sullo svezzamento sono tra loro contrastanti. I risultati dei recenti studi indicano che, a parte l'arachide, non ci sono prove chiare che il momento di introduzione di un

alimento nella dieta possa condizionare la comparsa di un'AA verso lo stesso alimento. Alcune linee guida hanno preso atto di questi dati e hanno cambiato atteggiamento riguardo all'introduzione delle arachidi (Tabella 2). Occorre comunque considerare che l'allergia alle arachidi è particolarmente frequente nei Paesi anglosassoni a differenza di quanto avviene nella popolazione italiana, che ha diverse abitudini alimentari. Di questo va tenuto conto nell'applicare al nostro Paese indicazioni nate per Paesi con costumi diversi.

L'allergia viene prima dello svezzamento?

In realtà, la SA al cibo può iniziare ben prima dell'inizio dello svezzamento e le reazioni allergiche agli antigeni alimentari possono verificarsi anche in caso di SPT negativi e sIgE sieriche negative. Questo ha suggerito la possibilità che altri fattori giochino un ruolo in un periodo antecedente all'introduzione dell'alimentazione complementare. A conferma di ciò, nello studio australiano STEP [25], lattanti tra i 4 e i 6 mesi di vita, senza storia di eczema o altre malattie allergiche, che non avevano mai assunto cibi solidi, presentavano al momento dell'arruolamento nel 5% dei casi sensibilizzazione all'uovo (sIgE sieriche >0,35 kUI/l). In uno studio precedente gli stessi autori avevano riscontrato che all'età di 4 mesi il 36% dei lattanti con eczema mostrava sIgE positive per uovo, pur non avendolo mai assunto [23]. Simili frequenze erano state riscontrate nell'HEAP study [24]: all'arruolamento il 5,7% (23/406) dei bambini che non avevano mai assunto direttamente l'uovo presentava sIgE >0,35 kUI/l. 17/23 sottoposti a TPO risultavano clinicamente allergici in 16/17 casi. Analogamente, nel LEAP study [16], bambini che non avevano mai assunto arachidi presentavano TPO basale positivo (7/640), sia in caso di SPT positivi (12,8%), sia in caso di SPT negativi (0,4%). Du Toit e colleghi, inoltre, hanno notato che i bambini con eczema severo avevano una maggiore probabilità di avere SPT o sIgE positivi per qualsiasi alimento, ancor prima di averlo assunto [16].

È stato quindi ipotizzato che fattori genetici, epigenetici, alterazioni della flora intestinale giochino un ruolo patogenetico nel favorire la comparsa di AA verso allergeni di classe I prima dello svezzamento. I fattori genetici sono chiaramente fondamentali nello sviluppo di AA, tuttavia il suo aumento di prevalenza si è verificato in un lasso di tempo relativamente

breve per l'evoluzione umana, facendo pensare che essa non può soltanto essere il risultato di mutazioni genetiche germinali [28]. A tal proposito, i fattori ambientali potrebbero indurre cambiamenti epigenetici nell'espressione genica, interrompendo lo stato di tolleranza immunologica agli alimenti [29]. In particolare la metilazione del DNA (DNAm), meccanismo epigenetico che regola l'espressione genica, sembra avere un ruolo chiave nella differenziazione delle cellule T e nel mantenere l'equilibrio Th1/Th2 [30,31]. Hong e colleghi avevano trovato che alterazioni di DNAm in specifici loci genici correlati

alla risposta Th2 erano associate ad allergia alle proteine del latte vaccino (APLV) [32]. Tuttavia, la DNAm è un meccanismo reversibile e può essere modificato durante il decorso della malattia. Berni Canani et al. avevano osservato che, nei pazienti con APLV IgE-mediata in fase attiva, la DNAm di IL-4 e IL-5, citochine associate alla risposta Th2, era significativamente più bassa, mentre la DNAm di IL-10 e INF- γ , associate alla risposta Th1, era notevolmente maggiore rispetto ai controlli [33].

Anche le alterazioni nella composizione della flora batterica commensale durante

la finestra di tempo dal periodo neonatale allo svezzamento sono state associate allo sviluppo di atopia in vari modelli murini: topi germ-free, nati e cresciuti in ambiente sterile, avevano una esagerata risposta immunitaria di tipo Th2, con elevati livelli di IgE, ed erano più suscettibili ad anafilassi indotta da antigeni alimentari rispetto ai topi colonizzati con un microbiota diverso. Questo probabilmente perché segnali immunomodulanti derivanti dal microbiota sono necessari per mantenere le IgE a livelli basali [34-36]. Una recente analisi prospettica di una grande coorte di nascita supporta il concetto che la

TABELLA 2. Caratteristiche degli studi clinici su relazione tra introduzione precoce di alimenti allergenici e allergia alimentare.

| Caratteristiche studio | | | | | Popolazione | | | Numero partecipanti | |
|------------------------|--|---------------|-----------|------------|-------------|--|------------|---------------------|---------|
| Autore, anno (ref.) | Nome | Acronimo | Paese | Tipo | Rischio | Caratteristiche | Età (mesi) | Alimento | Placebo |
| Du Toit, 2015 (16) | Learning Early About Peanut Allergy | LEAP | UK | RCT | alto | eczema moderato-severo e/o allergia uovo/arachidi, SPT<4 mm | 4-11 | 319 | 321 |
| ... in corso | Preventing Peanut Allergy in Atopic Dermatitis | PEEAD | Germania | DBPCRCT | alto | eczema | 5-30 | 460 | — |
| Palmer, 2013 (23) | Solids Timing for Allergy Research | STAR | Australia | DBPCRCT | alto | eczema moderato-severo (SCORAD \geq 15) | 4 | 49 | 37 |
| Bellach, 2016 (24) | Hen's Egg Allergy Prevention | HEAP | Germania | RCT | no | slgE uovo <0.35 kUI/l | 4-6 | 184 | 199 |
| Palmer, 2016 (25) | Starting Time of Egg Protein | STEP | Australia | DBPCRCT | alto | madre atopica, mai assunto uovo, no eczema | 4-6 | 165 | 154 |
| Natsume, 2016 (27) | Prevention of Egg allergy in high-risk infants with eczema | PETIT | Giappone | DBPCRCT | alto | eczema, mai assunto uovo, no allergia immediata uovo, non immediata altri alimenti | 4-5 | 60 | 61 |
| Tan, 2016 (26) | Beating Egg Allergy Trial | BEAT | Australia | RCT | alto | parente 1° grado allergico, SPT albume < 2 mm | 4 | 407 | 413 |
| Perkin, 2016 (18) | Enquiring About Tolerance | EAT | UK | RCT | no | a termine, allattamento materno \geq 3 mesi | 3 | 652 | 651 |
| ... in corso | Preventing Atopic Dermatitis and Allergies in Children | Prevent ADALL | Norvegia | RCT aperto | no | — | 4 | 5200 | — |

DBPCRCT: Randomized Double-blind, Placebo-controlled Trial; RR: Risk Ratio; tTG: anticorpi anti-transglutaminasi sierici; Ab: anticorpi

disbiosi intestinale durante i primi 100 giorni di vita possa influenzare il successivo sviluppo di malattie allergiche [37]. Lungo questa linea è stato dimostrato che i bambini nati da parto cesareo avevano un rischio più elevato di sviluppare malattie allergiche. Questo era probabilmente legato a una anomala colonizzazione dell'intestino, dovuta alla mancata esposizione a batteri vaginali e perianali, che poteva predisporre alla SA e allo sviluppo di AA [38,39].

Kim et al. [40] hanno dimostrato che gli antigeni alimentari innescano la produzione di un tipo di cellule T regolatorie

(T-reg) nell'intestino tenue che sopprimeva la risposta immunitaria al cibo. Essi hanno inoltre trovato che topi alimentati con dieta elementare, in cui la produzione di cellule Treg era stata soppressa, quando alimentati con ovoalbumina (OVA) presentavano diarrea più severa e più frequente, nonché maggiore produzione di IgE anti-OVA rispetto al gruppo controllo. Questo ha suggerito che gli stessi antigeni alimentari contribuiscano, attraverso l'induzione di cellule T-reg, a controllare lo sviluppo di AA.

A supporto di questa ipotesi numerosi altri studi hanno dimostrato che le misure

di evitamento, quali la ritardata introduzione di alimenti allergizzanti o la loro eliminazione durante gravidanza e allattamento, non abbiano un effetto preventivo significativo sullo sviluppo di AA IgE-mediata [3]. Il fallimento potrebbe essere dovuto al fatto che la SA si verifichi attraverso altre vie di esposizione e non solo come conseguenza dell'assunzione orale.

Conclusioni

I dati riguardanti la prevenzione dell'AA mediante l'eliminazione dei cibi allergizzanti sono vecchi e poveri di significatività: non vi è quindi alcun motivo nel ritardare la loro introduzione nella dieta. D'altra parte non vi è prova che sia necessaria un'assunzione precoce di alimenti (3 mesi di vita) per la prevenzione delle allergie nella popolazione generale. Riteniamo quindi che al momento il bambino a rischio allergico debba essere svezzato verso i 6 mesi in modo simile al bambino sano. In pratica, nel corso del primo anno di vita, il bambino può introdurre nella sua dieta tutti gli alimenti, secondo la sua capacità di masticazione e continuando l'allattamento al seno. I soggetti a rischio (AA e/o eczema) con prick test positivi per alimenti contenenti allergeni di classe I dovrebbero introdurre l'alimento sotto controllo medico. Secondo le ultime linee guida americane [41] (Tabella 1), l'arachide rappresenta l'unica eccezione nei Paesi con alto consumo, con il suggerimento mandatorio di introdurla: a) verso i 4-6 mesi in caso di eczema severo e/o allergia all'uovo (dopo valutazione con sIgE o SPT ed eventuale challenge); b) verso i 6 mesi in caso di eczema lieve-moderato; c) secondo le preferenze e abitudini familiari in tutti gli altri casi. È consigliato introdurre burro di arachidi, ma non le arachidi per evitare inalazione di corpo estraneo, avendo i piccoli una deglutizione ancora non coordinata. Riteniamo importante sottolineare che tutti gli alimenti debbano essere introdotti nella dieta infantile entro il primo anno di vita e, in particolare, che l'uovo debba essere proposto ai bambini come cotto e non crudo (per evitare il possibile rischio di FPIES). Siamo in completo accordo con coloro che interpretano in modo olistico il divezzamento del bambino [42] e riconoscono i tempi di introduzione di un alimento dettati anche dallo sviluppo psicomotorio, definibile con la frase "quando il bambino è pronto".

✉ carlo.caffarelli@unipr.it

Bibliografia consultabile online.

| Tipo alimento | Metodi | | Outcome | |
|---|-------------------------|---------------------|---------------------------|-------------|
| | Dose (proteine) | Periodo intervento | Metodo | Età outcome |
| arachidi (snack/burro) | 6 g/sett in ≥3 pasti | 6 → 9 m 9 → 12 m | TPO arachidi | 5 e 6 anni |
| arachidi | — | 1 anno | — | — |
| uovo (intero pastorizzato) | 0,9 g | 4-6 → 8 m | TPO uovo e SPT uovo | 1 anno |
| uovo (albume pastorizzato) | 2,5 g 3 v/sett | 4-6 m → 12 m | DBPCFC uovo e sIgE > 0.35 | 1 anno |
| uovo (albume pastorizzato) | 0,4 g/die | 4-6 → 8 m | TPO uovo, SPT uovo | 1 anno |
| uovo (cotto liofilizzato) | 50 mg/die 250 mg/die | 6 → 9 m 9 → 12 m | TPO uovo | 1 anno |
| uovo (intero pastorizzato) | 0,9 g | 4-6 m → 10 m | TPO uovo e SPT ≥3 mm | 1 anno |
| latte, arachidi, uovo, sesamo, pesce, grano | 4 g/sett | 3 → 6 m | TPO uovo e arachidi | 1 e 3 anni |
| uovo, latte, grano, arachidi | — | — | — | — |

Agevolazioni per la celiachia: a rischio in Gran Bretagna?

Paola Fernicola, Fabio Capello, Enrico Valletta

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

La celiachia è una patologia sistemica immunomediata che si manifesta in individui geneticamente predisposti in seguito all'esposizione al glutine. La sua prevalenza in Europa – ma anche in USA, Medio Oriente, Africa Settentrionale e Centrale e Sud America – è attorno all'1% ed è quindi la più frequente intolleranza alimentare nel mondo. Attualmente l'unica terapia efficace è la dieta senza glutine (DSG) eseguita in modo rigoroso e per tutta la vita. Probabilmente non più del 10-20% dei celiaci ha avuto una diagnosi corretta e il numero delle diagnosi (e delle persone che avranno necessità di una DSG) è destinato ad aumentare enormemente nel tempo.

La DSG comporta un radicale cambiamento nelle abitudini alimentari e i prodotti sostitutivi, oltre a non avere le stesse caratteristiche organolettiche degli analoghi contenenti glutine, sono generalmente più costosi. Sappiamo che l'adesione alla dieta prescritta non è sempre facile per i pazienti con celiachia e che una percentuale di loro può decidere, per motivi diversi, di non seguire le restrizioni alimentari. Le conseguenze a breve e lungo termine sono note, con un peggiore stato di salute, un reale incremento della morbilità da complicanze e prevedibili conseguenze sui costi sanitari e sociali diretti e indiretti. Poste queste premesse, le associazioni dei pazienti da sempre affermano che la dieta deve essere equiparata a una terapia e che, in un'ottica preventiva e di tutela della salute, i sistemi sanitari dovrebbero sostenere economicamente i pazienti nell'acquisto degli alimenti sostitutivi [1].

La gaffe del Daily Mail

Nell'agosto 2015 il quotidiano *Daily Mail*, con un suo articolo online, attacca il Servizio Sanitario Nazionale britannico (NHS) e le sue politiche prescrittive nei confronti di quelle patologie che richiedono diete speciali, con particolare riguardo alla spesa destinata agli alimenti senza glutine per chi ha la celiachia [2]. Secondo il quotidiano, il NHS spenderebbe 116 milioni di sterline ogni anno per alimenti speciali, inclusi biscotti, merendine o pizza gluten-free che definisce "junk food" o "cibi

spazzatura" senza peraltro menzionare altre patologie che ugualmente alla celiachia richiedono diete specifiche e ricevono contributi dal NHS. L'associazione nazionale celiachia britannica reagisce immediatamente e pubblica una smentita nella quale lamenta l'evidente distorsione della realtà presentata dal *Mail*. Specifica che nel 2014 il NHS ha speso solo 26,8 (e non 116) milioni di sterline per gli alimenti senza glutine, vale a dire circa 180 sterline per paziente. Nulla lascia poi ritenere che i soldi pubblici vengano spesi per "junk food" senza glutine. Al contrario, in molte zone del Paese i pazienti avrebbero difficoltà a reperire gli alimenti non compresi nel prontuario nazionale e quelli acquistabili presso la grande distribuzione, quando presenti, avrebbero costi elevati e difficili da sostenere per la maggior parte delle famiglie. In una dieta già povera di carboidrati (e ricca in proteine e grassi) come quella anglosassone, gli alimenti prescrivibili a carico del NHS sono principalmente pane e derivati, cereali per la colazione, pasta, farina e una base per la pizza.

Il *Daily Mail* ha prontamente riconosciuto di essere incappato in un'indebita approssimazione. Tuttavia l'incidente ha posto l'attenzione su un tema sanitario piuttosto delicato, in un Paese che ha difficoltà a gestire efficaci politiche di educazione alimentare e di prevenzione dell'obesità e delle patologie derivate da comportamenti nutrizionali scorretti.

