

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

Relazione 2021

[Editoriale, p. 193](#)

Malattie a trasmissione sessuale
nelle adolescenti: suggerimenti pratici

[FAD, p. 198](#)

La pandemia africana: passato, presente e futuro

[Osservatorio internazionale, p. 214](#)

Editorial

193 Report 2021

Federica Zanetto

196 A knowledge laboratory named after Carlo Corchia to go beyond disciplinary boundaries and affect reality

Vittorio Basevi

197 The winter that has passed, the winter that will come

Enrico Valletta

Distance learning

198 Sexually Transmitted Diseases in Teenagers: Practical Tips

Cristina Vezzani, Gabriele Tridenti

Info parents

204 Sexually Transmitted Infections Prevention (STI)

Stefania Manetti

The first thousand days

205 The first 1000 days: knowing the weight of environmental exposure, planning actions for health

Luca Ronfani, Norina Di Blasio, Elena Uga, Giacomo Toffol

209 Operational experiences at a Center for Families and kindergartens, through the Touchpoints approach and infant massage

Elisabetta Ciracò, Danila Grande

A window on the world

214 The African pandemic: past, present and future

Chiara Zavattoni

Appraisals

218 The refusal of medical treatment by the parents of a minor and the prevention of recourse to the tutelary judge: the case of blood transfusion

Matteo Bolcato, Daniele Rodriguez, Anna Aprile

Keep an eye on skin

223 "Read this hand": a curious plaque in an 8-year-old girl

Francesca Pampaloni, Francesca Caroppo, Roberto Salmaso, Anna Belloni Fortina

Around narration

225 Child brides and child mothers

Giuseppina Di Cosmo, Chiara Centenari

227 Perinatal mourning: the importance of words

Erica Melandri

Vaccinaci

229 HPV vaccine and recurring respiratory juvenile papillomatosis: a new possible use for an old vaccine

Teresa Ghini, Cesare Cutrone, Martina Bertinazzi, Fabio Pieraccini, Antonella Brunelli

233 Books

235 Movie

236 Info

238 Letters

Direttore

Michele Gangemi

Direttore responsabile

Franco Dessì

Presidente ACP

Federica Zanetto

Comitato editoriale

Antonella Brunelli

Sergio Conti Nibali

Daniele De Brasi

Luciano de Seta

Martina Fornaro

Stefania Manetti

Costantino Panza

Laura Reali

Paolo Siani

Maria Francesca Siracusano

Maria Luisa Tortorella

Enrico Valletta

Federica Zanetto

Comitato editoriale pagine

elettroniche

Costantino Panza (coordinatore)

Laura Brusadin

Claudia Mandato

Maddalena Marchesi

Laura Reali

Patrizia Rogari

Giacomo Toffol

Collaboratori

Fabio Capello

Rosario Cavallo

Francesco Ciotti

Antonio Clavenna

Franco Giovanetti

Italo Spada

Angelo Spataro

Augusta Tognoni

Progetto grafico ed editing

Studio Oltrepagina, Verona

Programmazione web

Gianni Piras

Indirizzi

AMMINISTRAZIONE:

tel./fax 0783 57024

DIREZIONE:

direttore@quaderniacp.it

UFFICIO SOCI:

ufficiosoci@acp.it

STAMPA: Cierre Grafica

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 (non deve superare le 80 battute, spazi compresi). Se opportuno, può essere modificato dalla redazione, previa comunicazione agli autori. 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 1.000 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 2.500 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

Sognando una nuova vita, Lina di Maio, pediatra, Napoli



Relazione 2021



Federica Zanetto

Presidente ACP

La vita sociale e individuale oscillante fra incertezze, preoccupazioni, limitazioni e una lenta, frammentaria riappropriazione di socialità e attività; la rapidità delle trasformazioni e dei cambiamenti di scenari oggetto di documenti, rapporti, osservatori e tavoli nazionali dedicati; il dibattito in corso su una non più prorogabile diversa presa in carico della salute e dei suoi bisogni; i temi rilevanti delle cure pediatriche portati all'attenzione delle commissioni dedicate grazie all'impegno parlamentare di Paolo Siani, ex presidente ACP: tutto questo interpella l'ACP ogni giorno rispetto a come "esserci" e a come continuare a essere luogo di confronto e crescita, di apertura e attenzione anche alla qualità delle relazioni umane, professionali, istituzionali. Sono i fili che contano e che si intrecciano nei molteplici contatti della vita associativa e nelle collaborazioni multidisciplinari in atto (Box 3).

In tale cornice si collocano queste note, come di consueto integrate dai Box 1-3, per raccontare l'anno di vita sociale ACP, ma anche per puntualizzare alcuni progetti in corso e passi intrapresi, da affidare alla sicura competenza e alla lunga esperienza associativa della candidata alla presidenza nazionale e al rinnovato consiglio direttivo nazionale. Saranno utili in tal senso anche il vicino confronto assembleare e il programma scientifico del Congresso Nazionale ACP, curato con attenzione anche in questa edizione dal CD nazionale e condiviso con i referenti regionali: reti di cura in atto e modelli possibili di buone pratiche, la clinica che continua a fare i conti con la pandemia e con alcune sue particolari ricadute nei bambini e negli adolescenti, progetti e iniziative in cui ACP è direttamente coinvolta.

Sul piano della proposta di occasioni di approfondimento e nel rispetto del suo mandato formativo, ACP si è attivata in questo anno sociale con l'offerta di seminari online, dove sono stati diversi e particolarmente curati i contenuti toccati, grazie all'interesse e ai contributi di soci e gruppi di lavoro proponenti. La piattaforma online, di cui ACP si è dotata per la realizzazione di incontri di aggiornamento in tale modalità, supporta efficacemente gli eventi nazionali (come già nell'interessante seminario PUMP "Inquinamento e salute del bambino nell'era Covid e post Covid: da dove arriviamo e dove vogliamo andare" e nell'evento Parmagiovani a febbraio 2021) e viene resa disponibile ai gruppi locali, ai gruppi di lavoro o ai componenti del direttivo ACP che ne facciano richiesta. Grazie all'impegno di Michele Gangemi per la parte didattica e di Gianni Piras per la parte tecnica.

Ai progetti di ricerca in atto l'ACP deve continuare a garantire un'attenzione costante e partecipata in ogni tappa del percorso, in quanto "ricerca nella pratica", aggiornamento, acquisizione di competenze, sguardo allargato a tutto il contesto di vita del bambino. Il loro coordinamento e corretto svolgimento, gli eventi di accompagnamento, l'identificazione di quesiti pertinenti, le analisi dei dati e la loro discussione non possono prescindere dal collegamento e dalla collaborazione con istituti e team che si occupano istituzionalmente di ricerca e che hanno competenze tecniche specifiche, in stretta connessione con la segreteria della ricerca ACP.

Tra i gruppi di lavoro ACP, anche quelli di più recente costituzione hanno concretamente avviato i rispettivi percorsi, in costan-

BOX 1. Eventi. Relazioni. Presentazioni

Children's week ViTA/CRC. *Povert  e ambiente: l'agenda per le nuove generazioni*. 18 novembre 2020 (G. Toffol)
 "Consensus conference sul disturbo primario del linguaggio (DPL) – Presentazione e discussione dei risultati". *Il ruolo della pediatria*. 21 novembre 2020 (F. Zanetto)
 Ministero della Salute. Focus Group INTIT (Integrated Trauma Informed Therapy for Children Victims of Violence). 24 novembre 2020 (F. Zanetto)
 ACP/SISM. Workshop "Conflitto d'Interessi: non solo giovani idealisti ma professionisti consapevoli". 30 novembre 2020 (M. Gangemi)
 III Convegno internazionale multidisciplinare Brazelton. "Con i genitori. Processi di regolazione reciproca nello sviluppo. Ricerca, Clinica, Interventi e Politiche". 18 dicembre 2020 (M. Orr , L. Reali)
 On. Gian Mario Fragomeli. "Crescere al tempo del Covid". Diretta streaming. 19 aprile 2021 (F. Zanetto)
 GdL Salute della donna e dei primi 1000 giorni, XLV Convegno Associazione Italiana Epidemiologia. *La pandemia da SARS-CoV-2 in Pediatria di famiglia: un'occasione perduta?* 28 aprile 2021 (L. Reali)
 Segreteria Nazionale PD. Responsabile Salute On. Sandra Zampa. "Infanzia ai margini? Diritto alla salute e disuguaglianze". *Covid e salute: quale impatto sui minori*. 10 maggio 2021 (L. Reali)
 ACP/AAP. Children After the Pandemic: Italy and America. Tavola rotonda. 13 maggio 2021 (S. Manetti, L. Reali)
 Giornate CLASTA 2021. Tavola rotonda. "Il disturbo primario del linguaggio: strategie e modalit  di collaborazione tra figure professionali per una diagnosi precoce e interventi tempestivi nei contesti familiari e educativi". 15 maggio 2021 (F. Zanetto)
 La Repubblica canali social. "Maratona per l'Infanzia". 25 maggio 2021 (L. Reali)
 76° Congresso Nazionale SIP. 25-28 maggio 2021. Sessione ACP. "Ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza" (G. Tamburlini, P. Siani, M. Gangemi, S. Manetti)

BOX 2. Ricerca

"Nascere e creSCere in Italia. Una coorte di nuovi nati". Coorte NASCITA: progetto scientifico promosso dall'IRCCS Mario Negri con il coinvolgimento dei pediatri ACP delle cure primarie. Protocollo pubblicato nel registro internazionale di studi clinici Clinicaltrials.gov. Avvio: 1 aprile 2019. <https://coortenascita.marionegri.it>. Ricerca in corso
 "La Storia Naturale del Covid-19 nel setting delle cure primarie pediatriche in Italia. Uno studio osservazionale (1° ottobre-31 marzo 2021). Studio promosso e coordinato da ACP (sperimentatore principale: G. Toffol)

BOX 3. Collaborazioni ACP

Istituto Superiore di Sanità

Partecipazione ACP a: Revisione Rapporto ISS Covid-19 n. 45/2020. Indicazioni ad interim per la gravidanza, il parto, l'allattamento e la cura dei piccolissimi 0-2 anni in risposta all'emergenza Covid-19. Versione 2 febbraio 2021 (S. Conti Nibali, G. Pagano, A. Pedrotti)

Ministero della Salute

Revisione Documento TAS "La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero" (Gruppo di lavoro nutrizione ACP, G. Rapisardi, G. Pagano). Aprile 2021

Revisione e sintesi (in pubblicazione) del documento "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" (2019) (L. Reali, C. Panza, G. Rapisardi)

Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM)

Partecipazione del gruppo di lavoro ACP "Pediatri per Un Mondo Possibile" alla stesura del documento di consenso multidisciplinare "Inquinamento atmosferico e salute" nell'ambito del progetto CCM "Coorti di nuovi nati, esposizioni ambientali e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita: integrazione dei dati di esposizione con dati molecolari ed epigenetici"

Save the Children

Presenza ACP in:

Comitato Scientifico di "Rete di Focchi in Ospedale"

Gruppo di lavoro sul monitoraggio dei Diritti dell'Infanzia e Adolescenza (Network CRC)

Tavolo Coordinamento Nazionale Allargato. NEST. Accessibilità ai servizi prima infanzia. Violenza intrafamiliare e domestica. III incontro 19 gennaio 2021 (C. Berardi, C. Panza)

Centro per la Salute del Bambino

Documento congiunto ACP-CSB "Senza confini: come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze".

1ª versione: 21 settembre 2020

2ª versione: 12 maggio 2021

Società Italiana di Pediatria

Tavolo multisocietario "Pediatria 2021". Coordinamento SIP. Roma, 13 luglio 2021 (L. Reali)

ECPCP The European Confederation for Primary Care Paediatricians

Presenza ACP nell'Executive Bureau (L. Reali vicepresidente ECPCP)

Un Pediatra per Amico

ACP-UPPA "Passo dopo passo". Servizio informativo rivolto alle famiglie. 30 novembre 2020

Associazione Slow Medicine

Progetto "Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy". Revisione delle raccomandazioni ACP (A. Clavenna, S. Conti Nibali, D. De Brasi, S. Di Mario, M. Fornaro, C. Panza). Aprile 2021

Scuole di Specializzazione in Pediatria.

Formazione ACP a Napoli (Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"), Roma (Università Cattolica), Modena (Università di Modena e Reggio Emilia), Genova (Università degli Studi di Genova) con tutoraggio e lezioni ai pediatri in formazione

Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile Fondazione IRCCS Cà Granda. Milano.

Effetti della pandemia sulla salute mentale di bambini e ragazzi: il ruolo del Pediatra di Libera Scelta (coordinamento: F. Dall'Ara, NPIA Policlinico

Milano – Lucia Di Maio, ACPM)

Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia, Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri – CIPOMO, FNOMCEO, Slow Medicine
Adesione del gruppo di lavoro ACP "Pediatri per un Mondo Possibile" alla programmazione e realizzazione di iniziative formative nell'ambito del progetto multisocietario "Verso un'ecologia della salute"

Centro Nazionale di Documentazione e di Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza
Aggiornamento del manuale "Infanzia e Adolescenza. Diritti e Opportunità. Orientamenti alla progettazione degli interventi previsti nella legge n. 285/97". Coinvolgimento dei gruppi di lavoro ACP "Nutrizione" e "Adolescenza"

Associazione Italiana Magistrati Minorenni e Famiglia (AIMMF)

Contributo ACP al numero 1/2021 della rivista trimestrale AIMMF "Minorigiustizia". "Lo sguardo interessato del pediatra di famiglia". C. Panza (il pediatra e il maltrattamento), M. Gangemi (Essere vaccinati: accompagnare scelte mature e consapevoli)

Epidemiologia&Prevenzione

G. Toffo, L. Reali. Ambiente e salute news, una nuova rubrica dell'Associazione culturale pediatri. *Epidemiol Prev* 2021;45(3):220-221

Alleanza per l'infanzia

Adesione ACP alla rete. <https://www.alleanzainfanzia.it/chi/> (presidente ACP)

WONCA Italia

Presenza ACP in Consiglio Direttivo (P. Elli) e nel Comitato Scientifico (M. Gangemi, P. Elli, D. Corbella)

Centro Touchpoints Brazelton

Progetto "Con i genitori". Presenza ACP nel Comitato Scientifico (L. Reali, M. Orrù)

Associazione Italiana Dislessia.

Partecipazione ACP al progetto "Linee guida sui disturbi Specifici dell'apprendimento" (F. Zanetto, L. Reali)

Bandi:

Progetto "Libri che divertono, che crescono, che curano: i servizi sanitari promuovono la lettura in famiglia" proposto dall'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e approvato nell'ambito del bando CEPELL "Leggimi 0-6 2019" per la promozione della lettura nella prima infanzia.

Partenariato nel progetto "Crescere senza confini: percorsi di integrazione attorno ai servizi educativi 0-3 nell'ambito del bando "Prima Infanzia 2020 – Comincio da zero. Con i bambini". Soggetto responsabile: Centro Salute del Bambino

Progetto REAL 2.0 – Rete di coordinamento per il disturbo dello spettro Autistico in regione Lombardia. Ente attuatore: Istituto Scientifico IRCCS E. Medea. ACP referente Unità operativa Coordinamento dei Pediatri di Libera Scelta. Approvazione ISS 15 maggio 2021

Le cure che nutrono (Nurturing Care): La promozione della genitorialità responsiva e dello sviluppo precoce dei bambini e delle bambine fin dal percorso nascita. Un progetto formativo pre-service e in-service per la professione ostetrica e pediatrica. Proponenti/partner di Progetto ISS, CSB, ACP, OPORP/FNOPO)

Protocolli di intesa:

Rinnovo protocollo di intesa tra ACP e Fondazione Maruzza Lefebre D'Ovidio Onlus (2021-2023)

te ricordo con il direttivo nazionale: il gruppo “Maltrattamento all’infanzia” ha proposto e realizzato il 15 maggio l’incontro “Maltrattamento fisico: cosa deve sapere il pediatra e cosa può fare”, ben condotto e molto efficace. Un secondo webinar, fortemente richiesto dai partecipanti, è in programma a novembre 2021.

Il gruppo “Formazione nelle scuole di specialità”, più volte riunitosi in questi mesi, sta elaborando e definendo una proposta formativa ACP strutturata, cui riferirsi nelle realtà universitarie in cui è già previsto il contributo ACP (Genova, Modena, Roma, Napoli) e da condividere con i direttori delle scuole. Nella forte consapevolezza che ai pediatri in formazione (di cui registriamo quest’anno un significativo incremento di adesioni ad ACP) va rivolta una particolare cura e attenzione, anche locale, in termini di offerta formativa di qualità.

A cura del gruppo “Pediatria di genere” si è avviata la rubrica di *Quaderni acp* “Traiettorie familiari”, con contributi di riflessione sui nuovi modelli di relazione e sul conseguente modo di porsi degli operatori dei servizi a sostegno delle famiglie e dei loro processi di sviluppo.

La proposta di formazione a distanza ACP, erogata da *Quaderni acp* dal 2013, è anch’essa un impegno che ACP intende continuare a perseguire e perfezionare, a garanzia di una formazione continua di qualità e anche come occasione di confronto e condivisione fruibile in piccolo gruppo e dal pediatra in formazione. L’editoria ACP, ampliata con la pubblicazione della FAD di *Quaderni acp* 2015-2017 e del volume *Tropici in ambulatorio*, ha visto il consolidamento del ruolo formativo e informativo di *Quaderni acp* e delle *Pagine elettroniche di Quaderni acp*, in ambito as-

sociativo e non solo. Continuano a essere risorse in tutti questi ambiti il costante impegno del direttore e delle redazioni di *Quaderni acp* e di *Pagine elettroniche di Quaderni acp* e il supporto organizzativo della segreteria nazionale ACP.

“Appunti di viaggio” si è confermato utile e puntuale diario di vita associativa anche locale (grazie a Maria Francesca Siracusano e ai redattori dedicati).

Il sito www.acp.it, contenitore capace e vetrina rinnovata e costantemente aggiornata, e l’ufficio stampa ACP, voce associativa estesa anche ai canali social, supportano una comunicazione affidabile, grazie anche a un’attività segretariale nazionale che ha via via affinato strumenti e modalità di collegamento tra centro e periferia.

L’esperienza ricca, continua, di scambio e di dialogo con il livello associativo locale, grazie anche alla consolidata rete dei referenti ACP, assicura la tenuta della trama associativa, ne registra fisiologiche, periodiche fatiche, valorizza competenze, interessi e iniziative di qualità che vanno ad arricchire il prezioso bagaglio ACP. Maria Edoarda Trillò, Carlo Corchia, Danielle Rollier, Peppe Cirillo, Pasquale Alcaro, Gianni Mastella, Sergio Zarrilli, Filippo Rella, Elke Jaeger-Roman (fondatrice e prima presidente ECPCP): di ciascuno e ciascuna ho un particolare ricordo personale che mi ha accompagnato in questi anni intensi, anche umanamente. Con rimandi a piste già tracciate e da continuare a percorrere, ma anche alle sfide professionali che ci interpellano ogni giorno nell’attenzione al benessere dei bambini e delle loro famiglie.

✉ federica.zanetto@virgilio.it

Passo dopo passo

La newsletter che accompagna la crescita di tuo figlio dalla gravidanza fino ai 3 anni di età

uppa.it

ACP
ASSOCIAZIONE
CULTURALE PEDIATRI



Un laboratorio della conoscenza intitolato a Carlo Corchia per travalicare i confini disciplinari e incidere sulla realtà

Vittorio Basevi

Coordinatore scientifico, Commissione nascita, Regione Emilia-Romagna, Bologna

Il 9-11 settembre 2021 si sono tenute le *Giornate di epidemiologia*. La pandemia aveva costretto, nel 2020, il Laboratorio della conoscenza Carlo Corchia (LCC) – che le promuove – a rinunciare al proprio appuntamento annuale. Quel percorso, solo momentaneamente interrotto, è ora ripreso, lungo il filo rosso distintivo del Laboratorio, dissimile da quello di ogni altra società professionale: «un approccio [non semplicemente] interdisciplinare, ma sulle linee di connessione e di sovrapposizione tra le diverse discipline scientifiche [rimettendole] in gioco» [1].

Lo scorso giugno, professioniste e professionisti che hanno dato vita a LCC si sono incontrati in Firenze per definire l'organizzazione delle *Giornate*. In quei giorni, l'ingresso di Palazzo Strozzi era sovrastato da una installazione di JR, dal titolo *La ferita* [2], riprodotta in copertina dello speciale dedicato all'evento da *Quaderni acp*. Nel collage fotografico realizzato dall'artista francese venivano mostrati – attraverso l'illusione anamorfica dello squarcio delle pareti – ambienti interni del palazzo e opere iconiche delle gallerie d'arte fiorentine. Modificata da quest'opera, la facciata di Palazzo Strozzi è divenuta il palcoscenico spettacolare della ferita patita da tutte le istituzioni culturali, comprese quelle scientifiche, costrette dalla pandemia a tenere chiuse le proprie porte.

Alcune di quelle porte sono ora socchiuse o stanno riaprendo, ma vi sono ferite della pandemia, invece, che hanno assunto carattere suppurativo e non sarà facile guarire. Le regole coercitive osservate nei reparti di ostetricia, nelle sale parto, nelle neonatologie e nelle terapie intensive neonatali (ciò che è stato descritto come il “cortocircuito anche semantico – che diventa però sostanziale – tra i termini ‘visitatore’, ‘parente’, ‘partner’, ‘caregiver’, ‘genitore’” [3]) hanno messo in luce un ritardo culturale strutturale di cui, in molti, non eravamo pienamente edotti.

Lo studio prospettico italiano population-based dell'Istituto superiore di sanità ha incluso 525 donne SARS-CoV-2 positive, 44,8% delle quali asintomatiche, che hanno partorito fra il 25 febbraio e il 31 luglio 2020 [4]. La presenza della persona di sostegno è stata garantita solo nel 51,9% dei casi; 39,0% delle madri sono state separate al parto dai nati; il contatto pelle-a-pelle è stato praticato nel 26,6% dei casi, il rooming-in nel 72,1%, l'allattamento materno nel 79,6%. Osservazioni personali depongono per una sovrastima di questi tassi.

La direzione delle conoscenze disponibili, tuttavia, è univoca: la separazione della gravida dalla persona di sostegno durante il ricovero e dal neonato dopo il parto, pur in periodo pandemico, è gravata da un rapporto beneficio/danno nettamente sfavorevole. In Paesi a basso e medio reddito, nel 2020-21, sono state stimate tra 188.000 e 273.000 le morti infantili attribuibili alla separazione madre-neonato e alla negazione o sospensione dell'allattamento al seno in donne con infezione da SARS-CoV-2, addizionali alle 1.800-2.800 che gli studi di sopravvivenza stimano direttamente ascrivibili a Covid-19 [5].

Nelle interviste semistrutturate – condotte con 22 donne che avevano partorito in un ospedale dell'Italia settentrionale fra marzo

e aprile 2020 – gli elementi emersi come maggiormente traumatici della loro esperienza sono stati la brusca separazione familiare, l'autoisolamento, il trasferimento in un centro di riferimento, l'impossibilità per il partner di presenziare alla nascita e il contatto fisico limitato con il neonato [6].

In un campione di 163 coppie madre-bambino – arruolate fra maggio 2020 e gennaio 2021 in otto ostetricie dell'Italia settentrionale – è stata rilevata un'associazione fra stress emotivo e sostegno sociale parziale in gravidanza e sintomi ansiosi materni più elevati; l'ansia materna postnatale è risultata collegata alla regulatory capacity dei bambini a 3 mesi, mediata da stress genitoriale e legame madre-bambino [7].

Questi elementi hanno fatto emergere la fragilità di quelli che erano considerati inalienabili diritti riproduttivi, rimessi in discussione in un contesto di re-medicalizzazione della nascita, mancata definizione del rapporto beneficio/danno degli interventi, frammentazione professionale [8].