Il head to head del BMJ

A distanza di alcuni mesi, il *BMJ* ha ripreso l'argomento in alcuni suoi commentari associando considerazioni di politica e di economia sanitaria, in un momento nel quale la sostenibilità finanziaria dei sistemi di welfare impone ovunque scelte difficili e impopolari [3,4]. Le ragioni di chi sostiene l'opportunità di mantenere il sostegno economico alle diete speciali sono note: là dove la dieta rappresenta la terapia necessaria per mantenere lo stato di benessere e la sua durata è indefinita, il servizio sanitario deve farsene carico, almeno in parte. La corretta adesione alla DSG sarebbe facilitata dalla prescrizione di alcuni alimenti

più costosi o difficilmente reperibili nei negozi periferici e nei discount, venendo così incontro alle persone meno abbienti o con limitate possibilità di spostamento. Da questo punto di vista, rilevare il diverso trattamento riservato ai celiaci rispetto (per esempio) ai diabetici appare improprio, considerando che il consumo di alimenti speciali non porta alcun beneficio a chi soffre di diabete. La "grottesca distorsione da parte dei media ha insinuato che il NHS incentiva il consumo di cibo spazzatura, anche se i medici possono prescrivere solo i prodotti approvati dall'Advisor Committee on Borderline Substances secondo criteri stabiliti per sesso ed età" [3]. D'altra parte c'è invece chi ritiene che, in un momento in cui il NHS è impegnato nella lotta contro l'obesità e si trova in relative ristrettezze economiche, usare soldi pubblici per la prescrizione di alimenti ricchi di amidi sarebbe discutibile, oltre al fatto che il mercato dei prodotti alternativi gluten-free è ormai molto ampio e che una varietà di alimenti naturalmente privi di glutine possono essere parte della dieta di tutti i celiaci senza alcuna restrizione [3]. Negli anni '60 aveva certamente senso assicurare ai celiaci la fornitura di pane e altri prodotti essenziali senza glutine per garantirne la correttezza della dieta. Oggi la grande disponibilità di alimenti di ogni genere, reperibili nella grande distribuzione o sul web, rende il sistema di prescrivibilità eccessivamente farraginoso e burocratizzato. Medici e farmacisti si devono destreggiare, con un certo imbarazzo, tra le derrate alimentari come fossero farmaci e i pazienti sono costretti entro percorsi rigidi e complessi che impongono attese per la ricetta, l'ordinazione e l'approvvigionamento (con successivo stoccaggio) di quanto prescritto entro i limiti consentiti. È un sistema obsoleto che appare costoso in termini sociali ed economici. Il NHS paga £3,73 lo stesso pane in cassetta che qualunque paziente comprerebbe online a £2,70 e fino a £6,73 per 500 g di pasta senza glutine facilmente reperibile al supermercato a £1,20. Se il sistema di prescrivibilità venisse meno, medici e farmacisti sarebbero sgravati da un compito pretta-

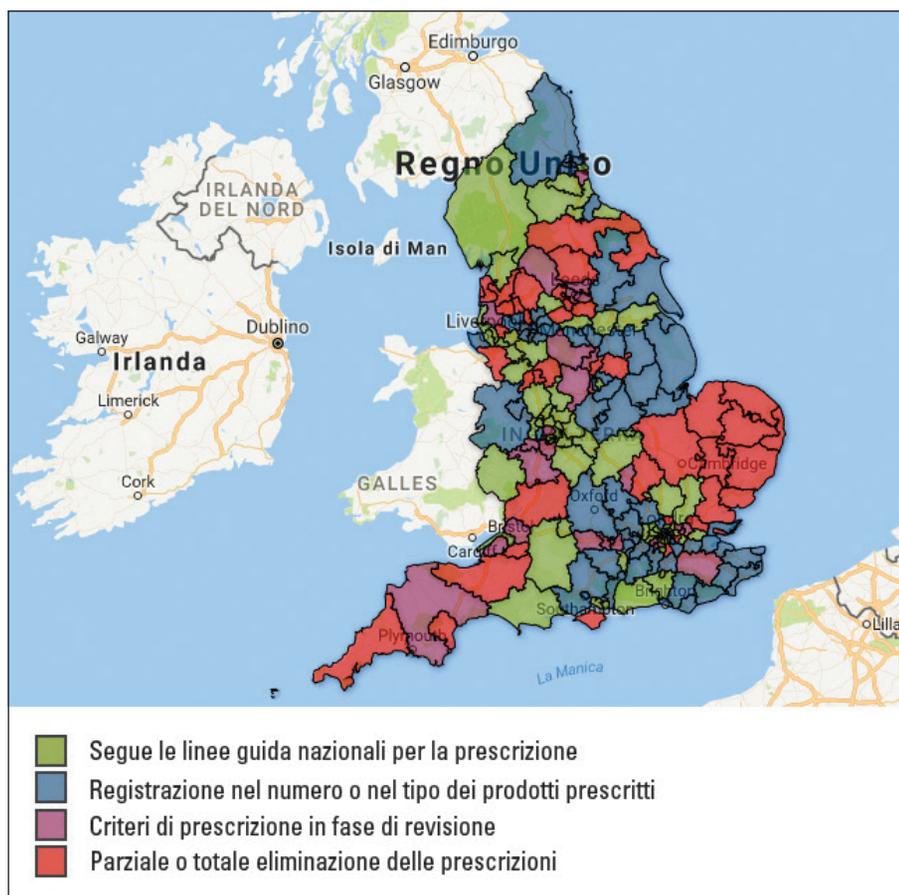


Figura 1. Differenze nella prescrivibilità dei prodotti senza glutine nelle diverse aree sanitarie dell'Inghilterra (modificato da rif. 1).

mente burocratico e il NHS cesserebbe di sottostare a quello che, secondo alcuni, è una vera e propria rapina. Altre e diverse forme di rimborso parziale potrebbero essere elaborate, con vantaggio per i pazienti e con un possibile effetto virtuoso sul mercato dei prezzi del gluten-free.

È comunque evidente che la prescrivibilità degli alimenti per celiaci rischia di essere un facile bersaglio da colpire da parte delle commissioni locali incaricate dal NHS – sempre più incalzata dall'esigenza di ridur-

re la spesa sanitaria pubblica – di ottimizzare le risorse. Nel 2015 la spesa per il gluten-free è stata 25,7 milioni di sterline, pari allo 0,3% del budget totale prescrittivo del NHS. Attualmente circa il 40% delle commissioni inglesi ne ha già ridotto o annullato – con criteri molto variabili – la prescrivibilità (Figura 1), mentre in Scozia, Galles e Irlanda del Nord nessun provvedimento restrittivo è stato ancora preso. La polemica di oltremarina tocca un tema di grande attualità in tutta Europa e che

attiene da un lato alla corretta gestione delle risorse e delle politiche sanitarie e, dall'altro, all'assistenza per le persone con patologie croniche e alla tutela della loro salute. In ciascun Paese europeo la fornitura degli alimenti senza glutine avviene con modalità differenti, e anche il costo dei prodotti è spesso molto diverso da nazione a nazione. Anche in Italia, dove il SSN contribuisce dal 1982 all'acquisto di prodotti senza glutine entro tetti di spesa definiti, il rischio che le contingenze economiche e l'incremento esponenziale delle nuove diagnosi inducano a una revisione dei regimi erogativi è reale [5,6]. Le associazioni dei pazienti ne sono consapevoli e si prospetta anche da noi un periodo di serrato confronto che coinvolge oggi circa 200.000 italiani (e le loro famiglie), ma che, in prospettiva, potrebbe riguardare oltre mezzo milione di pazienti.

✉ enrico.valletta@auslromagna.it

1. Coeliac UK. Prescription Policies. www.coeliac.org.uk/gluten-free-diet-and-lifestyle/prescriptions/prescription-policies.
2. Coeliac UK. Coeliac UK letter to the Daily Mail and others on gluten-free prescriptions. www.coeliac.org.uk/about-us/news/coeliac-uk-letter-to-the-daily-mail-and-others-on-gluten-free.
3. Kurien M, Sleet S, Sanders DS, Cave J. Should gluten-free foods be available on prescription? *BMJ* 2017;356:i6810.
4. Gleed G. Commentary: We're under financial strain without prescriptions for gluten-free food. *BMJ* 2017;356:j119.
5. Ministero della Salute. Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia. Anno 2015. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2549_allegato.pdf.
6. Di Fabio G. Il sistema Italia celiachia è a rischio? *Celiachia Notizie* 2016;2:3 www.celiachia.it/public/bo/upload/comunicazione%5C-documenti/CN3_2016_Editoriale.pdf.

Rubrica a cura di Luciano De Seta

“Una tosse molto diversa dalle altre...”



Andrea Smarrazzo*, Federica de Seta*, Paolo Siani**

*Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Sezione di Pediatria, Università degli Studi di Napoli “Federico II”

**Unità Operativa Complessa di Pediatria Sistemica, AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

È descritto il caso di una bambina di due anni con tosse dalle particolari caratteristiche: improvvisa e persistente con comparsa successiva di dispnea modesta. L'anamnesi non è molto chiara e pertanto è necessario iniziare un iter diagnostico differenziale prendendo in considerazione i casi più frequenti di tosse a insorgenza improvvisa. La diagnosi finale, per quanto apparentemente banale, costituisce un problema drammaticamente importante su scala mondiale, tanto da essere ancora tra le prime cause di morte in età infantile.

La storia

G.L., 2 anni e mezzo circa, è una dei tanti bambini con tosse della stagione, ma con una storia un po' particolare: è cominciata circa due giorni prima, quando improvvisamente, in apparente benessere, appariva una tosse stizzosa e insistente. L'andamento ingravescente, associato, dopo alcuni giorni, a progressiva difficoltà respiratoria, hanno indotto i genitori a portare la piccola al Pronto Soccorso. Qui si rilevano una marcata poli-dispnea, una riduzione della saturazione di ossigeno (88%) e un reperto broncostenotico ben localizzato ai campi polmonari inferiori di destra. Il reperto obiettivo dell'emitorace di sinistra risulta, invece, normale. La madre, visibilmente preoccupata del peggioramento della figlia, non è in grado di rispondere alle nostre domande: in particolare non sa riferire con precisione se la tosse sia iniziata subito dopo l'ingestione di alcuni salatini e noccioline, assunti dalla piccola nel corso di una festa, o se la bambina avesse già da qualche giorno un po' di tosse e, improvvisamente, questa si era aggravata trasformandosi in una tosse insistente e stizzosa.

Il percorso diagnostico

Dal momento che l'anamnesi riferita dai genitori è confusa e incerta, è indispensabile seguire un iter diagnostico differenziale, considerando le varie cause di tosse persistente a insorgenza improvvisa. E, pertanto, sono da prendere in considerazione, anche sulla scorta del reperto broncostenotico localizzato a un polmone e la successiva comparsa di dispnea espiratoria, le seguenti patologie:

- *Bronchite asmatica* prevalente al polmone di destra, dove si apprezza un reperto di broncostenosi diffusa. Diagnosi improbabile per il fatto che la bronchite

asmatica colpisce tutto l'albero respiratorio e non è mai monolaterale;

- *Inalazione di corpo estraneo*: è probabile anche se i genitori non hanno assistito all'inizio della tosse e soprattutto se questa è insorta improvvisamente mentre la bambina sgranocchiava mandole, arachidi o altri alimenti frantumabili;
- *Patologie infettive delle basse vie respiratorie* (ad es. polmonite) si possono facilmente escludere per il fatto che la bambina non era affetta da una tosse “catartale” con rinorrea e febbre più o meno elevata da alcuni giorni;
- *Pneumotorace*: decisamente da escludere per la dispnea improvvisa e ingravescente che esso comporta e il caratteristico quadro clinico-radiologico.

La diagnosi più verosimile è l'inalazione di un corpo estraneo endobronchiale per l'insorgenza improvvisa della tosse in pieno benessere, l'assenza di segni d'infezione delle prime vie respiratorie (assenza di febbre o di espettorazione). Il quadro obiettivo di broncostenosi ben localizzato e la progressiva comparsa di dispnea espiratoria rafforzano ulteriormente tale sospetto. Convinti del sospetto diagnostico d'inalazione di corpo estraneo, si pratica la radiografia del torace che mostra una zona sub-atelettasica in regione basale destra, compatibile con una pregressa inalazione di corpo estraneo e, in scopia, lo spostamento mediastinico dal lato opposto al corpo estraneo durante l'espirazione, segno abbastanza caratteristico e frequente nell'inalazione di corpi estranei endobronchiali. Si decide pertanto l'esame broncoscopico che viene eseguito con broncoscopio rigido. Nel corso dell'esplorazione del bronco lobare intermedio e inferiore di destra venivano rinvenuti diversi frammenti di natura

biologica, successivamente identificati come frammenti di noccioline. L'esame endoscopico delle restanti diramazioni bronchiali rilevava solo un lieve infiltrato infiammatorio senza altri frammenti di materiale ostruente le vie aeree.

Commento

L'inalazione di corpi estranei è un evento potenzialmente fatale [1] e abbastanza frequente in età pediatrica. L'ostruzione delle vie aeree, soprattutto l'occlusione della laringe o di un bronco principale e la conseguente compromissione della ventilazione rendono l'inalazione di corpo estraneo una vera e propria emergenza medica, spesso fatale. Negli Stati Uniti nel solo anno 2000 sono stati registrati più di 17.000 accessi in PS per l'ingestione o l'inalazione di un corpo estraneo, nella maggior parte dei casi riguardante bambini di età inferiore a 2 anni [2]. L'episodio è tipicamente acuto, con insorgenza improvvisa di tosse e, nei casi più gravi, di soffocamento vero e proprio (“choking” in inglese), sebbene esistano anche presentazioni cliniche più subdole che richiedono, per la diagnosi, l'esplorazione dell'albero tracheobronchiale. È proprio tale pratica, favorita soprattutto dalla diffusione della broncoscopia prima rigida e poi flessibile, che ha consentito di ridurre drasticamente la mortalità. L'inalazione di corpo estraneo rimane la quinta causa di morte accidentale negli USA e la prima causa di morte accidentale al di sotto di un anno di età.

L'80% dei casi si verifica in bambini di età inferiore a 3 anni, con un picco di incidenza tra il primo e il secondo anno di vita, prevalentemente nei maschi [3]. È questa l'età in cui i bambini, ormai autonomi nei movimenti, esplorano il mondo che li circonda mediante la bocca, letteralmente assaggiando gli oggetti (sebbene vadano ricordati i casi di bambini oggetto di esperimenti e giochi di fratelli e sorelle maggiori). Dal punto di vista fisiopatologico, le vie aeree dei bambini si rivelano più suscettibili di ostruzione a causa del loro ridotto calibro [4]; nei bambini più grandi e negli adolescenti tali eventi si presentano solo in caso di bambini con ritardo mentale, para-

lisi cerebrale, perdita di coscienza improvvisa o abuso di alcol o sedativi. Oltre a frammenti alimentari (tra cui frequentemente implicati sono la frutta a guscio e semi di frutta), anche giocattoli o parti di giocattoli di piccole dimensioni, monete. Gli oggetti piccoli, di dimensioni sferiche e dalla superficie liscia, compressibili e difficilmente frammentabili sono quelli più a rischio d'inalazione. Una volta inalato, l'oggetto in questione s'incunea, in circa il 50% dei casi, nel bronco principale destro; meno frequente è l'interessamento del polmone sinistro (23%) e ancora più raro l'interessamento bilaterale (2%). Gli oggetti più grandi e di forma irregolare si fermano, invece, prevalentemente nelle prime vie aeree, soprattutto a livello laringeo.