Gli abstract del convegno, disponibili online nella versione elettronica di questo articolo, documentano la misura nella quale LCC concretizza il proprio proposito di connettere ambiti disciplinari diversi nel confronto sul metodo scientifico, sulla produzione di conoscenze, sull'efficacia dei trattamenti, sul loro impiego appropriato, sulla costruzione di indicatori per valutare l'assistenza e le cure, sugli strumenti di trasferimento dei risultati della ricerca (quella valida) nella pratica; nella nuova consapevolezza di una realtà non solo in rapida trasformazione, ma nella quale gli obiettivi raggiunti possono essere con indifferenza travolti.

✉ vittorio.basevi@libero.it

1. Home page. Scienza&Politica. <https://scienzaepolitica.unibo.it> [data di consultazione: 9 luglio 2021].
2. JR. *La ferita/The wound*. Marsilio, 2021.
3. A. Coscia, P. Cavicchioli, P. Strola. “Così lontano, così vicino”: nascere ai tempi del coronavirus. *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2020;23(5):95-98.
4. Donati S, Corsi E, Salvatore MA, et al. Childbirth Care among SARS-CoV-2 Positive Women in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 16;18(8):4244.
5. Rollins N, Minckas N, Jehan F, et al. A public health approach for deciding policy on infant feeding and mother-infant contact in the context of COVID-19. *Lancet Glob Health*. 2021 Apr;9(4):e552-e557.
6. Fumagalli S, Ornaghi S, Borrelli S, et al. The experiences of childbearing women who tested positive to COVID-19 during the pandemic in northern Italy. *Women Birth*. 2021 Jan 9;S1871-5192(21)00001-9.
7. Provenzi L, Grumi S, Altieri L, et al. Prenatal maternal stress during the COVID-19 pandemic and infant regulatory capacity at 3 months: A longitudinal study. *Dev Psychopathol*. 2021 Jul 2;1-9.
8. Benaglia B, Canzini D. “They Would Have Stopped Births, if They Only Could have”: Short-and Long-Term Impacts of the COVID-19 Pandemic-a Case Study From Bologna, Italy. *Front Sociol*. 2021 Apr 22;6:614271.

L'inverno che è passato, l'inverno che verrà



Enrico Valletta

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

In questo periodo di relativa tranquillità, possiamo prenderci il tempo per qualche considerazione sui cambiamenti che abbiamo vissuto nella pratica clinica di tutti i giorni e su quello che, ragionevolmente, potrebbe attenderci al termine dell'estate. Premettendo che non parlerò di Covid – qualsiasi previsione sarebbe soggetta a smentita certa – e che anzi non lo nominerò nemmeno più da qui in poi.

L'inverno che è passato

I fenomeni “collaterali” più evidenti e percepibili che hanno accompagnato il periodo pandemico sono stati, per il pediatra ospedaliero, almeno due. Il primo è la drastica riduzione degli accessi nei pronto soccorso pediatrici quantificabile in una forbice che va dal 30% all'80% rispetto allo stesso periodo del 2019 [1-3]. Un evento mai verificatosi prima a nostra memoria (analogamente all'eccezionalità di ciò che lo ha determinato) e le cui cause sono, come noto, ascrivibili alle ripetute raccomandazioni a limitare al massimo il ricorso al pronto soccorso (PS) e alla percezione di pericolosità che in quel periodo era attribuita a tutto l'ambiente ospedaliero. Questo atteggiamento ha interessato prevalentemente i codici bianchi e verdi, ma non ha risparmiato neppure le situazioni potenzialmente più impegnative con il rischio concreto di sottovalutazione e di conseguente ritardo diagnostico. Ulteriori elementi incidenti sono stati la costante limitazione dei contatti sociali e la prolungata chiusura delle strutture scolastiche che hanno abbattuto la consueta circolazione delle infezioni comunitarie e determinato il secondo evidentissimo fenomeno: la scomparsa pressoché totale di tutte le patologie infettive respiratorie e gastrointestinali acute. A memoria, direi che nel periodo invernale non abbiamo ricoverato un solo bambino con sindrome influenzale, bronchiolite o gastroenterite e in questo senso vanno anche le segnalazioni della letteratura [4-5]. Come era da attendersi, mascherine, misure igieniche e distanziamento hanno fatto giustizia di pneumococchi, VRS, rotavirus e di tutto quello che abitualmente i bambini sono soliti scambiarsi l'un l'altro. Situazione analoga si è verificata dall'altra parte del mondo dove autori australiani hanno osservato una riduzione del 98-99% dei casi di influenza e VRS, con una ridotta circolazione dei virus che persiste invariata nonostante la riapertura delle scuole e la ripresa di molte attività sociali [6]. Sembra essersi creata una sorta di “bolla” australiana nella quale i virus respiratori hanno bassissima diffusione e che la persistente chiusura dei confini nazionali tenderebbe a preservare, nonostante l'allentamento dei provvedimenti interni.

L'inverno che verrà

L'Influenza Update WHO n. 395 del 7 giugno 2021 ci informa che, in entrambi gli emisferi, il virus dell'influenza circola a livelli molto inferiori al consueto. Ora da noi è estate, ma nell'emisfero sud è inverno e se la circolazione del virus è scarsa anche lì, questo può significare almeno due cose: che se le restrizioni ai viaggi continueranno il prossimo inverno anche nell'emisfero nord il virus dell'influenza avrebbe modesta diffusione, ma anche che per la scarsità di isolamenti potrebbe essere difficile preparare un vaccino contro i ceppi potenzialmente circolanti [6].

Nel frattempo, i PS pediatrici in Gran Bretagna sperimentano una situazione di “inverno in giugno”, per la quale i genitori dei lattanti che durante il lockdown erano sempre stati bene, preoccupati per la prima febbre, si rivolgono al PS saltando tutti i passaggi intermedi [7]. I motivi sono infatti tipicamente “invernali” con infezioni da VRS, parainfluenza e rinovirus. In alcuni casi si tratta di un incremento degli accessi di 2-3 volte, non solo rispetto al 2020 ma anche rispetto al 2019 e questo rischia di mettere nuovamente, ma per ben altra ragione, sotto pressione i servizi di emergenza. Non ci sono ancora dati consolidati in questo senso ma, impressione per impressione, l'allentamento delle restrizioni e la ricomparsa delle infezioni respiratorie fuori stagione nei più piccoli mi sembra stiano andando di pari passo anche da noi. Un ultimo scenario possibile e conseguente a quanto si sta osservando, è che nel corso del prossimo autunno-inverno si verifichino picchi epidemici di RSV e virus respiratori molto più rilevanti del consueto, con una previsione di incremento del 20-50% delle ospedalizzazioni [8-9]. Alla coorte di lattanti che saranno “fisiologicamente” esposti al loro primo inverno, dovremo probabilmente aggiungere la coorte di quelli che non ne hanno fatto esperienza nell'anno precedente. L'ipotesi è seriamente all'attenzione del NHS britannico nel timore che le strutture intensivistiche pediatriche si trovino impreparate all'appuntamento, mentre tutto questo giustifica un attento monitoraggio di quanto sta avvenendo già ora (in estate per noi) nell'emisfero sud del mondo dove l'inverno è già arrivato.

✉ enrico.valletta@auslromagna.it

1. Lee DD, Jung H, Lou W, et al. The Impact of COVID-19 on a Large, Canadian Community Emergency Department. *West J Emerg Med.* 2021 May 5;22(3):572-579.
2. Masetti R, Corsini I, Leardini D, et al. Presentations to the emergency department in Bologna, Italy, during COVID-19 outbreak. *BMJ Paediatr Open.* 2020 Jul 16;4(1):e000748.
3. Cella A, Marchetti F, Iughetti L, et al. Italian COVID-19 epidemic: effects on paediatric emergency attendance—a survey in the Emilia Romagna region. *BMJ Paediatr Open.* 2020 Jul 20;4(1):e000742.
4. Stera G, Pierantoni L, Masetti R, et al. Impact of SARS-CoV-2 Pandemic on Bronchiolitis Hospitalizations: The Experience of an Italian Tertiary Center. *Children (Basel).* 2021 Jun 28;8(7):556.
5. Curatola A, Lazzareschi I, Bersani G, et al. Impact of COVID-19 outbreak in acute bronchiolitis: Lesson from a tertiary Italian Emergency Department. *Pediatr Pulmonol.* 2021 Aug;56(8):2484-8.
6. Yeoh DK, Foley DA, Minney-Smith CA, et al. Impact of Coronavirus Disease 2019 Public Health Measures on Detections of Influenza and Respiratory Syncytial Virus in Children During the 2020 Australian Winter. *Clin Infect Dis.* 2021 Jun 15;72(12):2199-202.
7. Griffin S. “Winter in June” as emergency departments see surges in young children with fever. *BMJ.* 2021 Jun 25;373:n1639.
8. Discombe M, Collins A. Exclusive: Government alert over surge in respiratory virus affecting babies and toddlers. 14 maggio 2021. www.hsj.co.uk/public-health.
9. Jenner R, Walker A, Isba R. Kids are back in town: the return of high demand for paediatric emergency care. *Arch Dis Child.* 2021 Jul 15;archdischild-2021-322298.

Malattie a trasmissione sessuale nelle adolescenti: suggerimenti pratici



Cristina Vezzani, Gabriele Tridenti

SOC di Ostetricia e Ginecologia, Arcispedale Santa Maria Nuova, Azienda USL di Reggio Emilia

Introduzione

Secondo il WHO ogni anno nel mondo si hanno 499 milioni di nuove infezioni sessualmente trasmissibili (IST) in soggetti tra i 15 e i 49 anni, molte asintomatiche, di cui circa i 2/3 al di sotto dei 25 anni di età. Ogni anno almeno un adolescente su venti contrae una IST. Con la sempre più precoce iniziazione sessuale e l'aumento dei partner occasionali, l'età del contagio tende progressivamente ad abbassarsi. Va ricordato come le IST siano una causa importante di infertilità maschile e femminile (24.000 donne infertili da IST all'anno negli USA) e come minimo triplichino il rischio di infezione da HIV. In Europa i casi sono in continua crescita, con alcuni Paesi che fungono da "serbatoio", in primis la Gran Bretagna con 500.000 casi all'anno. Tra i 19 e i 20 anni sono più esposte le ragazze; i ragazzi prevalgono tra i 20 e i 23 anni. Eccetto l'HIV, i giovani hanno scarsa consapevolezza delle IST e spesso,

pur sapendo che queste malattie esistono, hanno comportamenti non adeguati ai rischi. Solo il 31% dei ragazzi, infatti, dichiara di aver usato il preservativo nell'ultimo rapporto. La maggiore suscettibilità adolescenziale a contrarre IST discende da fattori di rischio biologici e comportamentali.

Tra i **fattori di rischio biologico** abbiamo:

- differenze nella sintesi di sostanze antimicrobiche epiteliali, con maggior produzione di lattoferrina e lisozima, e minore di sostanze attive contro i batteri coliformi;
- immaturità del sistema dell'immunità acquisita, con minore produzione locale di IgG e IgA;
- ectopia cervicale (area della portio rivestita da epitelio cilindrico), più estesa e frequente nelle adolescenti, con maggior suscettibilità a Chlamydia e Gonococco, maggior presenza di recettori per i virus, maggior produzione di sostanze infiammatorie e presenza di cellule staminali facilmente infettabili dai virus;
- minor densità del muco cervicale e ridotta attivazione del complemento, legate entrambe alla carenza di progesterone propria dei cicli anovulatori
- fumo di sigaretta, che altera il muco cervicale grazie alla cotonina, metabolita della nicotina;
- liquido seminale che, a sua volta, può peggiorare la risposta agli agenti infettivi modificando il pH e attivando alcuni mediatori infiammatori.

Tra i **fattori di rischio comportamentale** troviamo:

- inizio precoce dell'attività sessuale genitale;
- cambio frequente di partner o partner concomitanti;
- non uso o uso scorretto della contraccezione di barriera;
- pratica dei lavaggi vaginali;
- scarsa consapevolezza del rischio;
- ignoranza del possibile decorso asintomatico di alcune IST;
- sesso per denaro o per favori;
- abuso sessuale;

- minor utilizzo dei servizi di prevenzione rispetto alle adulte.

Quest'ultima evenienza dipende dai timori per la riservatezza e dalla negazione del rischio propri di questa età.

Premesso che la giovinezza è di per sé un fattore di rischio per le IST, sono ulteriormente esposti gli adolescenti:

- senza fissa dimora;
- in carcere;
- tossicodipendenti;
- con un'infanzia difficile (abuso sessuale o genitori in carcere) alle spalle.

Tra le IST abbiamo le tradizionali infezioni batteriche, già definite "malattie veneree" perché si attribuiva la loro diffusione alle prostitute cui, in tempi più recenti, si sono aggiunte infezioni virali e infestazioni parassitarie. Troviamo le seguenti infezioni.

Infezioni batteriche

- *Neisseria Gonorrhoeae* → gonorrea;
- *Chlamydia Trachomatis* → infezioni clamidiali;
- *Treponema Pallidum* → sifilide;
- *Haemophilus Ducrey* → ulcera molle, o cancroide;
- *Klebsiella Granulomatosi* → granuloma inguinale, o donovanosi.

Infezioni virali

- *Papillomavirus (HPV)* → condilomi, displasie e K della cervice uterina;
- *Herpes Simplex Virus 1 e 2* → herpes genitale;
- *Virus Epatite B* → epatite B;
- *Virus Epatite C* → epatite C;
- *HIV* → AIDS.

Infestazioni parassitarie

- *Trichomonas Vaginalis* → vaginiti omomime o trichomoniasi;
- *Pediculosis Pubis* → pediculosi.

Obiettivo della presente esposizione, volutamente non onnicomprensiva, è fornire al clinico alcuni suggerimenti pratici per screening, diagnosi e trattamento delle IST di più comune riscontro tra gli adolescenti.

Abbreviazioni

AAFP = American Academy of Family Physicians
 AAP = American Academy of Pediatrics
 ACOG = American College of Obstetricians and Gynecologist
 AIDS = Acquired Immunodeficiency Syndrome
 CDC = Centers for Disease Control and Prevention
 CMV = Citomegalovirus
 CT = Chlamydia Trachomatis
 DD = Diagnosi Differenziale
 EBV = Epstein Barr Virus
 HIV = Human Immunodeficiency Virus
 HPV = Human Papilloma Virus
 ISS = Istituto Superiore di Sanità
 IUD = Intra Uterine Device ("spirale" al rame)
 IUS = Intra Uterine System ("spirale" medicata al Levonorgestrel)
 IST = Infezioni Sessualmente Trasmissibili
 NAAT = Nucleic Acid Amplification Test
 NG = Neisseria Gonorrhoeae
 PID = Pelvic Inflammatory Disease
 PROM = Premature Rupture of Membranes
 WHO = World Health Organization

Screenare le IST negli adolescenti: quando?

Lo screening delle IST in età giovanile è raccomandato da importanti società scientifiche pediatriche e ginecologiche, ma su queste tematiche gli adolescenti sono difficilmente raggiungibili, vuoi per reticenza dovuta a imbarazzo o a mancanza di riservatezza, vuoi per scarsa disponibilità dei clinici. Spesso chi cura gli adolescenti preferisce altre tematiche o non riesce ad affrontare questi argomenti durante i routinari controlli di salute per mancanza di tempo, differenze culturali, disagio con queste problematiche. Problemi di trasporto, i lunghi tempi di attesa in sala d'aspetto, lo scarso tempo a disposizione dei pazienti rendono ancora più difficile eseguire lo screening e, di fatto, gli adolescenti più giovani sono quelli che maggiormente sfuggono. Per ovviare a questi problemi è stato anche proposto, pur se difficilmente fattibile, di eseguire lo screening per le IST durante accessi per problemi acuti.

Concretamente, AAP, CDC, AAFP e ACOG suggeriscono che:

- tutte le pazienti sessualmente attive fino ai 25 anni eseguano lo screening per Chlamydia Trachomatis (CT) e Neisseria Gonorrhoeae (NG) una volta all'anno;
- lo screening per le IST possa essere offerto a tutti i maschi sessualmente attivi, raccomandando fortemente quello per CT e NG negli omosessuali;
- lo screening sia eseguito in ambiti ad alto rischio per CT e NG, quali cliniche per adolescenti, istituti di correzione, aree geografiche ad alta prevalenza per IST, comunità ad alto rischio;
- i maschi omosessuali siano screenati per la sifilide;
- le IST, almeno CT e NG, vengano sempre screenate prima di applicare uno IUD o uno IUS, sistemi contraccettivi di prima scelta nelle adolescenti, da proporre sempre in associazione con un contraccettivo di barriera ("double dutch").

Non vi è concordanza a proposito dello screening del *Trichomonas Vaginalis* nelle adolescenti femmine, da proporre in base alla prevalenza del quadro nella popolazione in oggetto.

Il CDC raccomanda lo screening per l'HIV in tutta la popolazione sessualmente attiva dai 13 ai 64 anni di età: almeno una volta all'anno e con maggior frequenza per le persone ad alto rischio, in primis i maschi omosessuali e i tossicodipendenti da droghe iniettive.

Negli adolescenti asintomatici NON sono raccomandati gli screening di routine

per sifilide, trichomoniasi, Herpes Simplex, Epatite A, Epatite B. Viene lasciata al clinico la valutazione del rischio per queste IST nella popolazione in cui opera e nei singoli che assiste, senza dimenticare che molti adolescenti possono essere inconsapevoli dei rischi a cui si espongono e reticenti nel fornire notizie appropriate. Per affrontare le IST nelle adolescenti il sanitario deve in primo luogo garantire riservatezza e un ambiente "adolescent friendly", cioè non giudicante e adatto allo stadio di sviluppo dei pazienti. Particolarmente chiara deve essere la comunicazione sulla riservatezza su diagnosi e cura, con i pazienti e con i loro parenti.

Screenare le IST negli adolescenti: come?

Il NAAT (Nucleic Acid Amplification Test) è la metodica di scelta per lo screening di NG e CT, eseguibile sia con tamponi uretrali nel maschio e tamponi vaginali/cervicali nella femmina, sia su campioni di urine "primo mitto" in entrambi i sessi, con pari sensibilità e specificità e molto meno "discomfort" (specie per i maschi). L'esame su urine permette anche l'esecuzione simultanea del test di gravidanza. Durante lo screening, in entrambi i sessi, se praticanti sesso orale e anale (in primis se maschi omosessuali) si deve eseguire il test anche nel retto e nell'orofaringe, con possibilità di autoesecuzione. Per il CDC il NAAT è di prima scelta per il retto ma non per l'orofaringe.

Considerazioni cliniche

Le IST possono essere asintomatiche oppure manifestarsi con segni e sintomi generalmente a carico della sfera genitale; tuttavia, a seconda del tipo di infezione e del tipo di rapporto sessuale, possono comparire manifestazioni anche nel cavo orale, nell'ano, sulla cute o in altri organi. Si devono eseguire i test diagnostici non solo in tutte le pazienti con sintomi sospetti per IST per individuarne l'agente eziologico ma anche in tutte le pazienti che, pur asintomatiche, presentano fattori di rischio per IST, per trattare precocemente la malattia, evitarne le complicanze a lungo termine e interrompere la catena di contagio.

Il clinico deve sospettare una IST ogni qualvolta la paziente si presenti con: secrezioni anomale dai genitali, lesioni di qualunque tipo dei genitali stessi, dell'ano o della bocca, dolore pelvico, sanguinamento postcoitale, prurito, pollachiuria, disuria. Alcuni segni e sintomi sono propri di determinate infezioni mentre altri sono comuni a più malattie e la diagnosi può richiedere i test diagnostici.

Le manifestazioni comuni a diverse IST sono raggruppabili nei seguenti quadri:

- sindrome secretiva;
- sindrome ulcerativa;
- manifestazioni dermatologiche;
- malattia infiammatoria pelvica (MIP);
- lesioni orali.

Questi quadri possono essere isolati o coesistere nella stessa paziente.

Sindrome secretiva

Si manifesta con secrezioni uretrali e/o cervicovaginali, disuria. Può essere accompagnata da sintomi irritativi vulvovaginali come prurito e bruciore, oppure da dispareunia, dolore pelvico o perdite ematiche atipiche, specie postcoitali.

La valutazione della secrezione uretrale richiede la spremitura dell'uretra, mentre la valutazione della secrezione vaginale necessita dell'applicazione dello speculum.

Le caratteristiche delle secrezioni vaginali (volume, colore, consistenza, odore, pH) possono aiutare a distinguere la leucorrea fisiologica da quella legata a un'infezione; tuttavia una leucorrea patologica non è un criterio diagnostico specifico per una diagnosi eziologica.

La leucorrea fisiologica deriva dall'azione degli estrogeni sull'epitelio vaginale, con caratteristiche variabili secondo le fasi del ciclo: perdite mucose o acquose in fase periovulatoria, più appiccicose, dense, bianche in fase luteale, non sono maleodoranti né associate a sintomi irritativi. Si deve spiegare all'adolescente che non sono espressione di un'infezione ma di un meccanismo fisiologico.

La leucorrea patologica può essere maleodorante, purulenta, lattiginosa, sierosa, schiumosa, grumosa, a ricotta e di colore variabile dal bianco al giallo al verde/gri-gio. Più o meno adesa alle pareti vaginali, può fuoriuscire dal canale cervicale.

Le pareti vaginali possono apparire eritematose e infiammate, e possono esservi petecchie sulla cervice ("cervice a fragola" alla colposcopia).

Per la diagnosi differenziale (DD) si utilizzano: l'esame microscopico a fresco delle secrezioni (poco usato nella pratica clinica), l'esame colturale su tampone vaginale/cervicale, il NAAT su tampone vaginale/cervicale o su urina primo mitto. In genere il NAAT è più sensibile dell'esame colturale, ma quest'ultimo permette di eseguire l'antibiogramma.

Seguono le principali IST che si manifestano con sindrome secretiva.

Chlamydia Trachomatis

In Italia la prevalenza dell'infezione è massima tra i 15 e 24 anni (9-14%), mentre dai

25 anni in poi tende a diminuire. Il principale fattore di rischio è un nuovo partner negli ultimi 6 mesi. La trasmissione avviene per contatto sessuale (vaginale, anale, orale) e da madre a neonato durante il parto. Nel 75% delle donne e nel 30% degli uomini si presenta in forma asintomatica e l'assenza di sintomi può durare mesi o anni. Dopo un'incubazione da 1 a 3 settimane si può manifestare nella donna con sindrome secretiva vaginale, cervicale, o uretrale associata a dispareunia, dolore pelvico e perdite ematiche irregolari spesso postcoitali, disuria. Nell'uomo si manifesta con uretrite, epididimite, proctite, congiuntivite. Nei bambini può causare polmonite.

Il mancato trattamento dell'infezione da CT nella donna può comportare l'evoluzione verso la malattia infiammatoria pelvica o la sindrome di Fitz-Hugh-Curtis (periepatite) con aumentato rischio di danno tubarico permanente, infertilità, gravidanza ectopica, dolore pelvico cronico. Questa infezione aumenta inoltre la suscettibilità al contagio da HIV. L'ampia diffusione dell'infezione asintomatica e il potenziale impatto negativo sulla salute riproduttiva se non viene trattata rendono plausibile uno screening annuale per CT nelle donne con meno di 25 anni. Nei Paesi con un piano nazionale di screening l'incidenza della MIP è infatti diminuita. Diagnosi: NAAT su tampone vaginale/cervicale/uretrale, o su campione di urina primo mitto.

Gonorea

L'infezione è causata dal batterio *Neisseria Gonorrhoeae* e la trasmissione avviene per contatto sessuale e dalla madre al neonato durante il parto. Asintomatica nel 65-95% delle donne e nel 5% degli uomini, può restare localizzata alle mucose o causare un'infezione disseminata. L'incubazione è da 3 a 10 giorni. Si presenta con sindrome secretiva cervicale e/o uretrale. Nella donna causa in genere cervicite con secrezioni purulente dalla cervice o dalla vagina e nel 10-20% dei casi provoca una salpingite acuta con malattia infiammatoria pelvica (PID). Nell'uomo determina uretrite purulenta e disuria, a volte proctite. Possibili complicanze sono la prostatite e l'orchiepididimite. In entrambi i sessi sono possibili faringiti e congiuntiviti. Le localizzazioni sistemiche possono dare lesioni cutanee, febbre, artralgia, artrosinoviti. Diagnosi: il NAAT su tampone cervicale/uretrale/vaginale, o su campione di urina primo mitto è più sensibile dell'esame colturale, tuttavia se positivo è necessario anche l'esame colturale con antibiogramma per la diffusione di forme resistenti ai fluorochinoloni e alle cefalosporine.