Il tempo intercorso tra l'inalazione e la diagnosi dipende da diversi fattori, tra cui la presenza o meno di testimoni (in genere assenti o che comunque tendono a minimizzare l'evento o lo negano, come nel nostro caso), il grado di ostruzione delle vie aeree, la dimensione, la forma e la localizzazione del corpo estraneo [5]. Fino al 75% dei casi riceve diagnosi entro 24h. I sintomi possono variare dal distress respiratorio con cianosi e alterato stato mentale (tipico delle forme più gravi, che richiedono un rapido intervento di disostruzione mediante broncoscopio rigido) alla semplice presenza di tosse con wheezing e ridotta penetrazione d'aria localizzata. Tale variabilità di presentazione dipende dalla localizzazione del corpo estraneo, e la gravità dei sintomi è direttamente proporzionale alla vicinanza del corpo estraneo alle vie aeree principali. Il segno più suggestivo di inalazione di corpo estraneo rimane, però, l'episodio di "choking" [6], inteso come la comparsa improvvisa, in un bambino altrimenti sano, di tosse e/o dispnea e/o cianosi. Tale episodio si verifica da pochi secondi a qualche minuto dall'inalazione e può essere seguito tanto da un progressivo peggioramento quanto da una risoluzione dei sintomi; sono questi i casi che, presentando una sintomatologia sfumata, giungono a una diagnosi tardiva, legata principalmente all'evenienza di complicanze legate al corpo estraneo, come polmoniti ricorrenti, wheezing e tosse cronica. Proprio i casi con sintomatologia sfumata, soprattutto se in assenza della testimonianza di un episodio di choking, arrivano a una diagnosi molto tardiva, anche di alcune settimane; in questi casi la diagnosi viene suggerita dall'iniziale miglioramento dopo antibiotico-terapia seguito dalla ricorrenza dei sintomi e dalla persistenza delle alterazioni radiografiche di specifici segmenti del torace. Una presentazione clinica simile a quella dell'asma o a una polmonite, insieme al ti-

more per l'invasività dell'indagine broncoscopica, possono ulteriormente ritardare la diagnosi [7]. La radiografia del torace rappresenta un'indagine frequentemente prescritta, soprattutto in urgenza e nei casi dubbi, sebbene raramente possa chiarire il dubbio diagnostico. In effetti solo gli oggetti radiopachi vengono chiaramente messi in evidenza o, nei casi più tardivi, le zone atelettasiche o di air-trapping diventano i segni più suggestivi [8]. Confondenti sono inoltre i reperti suggestivi di complicanze tardive, come i consolidamenti pneumonici, gli ascessi e le bronchiectasie. Ad ogni modo una radiografia normale non esclude la diagnosi d'inalazione di corpo estraneo (sensibilità 68-76%, specificità 45-67%). Un aiuto diagnostico può essere fornito dal confronto d'immagini radiografiche raccolte in espirazione e inspirazione, mostrandone l'uno lo shift mediastinico controlaterale al corpo estraneo e l'altro l'air trapping [9]. La TAC non è sempre dirimente ma può essere utile.

Nel fondato sospetto si utilizza la broncoscopia rigida che, con una percentuale di successo del 99%, ha un ruolo sia diagnostico che terapeutico [10]. Tale passaggio è prioritario nel caso in cui il paziente si presenti con cianosi e inabilità a parlare o tossire. In queste situazioni, suggestivi di ostruzione completa delle vie aeree superiori (laringe, trachea), vanno utilizzate tutte le possibili manovre per l'espulsione del corpo estraneo (colpi al dorso, manovra di Heimlich). In tutti gli altri casi, come suggerito dalle raccomandazioni dell'American Heart Association e dell'European Resuscitation Council, va proscritto ogni tipo di manovra disostruente, almeno fino a quando il paziente è ancora in grado di tossire in maniera valida, considerato il rischio di trasformare un'ostruzione parziale in una completa e, quindi, una situazione di urgenza in una di emergenza [11]. L'esplorazione endoscopica delle vie aeree è mandatoria in tutti i casi di sospetta inalazione di corpo estraneo [12], in particolare se avvenuto in presenza di testimoni o con sintomi suggestivi. Anche nei casi dubbi, in cui manca una testimonianza o con sintomi confondenti o nei casi di polmonite ricorrente, va effettuata un'esplorazione dell'albero bronchiale, magari con broncoscopio flessibile [13]. Nelle raccomandazioni dell'American Thoracic Society si esprime una chiara preferenza per lo strumento rigido per la rimozione del corpo estraneo; questo perché lo strumento rigido, oltre a permettere un buon controllo delle vie aeree e una buona visualizzazione, consente l'utilizzo di una grande varietà di strumenti, permettendo un'adeguata manipolazione del corpo estraneo e

la possibilità di una pronta gestione di eventuali emorragie mucose.

Nei casi di diagnosi tardiva la prolungata presenza del corpo estraneo nelle vie aeree, generando infiammazione e infezione, può di per sé ostacolare la rimozione endoscopica, motivo per il quale si consiglia di ripetere la broncoscopia in seguito a una breve terapia cortisonica (metilprednisone 1-2 mg/kg/die o equivalenti) e antibiotica (possibilmente scelto dopo una coltura effettuata nel corso della prima esplorazione broncoscopica), al fine di ridurre l'edema delle vie aeree [14]. Un ruolo fondamentale è quello ricoperto dalla prevenzione primaria, in cui il pediatra e i genitori devono lavorare, come in molti altri aspetti della vita dei bambini, insieme come alleati. L'utilizzo di guide anticipatorie, il ridurre le distrazioni durante il pasto, l'utilizzo di giochi adatti all'età del bambino, possibilmente privi di piccole parti ad alto rischio di inalazione, l'adeguata educazione al gioco anche dei figli maggiori (che hanno come prime vittime proprio i fratellini minori), l'istruzione dei genitori sulle manovre disostruttive sono i primi, fondamentali, step per rendere più rari gli episodi di inalazione.

Conclusioni

Lo step diagnostico fondamentale è ovviamente il porre il sospetto d'inalazione, sebbene le storie di questi casi siano spesso poco chiare e confondenti; posto il sospetto, il successivo management dipende dal quadro clinico, specchio del grado di ostruzione delle vie aeree. L'arrivo in Pronto Soccorso di un bambino sonnolento, cianotico, con scarso sforzo respiratorio o con un peggioramento della dinamica respiratoria e inabile a tossire, rappresenta un ovvio campanello d'allarme e merita, oltre alle già citate manovre disostruttive, una rapida esplorazione broncoscopica. Una volta rimosso il corpo estraneo, in assenza di complicanze (tra cui va ricordata anche la frammentazione del corpo estraneo stesso), le condizioni cliniche migliorano rapidamente, così come è successo per la piccola G.; il ricovero, della durata complessiva di 4 giorni, ha consentito un monitoraggio stretto della dinamica respiratoria, con l'obiettivo di identificare precocemente eventuali complicanze infiammatorie delle vie aeree, alla luce della presenza già da alcuni giorni del frammento di nocciolina a livello bronchiale. Una volta scomparse la dispnea e la tosse è ottenuta la normalizzazione della saturazione periferica per più di 24h, si è potuto procedere alla dimissione protetta, con terapia antinfiammatoria cortisonica e antibiotico-terapia (amoxicillina-ac. clavulanic) e

con un appuntamento per un controllo clinico dopo un mese.

Dal caso e dalla letteratura abbiamo imparato che:

- l'anamnesi si conferma un aspetto fondamentale nella gestione diagnostica, forse anche più dell'esame clinico;
- l'inalazione endobronchiale di corpo estraneo costituisce, ancora oggi, un evento frequente e, se non diagnosticato per tempo, causa di mortalità e morbilità rilevanti;
- sebbene richieda l'utilizzo di un'anestesia e di miorilassanti, il broncoscopio rigido è preferibile rispetto al flessibile per la rimozione dei corpi estranei;
- in caso di diagnosi tardiva è consigliabile ripetere l'esame endoscopico dopo un ciclo di una terapia antinfiammatoria e antibiotica, al fine di rimuovere con maggiore facilità il corpo estraneo.

✉ siani.paolo@gmail.com

1. van der Heyde Y, van As AB. An unusual cause of sudden child death. *Am J Forensic Med Pathol* 2008;29(3):274-5.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Nonfatal choking-related episodes among children--United States, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002;51(42):945.
3. Eren S, Balci AE, Dikici B, et al. Foreign body aspiration in children: experience of 1160 cases. *Ann Trop Paediatr* 2003;23:31.
4. Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Prevention of choking among children. *Pediatrics* 2010;125(3):601.
5. Passali D, Gregori D, Lorenzoni G. Foreign body injuries in children: a review. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2015;35:265-71.
6. Even L, Heno N, Talmon Y, et al. Diagnostic evaluation of foreign body aspiration in children: a prospective study. *J Pediatr Surg* 2005;40(7):1122.
7. Louie MC, Bradin S. Foreign body ingestion and aspiration. *Pediatr Rev* 2009;30(8):295.
8. Tokar B, Ozkan R, Ilhan H. Tracheobronchial foreign bodies in children: importance of accurate history and plain chest radiography in delayed presentation. *Clin Radiol* 2004;59(7):609.

9. Brown JC, Chapman T, Klein EJ, et al. The utility of adding expiratory or decubitus chest radiographs to the radiographic evaluation of suspected pediatric airway foreign bodies. *Ann Emerg Med* 2013;61(1):19-26. Epub 2012 Jul 27.
10. Prakash UB, Midthun DE, Edell ES. Indications for flexible versus rigid bronchoscopy in children with suspected foreign-body aspiration. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;156(3 Pt 1):1017.
11. Salih AM, Alfaki M, Alam-Elhuda DM. Airway foreign bodies: A critical review for a common pediatric emergency. *World J Emerg Med* 2016;7(1):5-12, doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2016.01.001
12. Zhijun C, Fugao Z, Niankai Z, et al. Therapeutic experience from 1428 patients with pediatric tracheobronchial foreign body. *J Pediatr Surg* 2008;43(4):718.
13. Green CG, Eisenberg J, Leong A, et al. Flexible endoscopy of the pediatric airway. *Am Rev Respir Dis* 1992;145(1):233.
14. Steen KH, Zimmermann T. Tracheobronchial aspiration of foreign bodies in children: a study of 94 cases. *Laryngoscope* 1990;100(5):525.

A COLPO D'OCCHIO

Soluzione del quesito a p. 162

Rigonfiamento del torace superiore e del collo in bambino con tosse e broncospasmo

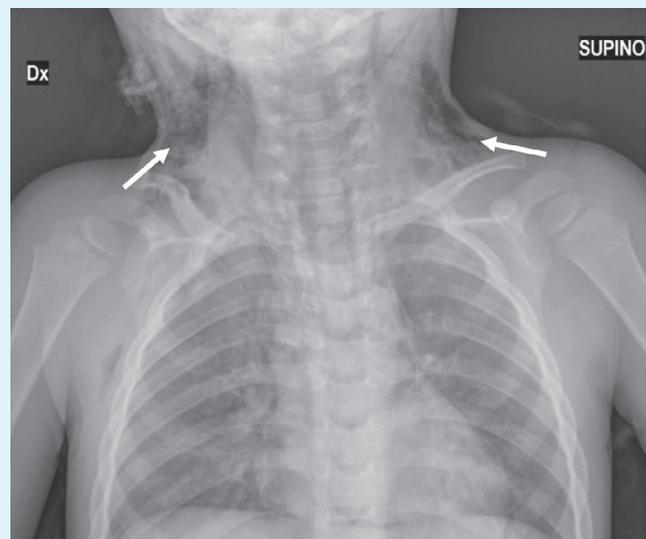
Enfisema sottocutaneo

Palpatoriamente è avvertibile una certa tensione della zona interessata e il tipico crepitio che ricorda la neve fresca calpestata. La diagnosi è confermata dalla radiografia che mostra l'aria infiltrata nel tessuto sottocutaneo del collo e del torace superiore (Figura).

Le cause più comuni di enfisema sottocutaneo sono il pneumotorace e il pneumomediastino, ma anche la frattura dell'orbita con rottura del seno paranasale, le lesioni di trachea ed esofago, la toracentesi, la chirurgia addominale o anche, semplicemente, l'asma bronchiale, il wheezing o la tosse insistente. Generalmente, l'enfisema sottocutaneo si riassorbe spontaneamente, senza trattamento specifico, una volta risolta la causa che l'ha provocato.

Given K, Schultz A, Douglas TA, Martin AC. Air leaks in children with acute bronchiolitis. *J Paediatr Child Health* 2008;44:604-6.

Tortajada-Girbés M, Moreno-Prat M, Ainsa-Laguna D, Mas S. Spontaneous pneumomediastinum and subcutaneous emphysema as a complication of asthma in children: case report and literature review. *Ther Adv Respir Dis* 2016;10:402-9.



Vuoi esaminare nuovi casi e indovinare la diagnosi?

Visita la pagina della rubrica al seguente link:
<http://www.acp.it/a-colpo-docchio>

Contributo di *Paola Fericola*, UO di Pediatria, AUSL della Romagna, Forlì.

Un pomfo vuol dire sempre orticaria... o no?



Iria Neri

UO di Dermatologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi, Bologna

La mamma porta dal pediatra la figlia Angela, una bambina di 4 anni, dopo averla ripresa dall'asilo, perché le sono comparsi all'improvviso pomfi, associati a lesioni anulari con centro ecchimotico (Figura 1) su gran parte del corpo. La bambina cammina con difficoltà, come se avesse dolore alle articolazioni ed è molto irritabile.

L'anamnesi familiare è positiva per atopia e quella personale non evidenzia nulla di rilevante. Alla precisa domanda del pediatra la madre riferisce che la bambina non sembra avere prurito, perché non si gratta. Le lesioni descritte sono comparse all'improvviso durante la ricreazione a scuola, dove era appena rientrata, dopo un episodio infettivo delle prime vie respiratorie, trattato con antinfiammatori e amoxicillina per via orale, sospesi da circa 2 giorni.



Figura 1. Pomfi con aspetto figurato, anulare e policiclico, taluni con centro emorragico.

Cosa vede il pediatra?

Il pediatra, dopo un accurato esame clinico, oltre alle lesioni cutanee, rileva soltanto modesta tumefazione delle mani e dei piedi ed esclude segni di coinvolgimento sistemico. Peraltro, data l'evidenza delle ecchimosi, decide di richiedere esami ematochimici di 1° livello (emocromo, conta piastrine, TP, PTT, es. urine, proteina C reattiva, VES, sangue occulto nelle feci), per valutare in particolare la coagulazione: gli esami risultano tutti nella norma. Data la persistenza delle lesioni e delle tumefazioni dolorose delle estremità, il pediatra decide di inviare Angela a visita dermatologica, per escludere il sospetto diagnostico di vasculite.



Figura 2. Ben evidente l'aspetto emorragico nella parte centrale della lesione.



Figura 3. Marcato angioedema del piede

Escluse le cause sistemiche, cosa sospettare? Esaminiamo le lesioni

Dal dermatologo la bambina presenta pomfi della durata di qualche ora e lesioni anulari in parte confluenti a formare lesioni policicliche, con centro ecchimotico, che rappresenta l'esito di precedenti pomfi (Figura 2). È inoltre presente angioedema delle estremità con marcata impotenza funzionale (Figura 3).

Viene posta diagnosi di orticaria acuta figurata emorragica, verosimilmente postinfettiva. Gli esami di laboratorio già effettuati risultavano normali. Viene quindi

intrapresa terapia con antistaminici per os, che portano a risoluzione dell'eruzione in circa sei settimane.

Quali sono i segni e sintomi più rilevanti?

Nell'orticaria acuta del bambino spesso il prurito è assente. Quando si associa angioedema delle estremità è frequente il dolore, con artralgia associata a impotenza funzionale transitoria. Nella forma

emorragica i pomfi danno esito a ecchimosi superficiali, che regrediscono senza esiti in alcuni giorni. Gli esami di laboratorio non mostrano alterazione della crasi ematica, perché l'impronta emorragica è causata dall'edema del derma con stravasamento di emazie.

Tale forma di orticaria non è frequente e prevale in età pediatrica. Denominata inizialmente "orticaria acuta anulare" [1], il termine "orticaria multiforme" è stato pro-

posto nel 2007, per le caratteristiche cliniche peculiari di questa entità [2].

Si manifesta con pomfi, lesione elementare tipica dell'orticaria classica, che per confluenza assumono morfologia anulare, con bordi policiclici e centro ecchimotico. L'orticaria multifforme insorge prevalentemente in bambini di età compresa tra 4 mesi e 4 anni. Comunque sono stati riportati in letteratura casi in bambini a partire dalle 10 settimane di vita fino ai 17 anni di età. I sintomi che precedono il rash sono febbre, della durata da 1 a 3 giorni, con o senza i sintomi suggestivi per una infezione virale, quali tosse, otite media, rinorrea e diarrea.

I criteri per la diagnosi di orticaria multifforme sono: lesioni orticarioidi da anulari a policicliche, con transitorie modificazioni ecchimotiche; durata delle singole le-

sioni inferiore alle 24 ore, angioedema o edemi acrali, dermografismo e risposta positiva agli antistaminici.

Diagnosi differenziale

L'orticaria multifforme va differenziata principalmente dalla porpora anafilattoide, detta anche porpora di Schönlein-Henoch, che, oltre alla cute, può colpire le articolazioni, l'apparato gastrointestinale e il rene. La porpora anafilattoide è la vasculite più comune dell'infanzia ed è caratterizzata da un quadro clinico più polimorfo, con maggiore durata delle singole lesioni cutanee, in genere di alcuni giorni. Si possono associare dolore intestinale, microematuria o presenza di sangue occulto nelle feci. Sebbene il quadro clinico dell'orticaria multifforme preoccupi i genitori per l'aspetto delle lesioni e per il dolore, si tratta di una forma a buona prognosi,

con tendenza alla guarigione in un tempo variabile da alcune settimane ad alcuni mesi.

Cosa abbiamo imparato

Il dolore articolare in questo caso è dovuto all'edema periarticolare, tipico dell'angioedema acrale dell'orticaria; la mancanza del prurito di fronte a pomfi non è un criterio che consente di escludere la diagnosi di orticaria.

✉ iria.neri@tin.it

1. Tamayo-Sanchez L, Ruiz-Maldonado R, Laterza A. Acute annular urticaria in infants and children. *Pediatr Dermatol* 1997;14:231-4.
2. Shah KN, Honig PJ, Yan AC. "Urticaria multifforme": a case series and review of acute annular urticarial hypersensitivity syndromes in children. *Pediatrics* 2007;119: e1177- e1183.

L'attuazione della nuova legge per i minori stranieri soli

La legge 47/2017 in materia di protezione dei minori stranieri non accompagnati (legge Zampa) disciplina alcuni aspetti fondamentali per la vita dei minori migranti che arrivano in Italia senza adulti di riferimento: fra questi gli standard dell'accoglienza nonché l'accesso alle cure sanitarie, aspetti indispensabili per favorire una presa in carico integrata dei minori. In particolare vengono regolati il sistema di accoglienza integrato tra strutture di prima accoglienza dedicate esclusivamente ai minori, all'interno delle quali i minori possono risiedere non più di 30 giorni ai fini dell'identificazione, e il sistema di protezione per richiedenti asilo e minori non accompagnati (SPRAR), con strutture diffuse su tutto il territorio nazionale, che la legge estende ai minori stranieri non accompagnati; inoltre vengono espressamente garantiti gli standard minimi nel rispetto della normativa nazionale e regionale. Viene poi attivata una banca dati nazionale dove confluisce la "cartella sociale" del minore, che lo accompagnerà durante il suo percorso, strumento essenziale a una efficace valutazione dell'interesse del minore, in relazione alla scelta di soluzioni di lungo periodo a suo favore. Sono previste maggiori tutele per il diritto all'istruzione e alla salute, con misure che superano gli impedimenti burocratici che negli anni non hanno consentito ai minori accompagnati di esercitare in pieno questi diritti (come per esempio la possibilità di procedere all'iscrizione al servizio sanitario nazionale) anche prima della nomina del tutore e l'attivazione di specifiche convenzioni per l'apprendistato, nonché la possibilità di acquisire i titoli conclusivi dei corsi di studio, anche quando, al compimento della maggiore età, non si possiede un permesso di soggiorno. Viene prevista infine la possibilità, esercitata a oggi sulla base di un vecchio Regio Decreto, di supportare il neomaggiorenne fino ai 21 anni di età qualora necessiti di un percorso più lungo di integrazione in Italia.

Aspetto particolarmente rilevante è quello della maggiore tutela con riferimento al diritto alla salute: il testo contiene misure che, superando le difficoltà burocratiche che in passato hanno reso difficile ai minori non accompagnati l'esercizio di tale diritto, garantiscono la piena attuazione dello stesso, facilitando l'accesso al SSN anche prima della nomina del tutore definitivo.

(da: Save the Children. Forum Nazionale "Proteggere, Accogliere, Crescere insieme". Milano, 15-16 giugno 2017)

I tropici in ambulatorio: dengue, chikungunya e leishmaniosi



Fabio Capello, Enrico Valletta

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

Continuando sul tema delle malattie “esotiche” trasmesse da artropodi nelle quali possiamo imbatterci, può avere un valore didattico richiamare la storia di Abdul, già segnalata in altra occasione [1].

Abdul (13 anni) torna da un viaggio in Burkina Faso, Paese di origine dei genitori, e dopo 2 giorni presenta febbre con brivido, cefalea e vertigine. L'esame su goccia spessa indica un'infestazione da *Plasmodium falciparum* e quindi una malaria. Trattato con meflochina, la sintomatologia si risolve e la parassitemia si negativizza. Dopo pochi giorni ricompaiono febbre elevata, artralgie, astenia e cefalea. Ritorna il plasmodio nel sangue (un fallimento della precedente terapia?) anche se a carica molto bassa e viene avviato un secondo trattamento con un diverso antimalarico (atovaquone/proguanil); questa volta senza risultato. Ampliando le ricerche nell'ambito delle malattie trasmesse da zanzare, con riferimento all'epidemiologia della zona di provenienza, emerge un'infezione da virus dengue (DENV 3). I sintomi di presentazione e il successivo decorso (defervescenza, comparsa di prurito e desquamazione) sono compatibili con l'ipotesi diagnostica e il quadro si risolve progressivamente senza alcune delle più temute complicanze (emorragie e shock ipovolemico). Durante il ricovero e attorno all'abitazione di Abdul vengono attivate misure di disinfezione per evitare che ulteriori punture di zanzare in fase viremica possano trasmettere ad altri l'infezione.

Dengue

Il virus dengue (*Flavivirus*), da sempre presente nelle zone tropicali in tutto il mondo, ha la caratteristica di essere trasmissibile attraverso la puntura di zanzare dei generi *Aedes* e *Culex* abitualmente residenti anche in Italia. Individui ammalatisi all'estero e arrivati o tornati nel nostro Paese possono quindi avviare piccole epidemie locali dopo essere stati punti da zanzare autoctone mentre sono ancora in fase viremica. In particolare, la diffusione dell'*Aedes albopictus* (zanzara tigre) è attentamente monitorata perché ha una buona tolleranza alle temperature delle nostre latitudini ed è

stata segnalata in diverse zone d'Italia (Figura 1) [2]. Annualmente si registrano nel nostro Paese alcune decine di casi (50-100 casi/anno) di dengue di importazione; in Gran Bretagna i casi di infezione sono stati oltre 400 nel 2010 e circa 800 casi si sono verificati in Texas e Hawaii tra il 2001 e il 2007 dopo quasi 60 anni di silenzio epidemiologico [3,4]. Globalizzazione, turismo, scambi commerciali e cambiamenti climatici sono destinati a incrementare la frequenza di questi casi al di fuori della fascia tropicale di Asia, Africa e America Latina dove si concentrano non meno di 50-100 milioni di casi/anno e dove la dengue ha visto un incremento dell'incidenza di 30 volte negli ultimi 50 anni [5].

Il virus dengue si divide classicamente in 4 sierotipi (DENV 1-4), ai quali se ne è aggiunto un quinto (DENV 5) isolato nel 2013 in un agricoltore malese [6]. La maggior parte delle infezioni resta asintomatica con un periodo di incubazione di 3-14 giorni. All'inizio i sintomi sono simil-influenzali con febbre, cefalea e dolore retroorbitale, artro-mialgia, anoressia, addominalgia, nausea e un rash polimorfo pal-

moplantare e dorsale. La forma non complicata (febbre dengue) decorre in maniera favorevole. La dengue cosiddetta “grave” è preannunciata (febbre dengue con segni di allarme) da una riduzione della febbre dopo 3-7 giorni di malattia accompagnata da dolore addominale importante, vomito persistente e distress respiratorio che evolvono in diatesi emorragica, incremento della permeabilità capillare e shock. La dengue grave (detta anche emorragica) ha una mortalità elevata (fino al 40%) ed è particolarmente frequente nei bambini di età inferiore a 5 anni. La diagnosi richiede la sierologia e successivamente tecniche molecolari di tipizzazione virale. Non esiste una terapia specifica e l'impiego del vaccino recentemente commercializzato è consigliato dal WHO solo nelle regioni ad elevata endemia [5].

Come per la maggior parte di queste malattie “tropicali” anche per la dengue occorre avere un'esatta nozione della zona di provenienza e del periodo di incubazione (entro due settimane) nonché un elevato indice di sospetto a fronte di sintomi anche banali. Senza dimenticare, come nel

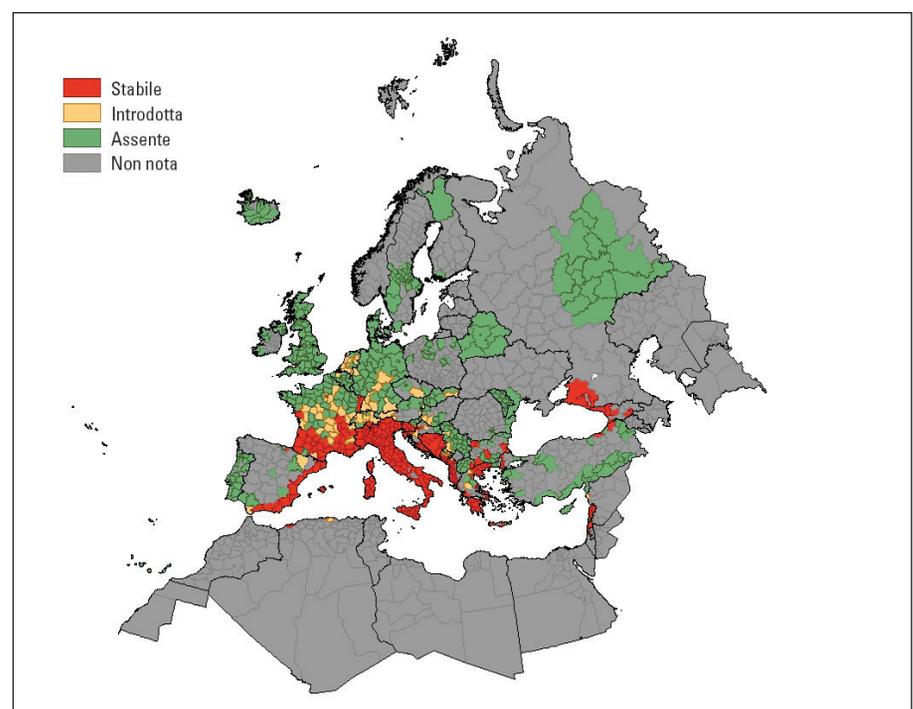


Figura 1. Diffusione di *Aedes albopictus* (zanzara tigre) in Europa (modificato da: ecdc.europa.eu).

caso di Abdul, che vettori diversi che condividono lo stesso habitat possono trasmettere contemporaneamente infezioni diverse.

Chikungunya

Ancora una volta è la zanzara tigre il vettore in Europa di una malattia tipicamente tropicale che ha visto il suo esordio epidemico proprio in Italia nel 2007 [7]. Un cittadino indiano che aveva contratto l'infezione nel proprio Paese e soggiornava in Romagna è stato verosimilmente punto da zanzare autoctone che a loro volta hanno avviato una catena di contagio che ha progressivamente interessato oltre 200 persone, adulti e bambini. È stato necessario ricorrere a misure di igiene pubblica e di disinfezione ambientale per spegnere il focolaio epidemico. Da allora sono stati segnalati altri casi sporadici in Francia (2014), Croazia e Portogallo e anche in Italia i casi di importazione identificati non sono più di 20-30/anno [2,4].

Il virus della chikungunya è un RNA-virus del genere *alphavirus*, descritto per la prima volta nel 1952 in Tanzania; da allora è stato segnalato in oltre 60 Paesi in Asia, Africa, Europa e Americhe. L'esordio dei sintomi avviene 2-12 giorni dopo la puntura di una zanzara infetta e si presenta con febbre improvvisa, mialgie, cefalea, nausea, astenia e rash cutaneo; ma sono soprattutto le artralgie, spesso intense, a dominare il quadro clinico. È una malattia ad andamento benigno, anche se l'artralgia può persistere fino ad alcuni mesi. Rare sono le complicanze meningoencefaliche o emorragiche descritte nei Paesi asiatici. La diagnosi è sierologica (le IgM sono elevate a 3-5 settimane dall'infezione e persistono per circa 2 mesi) o con tecniche di identificazione virale nelle fasi precoci della malattia (entro una settimana dalla comparsa dei sintomi) [8]. Il trattamento della chikungunya e di supporto per la febbre e le artro-mialgie e non esiste un vaccino disponibile.

Così come per i virus dengue e chikungunya (e per il virus zika, più recentemente), esiste un sistema di sorveglianza del Ministero della Salute volto a identificare i casi di malattia da *Arbovirus* (Arthropod-borne viruses) [2]. Sono oltre 100 i virus classificati come arbovirus e quelli di maggiore interesse sono riportati nella **Tabella 1**.

Leishmaniosi

La *Leishmania* è un protozoo con un enorme bacino di diffusione nelle zone più povere di Asia, Africa e America ma che non risparmia il bacino del Mediterraneo e l'Italia. Nel determinismo della malattia

concorrono molte variabili legate alle oltre 20 specie di *Leishmania* conosciute, alle più di 90 specie di flebotomi vettori del parassita, alle circa 70 specie di mammiferi (incluso il cane e l'uomo) che fungono da serbatoio, alle tre principali forme cliniche note (cutanea, mucocutanea, viscerale) e alle tre tipologie di pazienti (immunocompetenti, immunodepressi, con altre situazioni o patologie associate) nelle quali può manifestarsi.

La leishmaniosi è endemica in un centinaio di Paesi e conta circa 2 milioni casi/anno, un quarto dei quali nella forma viscerale, al nono posto tra le malattie infettive più diffuse nel mondo e seconda solo alla malaria per mortalità da parassitosi [9]. Le forme cutanea e mucocutanea, con lesioni ulcerose multiple anche gravi, sono le più frequenti e si concentrano in una decina di nazioni di Centro-America, Asia, Africa e Medio Oriente. Quasi sempre guariscono spontaneamente pur lasciando cicatrici cutanee e mucose permanenti e talora invalidanti. Il 90% dei casi di leishmaniosi viscerale (LV) origina da Bangladesh, Brasile, India, Nepal e Sudan, ma questa è anche la forma più frequente in Italia e sulla quale ci soffermeremo per la gravità del quadro clinico che può portare a morte nella quasi totalità dei casi se non individuata e curata.