Trichomonas Vaginalis

La trasmissione avviene prevalentemente per contatto sessuale. È asintomatica nel 50% delle donne e nel 90% degli uomini. Nella donna la prima manifestazione è una cervicovaginite con leucorrea maleodorante. La vagina è iperemica e la portio assume il tipico aspetto "a fragola" alla colposcopia. In seguito compare una vulvite irritativa o intertrigine. Nel maschio l'infezione può determinare uretrite. Diagnosi: NAAT su tampone vaginale/cervicale/uretrale, microscopia a fresco, esame colturale

Vaginosi batterica

Molto frequente, in adolescenza ha una prevalenza del 10-20%. A eziologia polimicrobica è causata dalla proliferazione di batteri anaerobi e dalla riduzione della flora saprofitica lattobacillare. Senza essere una malattia a trasmissione sessuale propriamente detta, è più frequente dopo il primo rapporto sessuale o dopo aver cambiato partner; inoltre la sua presenza facilita la acquisizione di IST, specie HIV, HSV, Chlamydia e gonorrea. Nella maggior parte dei casi è asintomatica. Possibili complicanze sono la PID, le infezioni postchirurgiche, le complicanze ostetriche (parto pretermine, PROM, endometrite post partum).

La diagnosi si basa sui criteri di Amsel (devono esserne presenti 3 su 4):

- leucorrea bianca e omogenea adesa alle pareti vaginali;
- clue cells all'osservazione microscopica a fresco;
- pH > 4,5;
- odore di pesce al whiff test (secrezione su vetrino + aggiunta di KOH 10%).

Il gold standard diagnostico è però lo score di Nugent che consiste nella quantificazione di differenti tipologie di batteri in base alla loro morfologia (score ≥ 7 significativo per vaginosi). Si ottiene dall'osservazione microscopica di un preparato colorato con Gram. Il Pap Test è poco sensibile e l'esame colturale poco utile perché inefficace nel valutare l'alterazione del microbiota vaginale.

Micoplasmi e ureaplasmi

Micoplasmi e ureaplasmi possono essere presenti nei genitali come commensali o potenziali patogeni.

Il *Mycoplasma Genitalium* è una causa di uretrite maschile mentre nella donna è associato a cervicite e con un possibile ruolo patogenetico nella PID. Inoltre è stato riscontrato in un certo numero di soggetti con infertilità tubarica e parto pretermine. Nella donna una colonizzazione eccessiva

da ureaplasmi si associa a cistiti, cerviciti, salpingiti, parto pretermine e PROM.

Diagnosi: NAAT su tampone vaginale/cervicale/uretrale.

Candidosi genitale

La candidosi genitale è causata da lieviti del genere *Candida*, la cui specie più frequente è la *albicans*. Le specie *kruzei*, *glabrata* e *tropicalis* sono più rare ma più resistenti alle terapie. La *Candida* è un normale saprofito di vagina, intestino e cavo orale che in particolari condizioni acquisisce potere patogeno (aumento dei livelli di glicogeno intraepiteliale, aumento del pH vaginale, alterazione della microflora, diabete, gravidanza, terapie antibiotiche e corticosteroidi). È una delle infezioni più frequenti in età fertile, in genere non dipende da trasmissione sessuale ma va considerata nella DD delle sindromi secretive. Si manifesta con edema, iperemia, prurito vulvare, leucorrea fluida o agglomerata, non maleodorante.

Diagnosi: la diagnosi è soprattutto clinica, l'esame colturale con antimicrogramma può essere utile nei casi resistenti al trattamento empirico. L'esame microscopico a fresco evidenzia le ife, le pseudoife, le spore.

TABELLA 1. Lesioni ulcerative

Infezioni sessualmente trasmesse

- HSV 1 e HSV2
- Sifilide
- Ulcera molle (*Haemophilus Ducreyi*)
- Linfogranuloma venereo (*Chlamydia Trachomatis*, sierotipi L1, L2, L3)
- Granuloma inguinale (donovanosi)
- HIV

Infezioni non sessualmente trasmesse

- Tuberculosis
- Amebiasi
- Leishmaniosi
- Schistosomiasi

Cause non infettive

- Ulcera di Lipschutz
- Morbo di Crohn
- Sindrome di Behçet
- Malattie autoimmuni (pemfigoide bolloso, dermatite a IgG lineari)
- Reazioni avverse a farmaci
- Trauma
- Tumori

In attesa dei risultati di laboratorio si deve iniziare subito un trattamento farmacologico in base ai dati clinici ed epidemiologici.

Ulcera molle, linfogranuloma venereo e granuloma inguinale sono molto rari in Europa e America settentrionale, mentre sono più frequenti in Africa, India, Asia sudorientale, Caraibi, America latina.

Sindrome ulcerativa

Le ulcere genitali sono per lo più causate da IST, tra cui le più frequenti sono l'Herpes Simplex Virus (HSV) e la sifilide. Più raramente sono riconducibili a un'infezione non sessualmente trasmessa o a una malattia non infettiva (Tabella 1).

Le ulcere genitali possono accompagnarsi a secrezioni anomale dai genitali, dolore pelvico, prurito, pollachiuria, disuria, e sanguinamento postcoitale. La presenza di ulcere genitali aumenta il rischio di contrarre altre IST, come HIV e sifilide.

La raccolta accurata della storia clinica (fattori di rischio per IST e area geografica), e una attenta valutazione clinica delle lesioni permettono di orientarsi verso una diagnosi iniziale (Tabella 2) da confermare con l'esecuzione di test sierologici, colturali o NAAT o, raramente, con la biopsia della lesione.

Herpes genitale

L'infezione erpetica genitale può essere causata dall'Herpes Simplex Virus tipo 1 e tipo 2 (HSV 1 e HSV 2).

L'infezione primaria, che avviene per contatto con il virus, può essere asintomatica, mantenersi asintomatica per tutta la vita oppure manifestarsi dopo un tempo variabile. La prima manifestazione del virus, quindi, non sempre coincide con l'infezione primaria, dopo di cui il virus percorre le terminazioni nervose e giunge all'interno dei gangli secondari delle radici spinali corrispondenti alla zona cutanea lesionata. All'interno di questi rimane in forma latente e in seguito può dare origine a ricorrenze, specie in concomitanza con eventi stressanti, immunodepressione, febbre, esposizione al sole, assunzione di farmaci corticosteroidi o antitumorali. La trasmissione del virus può avvenire anche in assenza di

manifestazioni cliniche per "asymptomatic viral shedding", con periodica liberazione di particelle virali in aree apparentemente sane. Le lesioni herpetiche possono interessare vulva, vagina, cervice; in genere sono lesioni multiple, vescicolari o ulcerative molto dolorose e possono associarsi a linfadenopatia e malessere generale.

La terapia soppressiva è indicata quando vi sono più di 6 ricorrenze all'anno.

Sifilide

È causata dalla spirocheta *Treponema Pallidum* la cui trasmissione avviene per via sessuale, per contatto di mucose integre/cute lesa con lesioni infette, o per via verticale materno-fetale. I sintomi dipendono dallo stadio e dalla durata dell'infezione. Può decorrere anche in maniera asintomatica per anni e, in questo caso, essere diagnosticata solo mediante test di screening. La sifilide primaria si manifesta dopo un periodo di incubazione di 10-90 giorni con una papula che poi evolve in ulcera tipicamente non dolente (sifiloma), nella sede di inoculo del *Treponema* (regione anogenitale, bocca), che guarisce spontaneamente in 3-6 settimane. Se l'infezione non viene trattata, circa due mesi dopo la guarigione del sifiloma compare la sifilide secondaria, caratterizzata da rash cutaneo non pruriginoso a distribuzione ubiquitaria (soprattutto mani, piedi, tronco), lesioni mucocutanee, linfadenopatia non dolente, sintomi sistemici aspecifici. Questo stadio può evolvere verso la guarigione anche in assenza di trattamento. La fase latente è caratterizzata dalla positività dei test sierologici in assenza di sintomi. Può persistere come tale o evolvere verso la sifilide terziaria, che si presenta con danni agli organi interni (sistema cardiovascolare, sistema nervoso, occhi, ossa, articolazioni) e le-

sioni mucocutanee (noduli, gomme) anche decenni dopo l'infezione iniziale. La neurosifilide si può manifestare a ogni stadio. La diagnosi si basa su test sierologici. Si utilizza inizialmente un test di screening (con metodo immunoenzimatico). Se positivo, a conferma si eseguono sia un test treponemico (TPPA/TPHA) che un test non treponemico (RPR/VDRL) con titolo anticorpale. Questi test permettono di distinguere la malattia pregressa da quella di nuova insorgenza nonché di valutare l'efficacia del trattamento.

Ulcera di Lipschutz

L'ulcera di Lipschutz, non causata da un'IST, è da considerare nella DD delle ulcere genitali nelle adolescenti. Per lo più si verifica in ragazze con meno di 20 anni e si ritiene possa essere la manifestazione primaria di una infezione da Epstein Barr Virus (EBV), Citomegalovirus (CMV), Virus Influenzale, Parotite, Salmonella, *Mycoplasma Pneumoniae*.

Si manifesta con una o più ulcere vulvari a insorgenza acuta, su cute edematosa. Le ulcere sono molto dolorose, profonde e di dimensioni in genere > 1 cm. I margini sono ben definiti e iperemici; il fondo è necrotico e ricoperto da essudato o da un'escara. Tipiche sono le cosiddette "kissing lesions", ulcere parzialmente simmetriche sulle facce mediali di piccole o grandi labbra. Possono coesistere anche lesioni aftose del cavo orale. La comparsa dell'ulcera è spesso preceduta da sintomi similinfluenzali. La guarigione spontanea si verifica in 2-6 settimane senza esiti cicatriziali. La diagnosi è clinica e di esclusione.

Test diagnostici per ulcere genitali

I test diagnostici che in genere si effettuano al primo riscontro di ulcere genita-

Tabella 2. Sinossi clinica

CARATTERISTICHE CLINICHE	HSV	SIFILIDE	LIPSCHUTZ	BEHÇET	CROHN
Numero ulcere	Multiple, raggruppate, raramente singola	Singola	Singola, multiple, kissing lesions	Multiple	Multiple
Aspetto ulcere	Vescicole che evolvono in ulcere	Dura, ben circoscritta, margini rilevati	Profonda, ben delimitata, necrotica, guarisce in sei settimane senza esiti cicatriziali	Profonde, guariscono con esiti cicatriziali	Tipica forma a taglio di coltello (inguinali, interlabiali, su tutta la vulva)
Dolore	Sì	No	Sì	Sì	Sì/No
Ricorrenza	Sì	No	Possibile	Sì	Sì
Linfoadopatia inguinale	Possibile, dolorosa	Possibile, non dolorosa, gommosa	Possibile	-	-
Sintomi sistemici (febbre, malessere, mialgie, cefalea) o altri sintomi	Possibili sintomi sistemici	Possibili sintomi sistemici	Possibile recente sindrome simil influenzale (infezione da EBV, CMV, influenza, parvovirus)	Ulcere orali e uveiti	Le ulcere possono precedere l'esordio dei sintomi intestinali

li, utili per la DD o per escludere le IST più frequenti, sono il tampone sulla lesione per la ricerca di HSV mediante NAAT e la sierologia per LUE, HIV, HSV, EBV, CMV.

Malattia infiammatoria pelvica (PID)

È un'infezione del tratto genitale superiore generalmente secondaria a una IST che dalla cervice si estende verso l'alto causando endometrite, salpingite, ooforite, ascesso tubo-ovarico, pelviperitonite. È possibile anche il coinvolgimento della sierosa epatica (sindrome di Fitz-Hugh-Curtis). Attribuibile in meno del 50% dei casi a Chlamydia e gonorrea, può essere innescata anche da vaginosi batterica, Mycoplasma Genitalium e, raramente, da altri patogeni. Spesso l'agente eziologico resta sconosciuto e all'interno della pelvi l'infezione diventa polimicrobica con sviluppo di anaerobi. Il quadro può essere acuto (4% dei casi), subacuto (36% dei casi) o cronico (60% dei casi), spesso caratterizzato da sintomi aspecifici quali sanguinamento anomalo, dolore pelvico, dispareunia, perdite vaginali atipiche. Indipendentemente dalla gravità della sintomatologia, la PID può avere gravi sequele a lungo termine quali: il danno tubarico, con infertilità e aumentato rischio di gravidanze extrauterine, e l'idrosalpinge cronica, con rischio di ricorrenze e dolore pelvico cronico.

Il trattamento della PID è indicato in tutte le pazienti con diagnosi clinica presunta, anche se i segni sono minimi, perché il rischio di sequele è maggiore in caso di mancato o ritardato trattamento.

La diagnosi di PID è presuntiva nella donna sessualmente attiva in presenza dei seguenti tre criteri:

- dolore pelvico;
- non identificabili altre cause di dolore pelvico (vanno escluse altre cause ginecologiche di dolore pelvico, cause intestinali, cause urologiche);
- all'esame ginecologico: dolorabilità cervicale, uterina, annessiale

Non sono criteri indispensabili tuttavia rafforzano la diagnosi la presenza di:

- febbre;
- perdite vaginali purulente;
- rialzo degli indici di flogosi;
- elevato numero di leucociti all'esame microscopico a fresco del fluido vaginale;
- diagnosi laboratoristica di Chlamydia o gonorrea.

L'ecografia ginecologica, poco significativa nelle fasi iniziali, può essere utile per identificare il processo infiammatorio a livello tubarico o tubo ovarico e per la DD

con altre patologie. Se il quadro ecografico è dubbio, può essere indicata la risonanza magnetica. Il trattamento empirico consiste in poliantibiotico terapia per almeno 14 giorni. La laparoscopia è indicata in caso di addome acuto, rottura di ascesso pelvico, segni di sepsi.

Sindrome dermatologica

Si presentano più frequentemente con manifestazioni dermatologiche l'HPV (condilomi), il mollusco contagioso (lesioni tipiche), la sifilide secondaria (rush cutaneo), la gonorrea disseminata (lesioni vescicolose-pustolose), la pediculosi del pube, la scabbia.

HPV

L'infezione da papillomavirus umano (HPV), di cui sono stati identificati più di 200 genotipi è in assoluto l'IST più frequente. Circa l'80% della popolazione sessualmente attiva la contrae almeno una volta nel corso della vita, con una prevalenza del 25% sotto i 25 anni di età. La trasmissione avviene per contatto, o pelle-pelle o pelle-mucosa genitale o orale, e questo spiega la non completa efficacia preventiva del preservativo. Dimostrata è anche la trasmissione per via verticale al momento del parto.

I diversi HPV vengono classificati in tipi ad alto rischio di trasformazione maligna, cioè più frequentemente associati a lesioni precancerose e cancerose, e in tipi a basso rischio, responsabili di lesioni condilomatose o papillomatose.

Gli HPV possono provocare lesioni a carico dei genitali (vulva, vagina, cervice, pene), di altre parti del corpo (orofaringe, laringe) o della cute.

Queste infezioni sono più spesso asintomatiche, transitorie e vanno incontro a regressione. La clearance spontanea del virus a 6-18 mesi, infatti, si ha nel 90% dei casi a basso rischio e nel 60% dei casi ad alto rischio. Soltanto l'infezione persistente può determinare lesioni preneoplastiche e carcinoma e, anche se la presenza di HPV è necessaria, molto meno dell'1% delle donne infettate con un HPV oncogeno sviluppa lesioni preneoplastiche e neoplastiche.

Nell'adolescente il rischio di tumore della cervice è bassissimo (3 casi su un milione tra i 15 e i 19 anni), mentre molto frequenti sono le manifestazioni condilomatose genitali. I condilomi possono interessare cute e mucose genito-anali, e presentarsi in numero, dimensioni, forma e colore variabili. Generalmente asintomatici, solo occasionalmente sono pruriginosi. La diagnosi è in genere clinica; la biopsia può

essere utile per escludere la malignità in casi dubbi o non responsivi alle terapie, in primis nei soggetti immunocompromessi. La papillomatosi laringea ricorrente è un rarissimo quadro da HPV, colpisce i bambini piccoli (trasmissione verticale), gli adolescenti o i giovani adulti.

La prevenzione primaria dell'infezione da HPV si attua con la vaccinazione anti-HPV, che, introdotta in Italia nel 2007-2008, è offerta gratuitamente e attivamente a maschi e femmine al 12° anno di età (l'efficacia è maggiore se la vaccinazione avviene prima dell'iniziazione sessuale), e a tutti gli HIV positivi. La maggior parte delle regioni prevede il pagamento di un ticket agevolato per le altre fasce d'età non oggetto di chiamata attiva né di attività di recupero. Il vaccino nonavalente (anti-HPV 6,11,16,18,31,33,45,52,58) attualmente in uso è efficace nel prevenire la maggior parte delle lesioni precancerose, cancerose, condilomatose HPV correlate. La prevenzione secondaria del carcinoma della cervice si attua attraverso lo screening con Pap Test/HPV test, offerto dai 25 anni in Italia (dai 21 in altri Paesi) e previsto anche per le pazienti vaccinate contro l'HPV. Considerando la grande diffusione del virus, l'alta probabilità di regressione spontanea delle lesioni precancerose e la bassa probabilità di lesioni gravi nei molto giovani, proporre il test di screening prima dei 21 anni comporterebbe un aumentato rischio di "overdiagnosis" e "overtreatment", e attualmente non è raccomandato. Lo screening anticipato è comunque proponibile nei soggetti immunocompromessi.

Mollusco contagioso

Malattia virale causata da Poxvirus, la lesione è una papula rosea che aumentando di dimensioni assume l'aspetto di un nodulo con una tipica ombelicatura centrale. Le lesioni si presentano singole o multiple e possono interessare tutte le zone cutanee a eccezione di palmi delle mani e piante dei piedi. Generalmente si risolvono spontaneamente in 2-3 mesi, ma occasionalmente persistono per anni. La diagnosi è clinica, o istologica in caso di dubbio diagnostico

Lesioni orali

Le manifestazioni orali da infezioni sessualmente trasmesse riflettono il punto di ingresso dell'agente patogeno e possono essere causate da sifilide (sifiloma primario e manifestazioni mucose della sifilide secondaria - rara in adolescenza - come macchie bianche, erosioni, papule), gonorrea (faringite), HPV (lesioni condilomatose), HSV (lesioni vescicolari/ulcerative).

Trattare le IST negli adolescenti

In caso di positività dei test, per il trattamento gli adolescenti e i loro partner incontrano le stesse difficoltà dello screening: riservatezza, difficoltà di accesso alla farmacia, compliance con la terapia... Nei casi in cui la struttura ha la possibilità di erogare i farmaci, il trattamento assistito “on site” si è dimostrato essere il più efficace. Le linee guida raccomandano anche di trattare, direttamente o con prescrizione, tutti i partner sessuali degli ultimi 60 giorni o comunque il più recente. La cosiddetta “expedited partner therapy” (terapia accelerata del partner), suggerita dal CDC, si è dimostrata capace di ridurre il tasso di reinfezioni. Va anche considerata come la stessa comunicazione al partner della positività del test possa risultare problematica per l'adolescente: per imbarazzo, riservatezza rispetto ai pari, paura di contrarre a sua volta una IST dal partner stesso. È stata considerata la possibilità di notificare al partner l'avvenuta esposizione in modo anonimo per via elettronica. Dopo il trattamento è raccomandata la ripetizione del test di screening a 3 mesi dalla fine della terapia per escludere reinfezioni. Non è consigliato invece ripetere il test a 3-4 settimane dalla fine del trattamento per verificarne l'efficacia se questo è stato eseguito correttamente e secondo le raccomandazioni, salvo vi siano dubbi di compliance con la terapia, i sintomi persistano, o si sospetti una reinfezione. La **Figura 1** riporta le terapie di prima linea nei più frequenti quadri patologici. Altre raccomandazioni sono disponibili sul sito del CDC di Atlanta <https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>.

Infezioni con obbligo di notifica al Ministero della Salute

Gonorrea, sifilide, pediculosi del pube, scabbia, epatiti virali, HIV.

Risorse online, materiale didattico per i ragazzi

Le infezioni sessualmente trasmesse. Come riconoscerle e prevenirle di Barbara Suligoi e Maria Cristina Salfa (ISS): monografia rivolta ai ragazzi delle scuole secondarie, con linguaggio semplice e non tecnico illustra le “regole del sesso sicuro” spiegando ai giovani come riconoscere le IST, i potenziali rischi a esse connesse e a chi rivolgersi per avere delucidazioni.

Le 100 domande sull'HPV, a cura di Anna Iossa, Carla Cogo e Debora Canut. Osser-

Table 2 STD treatment recommendations, adolescents and young adults ^a		
	First-Line Treatment (Outpatient Settings)	Additional Clinical Considerations
Chlamydia	Azithromycin, 1 g PO, single dose <i>OR</i> doxycycline, 100 mg, PO BID x7 days	Abstain from sexual intercourse for 7 d following treatment Test for reinfection in 3 mo Provide expedited partner therapy
Gonorrhea	Ceftriaxone, 250 mg, IM, single dose <i>PLUS</i> azithromycin, 1 g, PO, single dose (provides double coverage in setting of emerging resistance and treats coinfection with chlamydia trachomatis)	Abstain from sexual intercourse for 7 d following treatment Test for reinfection in 3 mo Provide expedited partner therapy
PID	Ceftriaxone, 250 mg, IM single dose (or cefoxitin, 2 g, IM, single dose with probenecid, 1 g, PO) <i>PLUS</i> doxycycline, 100 mg, PO BID x14 d +/- metronidazole, 500 mg, PO BID x 14 d May require parenteral therapy in more severe cases ^b	Abstain from sexual intercourse until treatment completed and symptoms resolved
Trichomonas	Metronidazole, 2 g, PO, single dose <i>OR</i> tinidazole, 2 g, PO, single dose	Avoid alcohol use during treatment
Syphilis	Parenteral penicillin G	Formulation, dosing, and duration depend on stage of disease and clinical manifestations
HSV	Acyclovir, valacyclovir, or famciclovir	Frequency, dosing, and duration depend on clinical situation (first episode, episodic, or suppressive treatment)
HPV	Provider-applied: cryotherapy (for external, vaginal, cervical, anal, or urethral), surgical removal (for external, vaginal, cervical, anal, or urethral), trichloroacetic or bichloroacetic acid (for external, anal, or cervical) Patient-applied: imiquimod, podofilox, sinecatechins (for external warts)	Observation is also an option, because many will resolve by 1 y (vs. resolution by 3 mo with topical treatments)
HIV	Antiretrovirals	Requires comprehensive care in facility with expertise in caring for patients with HIV

Figura 1. Schema delle terapie di prima linea nei più frequenti quadri patologici [da Sieving et al 2019].

vatorio nazionale screening, Gruppo Italiano Screening Cervicocarcinoma, 2018.

Conclusioni

Considerando la crescente diffusione delle IST tra gli adolescenti e le potenziali gravi conseguenze per il loro futuro riproduttivo (specie nelle ragazze), la loro prevenzione, diagnosi precoce e trattamento sono un obiettivo primario di chi si occupa della salute dei giovani. Per le caratteristiche di questa fascia d'età particolarmente impegnativo è lo screening delle IST, che richiede competenza clinica, disponibilità all'ascolto e rispetto per le diverse culture, prevedendo anche

il reclutamento sui social network o nelle scuole. Ove possibile, il coinvolgimento attivo della famiglia si è dimostrato una risorsa poco sfruttata ma efficace nella modulazione dei comportamenti sessuali degli adolescenti. Doveri primari del clinico verso di loro, oltre a seguire i dettami della buona pratica clinica, sono garantire la riservatezza, stabilire un rapporto empatico che si mantenga nel tempo, e accoglierli in un ambiente “adolescent friendly”.

✉ gabrieletridenti@gmail.com

La bibliografia è consultabile online.

La prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST)

Stefania Manetti

Pediatra di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli)

Non si fa la felicità di molti facendoli correre prima che abbiano imparato a camminare.