Nel nostro Paese la LV è sostenuta dalla *L. infantum* che ha il cane (nel quale può dare la leishmaniosi canina) come serbatoio principale e il flebotomo pappataci come vettore abituale dal cane all'uomo. Tra il 1989 e il 2009 l'Italia ha visto un incremento della LV, dagli abituali 10-30 casi/anno degli anni '50 ai 150-200 casi/anno nei primi anni 2000. Nel 25% dei casi si trattava di bambini di età inferiore ai 2 anni e nel 42% di età inferiore a 16 anni. Un focolaio epidemico di LV si è sviluppato in Campania tra il 1989 e il 2008 con circa 800 casi segnalati e in Emilia-Romagna - dopo i 60 casi (con 13 decessi) osservati nel 1971-72 - si è registrata un'incidenza di 10-20 casi/anno negli ultimi 10-15 anni [10,11].

La LV è una malattia del sistema macrofagico-mononucleato che interessa gli organi linfatici, il fegato, la milza, i linfonodi e il midollo osseo. Si ha linfadenomegalia, epato-splenomegalia, febbre irregolare (considerarla in una malaria che non risponde alla terapia), anoressia e perdita di peso, anemia, leucopenia e trombocitopenia. Il periodo di incubazione varia da diversi giorni ad alcuni mesi. La diagnosi si basa sull'identificazione diretta del parassita in campioni di sangue o biopsie di tessuti, sulla positività della sierologia e su tecniche di identificazione molecolare. Nei casi di leishmaniosi cutanea il parassita può essere isolato direttamente dal materiale prelevato dalle ulcere. Il trattamento è, comprensibilmente, specialistico e si avvale dell'amfotericina B liposomiale, dei composti pentavalenti dell'antimonio, della paromomicina e della miltefosina con indicazioni e valutazioni strettamente personalizzate.

Nel bacino del Mediterraneo, l'epidemiologia della leishmaniosi è in continua evoluzione e nuovi foci epidemici in Portogallo, Spagna, Cipro e Creta testimoniano l'introduzione nel Sud-Europa di specie più tipicamente "tropicali" come la *L. donovani* e la *L. tropica*, l'inserimento di nuovi flebotomi vettori e l'emergere di serbatoi insoliti come l'uomo e la lepre [12].

Le malattie trasmesse da artropodi sono di frequente riscontro in aree geografiche dove condizioni ambientali, climatiche e demografiche favoriscono la trasmissione e la creazione di *reservoir*. Le manifestazioni cliniche sono spesso aspecifiche, con possibile ritardo della diagnosi e rischio di evoluzione in forme complicate. L'anamnesi resta un fattore determinante per individuare i soggetti che possono essere stati esposti al contatto con vettori infetti ed è importante la nozione di recenti viaggi all'estero, di soggiorni in aree endemiche o in zone nelle quali siano state segnalate epidemie. Quando possibile, la profilassi attiva, passiva e comportamentale è il provvedimento migliore per ridurre il ri-

TABELLA 1. Principali virus trasmessi da artropodi (*Arbovirus*) per i quali è raccomandata la segnalazione (modificato da rif. 2)

| Arbovirus | Vettore |
|----------------------------------|--|
| Virus Toscana | Flebotomi (pappataci) |
| Virus dell'encefalite da zecca | Zecche del genere <i>Ixodes</i> |
| Virus USUTU | Zanzare <i>Culex</i> |
| Virus dell'encefalite giapponese | Zanzare <i>Culex</i> |
| Virus Rift Valley Fever | Zanzare spp. e <i>Aedes</i> |
| Virus della febbre gialla | Zanzare <i>Aedes</i> e <i>Haemagogus</i> |
| <i>Hantavirus</i> | Roditori selvatici e domestici |

schio di contrarre e importare queste malattie. È indispensabile, quindi, indirizzare ai servizi che si occupano di sanità pubblica e medicina del viaggiatore chiunque si appresti a partire verso aree tropicali per turismo, lavoro, o per un periodo di soggiorno nel Paese di origine.

✉ fabio.capello@auslromagna.it

1. Valletta E, Fornaro M, Fernicola P. Rischio di contrarre le patologie legate all'immigrazione: la Pediatria di domani sarà anche questo? *Pediatria Preventiva e Sociale* 2015;10:26-31.
2. Ministero della Salute. Piano Nazionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare (*Aedes sp.*) con particolare riferimento a virus Chikungunya, Dengue e virus Zika

– 2016. www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/normativa/Circolare_arbovirosi.pdf.

3. Kularatne SAM. Dengue fever. *BMJ* 2015; 351:h4661.

4. Fortuna C, Remoli ME, Rizzo C, et al. Imported arboviral infections in Italy, July 2014 – October 2015: a National reference Laboratory report. *BMC Infect Dis* 2017;17:216.

5. WHO. Weekly epidemiological record. Dengue vaccine: WHO position paper – July 2016. No 30, 2016;91:349-64.

6. Normile D. Surprising new dengue virus throws a spanner in disease control efforts. *Science* 2013;342:415.

7. Palazzi M, Venturelli C. Prima epidemia di chikungunya in Europa. Rapporto preliminare. *Quaderni acp* 2007;14:237.

8. WHO. Chikungunya. Fact sheet. Updated April 2017. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/en/

9. WHO. Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis, Geneva, 22-26 March 2010. WHO Technical Report Series; no. 949.

10. Gramiccia M, Scalone A, Di Muccio T, et al. The burden of visceral leishmaniasis in Italy from 1982 to 2012: a retrospective analysis of the multi-annual epidemic that occurred from 1989 to 2009. *Euro Surveill* 2013;18(29):pii=20535.

11. WHO. Leishmaniasis. Fact sheet. Updated April 2017. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/

12. Antoniou M, Gramiccia M, Molina R, Dvorak V, Volf P. The role of indigenous phlebotomine sandflies and mammals in the spreading of leishmaniasis agents in the Mediterranean region. *Euro Surveill* 2013;18(30):pii=20540.

QUADERNI ACP – INDICE PAGINE ELETTRONICHE (NUMERO 2, 2017)

Newsletter pediatrica

- Nei bambini fino a 5 anni con asma persistente moderato è meglio usare paracetamolo o ibuprofene per la febbre o il dolore? I risultati dello studio AVICA
- Amitriptilina e topiramato non funzionano per la profilassi dell'emicrania in età pediatrica secondo uno studio controllato randomizzato con placebo
- Alimenti per bambini preparati dall'industria o ricette per cibi da cucinare in casa: uno studio trasversale
- Iperensione nei bambini sovrappeso: attenzione agli strumenti e alle definizioni
- Lo screening dell'ipercolesterolemia familiare dal bambino al genitore, un'esperienza interessante ma prematura da trasferire
- Cochrane Database of Systematic Review: revisioni nuove o aggiornate febbraio-marzo 2017

Documenti

- Un piano di azione sull'obesità in pediatria: una guida governativa britannica
Commento a cura di A. Marsciani
<https://www.gov.uk/government/publications/childhood-obesity-a-plan-for-action>
- Prevenzione dell'obesità e dei disordini dell'alimentazione. Una guida dell'Accademia Americana di Pediatria
Commento a cura di M. L. Zuccolo
<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/08/18/peds.2016-1649.full.pdf>
- La salute dei bambini in Italia. Dove va la pediatria? Il punto di vista e le proposte dell'ACP
Supportare il bambino e la famiglia nei primi tre anni di vita con un insieme integrato di servizi
Commento a cura di S. Di Mario

Ambiente e salute

- Cambiamento climatico: cambiare alimentazione per ridurre il riscaldamento globale (*Giacomo Toffol*)
- La tossicità da Piombo nei bambini, un problema dimenticato (*Giuseppe Primavera*)

Articolo del mese

- Esperienze avverse durante l'età pediatrica e i fattori di resilienza: il compito del pediatra

Poster Congressi

- Tabiano 1^a parte

Narrare l'immagine

- Sebastião Salgado, Aimorés, Brasile, 8 febbraio 1944
Descrizione a cura di Cristina Casoli
Impressioni di S. Manetti e P. Siani

Il vaccino 4CMenB



Franco Giovanetti

Dirigente medico. Dipartimento di Prevenzione, ASL CN2, Alba, Bra (CN)

Il polisaccaride capsulare di *N. meningitidis* sierogruppo B non è adatto alla preparazione di un vaccino, in quanto è scarsamente immunogeno e antigenicamente simile all'acido sialico, presente nelle cellule umane, con il conseguente rischio di autoimmunità se usato come antigene vaccinale. Per questo motivo il vaccino attualmente registrato a partire dai due mesi di vita (4CMenB) è stato sviluppato utilizzando un procedimento chiamato *reverse vaccinology* [1], con cui sono state identificate alcune proteine di superficie adatte allo scopo. Il vaccino 4CMenB include tre proteine ricombinanti, dette fHbp (Factor H binding protein), NadA (Neisserial adhesin A), NHBA (Neisserial Heparin Binding Antigen), e le vescicole della membrana esterna (OMV) del ceppo New Zealand 98/254 contenenti la porina PorA. Se da un lato il problema derivante dall'impossibilità di utilizzare il polisaccaride B è stato risolto in modo brillante, dall'altro lato la metodologia utilizzata introduce una certa variabilità nel grado di protezione offerta dal vaccino. Diversamente dai polisaccaridi capsulari, che sono presenti in grandi quantità e sono stabili dal punto di vista antigenico, l'espressione delle proteine di superficie tende a mostrare una certa variabilità nelle varie popolazioni di *N. meningitidis*; inoltre di una stessa proteina sono presenti più varianti, nei confronti delle quali gli anticorpi prodotti dal vaccino non sono ugualmente cross-reattivi. Ad esempio, di fHbp sono note tre varianti principali ma solo una è contenuta nel vaccino e inoltre, sebbene il gene che la codifica sia sempre presente, non tutti gli isolati contengono questa proteina, che può quindi risultare inespressa. La combinazione di una scarsa espressione delle proteine di superficie e una loro possibile variabilità antigenica può far sì che gli anticorpi indotti dal vaccino semplicemente non abbiano un bersaglio cui legarsi e pertanto, pur essendo presenti in grande quantità, risultino inutili. In altre parole, l'efficacia del vaccino dipende sia dal grado di espressione delle proteine di superficie sia dalla capacità degli anticorpi di legarsi ad esse e, perché questo legame si verifichi, è necessario che gli antigeni proteici dei ceppi batterici circolanti in una data popolazione siano il più possibile simili a quelli contenuti nel vaccino. La

domanda pertanto è: come si fa a misurare l'efficacia del vaccino 4CMenB? Trattandosi di una malattia rara, non è stato possibile effettuare trial clinici che confrontano vaccinati e non vaccinati. Per valutare i vaccini polisaccaridici coniugati, quali MenC e MenACWY, si è aggirato l'ostacolo utilizzando quale correlato sierologico di protezione la determinazione degli anticorpi battericidi del siero (serum bactericidal activity, hSBA). Tale metodologia non è applicabile a un vaccino come il 4CMenB, che include antigeni variabili: sarebbe necessario effettuare la determinazione della hSBA verso più ceppi, che a loro volta esprimono un certo numero di varianti differenti. Un procedimento del genere richiederebbe molto tempo e un grande consumo di risorse. Di conseguenza, per valutare l'effetto degli anticorpi diretti contro ogni singolo componente del vaccino 4CMenB e perciò stimarne l'efficacia sui ceppi circolanti in una data popolazione, è stata messa a punto una metodica ad hoc, denominata Meningococcal Antigen Typing System (MATS) [2]. In questo modo è possibile stimare in modo indiretto la copertura dei ceppi circolanti da parte del vaccino (copertura MATS), ossia la corrispondenza (espressa in percentuale) tra gli antigeni del vaccino e gli antigeni dei ceppi di *N. meningitidis* presenti in una data popolazione. In 5 Paesi europei (Gran Bretagna, Francia, Germania, Italia e Norvegia) alcuni anni fa la copertura è risultata complessivamente pari al 78%, con un range 73% - 87% e un intervallo di confidenza ampio (95% CI 63-90) [2]; in Spagna la stima di copertura è del 68% [3], ma nel nord del Paese nel periodo 2012-2013 è stata registrata un'importante flessione, dal 61% al 42% [4]. Un recentissimo studio condotto in Gran Bretagna [5] ha riscontrato, comparando due periodi antecedenti l'introduzione del vaccino, una diminuzione della copertura MATS, scesa dal 73% del 2007-2008 al 66% del 2014-2015; contemporaneamente la proporzione dei meningococchi B coperti da più di un antigene è diminuita dal 50% al 35%. Quest'ultimo è un dato rilevante, in quanto il numero degli antigeni implicati nella risposta immunitaria influenza l'efficacia protettiva. Inoltre è stata riscontrata anche una cospicua variabilità regionale, con una copertura

MATS fluttuante dal 48% all'80% nelle 11 regioni analizzate. Quali conseguenze pratiche hanno per noi questi risultati? Essenzialmente due. In primo luogo nell'informare le famiglie possiamo dire che sicuramente 4CMenB è in grado di ridurre il rischio di malattia meningococcica, come dimostrano i dati preliminari del programma di vaccinazione britannico [6], ma non siamo ancora in grado di fornire un dato di efficacia come abbiamo sempre fatto per gli altri vaccini. Secondariamente, la sorveglianza di laboratorio sarà cruciale per conoscere le caratteristiche dei ceppi circolanti e in ultima analisi l'impatto della vaccinazione, che può cambiare nel tempo e in base all'area geografica.

Conflitto d'interessi

L'autore dichiara di non avere conflitti d'interesse, neppure sotto forma di sponsorizzazioni o inviti da parte di aziende farmaceutiche per partecipare a convegni negli ultimi tre anni.

✉ medicinadeiviaggi@gmail.com

1. Tan L, Carlone G, Borrow R. Advances in the development of vaccines against *Neisseria meningitidis*. *N Eng J Med* 2010;362(16):1511-1520.
2. Vogel U, Taha MK, Vázquez JA, et al. Predicted strain coverage of a meningococcal multicomponent vaccine (4CMenB) in Europe: a qualitative and quantitative assessment. *Lancet Infect Dis* 2013;13(5):416-25.
3. Abad R, Medina V, Stella M, et al. Predicted strain coverage of a new meningococcal multicomponent vaccine (4CMenB) in Spain: analysis of the differences with other european countries. *PLoS ONE* 2016;11(3):e0150721.
4. Pérez-Trallero E, Esnal O, Marimón JM. Progressive decrease in the potential usefulness of meningococcal serogroup B vaccine (4CMenB, Bexsero) in Gipuzkoa, Northern Spain. *PLoS ONE* 2014;9(12): e116024.
5. Parikh SR, Newbold L, Slater S, et al. Meningococcal serogroup B strain coverage of the multicomponent 4CMenB vaccine with corresponding regional distribution and clinical characteristics in England, Wales, and Northern Ireland, 2007-08 and 2014-15: a qualitative and quantitative assessment. *Lancet Infect Dis* 2017;17(7):754-62. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30170-6.
6. Parikh SR, Andrews NJ, Beebejaun K, et al. Effectiveness and impact of a reduced infant schedule of 4CMenB vaccine against group B meningococcal disease in England: a national observational cohort study. *Lancet* 2016;388(10061):2775-82.