J. FOWLES, "LA DONNA DEL TENENTE FRANCESE"

Cosa sono le IST?

Le infezioni sessualmente trasmissibili (IST) sono infezioni che si diffondono attraverso un contatto sessuale. Le IST sono infezioni causate sia da virus sia da batteri.

Come posso accorgermi di avere una IST?

I sintomi possono essere vari, da una lieve irritazione a un dolore severo, ma spesso le IST possono essere asintomatiche.

È vero che gli adolescenti e i giovani adulti sono le fasce di età più colpite dalle IST?

Il numero di queste infezioni è piuttosto alto negli adolescenti, ogni anno un adolescente su 20 contrae una IST. Una delle principali ragioni è la maggiore percentuale di rapporti sessuali non protetti in questa fascia di età, ma ci sono anche situazioni biologiche sempre collegate all'età, che ne favoriscono lo sviluppo. Inoltre, l'accesso ai servizi di prevenzione o di diagnosi e cura delle IST può essere difficoltoso per gli adolescenti che possono sentirsi in imbarazzo, oppure intimiditi nel comunicare i sintomi o avere la paura di avere contratto una IST. La necessità di riservatezza e di avere luoghi e momenti dedicati assume in queste situazioni una grande importanza.

Le IST si possono prevenire?

Il modo migliore per prevenire le IST per gli adolescenti è quello di evitare i rapporti sessuali. Oppure, più realisticamente, gli adolescenti dovrebbe ricevere informazioni adeguate riguardo i comportamenti da adottare nel momento in cui si decide di avere un rapporto sessuale, che potrebbe portare altrimenti a una gravidanza non desiderata o a una IST.

È importante che un adolescente sia ben informato rispetto al rischio di contrarre una infezione sessualmente trasmissibile e che queste infezioni possono essere prevenute con l'adozione di alcune norme di prevenzione. Gli adolescenti dovrebbero ricevere adeguate informazioni sia in fa-

miglia che a scuola, ma anche attraverso i servizi sociosanitari del proprio territorio, e sapere che le IST legate a diversi batteri o virus possono a loro volta favorire una infezione da HIV (AIDS). Secondo i dati del CDC (Center for Disease Control) di Atlanta, chi ha una IST ha un rischio maggiore dalle 2 alle 5 volte di contrarre l'HIV attraverso un contatto sessuale.

Gli adolescenti potrebbero sentirsi nel rapporto tra pari pressati nei confronti del sesso. Un'informazione adeguata, sensibile e aperta in famiglia è molto utile per cercare di sostenere una figlia o un figlio che si trovi in questo delicato periodo della vita. Il sostegno dei genitori "dietro le quinte" può essere di grande aiuto.

Se un adolescente comincia una vita sessuale attiva è importante praticare sesso sicuro usando un metodo anticoncezionale adeguato durante ogni rapporto sessuale a partire dal primo rapporto. I profilattici non garantiscono la protezione dalle IST ma ne possono ridurre notevolmente il rischio. Inoltre limitare il numero di partner sessuali può ulteriormente ridurre il rischio di contrarre una IST. L'uso di metodi anticoncezionali come la pillola non riduce il rischio di IST ma quello di una gravidanza. Chi ha è sessualmente attivo deve regolarmente sottoporsi a esami per valutare la presenza di IST, che possono, se non diagnosticate, causare nelle donne la malattia infiammatoria pelvica, ossia un'infezione dell'utero e delle tube che può causare infertilità; negli uomini le IST possono essere la causa di epididimiti, infiammazioni di un testicolo, l'epididimo, che si trova vicino ai testicoli, causando in alcuni casi infertilità.

Se ci sono dubbi circa la presenza di una IST o sintomi come una secrezione vaginale anomala, un'irritazione o un dolore, o se si vuole ricevere una maggiore informazione è bene contattare il proprio pediatra o medico curante.

Il profilattico è un metodo efficace per prevenire le IST?

Il profilattico non previene totalmente le IST ma ne riduce il rischio. Informare bene un adolescente sull'utilizzo dei profilattici è utile per favorirne un corretto uso.

Il profilattico deve essere di lattice. Stu-

di hanno dimostrato che alcuni virus e lo stesso virus dell'AIDS passano attraverso i pori dei profilattici di membrane naturali o di intestino di agnello.

Utili informazioni da poter condividere con un adolescente che decide di avere una vita sessualmente attiva

- Ogni rapporto necessita di un nuovo preservativo.
- Attenzione a manipolare i profilattici per evitare anche piccole lacerazioni.
- Il profilattico dovrebbe essere utilizzato quando il pene è in erezione e prima di qualsiasi contatto sessuale. Alcuni lubrificanti come creme per il corpo o a base di soluzioni oleose possono portare a piccoli "indebolimenti" del lattice del profilattico.

Ci sono dei test che possono evidenziare la presenza di IST?

Alcuni tipi di IST possono essere evidenziate con una metodica che si chiama NAAT (Nucleic Acid Amplification Test) che consente, con un tampone vaginale o cervicale nelle femmine e uretrale nel maschio o su campioni di urine in entrambi, di fare uno screening.

Se il test di screening dovesse risultare positivo, in base al tipo di infezione, si comincia un trattamento specifico o un monitoraggio che, secondo recenti linee guida, è raccomandato anche per i partner sessuali degli ultimi 60 giorni. Questo tipo di approccio è risultato efficace per ridurre il tasso di reinfezioni.

Le IST sono infezioni frequenti e, come sempre, una corretta informazione può cambiare la storia di queste malattie. I genitori, ma anche gli operatori sanitari, devono tuttavia tener conto di alcune difficoltà che gli adolescenti possono incontrare nell'accesso ai servizi di prevenzione, per riservatezza e/o per mancanza di spazi dedicati. Così come per un adolescente potrebbe essere difficile comunicare al partner sessuale la presenza di una IST.

In caso di problemi o nella necessità di doversi confrontare è sempre bene rivolgersi al proprio medico o pediatra curante.

✉ doc.manetti@gmail.com

I primi mille giorni: conoscere il peso dell'esposizione ambientale, pianificare azioni per la salute



Luca Ronfani*, Norina Di Blasio**, Elena Uga***, Giacomo Toffol***

*Epidemiologo, IRCCS materno infantile Burlo Garofolo; ** Science content writer, Il Pensiero Scientifico Editore, Think2it;

***Pediatria ACP Pediatri per un mondo possibile

I primi mille giorni: esposizioni ambientali ed effetti sulla salute

Le esposizioni precoci a fattori chimici, fisici e, in genere, a determinanti ambientali spesso hanno un impatto negativo sull'evoluzione del feto e del neonato, e ne influenzano lo sviluppo cognitivo e fisico futuro con effetti che, almeno per alcuni esiti, si possono ripercuotere sulla salute dell'individuo nel corso di tutta la vita. Esposizioni ambientali (inquinamento atmosferico, residenza in siti contaminati ecc.) e ad agenti chimici (interferenti endocrini, metalli pesanti ecc.), stili di vita e storia medica materna durante la gravidanza (consumo di alcol e tabacco, obesità, complicanze della gravidanza, uso di farmaci ecc.) e agenti biologici (virus ecc.) possono provocare risposte adattive del feto. Queste, insieme agli effetti delle esposizioni postnatali, in particolare quelle nella prima infanzia (fattori ambientali, dieta, allattamento, infezioni ecc.), determinano la suscettibilità a malattie croniche nel corso della vita. Un meccanismo attraverso cui le esposizioni ambientali precoci possono agire a lungo termine sulla salute sono le alterazioni epigenetiche e la ricerca sta provando a identificare quali possano essere utilizzate come marcatori di esposizione ambientale e/o suscettibilità a lungo termine. I marcatori che al momento sembrano avere un ruolo importante sono la metilazione del DNA e la lunghezza dei telomeri, che dipendono da determinanti genetici e ambientali.

Interventi per ridurre il carico di esposizione ambientale possono avere un grande impatto sulla salute di popolazione a breve e a lungo termine, e hanno potenziali effetti transgenerazionali. Disporre di dati sulle esposizioni ambientali nei primi mille giorni (il periodo che va dal concepimento alla fine del secondo anno di vita) e sui potenziali meccanismi di mediazione epigenetica coinvolti è quindi essenziale per migliorare la salute degli individui e pianificare interventi di prevenzione a livello di sanità pubblica.

Da questi presupposti nasce il progetto "I primi mille giorni", ovvero coorti di nuovi nati, esposizioni ambientali e promozione della salute nei primi mille giorni di vita: integrazione dei dati di esposizione con dati molecolari ed epigenetici; un progetto esecutivo del programma Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) 2017, realizzato con il supporto finanziario del CCM-Ministero della Salute, che vede come ente partner la Regione Friuli Venezia Giulia (FVG) e coinvolge cinque regioni italiane, due del Nord (Friuli Venezia Giulia, Piemonte), due del Centro (Toscana, Lazio) e una del Sud (Sicilia).

L'obiettivo generale del progetto è fornire evidenze sugli effetti per la salute e quantificare il carico di esposizione ambientale delle donne in gravidanza e dei neonati fino a due anni. Il progetto si è concentrato specificamente su inquinamento atmosferico outdoor e fumo di sigaretta. È noto come anche bassi livelli di esposizione a inquinanti atmosferici comportino rischi per la salute umana. In particolare feti, neonati e bambini sono i più vulnerabili e più esposti agli inquinanti atmosferici. Durante la gravidanza la frequenza respiratoria aumenta per soddisfare i nuovi requisiti di consumo di ossigeno e ciò rende anche le donne particolarmente sensibili agli inquinanti atmosferici durante la gestazione, esponendo a maggiori rischi anche il feto in via di sviluppo. I neonati e i bambini hanno una esposizione maggiore rispetto agli adulti per via delle loro alte frequenze respiratorie. L'esposizione agli inquinanti atmosferici, oltre a influenzare lo sviluppo neurologico, la funzione respiratoria e la predisposizione dei bambini alle malattie metaboliche, è collegata a esiti avversi alla nascita. È anche noto che chi vive nelle aree urbane è più esposto a una miscela di inquinanti ambientali, tra cui il particolato atmosferico (soprattutto le sue frazioni PM 10 e PM 2,5), il biossido di azoto (NO₂) e l'ozono (O₃), che sono associati a effetti significativi sulla salute quali: aumento di patologie respiratorie, aggravamento di patologie

croniche cardiorespiratorie, tumore polmonare, aumento della mortalità, riduzione della speranza di vita. Il fumo di sigaretta contiene oltre 7.000 sostanze chimiche, molte delle quali dannose. Il bambino può essere esposto a fumo passivo già durante la gravidanza per passaggio transplacentare nella circolazione fetale. Inoltre, la nicotina contenuta nelle sigarette diminuisce l'afflusso di sangue all'utero e alla placenta con una riduzione conseguente di sostanze nutritive al bambino; il monossido di carbonio assunto con il fumo riduce l'apporto di ossigeno nella circolazione sanguigna materna e quindi del bambino. Anche dopo la nascita il bambino è esposto ai danni del fumo passivo, inalando l'aria inquinata dal fumo di sigaretta negli ambienti domestici, in auto e in tutti i luoghi chiusi. Gli effetti negativi sulla salute sono tanto maggiori quanto più i bambini sono esposti nei primi anni di vita. Per esempio il rischio di morte improvvisa del neonato (morte in culla, SIDS) è maggiore di circa tre volte nei figli di fumatrici rispetto ai figli di non fumatrici. Inoltre i figli di fumatrici hanno una maggior frequenza di ritardo dello sviluppo neurocognitivo nell'infanzia, di infezioni respiratorie, in particolare otite media e otiti ricorrenti, di broncospasmo e di asma, e un aumentato rischio di cancro nel futuro. Da non trascurare inoltre il "fumo di terza mano", con cui ci si riferisce al fatto che le sigarette rilasciano nell'ambiente residui tossici che poi si depositano su vestiti, tende, tappeti, mobili, oggetti, oltre che sulla pelle e sui capelli; questi persistono nell'ambiente anche per molto tempo e non vengono eliminati dai metodi di pulizia comuni. Anche il fumo di "terza mano" è dannoso per la salute dei bambini: i dati dimostrano che i figli di fumatori sono più esposti a malattie anche se i genitori non fumano in loro presenza.

I primi mille giorni: attività realizzate e principali prodotti

Gli obiettivi specifici del progetto sono stati i seguenti.

1 Fornire evidenze sugli effetti sulla salute del bambino delle esposizioni precoci agli inquinanti ambientali attraverso 9 revisioni della letteratura che si sono concentrate su marcatori epigenetici, salute respiratoria e riproduttiva, neurosviluppo, sistema cardiovascolare, patologia della tiroide, sindrome della morte in culla (SIDS), obesità e rischio individuale di salute in aree a elevato inquinamento industriale. Per molti degli esiti di salute valutati è stata confermata un'associazione con l'esposizione (<https://millegiorni.info/documenti-scientifici/>).

2 Misurare il carico di esposizione agli inquinanti ambientali e la presenza di alterazioni di tipo epigenetico nei primi mille giorni in diverse Regioni italiane. Il carico ambientale è stato quantificato a partire dalla coorte dei nuovi nati Piccolipiù che dal 2011 ha arruolato 3.389 bambini in 5 città italiane (Firenze, Roma, Torino, Trieste e Viareggio), per i quali è stato possibile stimare l'esposizione a inquinanti atmosferici, a fattori ambientali urbani ed extraurbani, e avere informazioni su stile di vita, crescita e stato di salute della famiglia e dei bambini a partire dalla gravidanza. La quantificazione dell'esposizione all'inquinamento atmosferico per le famiglie della coorte Piccolipiù è stata realizzata grazie alla georeferenziazione degli indirizzi di residenza utilizzando la procedura sviluppata per stimare le concentrazioni giornaliere di PM 10 e PM 2,5 per l'Italia (Stafoggia, et al 2019). A tal fine sono state combinate due tipologie di dati spaziotemporali, i dati puntuali osservati da centraline e i dati satellitari per area, messi poi in relazione con quelli dei bambini della coorte Piccolipiù.

Dai dati emerge che una quota importante di bambini, anche se con trend temporale in riduzione, è esposta a concentrazioni medie annuali di PM 10 e 2,5 superiori rispetto ai limiti di legge (Figura 1-2). Inoltre, emergono differenze di esposizione per i bambini residenti nelle diverse città coinvolte nella coorte (Figura 3).

Per valutare il ruolo delle alterazioni epigenetiche è stata utilizzata la banca biologica dei Piccolipiù. Per un sottogruppo di bambini appartenenti alle 5 città è stata realizzata la metilazione del DNA (365 campioni) e valutata la lunghezza dei telomeri (490 campioni).

La metilazione del DNA è uno dei modi in cui l'attività genica è regolata nel corso della vita, specialmente duran-

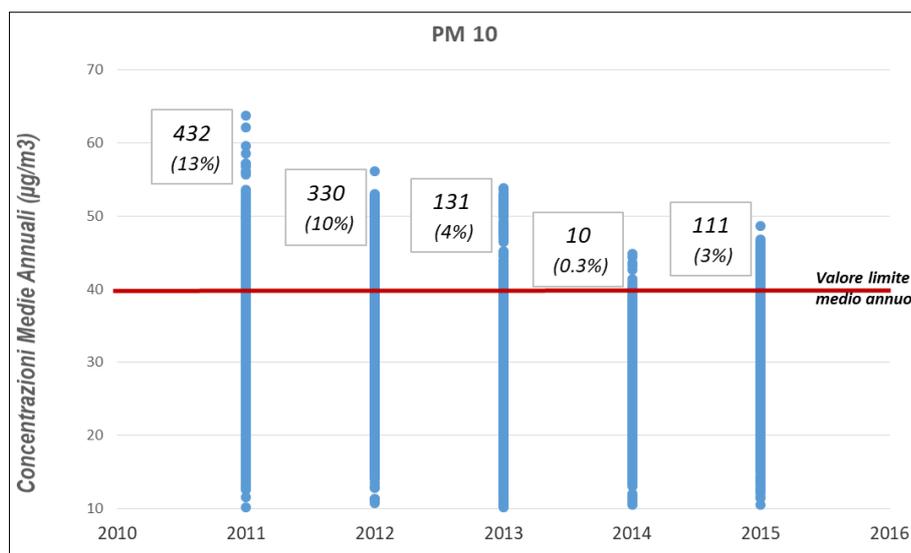


Figura 1. Numero assoluto e percentuale dei bambini della coorte Piccolipiù esposti a valori superiori al limite di legge della concentrazione media annua del PM 10 per anno, periodo 2011-2015.

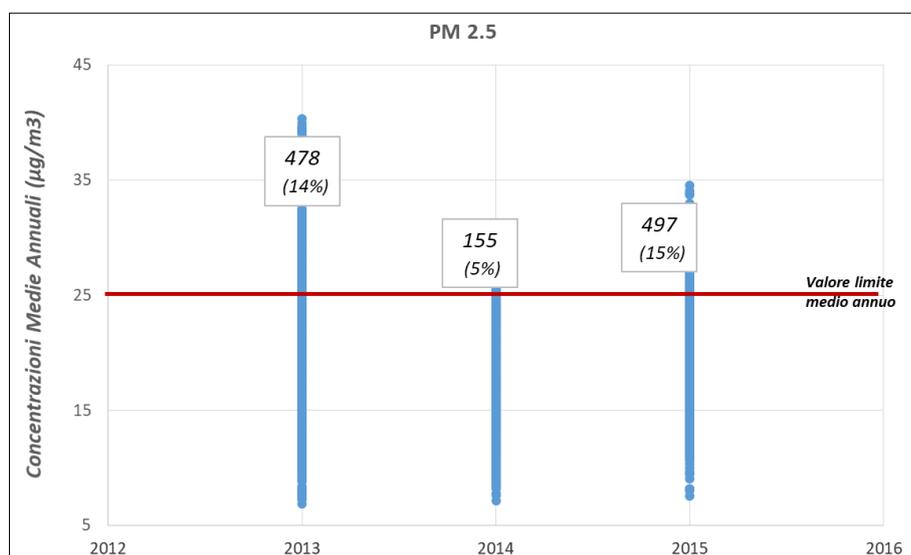


Figura 2. Numero assoluto e percentuale dei bambini della coorte Piccolipiù esposti a valori superiori al limite di legge della concentrazione media annua del PM 2,5 per anno, periodo 2013-2015.

te lo sviluppo iniziale. I gruppi metilici sono come “note” ed “etichette” che si attaccano in siti specifici del DNA e quando agiscono in particolari zone del gene hanno la possibilità di modificarne la trascrizione. Attraverso il meccanismo della metilazione, lo stesso gene, per esempio, può essere non espresso quando è metilato (o “silenzioso”) o espresso quando è non-metilato (o “aperto per la trascrizione”), senza cambiamenti nella sequenza di DNA. In altre parole, un gene può essere acceso o spento come un interruttore, in base al suo stato di metilazione. Lo stato di metilazione del DNA può essere diverso da tessuto a tessuto e da un tipo cellulare all'altro, ma è sensibile a esposizioni ambientali e può quindi essere utilizzato come possibile biomarcatore dell'esposizione ambientale complessiva di una popolazione. I dati forniti

dai bambini della coorte Piccolipiù non mostrano differenze rilevanti tra i centri (Figura 4). I risultati per il centro di Roma sono basati su una numerosità più piccola e il livello di metilazione globale più basso è compatibile con la variabilità casuale.

I telomeri sono complessi nucleoproteici localizzati alla fine di ogni cromosoma che prevengono l'instabilità genomica e assicurano la completa replica cromosomica. L'utilità dei telomeri è spiegata dalla scienziata premio Nobel Elizabeth Blackburn con un'efficace metafora: “i telomeri hanno la stessa funzione dei cilindretti di plastica alle estremità dei lacci da scarpe: proteggono il ‘laccio’ a doppia elica del DNA e gli impediscono di sfilacciarsi durante momenti delicati e instabili come le divisioni cellulari”. Le nostre cellule continuano a dividersi, rinnovando organi

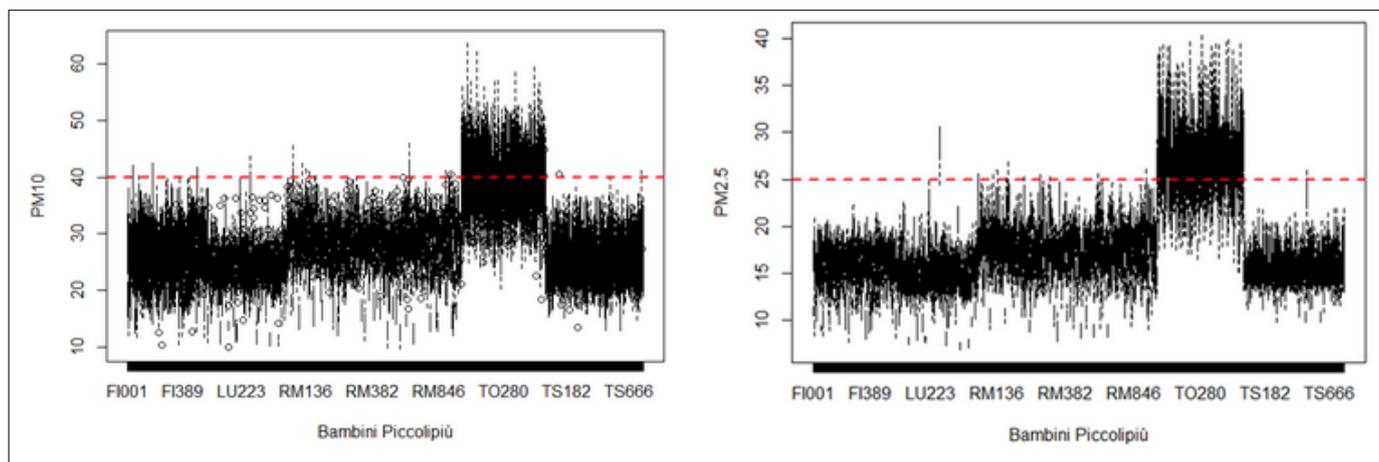


Figura 3. Numero dei bambini della coorte Piccolipiù esposti a valori superiori al limite di legge della concentrazione media annua del PM 10 e del PM 2,5, periodo 2011-2015.

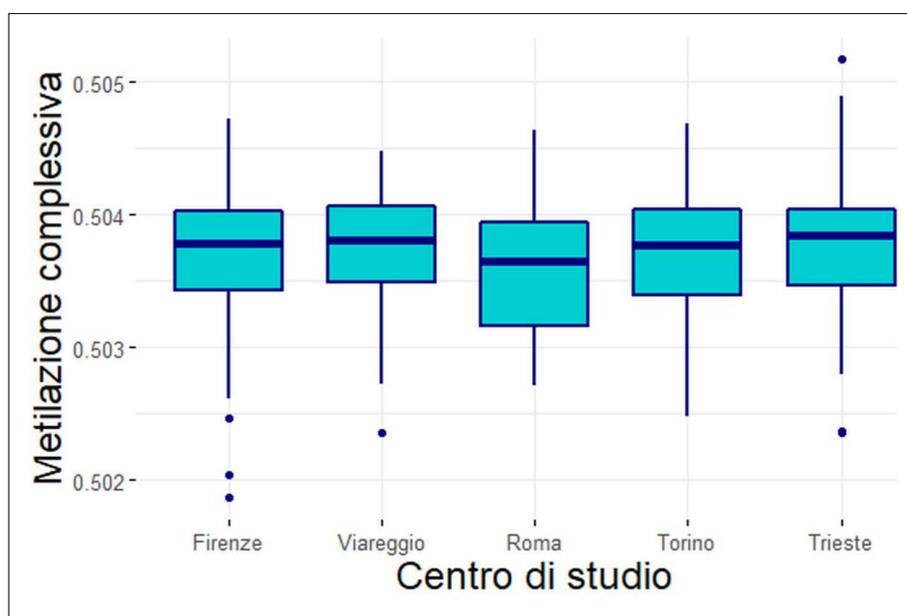


Figura 4. Metilazione complessiva per centro.

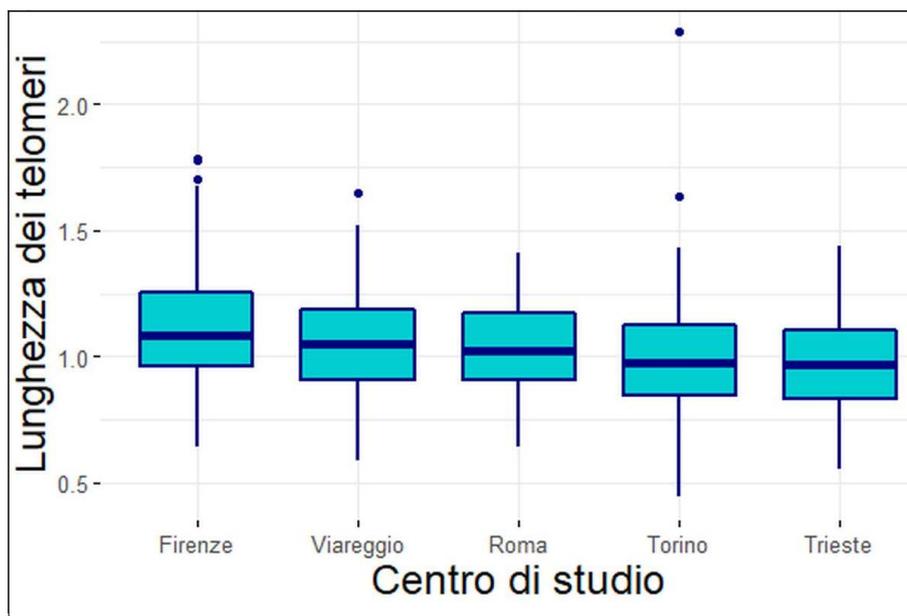


Figura 5. Lunghezza dei telomeri per centro di studio.

e tessuti; in questo processo i telomeri subiscono un accorciamento progressivo, fino a che non riescono più a svolgere la funzione protettiva nei confronti dei cromosomi. Questo impedisce la loro replicazione indefinita e spegne la cellula quando non è più in grado di fornire protezione cromosomica. La lunghezza dei telomeri dipende dalle caratteristiche genetiche, è maggiore nelle femmine che nei maschi, è inversamente correlata all'età e altamente variabile tra gli individui della stessa età. Le variazioni nella lunghezza dei telomeri tra gli adulti sembrano essere in larga misura attribuite a determinanti genetici e ambientali che iniziano il loro effetto già nella fase intrauterina della nostra vita. La sensibilità dei telomeri allo stress e alle esposizioni avverse, li rende un possibile biomarcatore dell'esposizione complessiva di una popolazione al contesto ambientale e di vita in cui è immersa. I dati forniti dalla coorte Piccolipiù mostrano valori medi minori per Torino e Trieste, in particolare rispetto a Firenze, anche se le differenze sono piccole (Figura 5). La variabilità tra popolazioni può essere spiegata da molteplici fattori genetici e ambientali.

- 3 Sviluppare un protocollo di intervento per il monitoraggio di popolazione in siti ad alta esposizione ambientale (siti di interesse nazionale-SIN) che è stato utilizzato in due SIN della Sicilia e in casi studio in Lazio e Friuli Venezia Giulia. Le informazioni in esso contenute vogliono essere parametri obiettivi sui quali programmare e valutare gli interventi su popolazioni esposte ad alto rischio ambientale (<https://milleggiorni.info/per-i-decisor-i/protocolli-di-intervento/>).

- 4 Produrre un documento di consenso per tradurre in azioni le evidenze disponibili. Il documento "Inquinamento atmosferico e salute" definisce priorità e proposte d'intervento coerenti con la dimensione del problema a livello italiano, con riferimento al piano nazionale ed ai piani regionali di prevenzione. La prima versione, condivisa con le principali società scientifiche pediatriche e di medicina neonatale e perinatale, identifica una serie di priorità di intervento che gli estensori del documento si impegnano a promuovere, tra cui: formazione degli operatori, informazione alle famiglie, modifica dei comportamenti individuali, azione di advocacy verso altre società scientifiche di area materno infantile.
- 5 Sviluppare un sito web che rende disponibili le informazioni prodotte dal progetto (<https://milleggiorni.info/>) e rappresenta lo strumento operativo per restituire ai diversi stakeholder i dati sul reale peso dell'esposizione ambientale sin dai primi mille giorni di vita, sviluppando strategie di prevenzione adeguate. Uno spazio di sensibilizzazione sugli effetti dell'esposizione ambientale nei primi mille giorni di vita e l'importanza di crescere in contesti di vita sani, che propone strumenti per contribuire a costruirli rivolti ai genitori, ai cittadini, ai pediatri e agli operatori che si occupano della mamma e del bambino e ai decisori.

I primi mille giorni: per i genitori

Il sito milleggiorni.info presenta le informazioni per i genitori considerando la "prevenzione del rischio" e la "promozione della salute" così da aumentare la consapevolezza sui rischi derivati dall'esposizione a contaminanti ambientali e fornire ai genitori suggerimenti pratici per ridurli al minimo. Come possono quindi i genitori proteggere i piccoli dagli inquinanti atmosferici e dal fumo di sigaretta in questi "primi mille giorni"? Innanzitutto è importante informarsi sui livelli di inquinamento della propria città consultando sui siti delle agenzie regionali di protezione ambientale le concentrazioni di PM 10 e ozono per limitare le uscite dei bambini, in particolare se affetti da patologie respiratorie, nei giorni con livelli di inquinamento elevati. D'estate i livelli di ozono aumentano nel corso della giornata con l'aumento della temperatura, e sono più elevati nelle prime ore del pomeriggio, in particolare nei parchi, nelle aree periferiche ed extraurbane. Invece durante

l'inverno sono le concentrazioni di particolato nell'aria a guidare le scelte di salute. Con il freddo il particolato si condensa a formare goccioline di aerosol più facilmente inalabili: meglio dunque stare fuori casa nelle ore più calde. Queste informazioni permetteranno ai genitori di pianificare le attività quotidiane per ridurre il più possibile l'esposizione dei più piccoli. Un secondo aspetto importante è l'indicazione a camminare di più con i bambini, scegliendo orari e percorsi con minor traffico e ricordando che i bambini trasportati in auto inalano anche le emissioni dell'auto, e che le concentrazioni degli inquinanti all'interno di essa sono maggiori di quelle presenti nell'aria esterna. Anche per questo il comportamento più salubre, ove possibile, resta sempre quello di muoversi a piedi o in bicicletta. È importante inoltre ricordare ai genitori il ruolo degli spazi verdi, la cui presenza in città offre più opportunità di condurre stili di vita attivi, mitigare gli impatti delle esposizioni ambientali, migliorare la qualità dell'aria, attenuare l'inquinamento acustico e il calore urbano. Gli spazi verdi sono quindi uno strumento prezioso per il mantenimento della salute mentale e fisica. È dimostrato come la presenza di verde urbano influenzi positivamente la salute dei bambini, riducendo lo stress, e favorendo maggiori livelli di attività fisica, maggiore autocontrollo dell'impulsività, miglioramento della capacità di attenzione, divertimento e maggiore socializzazione grazie al gioco con i coetanei. I genitori, oltre a utilizzare gli spazi verdi e incentivare l'attività fisica e il gioco libero dei bambini in ambienti naturali, possono sensibilizzare l'opinione pubblica e influenzare i decisori politici a favore di una buona pianificazione dell'ambiente urbano, miglioramento della circolazione e riqualificazione di zone degradate, realizzazione e corretta gestione di spazi verdi, di piste pedonali e ciclabili e di percorsi sicuri casa-scuola.

È importante poi che i bambini vivano in ambienti liberi dal fumo di sigaretta, quindi è bene evitare di fumare in casa e nei luoghi dove si è assieme ai bambini (inclusa l'automobile), e che il bambino frequenti ambienti dove si fuma.

In conclusione il sito milleggiorni.info suggerisce alcune azioni virtuose per ridurre il proprio impatto ambientale:

- Preferite l'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici o della bicicletta. Usate meno l'automobile. Il danno sulla salute e sull'ambiente dovuto all'eccessivo uso dell'auto privata come mezzo di trasporto è stato paragonato a quello dovuto alla dipendenza dal fumo.

- Rispettate le regole: seguite le disposizioni comunali sui limiti di accesso alle zone a traffico limitato o i divieti di circolazione nella fascia verde nelle giornate più inquinate.
- Cercate di adottare comportamenti di guida volti alla riduzione di emissioni inquinanti (per es. moderare la velocità, mantenere spento il motore se non necessario, utilizzare dove possibile i parcheggi sotterranei, curare la manutenzione periodica del veicolo per garantire un corretto funzionamento del motore e del veicolo nel suo complesso).
- In caso si debba cambiare l'automobile, privilegiate, se possibile, i modelli a minor impatto ambientale. Valutate veicoli a ridotte emissioni sia elettrici/ibridi sia alimentati con combustibili a basso impatto (per es. metano).
- Sensibilizzate il vostro condominio a valutare le opportunità di un riscaldamento a minore impatto sull'ambiente: gli impianti di riscaldamento a combustibili non gassosi dovrebbero essere convertiti a metano e gli impianti di riscaldamento condominiali esistenti dovrebbero essere ristrutturati secondo le tecnologie della termoregolazione della temperatura degli ambienti e contabilizzazione del calore utilizzato.
- Se fumate, cercate di smettere. La creazione di un ambiente libero dal fumo dovrebbe cominciare già prima del concepimento, se la gravidanza è programmata. Smettere di fumare non è semplice e non esistono ricette miracolose. Il fumo è infatti una vera e propria dipendenza, indotta dalla nicotina. Le possibilità di successo aumentano con i consigli e l'aiuto di professionisti specializzati nella gestione di questa problematica quali quelli dei centri antifumo, che possono creare profili di cura personalizzati. Cercate quindi aiuto rivolgendovi al medico di base o al pediatra che vi potranno offrire sostegno e indirizzarvi a un centro antifumo più vicino.

Il sito e il progetto sono in continuo aggiornamento e anche la pagina per i genitori verrà arricchita e ampliata con informazioni e consigli volti a ridurre il rischio di esposizione ad inquinanti e a cambiare gli stili di vita delle famiglie. Sugeriamo quindi di consultarla frequentemente.

✉ elena.uga990@gmail.com

La bibliografia e la sitografia sono disponibili online.

Esperienze operative presso un centro per le famiglie e dei nidi d'infanzia, attraverso l'approccio Touchpoints e il massaggio infantile



Elisabetta Ciracò*, Danila Grande**

* Psicologa, psicoterapeuta, insegnante AIMI, già professore a contratto, psicologia clinica e psicologia scolastica, Università di Bologna, Dipartimento di Psicologia, sede di Cesena;

** Educatrice, insegnante AIMI, consulente per l'allattamento, insegnante mini misp per il massaggio nelle scuole dell'infanzia, educatrice presso i nidi del Comune di Roma

Questo lavoro descrive l'esperienza operativa svolta con gruppi di genitori e bambini nei primi mille giorni di vita, che le autrici hanno realizzato negli anni nei servizi pubblici e nei centri per le famiglie, avendo come riferimento le indicazioni e i suggerimenti teorici di T.B. Brazelton e V. McClure. Entrambi presentano due approcci centrati sul sostegno e la promozione della relazione tra genitori, bambini e operatori. Tale lavoro evidenzia quanto i servizi territoriali, quali i centri per le famiglie e i nidi d'infanzia, mantengano da anni un ruolo essenziale e prioritario nel supporto alla genitorialità e favoriscano l'assestarsi dei delicati equilibri della rete familiare in un periodo di vita soggetto a forti vulnerabilità.

This work describes the operational experience with groups of parents and children in the first 1000 days of life carried out over the years by the authors in public services and family centers based on the T.B. Brazelton and V. McClure theoretical suggestions. Both present two approaches focused on supporting and promoting the relationship between parents, children and operators. The paper highlights how much local services such as Family Centers and Kindergartens have for years maintained an essential and priority role in parenting support and in stabilizing the delicate balance of the family network in a period of life subject to strong vulnerabilities.

I started thinking that my work consisted in learning to appreciate parents. When I changed my attitude and started to trust them they began to trust more themselves.

Cominciai a pensare che il mio lavoro consisteva nell'imparare ad apprezzare i genitori. Quando cambiai il mio atteggiamento e iniziai a fidarmi di loro, loro cominciarono ad avere più fiducia in se stessi.

T. BERRY BRAZELTON, "LEARNING TO LISTEN. A LIFE CARING FOR CHILDREN", 2013

Introduzione

Le evidenze scientifiche concordano sull'importanza di investire sullo sviluppo precoce del bambino, per dare supporto nei primi mille giorni di vita e alle famiglie. Questo consente di promuovere il potenziale di salute e di sviluppo a breve e lungo termine dei bambini e ridurre e contrastare le disuguaglianze di salute.

L'idea che la storia biologica e comportamentale di un individuo derivi dal patrimonio genetico ereditato dai genitori appartiene ormai al passato. Lo insegna l'epigenetica, una maniera nuova di conside-

rare il genoma, ovvero l'insieme di tutto il DNA e del patrimonio genetico di una specie. Essa studia il modo in cui l'ambiente interferisce sul genoma. Certamente lo sviluppo dell'uomo dipende dai geni, ma il loro funzionamento è fortemente influenzato dall'ambiente esterno. Quest'ultimo, infatti, condiziona i geni fin da prima del concepimento e continua a farlo durante la gravidanza e nei primi anni di vita del bimbo. Significa che gli stili di vita dei genitori, gli stimoli psicologici e le scelte intraprese prima e dopo la gestazione giocano un ruolo nello stato di salute del piccolo e futuro adulto [1].

È la cosiddetta "teoria dei mille giorni", nei quali si determina l'avvenire del bambino. In questa fase della vita, il cervello si sviluppa più che in qualsiasi altro momento e l'ambiente gioca un ruolo cruciale nel determinare la crescita e lo sviluppo futuro: le esperienze vissute nella prima infanzia, infatti, sono influenzate dal contesto in cui i bambini nascono e crescono e dalle figure adulte che per prime si prendono cura di loro. Esperienze positive precoci sono associate a migliori esiti scolastici, a

un sano sviluppo sociale ed emotivo, a migliori risultati nel contesto lavorativo e, in generale, a un migliore stato di salute [2]. Come spiegano e confermano gli specialisti dell'Ospedale del Bambin Gesù di Roma (<http://www.ospedalebambinogesu.it/a-scuola-di-salute-i-primi-1000-giorni#.XsVMCGgzaUm>), nei primi mille giorni l'organismo è ancora in "via di costruzione", quindi è più plastico e malleabile.

Occorre sostenere e promuovere un "ambiente ottimale" (già dalla vita intrauterina) prendendosi cura della madre, del padre, della coppia genitoriale e del contesto in cui vive sia a livello micro (la famiglia, la comunità di appartenenza) che macro (la società, la cultura, le politiche, ecc). Lo sviluppo fisico, psichico e cognitivo del bambino può essere compromesso se un "ambiente ottimale" non viene tutelato e ci si trova in presenza di situazioni di "aversità" o di "carezza", come problemi di salute fisica o psichica dei caregiver, maltrattamento o violenza familiare, degrado ambientale e culturale, povertà economica e sociale. Investire nello sviluppo dei primi anni di vita (Early Child Development, ECD) favorisce lo sviluppo fisico e mentale del bambino con benefici che hanno un impatto durante tutta la vita.

Per questo motivo il tema deve essere prioritario nelle politiche e nei programmi, poiché è soprattutto in quegli anni che si gioca il benessere e la realizzazione delle generazioni future. Come riporta Marmot nella sua review del 2010 [3]: "Dare ad ogni bambino il miglior inizio di vita possibile è fondamentale per ridurre le disuguaglianze di salute nel corso della vita. Nella prima infanzia si creano le basi per ogni aspetto dello sviluppo umano, fisico, intellettuale ed emotivo. Ciò che accade in questi primi anni (a partire dalla vita intrauterina) ha effetti permanenti su molti aspetti della salute e del benessere, dall'obesità, le malattie cardiache e mentali ai

risultati scolastici e allo status economico. Per avere un impatto sulle disuguaglianze di salute dobbiamo affrontare il gradiente sociale relativo all'accesso dei bambini a esperienze positive nei primi anni di vita. Gli interventi successivi, sebbene importanti, sono decisamente meno efficaci se mancano buone basi nella prima infanzia". Per questo, per esprimere il loro pieno potenziale, i bambini necessitano di cinque componenti della nurturing care:

- 1 buona salute;
- 2 nutrizione adeguata;
- 3 genitorialità responsiva;
- 4 opportunità di apprendimento precoce;
- 5 protezione/sicurezza.

Lo studio "First thousand days", è stato condotto dal Murdoch Childrens Research Institute di Sydney, che conduce e raccoglie ricerche sui fattori che influenzano lo sviluppo infantile, e mostra che le condizioni fisiche ed emotive in cui si viene al mondo influenzano le probabilità di esiti positivi o negativi durante la vita. La ricerca mostra che molti di questi cambiamenti avvengono prima ancora che il bambino sia concepito, e poi durante la gravidanza, arrivando alla conclusione che mentre i genitori svolgono un ruolo cruciale nello sviluppo di lungo termine del bambino, è necessario anche un ambiente positivo dentro l'intera comunità in cui la famiglia vive [5]. Ma questo sguardo attento al delicato periodo di vita del bambino e ai principi di cura e sostegno nella rete familiare e sociale, erano già presenti nei contributi dei due autori, T.B. Brazelton e V. McClure fin dagli anni Cinquanta.

Obiettivi

Vorremmo porre l'attenzione sui preziosi contributi che entrambi gli autori hanno fornito, Brazelton sul cambio di prospettiva sullo sviluppo del bambino e sulle dinamiche relazionali genitori-bambini-operatore e McClure, sulla pratica e l'efficacia dell'operatività del massaggio infantile. Nello specifico:

- rilevare gli apporti nella pratica: la funzione dell'operatore e i principi;
- riportare la narrazione delle esperienze: laboratori di massaggio infantile e nel nido.

Apporti nella pratica: la funzione dell'operatore e i principi secondo Brazelton e McClure

L'operatore formato nell'approccio Touchpoints di T.B. Brazelton può essere considerato come colui che porta "buoni semi" di conoscenza al genitore, impegnato nella costruzione della relazione con il figlio. In seguito alla formazione egli acquisisce

modo di essere e di agire e questa "impalcatura formativa" è il fondamento di un incontro nuovo e della possibilità di una partnership genitore-operatore. Le famiglie sono il primo ambiente relazionale di un piccolo essere umano e hanno un ruolo fondante nella costruzione del sistema cerebrale.

L'operatore formato nell'approccio Touchpoints, sia in ambito sanitario, che psicologico e educativo può, come ci ricorda Bronfenbrenner [6] nel suo approccio ecologico al sistema relazionale, essere colui che manifesta ammirazione e affetto per le figure genitoriali che per prime si prendono cura del bambino. Un'alleanza fra operatori e genitori può tradursi in interazioni con il bambino più stimolanti. L'approccio Touchpoints rivaluta e riformula le tradizionali impostazioni sia in ambito medico sia in ambito educativo, modificandone l'agire. I cambi di prospettiva riguardano lo spostamento del focus dal possibile deficit alle caratteristiche positive; concentrarsi sulle competenze restituisce al genitore fiducia rispetto alle sfide della crescita. Al genitore viene restituito un ruolo primario di valutazione rispetto alla crescita e l'operatore perde il ruolo prescrittivo che aveva. Il coinvolgimento empatico tra l'operatore e le famiglie favorisce l'ascolto attivo e un rapporto di vera collaborazione per il bene comune. Secondo l'approccio Touchpoints l'operatore viene aiutato nel formare l'alleanza con il genitore utilizzando alcuni principi di base, tra cui i fondamentali sono quelli di: usare il comportamento del bambino come proprio linguaggio; cercare occasioni per sostenere le competenze dei genitori; valorizzare la passione e le emozioni ogni qual volta si incontrano; valorizzare la disorganizzazione.

L'altro strumento che l'approccio Touchpoints propone per avvicinarsi alla prospettiva del genitore e del bambino, e quindi a sostenerne la relazione, è quello di utilizzare dei *presupposti*, cioè degli assunti che aiutano il modo di porsi dell'operatore verso i genitori, tra cui ritenere che i genitori sono gli esperti del loro bambino (gli operatori lo sono dei bambini in generale), che hanno sempre dei punti di forza, che vogliono fare il meglio per il loro bambino, che possono avere dei sentimenti ambivalenti verso di lui e che vivono momenti critici e sentono il bisogno di dividerli [7].

Principi guida secondo McClure

La relazione madre-bambino è un sistema di regolazione reciproca. La qualità dello scambio affettivo gioca un ruolo fondante nello sviluppo sociale ed emozionale del bambino. Madre e figlio sco-

prono i modi dello stare assieme, cioè partecipano alla creazione dei significati diadici. Il massaggio infantile rappresenta uno strumento prezioso per affinare questo dialogo. L'operatore promuove la buona interazione genitore-figlio proponendosi come facilitatore della relazione, accompagnandolo attraverso l'ascolto attivo nello sfidante terreno dell'incontro col figlio. Attraverso la riformulazione, le domande aperte, le esperienze e i sentimenti dei genitori che vengono accolti e non negati; essi vengono sostenuti a dar voce al proprio intuito e a proporre suggerimenti che siano in linea col loro pensiero. Incoraggiarli a cercare il contatto col figlio e a rispondere ai segnali comunicativi, partendo dal riconoscimento degli stati comportamentali, facendo del comportamento del bambino il proprio linguaggio. Insegnare il rispetto, con la richiesta del permesso, giacché il massaggio è un dialogo che si sviluppa con il bambino. Lo strumento realizzato si è sviluppato nell'esperienza pratica delle autrici in ambiti operativi territoriali differenti (Emilia-Romagna e Lazio) quali il centro per le famiglie del territorio romagnolo e il servizio infanzia del Comune di Roma.

Metodo e strumenti presso il centro per le famiglie del territorio romagnolo

L'esperienza presso il centro per le famiglie della Romagna forlivese sviluppata in diciotto anni di attività (dal 2000 al 2018) con conduzione di gruppi di massaggio, è stata descritta in un articolo [8] e in due lavori presentati come "Poster" nel 2019 all'assemblea nazionale dei trent'anni dell'AIMI a Bologna e all'incontro della rete nazionale Touchpoints a Roma. La ricerca è stata condotta a partire dall'individuazione dei corsi di massaggio infantile organizzati nelle strutture del territorio romagnolo presso il centro per le famiglie della Romagna forlivese (coordinato dallo psicologo Fabio Canini). Tali corsi, strutturati secondo le indicazioni della formazione AIMI, si sono articolati in 4/5 incontri della durata di un'ora e mezza, rivolti ai neogenitori e ai loro bambini entro il primo anno di vita. Tutti gli incontri ruotano intorno a contenuti teorici relativi allo sviluppo del bambino (benessere fisico e psicologico, ruolo genitoriale, potenzialità del massaggio infantile) e contemplano momenti interattivi e pratici, nei quali ciascuno può sperimentare concretamente la pratica del massaggio e la riflessione condivisa in gruppo di genitori. L'approccio nel massaggio AIMI sostiene la relazione attraverso l'accoglienza, l'accettazione, il rispetto (es. richiesta ini-

ziale del *permesso*) e la discontinuità dello sviluppo e il massaggio lavora principalmente intorno a quattro grandi aree: stimolazione, sollievo, rilassamento e interazione [9]. Utilizzando i segnali comportamentali del bambino ne decodifica e legge gli stadi, come anticipazione di successivi passaggi di maturazione e di crescita. Nella cornice delle modalità di cura positive e determinanti per la “costruzione” delle basi neurobiologiche del bambino, si inserisce la pratica del massaggio infantile neonatale, considerato uno degli strumenti a disposizione dei genitori per facilitare il rapporto e la comunicazione con il proprio figlio [10-11]. Di seguito vengono definiti i benefici del massaggio infantile, nell’esperienza di madre e di padre (Tabella 1) [12-13], nella relazione familiare (Tabella 2) e quali le ricadute nella comunità sociale (Tabella 3) e gli effetti benefici per il bambino [14].