Libri: occasioni per una buona lettura



Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Testi a cura di Anna Grazia Giulianelli



Premio Strega ragazze e ragazzi II Edizione, Bologna 5 Aprile 2017

È già diventato un appuntamento molto atteso quello della premiazione dello *Strega ragazze e ragazzi*. Ha dato il benvenuto a nome del Comune di Bologna la Vice Sindaco Marilena Pillati, mentre sul palco - invitati da una Lipparini in forma smagliante - sono passati tutti i big della fiera, dal Presidente al Direttore Generale, all'Exhibition manager, ai dirigenti del Premio Bellonci e a Romano Montroni, Presidente dal 2014 del Centro per il libro e la lettura (CEPELL). Molto ridotto lo spazio destinato alla premiazione, per cui gli autori dei dieci titoli finalisti sono saliti uno alla volta per presentare e commentare il loro libro in concorso. Presente anche una rappresentanza dei giovani giurati. Quest'anno il premio in danaro è andato sia all'autore che al traduttore mentre è stato istituito un premio speciale a una delle 60 scuole coinvolte. Sempre due le categorie: una dai 6 ai 10 anni e una dagli 11 ai 15 anni. In entrambe le categorie ci sono 3 autori italiani e 2 stranieri

I vincitori

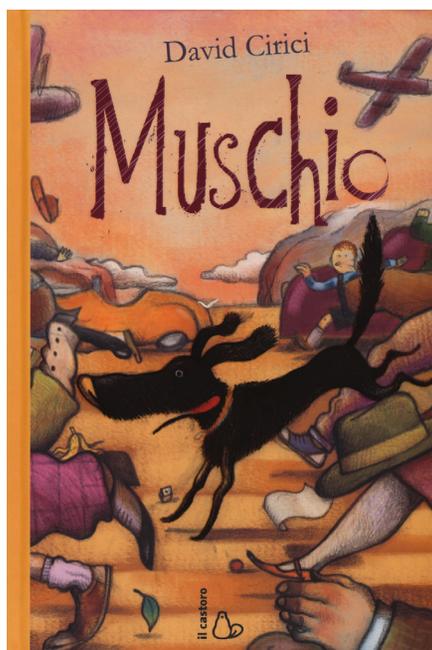
- Categoria 6/10 anni: *Muschio*. I bambini hanno scelto una storia forte e drammatica. L'autore, felicissimo, vorrebbe abbaiare la sua allegria.
- Categoria 11/15: *L'estate che conobbi il Che*. Garlando sale sul palco confessando di temere che abbiano aperto la busta sbagliata, come è successo la notte degli Oscar.

A seguire i dieci titoli finalisti, divisi per categoria.

Categoria 6/10 anni

Muschio

di David Cirici, illustrato da Federico Appel, tradotto da Francesco Ferrucci, Il Castoro Edizioni, Milano 2015, pp. 111, € 13,50



Originale l'approccio dello scrittore: il narratore è un cane, Muschio appunto, che vive in una famiglia con due bambini e i loro genitori. Allo scoppio della guerra una bomba distrugge la casa. Muschio scappa e tutto il racconto si sviluppa intorno alle sue peripezie per salvarsi e cercare i bambini.

La scelta di fare del protagonista un cane, nasce dal fatto che l'autore non capisce le guerre e "sicuramente", dice, "neanche i cani le capiscono".

Maciste in giardino

di Guido Quarzo
RCS Editore, Milano 2015
pp. 122, € 9,90

Tutto comincia da una talpa nel giardino della casa dove abita Nico, un bambino di 11 anni, con i suoi genitori.

La storia si sviluppa intorno a Maciste, la talpa, e al cacciatore di talpe, tal Gino Bandiera, un uomo che sembra davvero un Maciste, ex campione di pugilato quasi cieco.



Tra il bambino e il cacciatore di talpe nasce un legame speciale che Nico, affascinato dai racconti di una vita spesa tra il pugilato, il circo e la caccia alle talpe, non dimenticherà mai.

Maionese, ketchup o latte di soia

di Gaia Guasti, tradotto da Silvia Rogai
Camelozampa Edizioni, Monselice (PD) 2016
pp. 110, € 10,90



L'autrice è italiana ma il libro lo ha scritto in francese ed è stato tradotto nella nostra lingua dall'autrice stessa con l'aiuto di una professionista, Silvia Rogai appunto. Curiosa storia che riesce a mettere insieme con tono leggero e divertente l'alimentazione con l'amicizia, i pregiudizi con la conoscenza, la meditazione con i bulli. Protagonisti due ragazzini, entrambi orfani (lei di madre, lui di padre), lei vegana, lui grande consumatore di latte e nutella ma curioso, che diventeranno amici come i loro genitori. La diversità di Elianor diventa lo spunto per parlare di altre differenze.

Quella peste di Sophie

di Contessa di Ségur, illustrato da Sophie De La Villefroit, tradotto da Maria Vidale Donzelli Editore Roma 2016
pp. 196, € 28,00



Volume elegante e molto fresco nonostante la prima pubblicazione risalga al 1858: l'autrice, Sophie, come la protagonista e l'illustratrice, ha scritto questo libro grazie alle storie che raccontava ai suoi 8 figli ed è stato un tale successo che ne ha pubblicati altri due. Tradotto per la prima volta in italiano ci trasporta in un'era lontanissima in cui i bambini erano educati con rigore ma anche lasciati molto a giocare da soli. Colpisce l'età di Sophie, 4 anni: alla sua età i nostri bambini sono considerati ancora molto piccoli mentre a lei vengono richiesti compiti e comportamenti oggi quasi impensabili.

Ulisse racconta

di Mino Milani, illustrato da Amalia Mora
Edizioni Einaudi EL 2015
pp. 246, € 18,00

Il formato di questo libro, 23x20, è già una sorpresa e riporta alle vecchie edizioni dei classici per ragazzi e questo è un super classico. Solo Mino Milani, prolifico autore or-

mai novantenne, poteva avventurarsi a raccontare l'Odissea senza nulla togliere alla bellezza della storia. Chissà, forse i giovani lettori divenuti adulti apprezzeranno l'opera di Omero ma, in ogni caso, ricorderanno l'audacia e il coraggio del protagonista, qualità rare, oggi, secondo l'autore.



Categoria 11/15 anni

L'estate che conobbi il Che

di Luigi Garlando
Rizzoli, Milano 2015
pp. 178, € 15,00

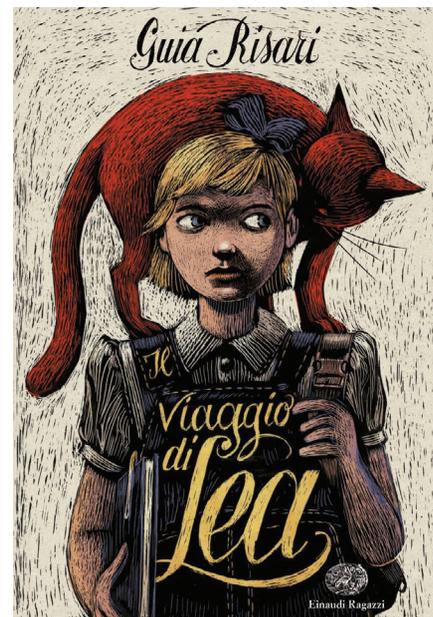


Cesare, il protagonista, vive in una grande villa insieme ai genitori e alla sorella. Il padre, imprenditore del legno come il nonno, non ha rapporti con quest'ultimo mentre il bambino gli è molto legato. Quando il nonno finisce in ospedale, Cesare lo va a trovare e il nonno, per spiegare un tatuaggio del Che che ha su una spalla, gli racconta la vita di Guevara. L'intreccio tra la storia del

Che, la malattia del nonno, i mondiali di calcio e la crisi economica, è fluido e rigoroso. Garlando riesce nel miracolo di tenere insieme argomenti ostici e complessi mantenendo una scrittura leggera.

Il viaggio di Lea

di Guia Risari, illustrato da Jacopo Bruno
Edizioni EL, 2016
pp. 221, € 14



Considerato un romanzo di formazione, parte dalla tragica perdita dei genitori che spinge Lea, dodicenne inquieta, a un lungo viaggio alla ricerca di risposte sui perché della vita e della morte. Il viaggio si snoda tra incontri con personaggi fantastici accompagnata da Porfirio, il suo gatto parlante. Incontrerà anche la Signora Morte, che per fortuna non è ancora pronta per lei. Alla fine del viaggio ritroverà la serenità perduta e tornerà all'affetto del nonno.

Nove braccia spalancate

di Benny Lindelauf, tradotto da Anna Patrucco Becchi, illustrato da Isabella Labate
San Paolo Edizioni, Milano 2016
pp. 294, € 15,00

Il libro è prima di tutto un omaggio dell'autore alla nonna e alle storie che gli raccontava. Romanzo ambientato nella campagna olandese, ci regala una saga familiare appassionante. Arrivati all'ultima pagina sarà difficile separarsi dalla famiglia Boon. Voce narrante Fing che divide le sue giornate tra la scuola e i lavori di casa con Muulke e Jes, le sue sorelle. Vivono insieme al padre, vedovo, e ai quattro fratelli in una casa molto precaria vicino a un cimitero. La nonna è il punto di riferimento per tutti. Il testo comprende parole del dialetto limburghese che un glossario in

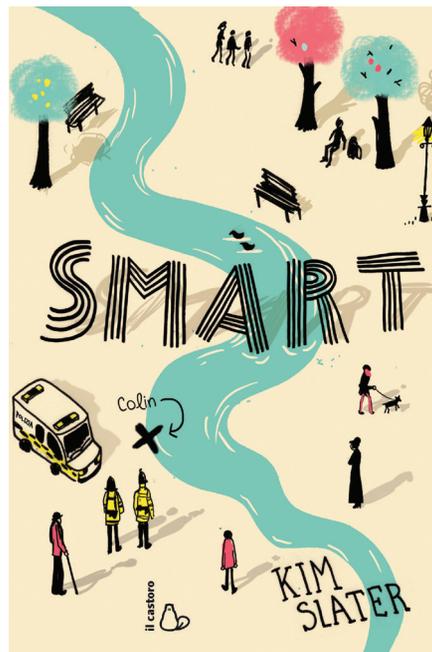
fondo al libro ci traduce: coraggiosa la scelta di lasciare una quindicina di parole in lingua originale, così che pare quasi di udire le voci che imprecano.



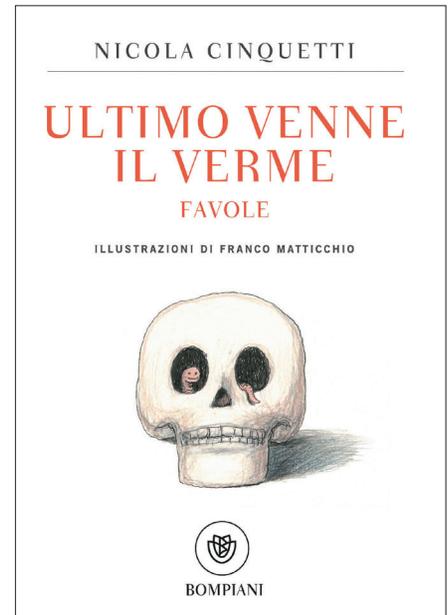
Smart
di Kim Slater, tradotto da Anna Carbone
Il Castoro Edizioni, Milano 201
pp. 230, € 15,50

Molto più che un poliziesco anche se non mancano il morto, la polizia e la suspense, *Smart* racconta di un ragazzo "sveglio" e

particolare che vive in una situazione di marginalità e violenza. L'autrice riconosce che il suo protagonista ha modalità autistiche di relazione ma non ha voluto utilizzare etichette preferendo uno stile narrativo che ci facesse amare il ragazzo e casomai ci facesse temere per la sua incolumità indipendentemente dalle categorie diagnostiche. Il protagonista, Kieran, è un bambino intelligente, ama disegnare e i suoi disegni hanno dettagli così precisi che, da modalità di elaborazione di storie più grandi di lui, diventeranno strumenti di denuncia per un lieto fine.



Ultimo venne il verme
di Nicola Cinquetti, illustrato da Franco Maticchio
Bompiani Edizioni, Milano 2016
pp. 154, € 12,00



Più che di favole, come recita il sottotitolo, si tratta di 56 storie e storielle dove gli animali la fanno da padrone. Prevale il nonsense, a volte la storia è brevissima e fulminante, altre volte di riga in riga sorprende e il divertimento è assicurato. Finalmente poi impariamo perché le cicogne portano i bambini... non è cosa da poco.



ABBONATI SU
bit.ly/uppa-acp



PER I SOCI ACP
PACCHETTI DA 10 COPIE
A SOLI 24,00 € L'ANNO

Tutto quello che vuoi: presente e passato nel terzo film di Francesco Bruni



Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi, Roma

Tutto quello che vuoi

Regia: Francesco Bruni

Con: Giuliano Montaldo, Andrea Carpenzano, Arturo Bruni, Vittorio Emanuele Propizio, Donatella Finocchiaro

Italia, 2017

Durata, 106'



Ricomincia da tre anche Francesco Bruni. Dopo *Scialla* (2001) e *Noi 4* (2014) ecco *Tutto quello che vuoi*. Non un capolavoro, ma un film godibile sul presente e sul passato, poetico e prosaico, leggero e pesante, in grado di attirare l'attenzione di giovani e anziani. Al centro della vicenda un ragazzo e un vecchio. Il primo si chiama Alessandro, ha ventidue anni, è ignorante

e attaccabrighe, non ha voglia di lavorare, ha un pessimo rapporto con il padre e con la donna straniera che ha preso il posto della madre, scomparsa quando lui era ancora in tenera età. Il secondo si chiama Giorgio, ha ottantacinque anni, ha combattuto in Toscana da partigiano durante la seconda guerra mondiale a fianco degli americani che risalivano verso il Nord, è un poeta che, affetto dal morbo di Alzheimer, vive confondendo nomi e persone. Due mondi che Bruni fa incontrare prendendo lo spunto dal vissuto familiare e proiettando la malattia di suo padre in un Giuliano Montaldo che, come ha pubblicamente dichiarato, è stata "la prima persona di cinema importante" incontrata appena giunto a Roma. Il regista di *Gott mit uns*, *Sacco e Vanzetti*, *Giordano Bruno* e *L'agnese va a morire* (qui nei panni di Giorgio) non impartisce al giovane Andrea Carpenzano (Alessandro) solo lezioni di recitazione, ma anche di vita. Ed è su questo aspetto che conviene riflettere, sorvolando su alcune sequenze (come i pestaggi tra arroganti giovani trasteverini, l'intrusione collettiva in casa altrui, la tresca amorosa tra Alessandro e la madre del suo amico, il poco credibile furto al supermercato, il viaggio in Toscana dell'allegra brigata, l'improvvisa arrendevolezza della polizia stradale, il ripescaggio da palombari del tesoro-reperto storico, ecc.) che sembrano inserite per alleggerire la tensione, strappare sorrisi e accontentare i gusti dello spettatore medio.

Lezioni di vita, si è detto. Lezioni che riguardano temi già trattati dal cinema, ma

che è bene ricordare di tanto in tanto, perché l'Alzheimer non guarda l'età delle persone e miete vittime anche tra i giovani. A legare i rapporti tra genitori e figli, giovani e vecchi, sani e malati, colti e incolti, Bruni suggerisce un salutare rimedio: l'importanza dei ricordi. Una delle malattie più sottili del nostro tempo è l'amnesia. L'avvento dei media ha provocato ondate di notizie che si sovrappongono da un giorno all'altro e si cancellano senza lasciare tracce. Se parliamo ai giovani dell'"11 settembre" sono in molti a non sapere quello che è accaduto appena 16 anni fa. Alessandro, che considera la guerra del partigiano Giorgio come una pagina di preistoria, non è un'eccezione. Per il recupero dei valori e del passato ecco, allora, una medicina a portata di tutti: la sosta. È questa la nota più poetica e più bella del film. Passeggiare all'aria aperta e sedersi su una panchina, però, non è sufficiente. È indispensabile trovare la compagnia giusta. Il giovane superficiale e arrogante sostiene solo fisicamente l'anziano poeta; al tirar delle somme, le loro parti si invertono e sarà Alessandro ad aggrapparsi a Giorgio. La sua *crescita*, com'è naturale, avviene a tappe: dal fastidio, all'accettazione; dalla curiosità, al tornaconto; dalla riscoperta del passato, al rispetto per chi ha lottato per la libertà; dall'affetto, al dolore della perdita. Fino a quel "ti voglio bene" finale, sussurrato da Alessandro al padre, che attesta la presa di coscienza dei propri errori e l'avvenuta maturità.