I servizi sanitari territoriali, i consultori pubblici della neuropsichiatria infantile e i centri per le famiglie si sono attivati, nel tentativo di allinearsi alle “Buone pratiche costruttive dello sviluppo nei primi 1000 giorni di vita” (Regione Emilia-Romagna, Bologna, 10 maggio 2018, Giorgio Tamburlini) e di trasformarsi in veri e propri luoghi di accoglienza e supporto, nei quali accompagnare gli adulti nel costruire un legame sensibile e adeguato con i loro bambini.

La ricerca è stata condotta a partire dall’individuazione dei corsi di massaggio infantile organizzati nelle strutture del territorio romagnolo presso il centro per le famiglie della Romagna forlivese. I laboratori si sono svolti in 4/5 incontri e sono stati rivolti ai neogenitori e ai loro bambini entro il primo anno di vita. I contenuti teorici sono stati rivolti allo sviluppo del bambino, al suo benessere fisico e psicologico, alla centralità del ruolo genitoriale, alle potenzialità del massaggio infantile. Favoriti, inoltre, momenti interattivi, volti alla raccolta di bisogni specifici, esigenze, domande, e momenti pratici, nei quali ciascuno ha potuto sperimentare concretamente la pratica del massaggio. In occasione di tali corsi è stato distribuito a tutti i partecipanti un questionario costruito ad hoc, volto ad esplorare le percezioni e il grado di soddisfazione relativo all’andamento dei corsi.

Dei 752 iscritti che hanno partecipato ai corsi, hanno consegnato il questionario 503 neogenitori, di cui 499 madri e 4 padri (madri = 99,2%; padri = 0,8%). È stata realizzata un’analisi descrittiva sul contenuto delle risposte, mettendo in evidenza la frequenza e la tipologia delle tematiche riportate a partire da quanto emerso

TABELLA 1. Benefici del massaggio per i genitori

MADRE	PADRE
Riduce il rischio di <i>maternity blues</i>	Diminuisce il timore di esclusione
Favorisce benessere e rilassamento	Favorisce la competenza genitoriale
Incrementa la cura	Incrementa la vicinanza con madre e bambino

TABELLA 2. Benefici del massaggio per la famiglia

Il linguaggio della pelle promuove la relazione fra fratelli
Contiene il senso di gelosia
Accoglie le specificità

TABELLA 3. Benefici del massaggio per la società

Crescita di una cultura dell’infanzia guidata da rispetto ed empatia
Riduzione dell’incidenza di <i>maternity blues</i>
Protezione dal rischio di abuso infantile
Prevenzione e promozione della salute basato sulle <i>life skills</i> (o competenze per la vita), secondo indicazione OMS, necessari per affrontare le sfide della vita

nei questionari. Obiettivi dell’analisi sono stati quelli di: indagare il grado di soddisfazione e le aspettative relative alla partecipazione al corso di massaggio dei neogenitori; indagare la correlazione tra caratteristiche specifiche del corso (es. numero di incontri, contenuti affrontati, ecc.) e utilità percepita dai partecipanti; esplorare i bisogni e le motivazioni dei genitori; raccogliere suggerimenti relativi allo svolgimento del corso e/o a proposte ulteriori destinate ai neogenitori e ai loro figli.

I risultati hanno evidenziato un’elevata soddisfazione (98%) dei neogenitori, in quanto i corsi favoriscono uno spazio di relazione e di tempo privilegiato con il proprio figlio, oltreché l’acquisizione di una tecnica utile al benessere di entrambi. Emerge inoltre il bisogno di creazione di una rete sociale attiva tra genitori nella stessa fase di vita e di confronto con professionisti, cui affidare dubbi e fragilità. Tali elementi sono rimasti invariati nel corso di 18 anni di esperienza, a dimostrazione di quanto i servizi territoriali siano interlocutori indispensabili nella fase delicata di transizione alla genitorialità. Tale lavoro evidenzia quanto i servizi territoriali, quali i centri per le famiglie, mantengano da anni un ruolo essenziale e prioritario nel supporto alla genitorialità (secondo le linee ministeriali sui “Primi 1000 giorni di vita”), e in particolare nella prevenzione primaria.

Metodo e strumenti presso un servizio infanzia del Comune di Roma

Lo strumento realizzato si è sviluppato nell’esperienza pratica in un nido del Comune di Roma. Brazelton diceva che quando rafforziamo le famiglie, in sinte-

si, rafforziamo la comunità. L’esigenza di essere supportati da operatori consapevoli e competenti, che sappiano sviluppare fiducia nelle capacità genitoriali, risponde ai bisogni irrinunciabili dei bambini; inoltre aiuta nello sviluppare relazioni e nel dare protezione, facendo vivere esperienze a misura delle specificità, con i giusti limiti, e proteggendo il futuro.

McClure ci ricorda come il toccare, il sentire e il memorizzare con la pelle ci mettono alla ricerca di legami e di sintonie col mondo e sono in grado di sostenere lo sviluppo del sé. È evidente come i due studiosi abbiano in comune uno sguardo sulla relazione genitore-bambino che immagina lo sviluppo come un processo evolutivo discontinuo e in sincronia sul modello relazionale, con il focus sull’alleanza educativa fra genitore e operatore, elemento sostenitore del processo di crescita.

Stare al nido è un progetto fatto di alleanza, che vede genitori e educatori, coprotagonisti di un percorso che ha come obiettivo il benessere delle famiglie. Che cosa è allora l’alleanza? È un patto la cui essenza consiste nel far nostro come educatori, il trasporto che i genitori provano per il proprio figlio e tutti quei sentimenti a esso correlati, inclusa l’ambivalenza di emozioni per questa responsabilità e i timori legati alla crescita. Noi accogliamo tutto questo e ce ne prendiamo cura.

L’alleanza educativa ha bisogno di ascolto empatico e di sospensione del giudizio (vera e propria “palude” nell’incontro col genitore). Ciò che deve sostenerci è la competenza sullo sviluppo del bambino. Da questa deriva il modo in cui entriamo in rapporto coi genitori e la possibilità di usare il comportamento del bambino co-

me nostro linguaggio. La genitorialità è un processo di pancia, di testa, di cuore, costruito su prove ed errori.

Nell'ottica Touchpoints valorizzare e comprendere la relazione fra noi e il genitore ha come assunto di base la convinzione che ogni genitore possieda punti di forza e sia il migliore esperto del proprio figlio, che desideri il meglio per lui pur provando anche sentimenti di ambivalenza che deve poter condividere. Stare al nido significa in questa dimensione di pensiero, costruire assieme un sistema di caregiving condiviso, consapevoli della responsabilità verso le generazioni future; creare una comunità competente e solidale che sarà in grado di sostenere in prospettiva la capacità dei bambini di provvedere alle loro stesse future famiglie e in una prospettiva più ampia, alla stabilità economica, politica e sociale di un Paese.

Il nostro nido è pensato non solo come spazio di ricerca e di sperimentazione ma anche come luogo dove i genitori possono restare ogni volta che vogliono per vivere assieme esperienze e momenti affettivamente nutrienti in un tempo lento e a misura di tutti. Gli educatori possono confrontarsi coi genitori e insieme, da meri fornitori d'informazioni, possono trasformarsi in moltiplicatori delle capacità che il bambino già possiede nei suoi codici.

La sperimentazione di questa impostazione metodologica è durata due anni in un primo nido ed è proseguita nella nuova piccola sede che accoglie solo bambini due-tre anni. Con il gruppo di educatrici precedente abbiamo programmato un sistema di accoglienza e ambientamento, organizzato in rete, che si attiva dal periodo estivo (dove siamo a casa ma "a disposizione" dal punto di vista lavorativo) coinvolgendo i nuovi iscritti in una sorta di home visiting virtuale. Abbiamo chiesto alle famiglie di prendere contatto fra di loro e inviato un'email di presentazione che spiega la nostra idea di nido; ai genitori abbiamo chiesto, in sostituzione delle vecchie schede informative, di raccontarci la loro famiglia. Abbiamo curato poi la preparazione degli spazi d'identità nella sezione (foto, nomi), consapevoli del valore dell'essere "ri-conosciuti" e dell'accogliere l'identità del gruppo.

Lo scambio di esperienze tra famiglie, che sono state accolte tutte insieme durante l'ambientamento iniziale ha fornito rassicurazione, senso di appartenenza e ci ha permesso di osservare da subito gli stili comunicativi e relazionali genitore-figlio ponendo le basi per il fare futuro. Questo stile empatico si è rivelato fortemente efficace con i genitori e anche per questo,

quando sono stati invitati a giocare con gli stessi materiali usati dai bimbi cercando di contattare le loro emozioni, lo hanno fatto con gioia e trasporto. Sempre ai genitori è stato chiesto (invece che per decisione dell'educatore come avviene di solito), di capire quando era il momento per allontanarsi durante l'ambientamento e lasciare i bambini alle educatrici. La decisione è stata presa osservando i comportamenti dei bambini e trasformandoli in veri e propri linguaggi.

I genitori, fuori dalla porta, erano pieni di sensazioni, pensieri che andavano accolti e lo abbiamo fatto raccogliendoli nella "scatola dei pensieri". Le emozioni della coppia genitoriale sono parte integrante del percorso al nido, perché qui entra una famiglia e non un singolo bambino; per questo è stato loro offerto uno spazio dedicato ad ascoltarli. L'idea è di lasciare spazio ai loro vissuti sia come singoli che come coppie offrendo laboratori sull'ascolto attivo, sulla difficoltà nella coppia e utilizzando canali giocosi come l'arte-terapia.

Sempre in quello spazio hanno potuto trascorrere del tempo con il figlio attraverso il massaggio o cantando con lui e per lui. In questo modo la memoria tattile di adulti e bambini resta attiva. Le carezze che partono dal cervello arrivano all'anima e i figli potranno diventare futuri adulti che sapranno prendersi cura dell'altro. Sapranno restituire le carezze che hanno imparato attraverso i sensi. Il genitore potrà "decentrarsi", pur mantenendo il sostegno, dall'accompagnare e lasciare andare.

Mettere in luce la sostanza della relazione appassionata che unisce noi e le famiglie è stato ed è un dono prezioso; insieme abbiamo costruito "impalcature" affettive che i responsabili dei servizi hanno il dovere di promuovere e legittimare. Brazelton ci ha parlato dei bisogni dei bambini nello stesso modo in cui ha sottolineato quelli degli adulti assieme alla necessità di essere entrambi accolti in una comunità che sappia "fare da guardia". Se infatti la "diade" genitoriale non viene aiutata a riflettere sui suoi bisogni e non ottiene sostegno in questo senso, vive male il proprio ruolo.

La situazione relazionale fra famiglie e educatori nel tempo rischia di rimanere imbrigliata in situazioni di competizione e rivalità. Anche gli educatori o insegnanti, se hanno bisogni non ascoltati, tendono a generare situazioni di antagonismo giudicante. Il lavoro educativo ha veramente senso se si costruisce come un cerchio: si parte dal lavoro su se stessi (l'educatore) per poi prendersi cura dell'altro e del modo in cui stiamo con lui, affinando lo sguardo,

in una costruzione resiliente di saperi condivisi.

Interventi a supporto della genitorialità

I laboratori a supporto della genitorialità sono stati organizzati nella sezione dei piccolissimi, dei medi e dei grandi (questi ultimi nel micronido dove attualmente presto servizio). Il massaggio nella sezione dei piccolissimi è stato introdotto per consolidare la relazione all'interno del nido come risposta al bisogno irrinunciabile di bambini e famiglie di sviluppare costanti relazioni di accudimento.

Abbiamo organizzato sessioni di massaggio settimanali per cinque settimane, con gruppi di tre mamme con i propri figli all'interno della sezione subito dopo il sonno pomeridiano. Su un gruppo totale di quindici bambini iscritti alla sezione, hanno partecipato dodici mamme con i piccoli.

Per quanto riguarda il sostegno alla coppia genitoriale abbiamo organizzato due laboratori: il primo – che guarda alla "relazione come rel-azione", ovvero come fonte di consapevolezza e responsabilità dei propri sentimenti, come genitore, come coppia e come persona – è stato condotto da una psicoterapeuta (Daniela Di Renzo) e hanno partecipato la totalità degli iscritti alla sezione. Il secondo laboratorio è stato inserito nel percorso di alfabetizzazione musicale secondo la "music learning theory" di Edwin Gordon, ed è stato seguito da tutti i bambini insieme ai genitori in tutti e tre gli anni. Inoltre, abbiamo organizzato l'incontro "Vuoi cantare con me? Avventure musicali alla scoperta del proprio mondo interiore e di quello dei propri figli" condotto dalla counsellor Francesca Scaglione Art, pianista e cantante, a cui hanno partecipato tutti i genitori.

Nella sezione dei medi, sono stati organizzati laboratori esperienziali di gioco genitori-figli con materiali naturali e di riciclo. Hanno partecipato, divisi in gruppi, tutti i genitori.

Nel nuovo micronido tutti i genitori sono stati accolti attraverso piccoli laboratori di costruzione di oggetti transizionali per i propri figli durante il periodo dell'ambientamento. Nel periodo natalizio tutti i genitori hanno partecipato a un incontro dove hanno creato con materiali di riciclo e foto dal forte significato affettivo per il figlio, un piccolo "album degli affetti".

La partecipazione delle famiglie agli incontri proposti durante la frequenza al nido ha rafforzato nel gruppo educativo la valenza di questa impostazione metodologica. Il "fare educativo" realizzato nell'ambiente nido ha contribuito a dare una dimensione

comunitaria, in cui gli operatori hanno stabilito patti di alleanza fatti di buone pratiche con i genitori. In questa prospettiva le famiglie sono diventate luoghi di rielaborazione creativa degli stimoli proposti dalle educatrici in un arricchimento reciproco.

Conclusioni

Mai come in questo periodo storico, il ventesimo secolo travolto dalla pandemia, il contatto, le relazioni e il prendersi cura sono diventati i temi emergenti e fondamentali per la salvaguardia della crescita e del benessere dei piccoli, dei genitori e della comunità. Le esperienze descritte rappresentano percorsi concreti e fattibili per offrire supporto alle famiglie e ai bambini nei primi mille giorni di vita promuovendo il potenziale di salute e sviluppo e per ridurre e contrastare le disuguaglianze di salute. In entrambi le sedi operative, seppur diversi per contesto e luogo geografico, emerge con forza il bisogno di una rete sociale attiva tra genitori nella stessa fase di vita e di confronto con professionisti, cui affidare dubbi e fragilità. L'obiettivo è costruire assieme un sistema di caregiving condiviso, consapevole della responsabilità verso le

generazioni future per creare una comunità competente e solidale in grado di sostenere in prospettiva la capacità dei bambini di provvedere alle loro future famiglie e, in una prospettiva più ampia, alla stabilità economica, politica e sociale di un Paese.

✉ luisaciraco@gmail.com;

daniela.grande@libero.it

1. Burgio E. Dalla genetica all'Epigenetica. Soma Istituto Milano, 2019.
2. Prevenire è prendersi cura: un focus sugli interventi di Early Child Development. Euro Health Net Magazine. <https://eurohealthnet-magazine.eu/prevenire-e-prender-si-cura-un-focus-sugli-interventi-di-early-child-development/>.
3. UCL Institute of Health Equity. Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. The Marmot Review. February 2010. <http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>
4. Brazelton TB. Learning to Listen. A Life Caring for Children. 2013.
5. Primi 1000 giorni di vita i più importanti per lo sviluppo. Sin dal concepimento si preparano basi salute fisica e mentale. Ansa-Sydney 26 settembre 2017.

6. Bronfenbrenner U. Making Human Beings Human. Bioecological Perspectives on Human Development. Thousand Oaks, 2005.
7. Brazelton TB, Greenspan SI. I bisogni irrinunciabili dei bambini. Raffaello Cortina Editore, 2001.
8. Addarii F, Ciracò E, Polo K, et al. Uno studio descrittivo su 18 anni di attività presso centri per le famiglie del territorio romagnolo. Quaderni acp 2020;2.
9. McClure V. Massaggio al bambino, messaggio d'amore: Manuale pratico di massaggio infantile per genitori. Bonomi editore, 2014.
10. Guzzetta A, Baldini S, Bancale A, et al. Massage accelerates brain development and the maturation of visual function. J Neurosci. 2009 May 6;29(18):6042-51.
11. Guzzetta A, D'Acunto MG, Carotenuto M, et al. The effects of preterm infant massage on brain electrical activity. Dev Med Child Neurol. 2011 Sep;53 Suppl 4:46-51.
12. Cullen C, Field T, Escalona A, et al. Father-infants interactions are enhanced by massage therapy. Early Child Development and Care. 2000;164(1): 41-7.
13. Gürol A, Polat S. The Effects of Baby Massage on Attachment between Mother and their Infants. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2012 Mar;6(1):35-41.
14. Lucangeli D. V Convegno: le mani che nutrono. L'educazione al Contatto per una società empatica, Padova. 2019.



La chirurgia nei bambini neurologici è a più alto rischio di polmonite post intervento

Anche i bambini affetti da patologie neurologiche possono avere bisogno – come tutti i bambini e forse più degli altri – di un intervento chirurgico. Qualsiasi procedura di questo tipo ci appare ragionevolmente a più alto rischio durante, ma anche successivamente all'atto chirurgico in sé. La possibilità di sviluppare un'infezione respiratoria postoperatoria è concreta ed è favorita da scarsa coordinazione neuromuscolare, tosse inefficace, incoordinazione della deglutizione e insufficiente igiene orale. Una ricerca retrospettiva USA, condotta su scala nazionale, ha cercato di quantificare il rischio di polmonite postoperatoria in bambini con comorbilità neurologica, prendendo in esame una casistica di 349.163 bambini dei quali 2.191 (0,6%) avevano sviluppato un'infezione respiratoria entro 30 giorni dall'intervento. La presenza di una patologia neurologica conferiva un rischio circa due volte maggiore di polmonite postoperatoria (hazard ratio [HR]: 1,91). All'interno di questa popolazione, i bambini con paralisi cerebrale avevano il rischio più elevato (HR: 3,92), seguiti da quelli con epilessia (HR: 2,93) e con patologia neuromuscolare (HR: 2,63). La presenza di una comorbilità neurologica determinava anche una maggiore durata della degenza in ospedale.

I timori di chiunque di noi accompagni uno di questi bambini all'intervento chirurgico sembrano, quindi, fondati. I dati, provenienti da diverse istituzioni statunitensi non consentono ulteriori approfondimenti, ma la raccomandazione che emerge è di elaborare strategie preventive delle polmoniti postoperatorie in tutti questi pazienti. Gli autori citano l'efficacia della pulizia dentale con spazzolatura e clorexidina per ridurre la contaminazione del cavo orale, ma forse dovremmo puntare anche su un'adeguata fisioterapia respiratoria e mobilizzazione che realizzi un'efficace drenaggio delle secrezioni bronchiali. Nulla di tutto ciò è provato al di là di ogni ragionevole dubbio, ma ogni ulteriore attenzione può rivelarsi utile per ridurre il rischio aggiuntivo di ulteriori complicanze.

1. Mpody C, Hayes S, Rusin N, et al. Risk Assessment for Postoperative Pneumonia in Children Living With Neurologic Impairments. Pediatrics. 2021 Aug 4:e2021050130.

La pandemia africana: passato, presente e futuro



Chiara Zavattoni

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

Il 2020

Il primo caso confermato di infezione da SARS-CoV-2 nel continente africano risale al 14 febbraio 2020, in Egitto. Il 24 maggio 2020, a circa due mesi dalla promozione dell'infezione da SARS-CoV-2 a pandemia, le curve epidemiche di America, Asia ed Europa crescevano vertiginosamente mentre quella africana si manteneva piatta, nonostante il CFR (Case Fatality Ratio), ossia il rapporto tra il numero dei decessi e il numero dei casi confermati, fosse assai simile a quello asiatico (Tabella 1) [1]. Al 6 luglio 2021 i casi di Covid nel continente africano hanno superato i 4 milioni, con un totale di circa 100.000 morti, numeri che seppur in crescita si mantengono molto al di sotto degli standard internazionali. Il CFR africano sembra non avere mai subito sostanziali variazioni, mantenendosi stabilmente attorno al 3% (Figura 1) [2].

Questa anomalia ha destato l'interesse di medici, biologi e statisti. In un continente caratterizzato da una popolazione fragile (elevata incidenza di HIV, TBC e malaria, malnutrizione diffusa e condizioni di estrema povertà), da un sistema economico e sanitario ancora deboli, da scarse capacità diagnostiche per carenza di risorse umane e tecnologiche, dall'esistenza di aree urbane densamente popolate e con scadenti condizioni igieniche nonché da modelli politici eterogenei che hanno predisposto misure profilattiche difformi, ci si sarebbe aspettato un andamento epidemico ben diverso.

L'American Society of Tropical Medicine and Hygiene si è interrogata sulle possibili cause di questa anomalia, identificando quattro ipotesi principali [3]:

- le restrizioni imposte ai viaggi internazionali;
- la bassissima età media della popolazione (< 20 anni);
- il clima secco e caldo (media diurna sub-sahariana > 20 °C durante tutto l'anno; ridotta stabilità del virus e riduzione del titolo virale a 23-25 °C);
- la possibile preesistente immunizzazione delle popolazioni africane (contatti con animali vettori, cross-reattività anticorpale da analogia antigenica

con bat-SARS-like coronavirus, 85%, e SARS-CoV-1, 76%).

Se da un lato una popolazione giovane (per il 75% < 35 anni) vede di molto ridotta l'incidenza delle forme più gravi di infezione, dall'altro queste potrebbero essere favorite dall'elevata prevalenza di comorbilità legate a HIV, TBC e malaria. Tuttavia, mentre i soggetti giovani a potenziale rischio di infezione asintomatica possono diventare vettori di diffusione del virus, i soggetti affetti da HIV, TBC e malaria contraggono infezioni a decorso rapido e spesso sfavorevole, con ridotta probabilità di trasmettere a loro volta il virus [4]. Anche la distribuzione rurale della popolazione ha certamente contribuito ad abbattere i picchi epidemici attesi: un'elevata percentuale di africani abita in aree periferiche in cui lo stile di vita si associa a un naturale distanziamento sociale con ridotta mescolanza della popolazione [5].

Non manca chi sostiene che la sottostima dei dati provenienti dal continente africano sia legata all'insufficiente screening della popolazione, sintomatica e non. Gli epidemiologi lamentano la povertà di dati provenienti da Africa settentrionale e Africa centro-orientale e la loro bassa qualità legata alla mancata stratificazione per caratteristiche demografiche e di comorbilità [6]. L'irrequietezza politica di queste aree e la presenza di un gran numero di rifugiati e profughi complica la situazione. Senza l'intervento dell'OMS e di altre organizzazioni internazionali, la raccolta dati sul Covid-19 sarebbe non solo molto più incompleta ma anche di scarso utilizzo ai fini dell'identificazione dei fattori di rischio e dei punti deboli sui quali programmare campagne di intervento sociale e sanitario.

Misure di contenimento

Da aprile 2020 anche i Paesi africani hanno introdotto misure di contenimento ge-

TABELLA 1. Numero di contagi e CFR (Case Fatality Ratio) nei continenti americano, asiatico, europeo e africano, aggiornati al 24 maggio 2020

	SOGGETTI CONTAGIATI	CFR
Americhe	2.420.000	5,9%
Asia	927.000	2,9%
Europa	1.810.000	9,3%
Africa	108.000	3%

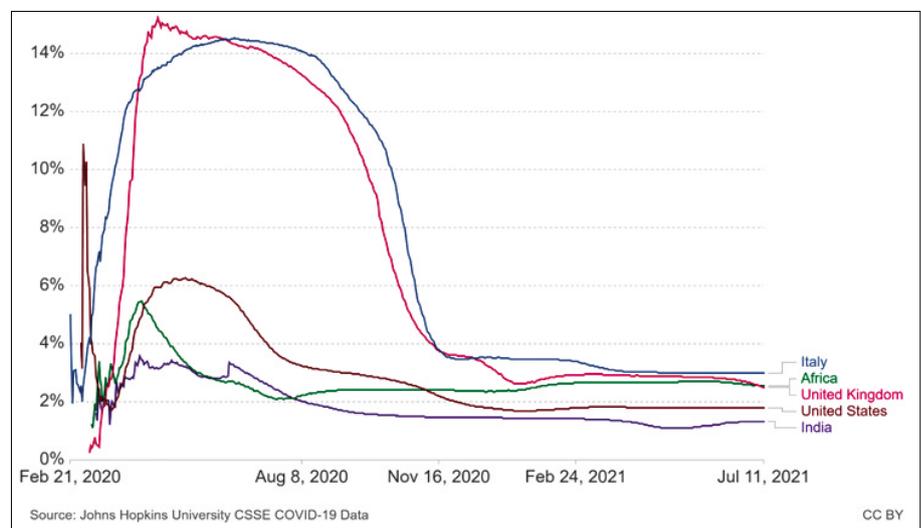


Figura 1. CFR di Italia, Africa, UK, USA e India nell'intervallo febbraio 2020-luglio 2021 (<https://ourworldindata.org>).

ografico (blocco dei voli internazionali), di quarantena a domicilio e di restrizione degli incontri pubblici (scuole, chiese, ristoranti, eventi sportivi), ma a giugno 2020 in alcuni Paesi si assisteva già all'alleggerimento delle misure profilattiche. È accaduto così che nello stesso continente l'epidemia si sia sviluppata con dinamiche estremamente diversificate.

In Nordafrica, Tunisia e Marocco hanno rapidamente arginato il contagio avviando precoci misure di isolamento, con riapertura dei confini a luglio 2020. In Egitto, primo Paese africano toccato dal virus, si è invece attesa la conclusione della festività di Eid (fine maggio) per imporre misure contenitive, tanto che attualmente il Paese occupa la seconda posizione nella classifica africana di incidenza e mortalità [7-8].

Nell'Africa subsahariana, Uganda e Sudafrica hanno imposto misure più restrittive, ciononostante il Sudafrica risulta ancora la nazione più colpita del continente. È possibile che la maggiore capacità di screening abbia favorito, più che altrove, l'emergere del fenomeno. Nei fatti, a giugno 2020, mentre il Sudafrica allestiva centri di diagnosi e si attrezzava per affrontare l'emergenza, in Tanzania il presidente Magufuli dichiarava il Paese Covid-free "due to the grace of God". Attualmente il Sudafrica batte in incidenza la Tanzania 4.000:1 ma se guardiamo al CFR dei due Paesi (Sudafrica 3% vs Tanzania 4,1%) nasce il sospetto di un'epidemia tanzaniana attiva ma sotto diagnosticata (Figura 2). Fortunatamente l'approccio della nuova presidentessa Samia Suluhu sembra essere più scientifico di quello del suo predecessore, deceduto a marzo 2021 in circostanze poco chiare.

Posta l'eterogenea e talvolta discordante scelta di misure profilattiche e contenitive nei diversi Paesi africani, la loro concreta applicazione ha risentito di alcuni fattori [5]:

- la scarsità delle risorse;
- l'eterogenea rappresentazione culturale e religiosa della popolazione africana, mondo sciamanico incluso;
- la scarsa regolarizzazione del mondo del lavoro e la quasi totale assenza di servizi sociali di supporto alla popolazione che hanno reso impossibile per molti la sospensione dell'attività lavorativa;
- le precarie condizioni igieniche: la maggior parte della popolazione si serve di bagni comuni rendendo di fatto irrealizzabile l'isolamento domiciliare.

II 2021

Nelle ultime settimane la terza ondata sta interessando tutto il continente comportando un rapido incremento dei casi di malattia grave e delle morti correlate. Il numero di casi raddoppia ogni 3 setti-

mane, superando il picco di positività del luglio 2020 (Figura 3) [9-10].

Cosa è cambiato?

È probabile che molti Paesi abbiano intensificato lo screening della popolazione.

Le misure di contenimento non si riescono a integrare con la quotidianità della popolazione africana, specialmente nelle aree urbane più povere e affollate.

Nell'emisfero sud stanno attualmente vivendo la stagione invernale che, sebbene più mite, potrebbe predisporre a una maggiore diffusione del virus.

Le nuove e più contagiose varianti virali sono arrivate anche qui. La variante Delta, in particolare, è stata identificata in 16 nazioni africane ed è attualmente dominante in Sudafrica.

Effetti collaterali della pandemia

Come osservato in altre aree del mondo, la polarizzazione dei servizi sanitari sulla diagnosi e trattamento dell'epidemia di

Covid-19, assieme al timore della popolazione ad avvicinarsi alle strutture ospedaliere, ha finito per interferire pesantemente con il mantenimento dei servizi di salute essenziali. Il rallentamento delle campagne internazionali di supporto e sviluppo relative alla salute sessuale e al settore materno-infantile rischia di avere un enorme impatto negativo non solo sulla salute della popolazione africana ma anche sullo sviluppo economico e socioculturale del continente.

Si temono concretamente una diminuzione della copertura vaccinale infantile con ricomparsa di focolai epidemici prevenibili, l'interruzione dei programmi di pianificazione familiare e di assistenza alla gravidanza con aumento di gravidanze indesiderate o complicate, un calo dell'assistenza specializzata al parto con l'aumento dei parti a domicilio, l'incremento di episodi di maltrattamento e di violenza domestica e l'aumento dei rapporti non protetti e dei casi di malattie sessualmente trasmissibili.

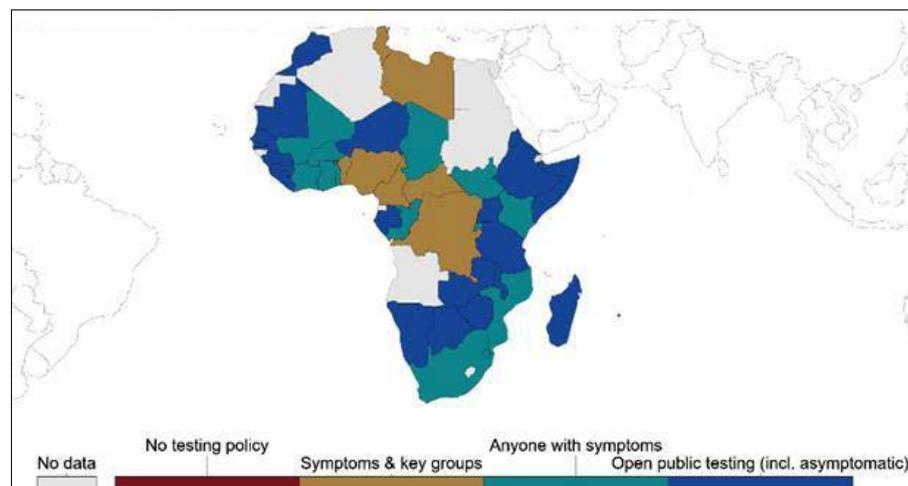


Figura 2. Politiche di screening per SARS-CoV-2 in Africa al 6 luglio 2021 (<https://ourworldindata.org>).

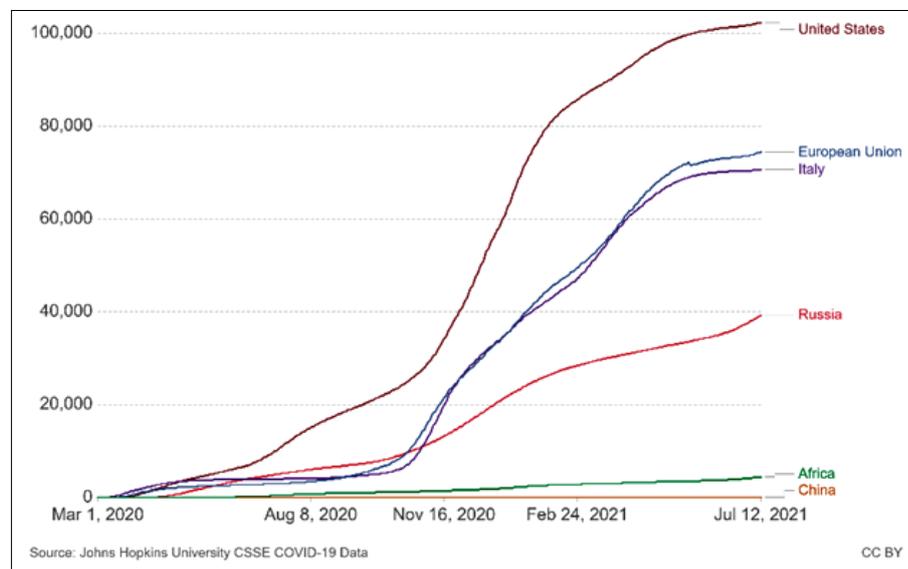


Figura 3. Casi cumulativi confermati di infezione da SARS-CoV-2 da marzo 2020 a luglio 2021 in Africa, Cina, Europa, Italia, Russia, USA (<https://ourworldindata.org>).

Nei prossimi 5 anni si stima un incremento del 10-36% della mortalità HIV-correlata che avrà come principali imputati l'interruzione delle terapie antiretrovirali, il ritardo diagnostico e il rallentamento delle campagne di educazione sanitaria [5]. Questa battuta d'arresto potrebbe non dipendere unicamente dall'atteggiamento della popolazione e dalle misure di lockdown imposte, ma anche dalla ridotta disponibilità di materiale e farmaci sia in termini di approvvigionamento nazionale che di capacità della popolazione di sostenere le spese mediche indispensabili.

Shapira e coll. [11] hanno studiato otto indicatori di utilizzo e funzionamento dei servizi a sostegno di riproduzione e salute materno-infantile (servizi ambulatoriali, vaccinazione pentavalente, vaccinazione con BCG, parto, prima e quarta visita in gravidanza, prima visita postnatale, pianificazione familiare) documentando gli accessi da gennaio 2018 a luglio 2020 in otto nazioni dell'Africa subsahariana.

Dall'arrivo del virus in Africa hanno dimostrato in ciascuno Stato un calo di attività per almeno uno degli otto servizi valutati, specialmente per quanto riguarda la vaccinazione dei bambini, l'accesso ospedaliero per prime visite e il numero di parti espletati in ambiente protetto.

Il calo delle vaccinazioni non è un dato da sottovalutare: in seguito all'epidemia di Ebola del 2013-2016 erano ricomparsi focolai epidemici di morbillo, di cui si teme una replica. Nello stesso periodo era incrementato del 30% il numero dei parti espletati a domicilio e la sospensione degli incontri di educazione sanitaria della popolazione era stato seguito da un'incrementata incidenza della malaria.

L'I-SHARE team (International Sexual Health And REproductive health team) [12] ha avviato un progetto simile basato sulla somministrazione di questionari alla popolazione africana a tema sicurezza dei rapporti sessuali, violenza domestica, accesso ai servizi di salute riproduttiva, HIV testing, utilizzo di pratiche culturali eterolesive (es. mutilazioni genitali) e salute mentale. L'obiettivo è raccogliere dati affidabili che facilitino il confronto fra le condizioni di differenti nazioni e guidino gli interventi sanitari nei prossimi anni. Ne attenderemo il risultato.

Parliamo di vaccinazioni

Come prevedibile, la campagna vaccinale anti-Covid ha preso il via con una certa dose di ineguaglianza. I Paesi ricchi (Cina, USA, UK, Israele), grazie a specifici contratti stipulati con le aziende farmaceutiche, si sono garantiti precocemente la maggior parte delle dosi vaccinali prodot-

te, mentre in altre aree del mondo (Africa, Sudamerica, Sudest asiatico) l'avvio delle vaccinazioni restava un miraggio.

Al 1° luglio 2021, 51 Stati africani su 54 hanno avviato un piano vaccinale.

Sedici milioni di africani sono attualmente vaccinati: sembra un gran numero, eppure corrisponde a poco più dell'1% della popolazione africana. In Italia è il 38,6% della popolazione ad aver ricevuto entrambe le dosi (Figura 4).

C'è chi continua a sostenere che nonostante elevati livelli di produzione, un quarto della popolazione mondiale non avrà accesso al vaccino prima del 2022 [13].

Ma come arrivano i vaccini in Africa?

Non esistendo un vaccino di produzione locale, il continente dipende dai produttori stranieri. L'African Union si è assicurata 270 milioni di dosi, una briciola a fronte di una popolazione di 1,2 bilioni di persone. L'Africa dipende quindi anche in questo caso dalle donazioni, le quali si espletano secondo tre principali meccanismi [14]:

- "carità bilaterale": si tratta di donazioni da parte di nazioni che avanzano dosi vaccinali. È il sistema più debole in quanto non garantisce certezza né sulle tempistiche di fornitura né sulle dosi messe a disposizione;
- "carità multilaterale": rappresentata dal consorzio COVAX che riunisce WHO, CEO (Coalition for Epidemic Preparedness), United Nations Children's Fund e Gavi il cui scopo è accelerare l'accesso alla vaccinazione per i Paesi a medio e basso reddito. È stato stabilito che i Paesi ad alto reddito, a seconda del budget economico a disposizione, pos-

sano richiedere dosi per il 10-50% della loro popolazione e che per le stesse cifre i Paesi a basso e medio reddito ne ricevano per il 20% della popolazione. Il consorzio COVAX si pone l'obiettivo di coprire le spese per l'approvvigionamento di queste dosi. Pregevole senza dubbio, ma anche questo sistema mantiene il continente africano in uno stato di dipendenza dagli interventi altrui senza agire sui problemi sostanziali che sottendono questa necessità. Nel caso del vaccino anti-covid esiste inoltre il rischio che le dosi COVAX scivolino al fondo della lista di priorità, rallentando le campagne di vaccinazione, in attesa che tutti gli altri Paesi abbiano ricevuto quanto pagato;

- sospensione o rinuncia temporanea dell'Intellectual Property: si tratta di un'interruzione temporanea dei privilegi che le aziende farmaceutiche vantano sui brevetti vaccinali, così da permettere anche ad altre aziende di produrli. La Thailandia ha potuto sfruttare questo meccanismo, che purtroppo nei Paesi africani non sarebbe realizzabile sia per la mancanza di strutture adatte alla produzione sia perché per invogliare le aziende farmaceutiche alla condivisione delle informazioni servono incentivi finanziari, non disponibili.

La garanzia di un'equa distribuzione delle dosi vaccinali a tutte le nazioni è di fondamentale importanza ed è stata discussa in recenti incontri di dignitari internazionali (G7-G20) [15-16]: solo garantendo la copertura minima della popolazione mondiale arriveremo a rallentare la diffusione

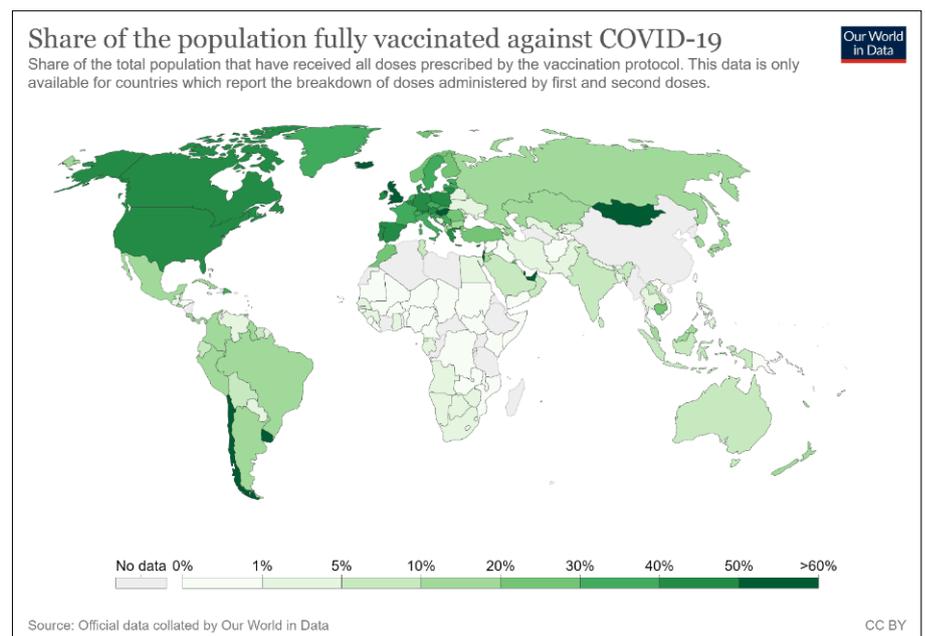


Figura 4. Planisfero che mostra con differenti colorazioni la percentuale di copertura vaccinale della popolazione nel mondo, aggiornata a luglio 2021. Fonte: (<https://ourworldindata.org>).

del virus, proteggendo i soggetti più fragili ed evitando nuove ondate pandemiche. Ma il vaccino non è tutto: le altre misure profilattiche non vanno accantonate, la popolazione deve essere sensibilizzata con strategie adatte al contesto e vanno sostenuti e portati avanti i servizi sanitari essenziali.

Vanno considerate problematiche estranee al contesto "occidentale": in contesti come quello africano non tutti gli Stati sono attrezzati per organizzare una campagna vaccinale di così ampio respiro per carenza di infrastrutture, personale e tecnologie che mantengono la catena del freddo. Non si può escludere che alcune fasce della popolazione vuoi per motivi culturali, religiosi o per la diffusione di false notizie rifiutino di vaccinarsi. Si incontrano realtà uniche e difficili come i campi profughi, popolazioni nomadi e aree colpite da conflitti interni e instabilità politica.

Per concludere

Un sistema che si basa unicamente sugli aiuti non sarà mai equo. È auspicabile quindi che questa diventi un'occasione per investire in aiuti a lungo termine ovvero nel potenziamento del sistema farmaceutico africano così come dei loro centri di ricerca, offrendo la nostra esperienza per

porre le basi di un graduale svezamento dal meccanismo delle donazioni e interrompendo la moderna dinamica economica di "global coloniality" [14].

✉ chiara.zavattero@auslromagna.it

1. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. July 13, 2021. <https://covid19.who.int>.
2. Coronavirus (COVID-19). WHO, Regional Office for Africa. July 13, 2021. <https://www.afro.who.int/health-topics/coronavirus-covid-19>.
3. Njenga MK, Dawa J, Nanyingi M, et al. Why is There Low Morbidity and Mortality of COVID-19 in Africa? *Am J Trop Med Hyg*. 2020 Aug;103(2):564-9.
4. Frost I, Craig J, Oseno G, et al. Modelling COVID-19 transmission in Africa: countrywise projections of total and severe infections under different lockdown scenarios. *BMJ Open*. 2021 Mar 8;11(3):e044149.
5. Haider N, Osman AY, Gadzekpo A, et al. Lockdown measures in response to COVID-19 in nine sub-Saharan African countries. *BMJ Global Health* 2020; 5:e003319.
6. Wehbe S, Fahme SA, Rizk A, et al. COVID-19 in the Middle East and North Africa region: an urgent call for reliable, disaggregated and openly shared data. *BMJ Global Health* 2021;6:e005175.
7. Paremoer L, Nandi S, Serag H, et al. Covid-19 pandemic and the social determinants of health. *BMJ*. 2021 Jan 28;372:n129.

8. Bibi-Aisha Wadvala. How Africa has tackled covid-19. *The BMJ* 16 July 2020.
9. Weekly bulletins on outbreaks and other emergencies. WHO, Regional Office for Africa. July 13, 2021. <https://www.afro.who.int/health-topics/disease-outbreaks/outbreaks-and-other-emergencies-updates>.
10. ArcGIS Dashboards. July 13, 2021. <https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/0c9b3a8b68d0437a8cf28581e9c063a9>.
11. Shapira G, Ahmed T, Drouard SHP, et al. Disruptions in maternal and child health service utilization during COVID-19: analysis from eight sub-Saharan African countries. *Health Policy Plan*. 2021 Jun 19;czab064.
12. Michielsen K, Larrson EC, Kågesten A, et al. International Sexual Health And Reproductive health (I-SHARE) survey during COVID-19: study protocol for online national surveys and global comparative analyses. *Sex Transm Infect*. 2021 Mar;97(2):88-92.
13. So AD, Woo J. Reserving coronavirus disease 2019 vaccines for global access: cross sectional analysis. *BMJ*. 2020 Dec 15;371:m4750.
14. Harman S, Erfani P, Goronga T, et al. Global vaccine equity demands reparative justice — not charity. *BMJ Global Health* 2021;6:e006504.
15. Un Panel di esperti esorta il G20 ad un "accordo globale" per prevenire i costi sociali ed economici delle future pandemie. July 9, 2021. <https://www.g20.org>.
16. Di cosa si parla al G7. *Il Post*. June 13, 2021. <http://www.ilpost.it>.



COVID-19 nell'età pediatrica: non fermiamoci ai vaccini

Qual è la conseguenza più grave della pandemia in corso sulla salute dei bambini? Un enorme studio di corte britannico ha raccolto i dati di 258.790 bambini tra marzo 2020 e febbraio 2021: 6.975 positivi al test SARS-CoV-2, durata media malattia 6 giorni con solo il 4,4% degli ammalati con sintomi per 28 giorni o oltre (affaticamento, cefalea, anosmia); questi ultimi avevano un'età media di 14 anni e alla fine sono guariti completamente senza conseguenze [1].

Potremmo sentirci rasserrenati da questi numeri se non fosse per una metanalisi che ha raccolto 29 studi pediatrici con oltre 80.000 partecipanti e che ha analizzato la prevalenza globale di depressione o ansia clinicamente rilevanti durante il corso della pandemia. Se le stime globali per depressione e ansia erano stimate essere rispettivamente dell'8,5% e dell'11,6% in epoca prepandemica, la metanalisi ha rivelato un tasso di depressione del 25% e del 21% per ansia in bambini e adolescenti: un aumento di prevalenza di oltre due volte. La prevalenza aumenta con l'età dei bambini e con l'aumento del numero dei mesi di pandemia, con l'ansia più frequente nelle femmine e nei Paesi europei. Anche se quasi la metà degli studi riguarda la Cina, la metanalisi è rappresentativa di ogni continente e di popolazioni di diverse estrazioni socioeconomiche; inoltre un'analisi di sensitività che ha escluso gli studi di bassa qualità (e con prevalenze più alte) ha confermato questi drammatici esiti [2]. In soldoni, quindi, alla fine del primo anno di pandemia 1 ragazzo/a su 4 a livello globale sta vivendo sintomi di depressione e 1 ragazzo/a su 5 soffre di ansia clinicamente rilevante.

In realtà questi sono dati che potrebbero non sorprendere chi lavora in ambulatorio, ossia in continuo contatto con i bambini e le famiglie: la sofferenza c'è ed è percepibile. Un problema per il medico è intercettare il bisogno di aiuto, spesso richiesto in modo improprio; in molti casi i genitori non informano il pediatra o il medico di medicina generale nonostante la gravità della situazione, più evidente soprattutto quando sono presenti disuguaglianze preesistenti, discriminazioni, ridotto accesso alla sanità e così via. Un altro grosso problema è l'accesso a cure e interventi di qualità ed efficaci: i maggiori bisogni di salute mentale emersi da questa pandemia al momento non trovano risposte nei nostri sistemi sanitari.

1. Molteni E, Sudre CH, Canas LS, et al. Illness duration and symptom profile in symptomatic UK school-aged children tested for SARS-CoV-2. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021 Aug 3;S2352-4642(21)00198-X.
2. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, et al. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021 Aug 9.

Il rifiuto del trattamento sanitario da parte dei genitori della persona minore di età e la prevenzione del ricorso al giudice tutelare: il caso della trasfusione ematica

Matteo Bolcato, Daniele Rodriguez, Anna Aprile

Medicina Legale, Università degli Studi di Padova

Nella pratica clinica possono verificarsi situazioni di contrasto tra genitori e medici in merito alle scelte di cura per i figli minorenni. Un caso relativamente frequente è rappresentato dal mancato consenso alla trasfusione ematica da parte dei genitori. L'articolo delinea un aggiornato inquadramento legislativo sulla questione e un possibile approccio operativo, che nella pratica si è rivelato efficace al fine di soddisfare le esigenze di salute dei pazienti e le volontà espresse dai genitori.

In clinical practice, there may be situations of conflict between parents and doctors regarding care choices for minors. A relatively frequent case is represented by the parents' refusal to consent to blood transfusion. The article outlines an updated legislative framework on the issue and a possible operational approach, which has proved to be effective in meeting the health needs of patients and the wishes expressed by parents.