✉ italospada@alice.it

Info: notizie sulla salute



Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

Il bilancio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

L'Assemblea dell'OMS nel mese di maggio ha approvato il bilancio proposto di 4421 milioni di dollari Usa per il biennio, che include un 3% (28 milioni) per l'aumento degli Stati membri nel periodo 2018-2019. Il bilancio approvato definisce le priorità OMS in linea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile. Comprende un aumento di investimenti nella nuova OMS per il programma Emergenze di salute (\$69,1 milioni) e la lotta contro la resistenza antimicrobica (\$23,2 milioni). Dal punto di vista scientifico l'Assemblea ha preso nuove decisioni relative alla poliomielite, alle situazioni di pandemia influenzale e al personale sanitario.

Poliomielite

I delegati hanno riconosciuto gli sforzi per porre fine alla trasmissione della polio negli ultimi tre Paesi endemici: Afghanistan, Nigeria e Pakistan. Ma hanno anche espresso preoccupazione per la continua carenza di vaccino contro la polio e preso atto della necessità urgente di contenere il poliovirus. La Global Polio Eradication Initiative (GPEI) è stata lanciata nel 1988, a seguito dell'adozione di una risoluzione per l'eradicazione mondiale della poliomielite alla 40^a Assemblea OMS. Da allora, il numero di casi di polio è sceso di oltre il 99,9%.

L'iniziativa ha anche rafforzato la capacità dei Paesi di affrontare altri problemi di salute, per esempio attraverso una migliore sorveglianza delle malattie; una maggiore immunizzazione e il rafforzamento dei sistemi sanitari; un sistema di preallarme, l'organizzazione dell'emergenza e della risposta alle epidemie. I delegati hanno anche deciso di dare una risposta globale alla polio dal punto di vista della sua eradicazione, riconoscendo l'importanza di sviluppare una strategia per definire le funzioni necessarie a sostenere un mondo libero da questa malattia. Lo sviluppo di questa strategia di certificazione post-eradicazione è in corso, e sarà presentata al Consiglio Direttivo e all'Assemblea il prossimo anno. I delegati hanno chiesto al direttore generale di prendere in conside-

razione la transizione post-polio come priorità organizzativa urgente e hanno sottolineato la necessità di garantire che tali esigenze siano completamente integrate nello sviluppo della prossima pianificazione biennale OMS.

Pandemia influenzale

I delegati hanno ribadito il ruolo fondamentale dell'OMS svolto nel caso della pandemia influenzale come uno strumento internazionale che facilita l'accesso rapido contro i virus di una potenziale pandemia umana, con un'analisi dei rischi e la condivisione rapida dei vaccini e di altri benefici.

Hanno sottolineato anche l'importanza di dare priorità a questo argomento e sostenere la preparazione alla risposta alla pandemia di influenza anche attraverso il rafforzamento della sorveglianza interna stagionale del virus dell'influenza, la produzione e la capacità di regolamentazione e il coordinamento internazionale e la collaborazione attraverso il sistema di sorveglianza e risposta attraverso il Global Influenza Surveillance e di reazione (GISRS) per individuare rapidamente virus influenzali con potenziale pandemico.

Personale sanitario

L'Assemblea ha approvato un piano d'azione quinquennale in base al quale OMS collaborerà con l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL), e l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) per affrontare il deficit della forza lavoro nei settori della salute e del sociale e contribuire agli sforzi internazionali per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile.

Il piano invita i Paesi a considerare la forza lavoro in questi settori come un investimento piuttosto che un costo. OIL e OCSE svilupperanno azioni intersettoriali su cinque fronti: sostegno politico; rafforzamento dati; educazione, competenze e posti di lavoro dignitosi per gli operatori sanitari e sociali; aumento delle risorse per costruire la salute e la forza lavoro sociale; massimizzazione dei vantaggi che possono essere ottenuti dalla mobilità internazionale degli operatori sanitari.

Il lavoro si concentra inoltre sulla massimizzazione dell'empowerment economico delle donne e la relativa partecipazione e si rivolge alla salute e sicurezza sul lavoro, alla protezione e alla sicurezza della salute e della forza lavoro.

Il piano d'azione OMS sulle risorse umane per la salute, Workforce 2030, prevede di facilitare l'attuazione delle raccomandazioni della Commissione e del Segretario Generale delle Nazioni Unite per l'occupazione e la crescita economica sulla salute: con i cambiamenti che caratterizzano la popolazione, la domanda globale di operatori sanitari raddoppierà entro il 2030.

Regolamento sanitario internazionale

I delegati hanno sottolineato l'urgenza di realizzare la piena attuazione del Regolamento sanitario internazionale, lo strumento giuridico internazionale progettato per aiutare la comunità globale a prevenire e rispondere ai rischi per la salute pubblica che hanno il potenziale di superare le frontiere e minacciare tutto il mondo.

Il Regolamento definisce i diritti e gli obblighi dei Paesi di segnalare eventi di salute pubblica e stabilisce una serie di procedure che l'OMS deve seguire per sostenere la sicurezza sanitaria mondiale. I delegati hanno chiesto al direttore generale di lavorare con gli Stati membri per sviluppare un piano strategico quinquennale globale per una risposta alla salute pubblica da sottoporre all'Assemblea nel 2018. Il piano strategico prevede di concentrarsi sull'utilizzo di un approccio intersettoriale, sull'integrazione con il sistema sanitario, sui contesti fragili, su un finanziamento nazionale per la sostenibilità, sull'equilibrio tra elementi vincolanti e volontari, con un focus sul monitoraggio.

Sepsi

I delegati hanno approvato una risoluzione per migliorare la prevenzione, la diagnosi e il trattamento della sepsi. La maggior parte delle infezioni possono essere evitate migliorando l'igiene, l'accesso alle vaccinazioni e con altre misure di prevenzione dell'infezione.

La risoluzione sollecita i governi a rafforzare le politiche e i processi relativi alla sepsi,

soprattutto per prevenire le infezioni e l'ulteriore diffusione della resistenza antimicrobica. Inoltre la risoluzione sottolinea l'importanza di rafforzare la formazione degli operatori sanitari per riconoscere e affrontare efficacemente le varie condizioni, migliorare il monitoraggio e la segnalazione dei casi, e promuovere la ricerca per sviluppare ulteriori strumenti per la diagnosi e il trattamento della sepsi.

La risoluzione infine impegna l'Organizzazione ad aiutare i Paesi a sviluppare le necessarie infrastrutture, le capacità di laboratorio, le strategie e gli strumenti. Si chiede anche di lavorare insieme per aiutare i Paesi in via di sviluppo e metterli in grado di accedere a qualità e trattamenti contro la sepsi efficaci, convenienti e sicuri, e strumenti per la prevenzione delle infezioni e il controllo, tra cui l'immunizzazione.

Il marketing dei vaccini in India

La rivista indiana *Outlook* ha pubblicato una serie di articoli sul business dei vaccini in India. Nel primo articolo, "L'avidità dei venditori di vaccini è diventata virale" [1], si denuncia l'eccessivo uso di vaccini sempre più costosi e a volte di non provata efficacia nel settore sanitario privato, prevalente in India rispetto a quello pubblico. In questo settore, i prezzi sono gonfiati tra il 30% e il 300% in più rispetto a quelli pagati nel settore pubblico, ovviamente a carico degli utenti. C'è una totale mancanza di regolazione del mercato e non vi sono registri affidabili. L'Associazione Indiana di Pediatria (AIP) si è trasformata in una lobby al servizio dell'industria. Molti associati hanno rivelato al giornalista che firma l'articolo, dopo aver garantito l'anonimato, che, una volta approvata l'immissione sul mercato di un nuovo vaccino, i loro ambulatori sono presi d'assalto dai rappresentanti dell'industria che distribuiscono regali e finanziamenti di ogni tipo in cambio di prescrizioni. L'AIP stessa riceve numerose ricche donazioni da ditte indiane e straniere: 55 milioni di rupie nel 2016 (oltre 800.000 euro). E non esistono regole per gestire questi conflitti d'interesse. Nel secondo articolo, "I vaccini gratuiti non sono liberi da mano straniera" [2], l'autore analizza la risposta del governo indiano al problema di cui sopra. In pratica una non risposta, por-

tando il giornalista a chiedersi se il governo usi le finanze pubbliche per la salute dei cittadini o per i profitti delle ditte, in maggioranza multinazionali straniere. Sembra infatti essere assente una politica nazionale sui vaccini, il cui mercato è completamente libero, una volta approvato il prodotto.

Il terzo articolo, "Il denaro di Big Pharma sta corrompendo la pediatria accademica" [3], è un'intervista al Dr Vipin Vashishtha sui rapporti tra l'AIP e l'industria. Dopo aver scritto una lettera aperta in cui denunciava la corruzione rampante all'interno dell'associazione, il Dr Vipin Vashishtha è stato espulso dalla stessa. In particolare aveva rivelato come molti pezzi grossi dell'AIP fossero membri dei comitati consultivi delle ditte e ricevessero emolumenti di vario tipo per organizzare, per conto delle stesse, programmi di ECM, ovviamente senza rivelare la provenienza dei fondi. Gli stessi accademici erano anche responsabili delle raccomandazioni sul calendario vaccinale da usare negli ambulatori pediatrici.

Il quarto e ultimo articolo, "Non c'è bisogno di regolare il settore privato" [4], contiene un'intervista a Pradeep Haldar, vice direttore per le vaccinazioni presso il Ministero della Salute e presidente del Comitato nazionale per i vaccini in India. L'intervistato conferma la totale assenza di regolamentazione per i vaccini nel settore privato, che tende ad attuare più su base individuale che collettiva, senza attenersi cioè alle politiche e alle priorità della salute pubblica. Normale, secondo il funzionario, che nel settore privato si usino più vaccini che in quello pubblico, anche in conseguenza della domanda da parte di famiglie che se li possono permettere.

(Fonte: Nograzie)

1. <http://www.outlookindia.com/magazine/story/vaccine-vendors-greed-gone-viral/298718>.

2. <http://www.outlookindia.com/magazine/story/free-vaccines-arent-free-of-the-foreign-hand/298722>.

3. <http://www.outlookindia.com/magazine/story/pharma-money-is-corrupting-paediatrics-academy/298720>.

4. <http://www.outlookindia.com/magazine/story/no-need-to-regulate-the-private-sector/298723>.

Il Ministero della Salute delle Filippine proibisce le donazioni di sostituti del latte materno durante le emergenze.

In seguito agli attentati di maggio a Marawi City e in altre aree, dove sono state trasferite tante famiglie, il Ministro della Salute ha rinnovato l'appello alle madri di continuare ad allattare ed evitare l'uso di sostituti del latte materno, richiamando l'attenzione alla protezione, alla promozione e al sostegno delle buone pratiche alimentari per neonati e bambini.

Il latte materno rimane l'alimento naturale per neonati e bambini piccoli anche nelle situazioni di emergenza. L'uso dei sostituti del latte materno invece espone i bambini a un maggiore rischio di infezioni intestinali e del tratto respiratorio, in particolare modo in assenza di acqua potabile e in situazioni igieniche critiche.

Il Ministero ha ribadito che le donne possono continuare ad allattare anche in situazioni di emergenza, soprattutto quando le comunità le sostengono, nonostante le diffuse credenze opposte. Sollecitando tutte le agenzie governative coinvolte, inclusi gli ospedali, le comunità e le altre parti interessate, a impegnarsi affinché alle donne vengano offerte zone sicure e riservate dove poter allattare i loro bimbi e ricevere sostegno, e dove vengano aiutate a offrire loro alimenti sicuri a partire dai sei mesi.

La portavoce del Ministero afferma che le donazioni di latti formulati, in conformità con quanto stabilito dall'Ordine Esecutivo 51, dal Codice Filippino e dall'Ordine Amministrativo del Ministero della Salute, sono vietate.

Le linee guida filippine sull'accettazione di donazioni locali e straniere in situazioni di emergenze e catastrofi naturali prevedono che i produttori, distributori e ditte impegnate nel marketing, affiliate con ditte del latte e di alimenti per la prima infanzia, devono ottenere il permesso da parte del Comitato apposito prima di poter fornire somme di denaro o donazioni di latti.

Il Ministro ha sottolineato che il supporto logistico nella Regione di Mindanao è ritenuto sufficiente e che non c'è bisogno di donazioni di alimenti per la prima infanzia.

(Fonte: lbfan Italia)

Lettere



Sigarette elettroniche e rischio di intossicazione nel bambino

Caro direttore,

il rischio di avvelenamento da nicotina per ingestione di tabacco è ben noto e può avvenire per ingestione di residui di sigaretta, ma anche di sostituti del tabacco come gomme da masticare o cerotti. La nicotina è rapidamente assorbita nella mucosa orale e nel tratto intestinale, e gli effetti tossici sono legati alla produzione di svariati neurotrasmettitori che sovrastimolano i recettori nicotinici del sistema nervoso centrale e autonomo. Negli USA i casi di avvelenamento da nicotina sono triplicati dal 2010 al 2013 e gran parte di questo incremento è attribuibile alla recente diffusione delle sigarette elettroniche (SE) e dei relativi liquidi a elevata concentrazione di nicotina [1-3].

Recentemente ci siamo imbattuti in un caso di avvelenamento da nicotina in un neonato di pochi giorni al quale era stata somministrata, per errore, una quantità non trascurabile (poco meno di 1 mg/kg) di nicotina liquida per SE diluita in aromatizzante (Enjoy Svapo – Pera Avvelenata (!)) al posto della consueta dose di vitamina D. La comparsa dei sintomi è stata rapida con brevi apnee, tachicardia, spasmi, ipossia e cianosi. Il monitoraggio in ospedale e l'idratazione endovenosa con gastroprotezione sono stati sufficienti a risolvere il quadro clinico nell'arco di poche ore. Il rischio, tuttavia, è stato considerevole dal momento che la dose media letale va da 1 a 13 mg/kg e che 5 ml di una soluzione 1,8% di nicotina può essere mortale per un adulto di 90 kg. Gli effetti tossici sono dose-dipendenti con sintomi gastrointestinali (nausea, vomito), cefalea, tremori, tachicardia, pallore e ipotensione entro due ore dall'assunzione fino alle convulsioni, bradicardia e paralisi dei muscoli respiratori.

I profili di rischio di avvelenamento per i bambini sono almeno di tre tipi (escludendo la semplice esposizione al fumo passivo). I flaconcini che contengono i liquidi per SE sono dotati di contagocce, sono privi di chiusura di sicurezza e hanno etichette molto attraenti dal punto di vista grafico e dei colori. La tentazione per un bambino può essere forte. In secondo luogo,

| Prodotto | Contenuto di nicotina |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Mozzicone di sigaretta | 4-5 mg |
| Sigaretta | 13-30 mg |
| Cerotto alla nicotina usato | 83 mg |
| Liquido per sigaretta elettronica | 6-72 mg/ml |

go, la concentrazione di nicotina in queste soluzioni è generalmente molto elevata (Tabella 1) e sono sufficienti piccole quantità per dare effetti tossici pericolosi. Da ultimo, come è accaduto nel nostro caso, la somiglianza dei contenitori con i più comuni preparati in gocce per bambini può, per una disattenzione, indurre in errore i genitori. A nostro avviso, è opportuno che il pediatra abbia presente questa "nuova" fonte di incidenti domestici e ne informi i genitori che utilizzano le SE.

Fabio Capello, Enrico Valletta
 UO di Pediatria
 AUSL della Romagna, Forlì

- Gill N, Sangha G, Poonai N, Lim R. E-Cigarette Liquid Nicotine Ingestion in a Child: Case Report and Discussion. CJEM 2015;17:699-703.
- Gupta S, Gandhi A, Manikonda R. Accidental nicotine liquid ingestion: emerging paediatric problem. Arch Dis Child 2014;99:1149.
- Seo AD, Kim DC, Yu HJ, Kang MJ. Accidental ingestion of E-cigarette liquid nicotine in a 15-month-old child: an infant mortality case of nicotine intoxication. Korean J Pediatr 2016;59:490-3.

Vaccine hesitancy e...

Leggo sempre con piacere Stefania che recensisce (Manetti S. Vaccinazioni: tra il dire e il fare... Quaderni acp 2017;24:68-9) il lavoro del SAGE dell'OMS con particolare attenzione all'hesitancy. Non posso che condividere i determinanti che porteranno alla piena adesione alla vaccinazione o viceversa al rifiuto, riassunti nelle tre C di convenienza (servizi vaccinali offerti con tempi e luoghi idonei ecc.), compiacenza (anch'io ho preso il morbillo da piccolo e non sono morto ecc.) e confidenza (fiducia in chi offre la vaccinazione, nel vaccino ecc.). Si sa però che tra il dire e il fare..., come allude anche il titolo del testo, c'è di

mezzo il mare. Un mare che in Emilia Romagna si è allargato da quando negli ultimi anni si sono ridotte le sedi vaccinali, aumentata l'offerta (il MenB ancora prima che venisse inserito nel PNV) e, per supplire al calo dei pediatri vaccinatori, si è fatto ricorso ai giovani della continuità assistenziale che potranno fare dei numeri ma non certo aumentare, privi di una specifica competenza, la confidenza nelle vaccinazioni. A fronte di numeri dei vaccini in costante calo la regione ER, e non solo, pensa di risolvere con l'obbligo di cui avremo modo di verificare presto l'impatto. Con il paradosso che in ER nelle neonate case della salute non si fanno vaccinazioni perché probabilmente... non sono così importanti per la salute. A mio avviso (ma il re è nudo) la rete dei pediatri di famiglia potrebbe rispondere in pieno ai requisiti di cui sopra (vicino a casa, dal pediatra che conosci), cosa che non è solo un'ipotesi campata in aria perché questo succede già in Toscana dove tra l'altro i numeri sono buoni.

Cari colleghi, lo so che siamo tutti per i vaccini e che li caldeggiamo ai nostri assistiti a ogni contatto; questo però non basta più e anzi suona, senza un nostro coinvolgimento più diretto, come il vietato armiamoci e partite.

Sollecito un contributo dei colleghi toscani che documenti la loro esperienza per rispondere a un silenzio assordante in proposito nella categoria e nella stessa ACP. Nulla vedo in proposito sulla rivista e non trovo neppure una volta la parola vaccinazioni nel lungo e dettagliato documento ACP di due anni fa (Siani P. La salute dei bambini in Italia. Dove va la pediatria? Quaderni acp 2015;22:44-50). Perché poi come scrivono alcuni gufi (saggi) "l'ACP ha avuto un inizio, ha vissuto una vita molto intensa, ha prodotto cose inimmaginabili, ma a nostro avviso avrà anche una fine non lontana se le cose rimarranno così come sono" (Spataro A e Ciotti F. Quale futuro per l'ACP? Quaderni acp 2015;22:39). E questo temo valga non per la sola ACP (poco male si dirà) ma per tutta la pediatria di famiglia.

Giuseppe Boschi, PLS
 Quattro Castella (RE)

Caro Giuseppe, grazie per le tue riflessioni. È un momento molto difficile per la sanità pubblica italiana, in tutte le regioni, anche in quelle virtuose. Anche se in Italia la sanità pubblica e le vaccinazioni sono state da sempre punti forti del nostro sistema sanitario, con la regionalizzazione l'armonizzazione in tema di vaccinazioni è sicuramente saltata.

Il problema dell'esitazione vaccinale è un problema globale, che investe sia i Paesi in via di sviluppo che quelli ricchi. Come tu sottolinei, uno degli elementi cruciali per ridurre l'esitazione in tema di vaccinazione è una corretta informazione, indipendente e oggettiva.

Questo comporta una attenta formazione degli operatori dei servizi vaccinali e anche la presenza di personale adeguato ai bisogni dei centri.

In periodo di "magra", come quello che stiamo vivendo, il personale manca, e in momenti come questi la prevenzione è la prima area a risentirne.

Condivido pienamente con te che la possibilità di ottimizzare le risorse esistenti possa essere una modalità per superare queste difficoltà. In regione Campania, la regione in cui opero, in alcune ASL, tra cui la mia, i pediatri di famiglia possono vaccinare i propri pazienti presso i centri vaccinali. Nel mio distretto (80.000 abitanti e 11 pediatri di famiglia) sono circa 7 anni che l'offerta vaccinale funziona con i pediatri di famiglia; negli ultimi due anni tutti i pediatri del distretto hanno aderito; fino a due anni fa il 75% dei pediatri vaccinava presso il centro vaccinale.

Siamo nella ASL (una ASL con una popolazione di 1.500.000 abitanti e 150 pediatri circa) il distretto che ha la copertura vaccinale più alta. A seguito di tutto ciò, da circa un anno, l'ASL ha esteso questa possibilità a tutti i pediatri di famiglia dei vari distretti.

Se il pediatra di famiglia ha un senso, e io continuo a credere che lo abbia, è proprio quello di fare prevenzione e di sostenere le competenze dei genitori attraverso le sue di competenze, che devono essere finalizzate anche a questo. Qui entra in gioco il ruolo della formazione dei giovani pediatri, che da questo punto di vista continua a essere molto carente. Qui entra in gioco anche il lavoro nostro, dei pediatri oramai "vecchi" e di quelli meno "vecchi" che dovrebbero, e molti lo fanno già, centrare la propria pratica quotidiana nella promozione della salute attraverso la promozione di pratiche a sostegno della genitorialità (NpL, NpM, strumenti per la valutazione del neurosviluppo...).

Sull'obbligo vaccinale non ti so rispondere, non essendo un'esperta. Posso esprimere le mie perplessità: credo che occorra investire sui centri vaccinali, sulla informazione accurata alle famiglie (quando si parla di vaccini, e oramai con il nuovo PNV sono tantissimi, bisogna parlare in maniera oggettiva della bontà delle vaccinazioni, ma anche essere in grado di rispondere alle ansie dei genitori, degli effetti avversi che ci sono ma sono rarissimi...).

L'esitazione vaccinale è un fenomeno in crescita che incide sulle scarse coperture; è vero che ci sono quelli che poi... vaccinano, ma nel periodo in cui non vaccinano espongono il proprio bambino e quelli degli altri al rischio di malattia. L'obbligo vaccinale mi appare come un tentativo di rispondere in maniera parziale a un fenomeno complesso che necessita invece di un approccio su più fronti, con interventi diversi: schierarsi in maniera netta, rigorosa e scientifica contro i nostri colleghi che non vaccinano, implementare i servizi, formare il personale.

Come pediatri sappiamo bene che i bambini imparano imitando i propri genitori, forse potremmo anche dire che i genitori imparano imitando i propri medici, generalisti e pediatri. Se noi operatori non ci vacciniamo, non possiamo poi pretendere che gli altri si vaccinino, né essere convincenti quando proponiamo una vaccinazione.

Stefania Manetti, PLS
Piano di Sorrento (NA)

Lettera a Carlo e alla mia generazione

Quando vado a trovare il mio maestro Biasini per scrollarmi dalla mia pigrizia "riminese" aggravata dalla pensione, quasi sempre egli mi dà qualcosa da leggere o da studiare come compito per casa. Stavolta mi ha dato l'ultimo numero di *Quaderni acp* (n. 3) e il libro di Carlo Corchia sulla "Denatalità in Italia".

Confesso pubblicamente che di solito leggo tutto con frettolosa superficialità a meno che qualcosa non mi colpisca al cuore. Carlo era uno che viveva e scriveva con la ragione e con il cuore, e la pagina 17 del suo libro mi ha fermato. Sulla sua partenza da Sassari così conclude: "Poi col passare degli anni, questo periodo d'oro prese a esaurirsi. Agli inizi degli anni '90 l'azienda, l'organizzazione del lavoro cambiava, l'attenzione veniva data più ad aspetti burocratici/gestionali e meno a quelli umani e alla continuità delle cure, nuove esigenze nascevano dentro di me. Così, approfittando di una nave di passaggio e di una favorevole congiunzione astrale,

mi imbarcai ancora per intraprendere un altro viaggio, animato dal desiderio di fare nuove esperienze. Forse, nonostante oggi la mia attività clinica sia terminata, non ho ancora finito".

Ora, come coetaneo di Carlo, io penso che quanto lui dice valga per tutta la nostra generazione. Non abbiamo ancora finito. Forse non finiremo più. Forse abbiamo sbagliato a prendere quella nave, a lasciare le nostre coste, ad abbandonare le nostre terre ai barbari senza colpo ferire. Non ci siamo opposti alla aziendalizzazione, alla burocrazia, alla gestione amministrativa della salute, alla mostruosità di un ente dalla testa enorme e cieca senza mani che curano e senza piedi sulla terra degli ultimi. Abbiamo abdicato alla forza della nostra rete professionale e abbiamo aperto le nostre borse per un piatto di lenticchie. Perciò il "Manifesto per la creazione di un fronte comune per la difesa del Sistema Sanitario Nazionale" a pag. 142 dei *Quaderni*, che benedico, mi pare oramai tardivo. Stiamo chiudendo la stalla che i buoi sono già scappati. I burocrati pubblici e gli speculatori famelici del privato si stanno divorando quel poco che resta e noi ci arabbattiamo con interventi surrogati perché privi di una "mente pubblica". Tale, per fare solo un esempio, mi pare il Programma 1000 giorni di Roma a pag. 113 di *Quaderni*. Grandissima passione, grandissimo sforzo, immensa fatica in una zona degradata di Roma per la presa in carico di 30 donne, quasi tutte straniere e con risorse economiche scarse o nulle. Eppure questa iniziativa straordinaria sancisce un fallimento pubblico, il fallimento del Consultorio Familiare, istituito esattamente per quelle finalità nel 1978 e lasciato morire di inedia. Al suo posto dovunque in Italia, anche in Romagna, sono sorti come funghi centri comunali e non, sotto varie denominazioni e colori, privi di rete, di organizzazione, di "mente comune".

Se fosse ancora possibile salvare il Servizio Sanitario Nazionale, dovremmo rifondare, come dice il "Manifesto", servizi socio-sanitari pubblici su territori limitati e omogenei, con professionisti che rispondono soltanto per la qualità delle cure scientificamente condivisa. Una utopia. Dovremmo avere dentro una forza e una cattiveria che con abbiamo più. Corrose per sempre dentro ciascuno di noi da un po' di denaro, un po' di potere.

Francesco Ciotti

FaD 2017

www.acp.it

Q ACP

✓ La tubercolosi nell'infanzia: cosa deve ancora sapere e saper fare il pediatra

M. Farneti, C. Farneti

✓ Algoritmo diagnostico delle anemie in età pediatrica

L. Sainati, R. Colombatti, F. Menzato, V. Muneretto M.C. Putti

✓ Segnali d'allarme in età pediatrica delle evoluzioni disarmoniche o psicopatologiche dell'età adolescenziale e adulta

L. Rinaldi

✓ Il bambino neglect: cosa deve sapere il pediatra

C. Berardi, A. Paglino

✓ Il trattamento di urgenza delle aritmie in età pediatrica

R. Paladini

✓ Dalla prevenzione alle nuove terapie: gestione condivisa del bambino con fibrosi cistica

G. Magazzù, C. Lucanto

◦ **Qualità elevata**
... senza sponsor

• **Problematicità**

• **Interattività**

• **Messa in pratica**

18
ECM*

Editoriale

145 ACP. Lavori in corso

Federica Zanetto

148 Counselling vaccinale: serve o non serve?

Patrizia Elli

149 Il dottore dei libri

*Michele Gangemi***Formazione a distanza**

150 Il bambino neglect: cosa deve sapere il pediatra

*Carla Berardi, Alessandra Paglino***Infogenitori**

158 La prima volta che siamo nati

*Stefania Manetti***Ricerca**

159 Abilità conversazionali assertive e responsive nei bambini late talker di 24-36 mesi

*Serena Bonifacio, Luigi Girolametto, Marcella Montico***Research letter**

163 Le comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al Congresso Tabiano XXVI

Salute mentale

167 Disturbo dello Spettro Autistico ad alto funzionamento

*Rubrica a cura di Angelo Spataro.**Intervista di Massimo Soldateschi ad Antonio Narzisi***Aggiornamento avanzato**

169 Nuove indicazioni allergologiche per l'alimentazione complementare

*Carlo Caffarelli, Dora Di Mauro, Carla Mastrorilli, Francesca Cipriani, Giampaolo Ricci***Osservatorio internazionale**

174 Agevolazioni per la celiachia: a rischio in Gran Bretagna?

*Paola Fernicola, Fabio Capello, Enrico Valletta***Il caso che insegna**

176 "Una tosse molto diversa dalle altre..."

*Rubrica a cura di Luciano De Seta.**Andrea Smarrazzo, Federica de Seta, Paolo Siani***Occhio alla pelle**

179 Un pomfo vuol dire sempre orticaria... o no?

*Iria Neri***I tropici in ambulatorio**

181 I tropici in ambulatorio: dengue, chikungunya e leishmaniosi

*Fabio Capello, Enrico Valletta***Vaccinacipi**

184 Il vaccino 4CMenB

*Franco Giovanetti***Libri**185 Muschio *David Cirici*185 Maciste in giardino *Guido Quarzo*185 Maionese, ketchup o latte di soia *Gaia Guasti*186 Quella peste di Sophie *Contessa di Ségur*186 L'estate che conobbi il Che *Luigi Garlando*186 Il viaggio di Lea *Guia Risari*186 Nove braccia spalancate *Benny Lindelauf*187 Smart *Kim Slater*187 Ultimo venne il verme *Nicola Cinquetti***Film**188 *Tutto quello che vuoi*: presente e passato nel terzo film di Francesco Bruni**Info**

189 Il bilancio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

190 Il marketing dei vaccini in India

190 Il Ministero della salute delle Filippine proibisce le donazioni di sostituti del latte materno durante le emergenze

191 Lettere**Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP**

La quota d'iscrizione per l'anno 2017 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per il personale sanitario non medico e per i non sanitari. Il versamento può essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a Associazione Culturale Pediatri, Via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) (indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota), oppure attraverso una delle altre modalità indicate sul sito www.acp.it alla pagina "Come iscriversi". Se ci si iscrive per la prima volta occorre compilare il modulo per la richiesta di adesione presente sul sito www.acp.it alla pagina "Come iscriversi" e seguire le istruzioni in esso contenute, oltre a effettuare il versamento della quota come sopra indicato. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista bimestrale *Quaderni acp*, le pagine elettroniche di *Quaderni acp*, la Newsletter mensile *Appunti di viaggio* e la Newsletter quadrimestrale *Fim da piccoli* del Centro per la Salute del Bambino, richiedendola all'indirizzo info@csbonlus.org. Hanno anche diritto a uno sconto sulla iscrizione alla FAD dell'ACP alla quota agevolata di 60 euro anziché 80; a uno sconto sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino* (come da indicazioni sull'abbonamento riportate nella rivista); a uno sconto sulla quota di iscrizione al Congresso nazionale ACP. Gli iscritti possono usufruire di iniziative di aggiornamento e formazione. Potranno anche partecipare a gruppi di lavoro tra cui quelli su ambiente, vaccinazioni, EBM. Per una informazione più completa visitare il sito www.acp.it