Introduzione

Nella pratica clinica con le persone minori di età possono verificarsi situazioni di contrasto tra genitori e medici in merito alle scelte e ai provvedimenti di cura. Uno dei casi frequenti è rappresentato dal mancato consenso, da parte dei genitori, alla trasfusione di emocomponenti proposta dal medico per i loro figli. Ciò può suscitare preoccupazione nei medici che considerano inappropriata e incongrua tale scelta dei genitori.

Nel presente articolo deliniamo un aggiornato inquadramento legislativo sulla questione e suggeriamo un possibile approccio operativo che, nella nostra esperienza, si è rivelato efficace al fine di soddisfare le esigenze di salute dei pazienti tenendo conto delle volontà espresse dai genitori.

Inquadramento legislativo su informazione alle persone minori di età e consenso o rifiuto dei genitori

La legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in tema di consenso informato e direttive anticipate di trattamento" [1] dedica i primi due commi e l'ultimo comma dell'articolo 3 alle persone minori di età:

"1. La persona minore di età (...) ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1.

Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità. (...)

5. Nel caso in cui (...) il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria."

In sintesi, il comma 1 è dedicato alla informazione alla persona minore di età ed alla sua comprensione; il comma 2 riguarda l'espressione del consenso o il rifiuto da parte dei genitori; il comma 5 tratta del ricorso al giudice tutelare.

Il comma 1 sancisce il diritto della persona minore di età alla valorizzazione delle sue capacità di comprensione e di decisione; di conseguenza, questa persona riceve dal

medico le informazioni necessarie a formarsi un'opinione, e quindi esprime una volontà sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle proprie capacità. Il comma 2, pur conferendo ai genitori la potestà di esprimere il consenso o il rifiuto, stabilisce che essi, avendo come scopo la tutela della salute e della vita della persona minore, devono tener conto della sua volontà, ovviamente in relazione alla sua età e al suo grado di maturità.

È pacifico, pur se non espressamente previsto, che il medico proceda a informare anche i genitori con un linguaggio consono a loro e diverso da quello adottato con la persona minore. In sostanza, questi due commi descrivono una relazione di cura fra più persone che comunicano reciprocamente e partecipano al processo decisionale, la formulazione conclusiva del quale è affidata ai genitori. Pare razionale che la informazione del medico alla persona minore di età avvenga in presenza dei genitori e che i genitori manifestino il consenso o il rifiuto in sua presenza.

È opportuno il richiamo del comma 1 alle capacità di comprensione e di decisione della persona e del comma 2 alla sua età e al suo grado di maturità; la procedura proposta è impensabile nel caso che si tratti di un bambino molto piccolo ma assume connotazioni di sempre maggior concretezza e fattibilità con il progredire dell'età e, soprattutto, della maturità.

Il comma 5 prospetta il caso che i genitori rifiutino le cure proposte dal medico che le ritiene appropriate e necessarie; in tal caso, è prevista la possibilità del ricorso al giudice tutelare da parte di vari soggetti, fra i quali sono contemplati il medico e il rappresentante legale della struttura sanitaria. Può non essere fuori luogo, comunque, di fronte a un rifiuto dei genitori, che il medico verifichi preliminarmente se esso sia derivato da un difetto di comprensione dei genitori ed è ovvio che in tal caso

egli debba impegnarsi in una più efficace informazione.

In caso di persistenza nel rifiuto da parte dei genitori, il comma 5 dell'articolo 3 individua chiaramente l'organo giudiziario a cui il medico potrà, e a nostro avviso dovrà, rivolgersi per dirimere la questione, ossia il giudice tutelare. Riteniamo che sia dovere e non semplice facoltà del medico ricorrere al giudice tutelare, stante la peculiarità della posizione di garanzia che egli riveste nei confronti della persona minore di età nella prospettiva che il rifiuto dei genitori porti a conseguenze nefaste.

È da ribadire che la legge n. 219 identifica nel giudice tutelare l'organo giudiziario competente. Questa nozione non è evidentemente di patrimonio comune, dato che in alcuni casi di rifiuto di trasfusione i curanti hanno contattato la procura della Repubblica o il tribunale per i minorenni. Tale percorso improprio ha spesso portato a uno scontro aperto con i genitori, risoltosi solo sul piano legale.

Un caso giudiziario che ha ricevuto attenzione mediatica è avvenuto nel settembre 2019 in un ospedale lombardo, quando una coppia ha portato al pronto soccorso di un ospedale una bambina di 10 mesi che, dopo una caduta, aveva sviluppato un ematoma extradurale. I curanti si spesero in modo tempestivo per garantirle le migliori cure attuando l'intervento neurochirurgico necessario. I genitori acconsentirono a prestare il consenso per effettuare tutte le cure ritenute dai medici necessarie e appropriate a esclusione della somministrazione di emocomponenti (globuli rossi, piastrine e plasma), accettando invece emoderivati (frazioni più piccole del sangue come l'albumina, i fattori della coagulazione, le gammaglobuline, il fibrinogeno, ecc.), per motivazioni religiose. A seguito di tale rifiuto i curanti sono ricorsi al tribunale per i minorenni di Milano, che ha disposto la limitazione della responsabilità genitoriale e affidato la persona minore di età, in ordine alle scelte sanitarie, al legale rappresentante dell'ospedale. Dopo l'esecuzione dell'intervento chirurgico, la piccola è stata dimessa in buone condizioni e non è mai stata necessaria l'esecuzione di emotrasfusioni. I genitori hanno ricorso contro il provvedimento del tribunale e la corte d'appello di Milano si è pronunciata con decreto n. 1991 del 2020 nell'udienza del 10 settembre 2020 stabilendo che, dal punto di vista legale, la procedura prevista dalla legge non era stata eseguita e che è il giudice tutelare l'organo deputato a decidere le controversie in caso di dissenso fra genitori e medici; pertanto, in accoglimento del reclamo, era disposta la revoca del decreto emesso.

In definitiva la corte d'appello di Milano ha stabilito che l'impianto legale indicato dalla legge n. 219 del 2017 è l'unico che deve essere seguito nei casi di rifiuto di cure o trattamenti da parte dei genitori e che l'organo decisore su questo tema è il giudice tutelare; inoltre ha sottolineato che il mero rifiuto delle emotrasfusioni in aderenza a un credo religioso non può essere la base per valutare i genitori non idonei a occuparsi di un bambino. Altre tre corti d'appello si sono pronunciate nell'ultimo anno su casi simili adottando la stessa indicazione generale (Roma n. 772 del 2019, Catania n. 205 del 2020, Perugia n. 763 del 2020). Le previsioni del comma 5 dell'articolo 3 vanno tuttavia considerate alla luce del comma 7 dell'articolo 1 della legge n. 219.

“7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'équipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla”.

Ciò in pratica significa che, in caso di rifiuto dei genitori di interventi assolutamente necessari, occorre valutare se l'intervento rifiutato è differibile: in caso affermativo il medico procederà al ricorso al giudice tutelare.

In caso contrario, se esiste cioè “urgenza”, il medico procederà a svolgere gli atti non differibili, senza necessità di preventiva decisione del giudice tutelare. Tale sarà la condotta del medico, anche qualora l'urgenza subentri nell'intervallo di tempo che precede la decisione del giudice tutelare al quale è già stato fatto ricorso.

Va da sé che la valutazione dell'urgenza e le caratteristiche dell'intervento debbano basarsi su elementi oggettivi ed essere conformi alle raccomandazioni delle linee guida e, in mancanza, delle buone pratiche clinico-assistenziali. Riteniamo opportuno che il medico dia comunicazione al giudice tutelare dei casi in cui abbia proceduto a interventi di urgenza in presenza di rifiuto dei genitori.

La relazione di cura presuppone lealtà nella comunicazione. Pertanto il quadro legislativo generale, che in primo luogo deve essere chiaro ai medici curanti, va da loro illustrato ai genitori che potrebbero non essere pienamente consapevoli dei limiti previsti dalla legge all'esercizio della responsabilità genitoriale qualora questa possa confliggere con l'interesse del figlio minore di età.

La legge n. 219, al suo articolo 1, comma 8 stabilisce che “Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”. Il tempo dedicato a parlare e confrontarsi con i genitori e i loro figli

minori di età è prezioso al fine di favorire la consapevolezza e la responsabilizzazione nelle decisioni e di evitare contrasti basati sulle incomprensioni e spiacevoli ricorsi all'autorità giudiziaria.

Le possibilità cliniche

Tali disposizioni hanno ovviamente valore anche in caso di rifiuto opposto dai genitori a una trasfusione ematica al loro figlio, ritenuta opportuna dal medico curante.

È importante considerare che il ricorso al giudice tutelare, pur consentendo in genere la soluzione del caso concreto:

- a può determinare criticità nella relazione fra figlio e genitori, legate alla eventuale percezione da parte del primo, di una inadeguatezza di questi ultimi, essendo stata riconosciuta da un giudice, almeno implicitamente, la loro incompetenza a tutelare al meglio la prole nel momento del bisogno;
- b sancisce comunque il fallimento della relazione di cura, con conseguenti difficoltà a garantire nel futuro la migliore qualità delle cure, in particolare nel caso di pazienti affetti da patologie croniche.

Nella pratica della medicina legale clinica [2] è nostro obiettivo evitare involuzioni della relazione di cura, favorendo la consapevolezza di tutte le persone che a essa partecipano, le modalità della comunicazione e il contenuto della informazione, attraverso queste attività:

- promozione delle conoscenze dei medici circa le corrette indicazioni alla trasfusione;
- accuratezza del processo di informazione nei confronti dei genitori;
- promozione di un processo di alleanza tramite la pianificazione condivisa delle cure.

La promozione delle conoscenze dei medici circa le corrette indicazioni alla trasfusione

Negli ultimi anni si è svolta un'imponente attività di ricerca scientifica sui risultati attesi e reali della terapia trasfusionale e sulle possibilità di una sua riduzione o eliminazione, al fine di proteggere i pazienti dai rischi trasfusionali e migliorarne le condizioni di salute oltre a risparmiare emocomponenti in una situazione generale di risorse ematiche progressivamente più limitate [3-5]. L'Organizzazione Mondiale della Sanità fin dal 2010 ha introdotto una risoluzione (World Health Assembly WHA 63.12 resolution on “Availability, safety and quality of blood products” del 21 maggio 2010) per la creazione e l'implementazione del programma internazionale Patient

Blood Management (PBM) che può essere definito come: "Approccio multidisciplinare, multimodale e personalizzato volto a ridurre o eliminare la necessità di trasfusioni allogene attraverso la gestione evidence-based dell'anemia, la riduzione delle perdite e l'ottimizzazione delle strategie volte al risparmio del sangue."

Nella letteratura scientifica internazionale sono diversi i contributi che mostrano l'esecuzione di interventi complessi e il trattamento di malattie gravi senza l'utilizzo di sangue, con risultati simili, se non migliori, a quelli dei pazienti trasfusi; questi interventi includono procedure complesse come i trapianti di organi e la chirurgia a cuore aperto, anche nei bambini e nei neonati [5-15]. Questo approccio, non solo utile a chi rifiuta il sangue, diviene anche prezioso patrimonio culturale per la cura di tutti i pazienti in sicurezza [4,16]. Si è quindi delineato un percorso atto a contrastare l'anemia e prevenire le perdite ematiche durante e dopo gli interventi chirurgici. Il percorso è caratterizzato da oltre 100 strumenti (farmacologici e non) finalizzati a questo obiettivo [17]; in questo percorso la trasfusione ematica diventa un'opportunità da conside-

rare *extrema ratio*, da attuare solo dopo aver esaurito tutte le precedenti strategie.

L'evoluzione di queste conoscenze è stata relativamente rapida e ha interessato un tipo di terapia che "tradizionalmente" è stato di automatica e indefettibile applicazione in caso di anemizzazione di una certa entità. La formazione universitaria dei medici e la loro educazione continua non sempre sono state conformi al cambiamento delle conoscenze e in particolare al programma internazionale PBM. Ne consegue che i programmi di insegnamento a tutti i livelli, di base e post base, devono dedicare a questo argomento specifica attenzione. In ogni caso, è necessario che i medici acquisiscano, anche con formazione autogestita, una competenza specifica in materia di indicazioni e controindicazioni alla terapia trasfusionale e si mantengano permanentemente aggiornati.

L'accuratezza del processo di informazione nei confronti dei genitori

La competenza dei medici in materia di trasfusioni è presupposto indispensabile perché essi possano operare strategie terapeutiche adeguate e coerenti con le esigen-

ze contingenti della persona, con l'utilizzo congruo della risorsa sangue e con il bilanciamento fra i benefici attesi e i rischi connessi a questa terapia. I medici dovranno saper esprimere questa competenza nelle informazioni da fornire nell'ambito della relazione di cura.

La relazione di cura è basata sulla comunicazione. La comunicazione, per quanto riguarda il medico, è chiamata a veicolare contenuti adeguati a dare risposta ai bisogni globali della persona e deve avere anche un contenuto tecnico per permettere alla persona di verificare, per quanto possibile, l'adeguatezza del progetto terapeutico che viene proposto dal medico alle buone pratiche basate sulle evidenze scientifiche disponibili [16]. In particolare, il medico deve dare assicurazione che la proposta di ricorrere a trasfusione ematica è rispettosa delle strategie del PBM.

La promozione di un processo di alleanza tramite la pianificazione condivisa delle cure

La legge n. 219 introduce l'istituto della pianificazione condivisa delle cure [2], specificamente disciplinata dall'articolo 5.

BOX 1. Esempio di pianificazione condivisa delle cure con genitori che rifiutano la trasfusione ematica e figlio minore di età

Il giorno [...] ha avuto luogo un incontro tra il paziente [...] di anni 12, i genitori e i medici curanti [...] [pediatri]. Ha partecipato all'incontro altresì il dr. [...] medico legale. Scopo dell'incontro era definire una pianificazione condivisa del percorso terapeutico del paziente, affetto da Sarcoma di Ewing [si descrive la condizione patologica e l'iter terapeutico adiuvante prospettato]. Il paziente mostra di avere conoscenza della propria malattia e di avere compreso l'iter terapeutico proposto. Egli esprime ai medici curanti la volontà di non essere sottoposto a terapia trasfusionale per motivi religiosi in quanto Testimone di Geova, in pieno accordo con i suoi genitori.

I medici curanti, che già hanno precedentemente comunicato al paziente e ai genitori le informazioni relative alle indicazioni e alle possibili complicanze del trattamento chemioterapico, ritornano sulla questione relativa al rifiuto trasfusionale precisando che la terapia è gravata da un rischio di anemia anche severa, con necessità di trasfusione di eritrociti e/o piastrine nella maggior parte dei casi consimili.

I genitori del paziente chiedono di intervenire sull'anemia con terapie di supporto e farmaci per prevenirla confermando il loro rifiuto alla trasfusione ematica. Il dr. [medico curante], nell'asseverare questa richiesta, prospetta la possibilità di utilizzo di strategie atte alla prevenzione e cura dell'anemia (es. eritropoietina, ferro, complessi vitaminici, riduzione del numero di prelievi, ecc.), precisando inoltre come anche alcune di queste possano essere fonte di possibili complicanze.

I genitori e il giovane paziente, dimostrano di aver ben compreso le informazioni ricevute, sia in relazione alle caratteristiche della terapia sia in relazione al rischio per la salute e per la vita derivante da una anemizzazione severa non trattata con trasfusioni ematiche ed esprimono il consenso all'utilizzo di terapie di supporto nonché di albumina e fattori della coagulazione negando per la trasfusione ematica.

Il medico legale comunica ai genitori e al paziente che, pure nel pieno rispetto delle scelte individuali e di chi esercita la responsabilità genitoriale, in caso di persona minore il dovere giuridico e deontologico del medico è quello di ricorrere al giudice tutelare in caso di rifiuto di cure ritenute appropriate e necessarie dai curanti procedendo comunque tempestivamente alle cure indispensabili e indifferibili (articolo 3, comma 5, della legge 219/2017; articolo 37 codice di deontologia medica).

Si illustra ai genitori e al paziente, pertanto, quello che sarà l'iter al quale i medici curanti si atterrano nella cura del paziente in relazione alla trasfusione ematica:

- 1) fino al momento in cui la condizione clinica lo consente, i medici curanti si atterrano alla richiesta del paziente e dei genitori di non effettuare trasfusioni ematiche e adotteranno tutte le necessarie strategie al fine di evitare la trasfusione allogene;
- 2) qualora la condizione clinica evolvesse verso situazioni di criticità risolubili soltanto con la trasfusione, permanendo il rifiuto dei genitori al trattamento, si farà ricorso al giudice tutelare, riferendo che il rappresentante legale della persona minore di età rifiuta un trattamento che il medico curante ritiene appropriato e necessario.

Qualora nel periodo di tempo intercorrente, necessario all'istruzione della pratica e delibera del giudice tutelare, dovesse presentarsi un'emergenza/urgenza risolubile unicamente per mezzo di terapia emotrasfusionale, questa verrà somministrata in conformità alla posizione di garanzia in capo ai medici curanti.

I genitori riferiscono di avere piena fiducia nei medici curanti e di aver ben compreso tutte le informazioni fornite, in particolare l'obbligo di rimettere la decisione al giudice tutelare e la necessità di eventuale somministrazione di terapia emotrasfusionale al figlio, qualora si dovessero presentare situazioni di emergenza/urgenza tali da richiedere trasfusione indifferibile.

Data, (Firme dei genitori, del figlio e dei medici presenti)

“1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all’articolo 1, comma 2, rispetto all’evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l’équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità”.

La pianificazione condivisa delle cure si pone nel contesto della “relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico”, stante il rinvio che il comma citato fa al comma 2 dell’articolo 1. Riteniamo che essa, pur se non contemplata come obbligatoria nella legge n. 219, collocandosi nell’ambito di detta relazione, qualora non sia richiesta dal paziente, vada comunque attivamente ricercata dal medico e proposta al paziente, reso consapevole dal medico stesso.

La pianificazione condivisa delle cure rientra dunque nella “relazione di cura”: perciò è espressione da un lato delle aspirazioni di cura della persona, dall’altro della responsabilità del medico, chiamato a impegnarsi per rendere concreto il diritto del paziente a essere reso consapevole e a esprimere le proprie aspirazioni e i propri desideri.

Lo svolgimento pratico si articola su uno o più incontri, ciascuno dei quali comporta una fase preliminare di carattere informativo, una fase intermedia di valutazione delle indicazioni fornite dal medico e delle aspirazioni espresse dal paziente e una fase finale di accordo tra i partecipanti. Tale processo è formalizzato in un apposito verbale, firmato da tutte le parti, che è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico del paziente. È consigliabile fornire copia del verbale al paziente stesso e al fiduciario, se nominato.

Per quanto riguarda i pazienti pediatrici, la pianificazione condivisa delle cure è il contesto ideale di confronto fra le persone che rientrano nella relazione di cura, vale a dire il medico, i genitori e il bambino (ovviamente, quando quest’ultimo abbia sviluppato la maturità necessaria). In ambito pediatrico può essere uno strumento decisivo per il perseguimento della personalizzazione della medicina, richiamando l’attenzione del medico sulle esigenze e sulla biografia del singolo malato, al quale sono fornite informazioni adeguate alla sua capacità di comprensione e che possono essere eventualmente precisate in termini tecnicamente più precisi, comunque comprensibili, ai genitori.

Nella nostra esperienza, l’adozione di questo strumento con i pazienti minori di età

si è rivelato particolarmente utile per risolvere episodi che avrebbero potuto sfociare in situazioni conflittuali con i genitori che rifiutavano la somministrazione trasfusoriale per i figli. In questi casi, l’attenzione che i medici hanno dimostrato al programma del PBM e le garanzie che sono state fornite circa la sua rigorosa applicazione e il ricorso alla trasfusione ematica soltanto come *extrema ratio* nel percorso clinico terapeutico [19] si sono rivelate fondamentali per costruire una solida alleanza con la persona minore di età e con i suoi genitori.

Questo tipo di approccio ha permesso in molti casi di evitare il ricorso al giudice tutelare.

Nel **Box 1** è riportato un esempio di verbale di pianificazione condivisa delle cure.

Il ruolo del clinical risk management

Il clinical risk management è abitualmente identificato come un complesso di sistemi organizzati, finalizzati a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e a garantire la sicurezza dei pazienti, dei visitatori e dei dipendenti tramite la identificazione, la valutazione e la limitazione dei rischi [19-21]. Il tema in discussione riveste interesse nell’ambito del clinical risk management, perché uno dei fattori dai quali può derivare il rifiuto dei genitori può essere costituito dalla incompetenza del medico nel gestire la relazione di cura con persone che esprimono valori, esigenze e/o convincimenti estranei alla cultura del medico e perché, come già esposto, il ricorso al giudice tutelare compromette la relazione di cura e può incrinare la relazione dei figli verso i genitori.

La nostra tesi è che, nell’ambito del clinical risk management, vadano prese in considerazione:

- 1 la prevenzione del ricorso al giudice tutelare ponendo attenzione alla relazione di cura, con riferimento a modalità, stile e contenuti della comunicazione al fine di evitare pertinaci rifiuti dei genitori a trattamenti indicati;
- 2 la costruzione, in caso di ineludibile ricorso al giudice tutelare, di due sistemi volti rispettivamente (il primo) alla tutela delle persone minori di età che vivono l’esperienza del confronto con genitori ai quali è stata temporaneamente rimossa la potestà e (il secondo) alla ricostruzione della relazione di cura compromessa dal ricorso al giudice tutelare.

La prima area di intervento, quella della prevenzione del ricorso al giudice tutelare, si basa su: individuazione delle relazioni di cura difficili; analisi dei fattori che

determinano le difficoltà, con particolare attenzione alla competenza dei medici di partecipare alla relazione; trattamento di questi fattori; monitoraggio.

Circa la seconda area di intervento proposta, il primo sistema si fonda sulla ipotesi del rischio che il ricorso al giudice tutelare incrina la relazione del figlio con il genitore; esso comporta comunque, in tempi spesso brevissimi, l’analisi della densità del rischio nel caso concreto e la elaborazione di strategie specifiche, nei tempi concessi dalla situazione, dirette alla preparazione della persona minore di età all’evento traumatico della rimozione della potestà dei genitori.

Il secondo sistema prospettato, quello finalizzato alla ricostruzione della relazione di cura, è oggettivamente il più problematico e non si presta a schemi di soluzioni preconfezionate. Il rischio è *in re ipsa* ed è costituito dalla impossibilità di mantenere la relazione di cura, che agli occhi dei genitori è stravolta unilateralmente a causa del ricorso del medico al giudice tutelare ed è divenuta difficile per la persona minore di età, potenzialmente disorientata di fronte alla dura contrapposizione dei diversi convincimenti dei genitori e del medico. Una analisi adeguata può essere sviluppata con lo strumento dell’audit clinico.

Il ricorso al giudice tutelare è visto spesso, emotivamente, come punto di arrivo, come chiave di soluzione di un problema; in realtà il ricorso costituisce esso stesso un problema, nuovo, da affrontare ed è comunque il sigillo del fallimento della relazione di cura.

Conclusioni

I casi di rifiuto del trattamento sanitario – trasfusioni ematiche incluse – da parte dei genitori della persona minore di età comportano una gestione complessa basata sulle procedure schematizzate nella **Figura 1**. All’interno della relazione di cura vanno attivate le risorse di tutti i partecipanti al fine di raggiungere una soluzione e l’intervento del giudice tutelare corrisponde al fallimento della cura.

È necessario che le questioni siano affrontate da parte di professionisti competenti con mezzi razionali e organizzati [16].

Circa i mezzi, da un lato si è rivelata utile l’adozione della pianificazione condivisa delle cure [22], che merita quindi di essere ampiamente diffusa in ambito pediatrico più di quanto lo sia attualmente, dall’altro lato è raccomandabile una strategia di clinical risk management volta a prevenire i rischi del ricorso al giudice tutelare e alla loro gestione nel caso che tale ricorso sia ineludibile.

Per quanto riguarda i medici, è necessario che la formazione universitaria garantisca

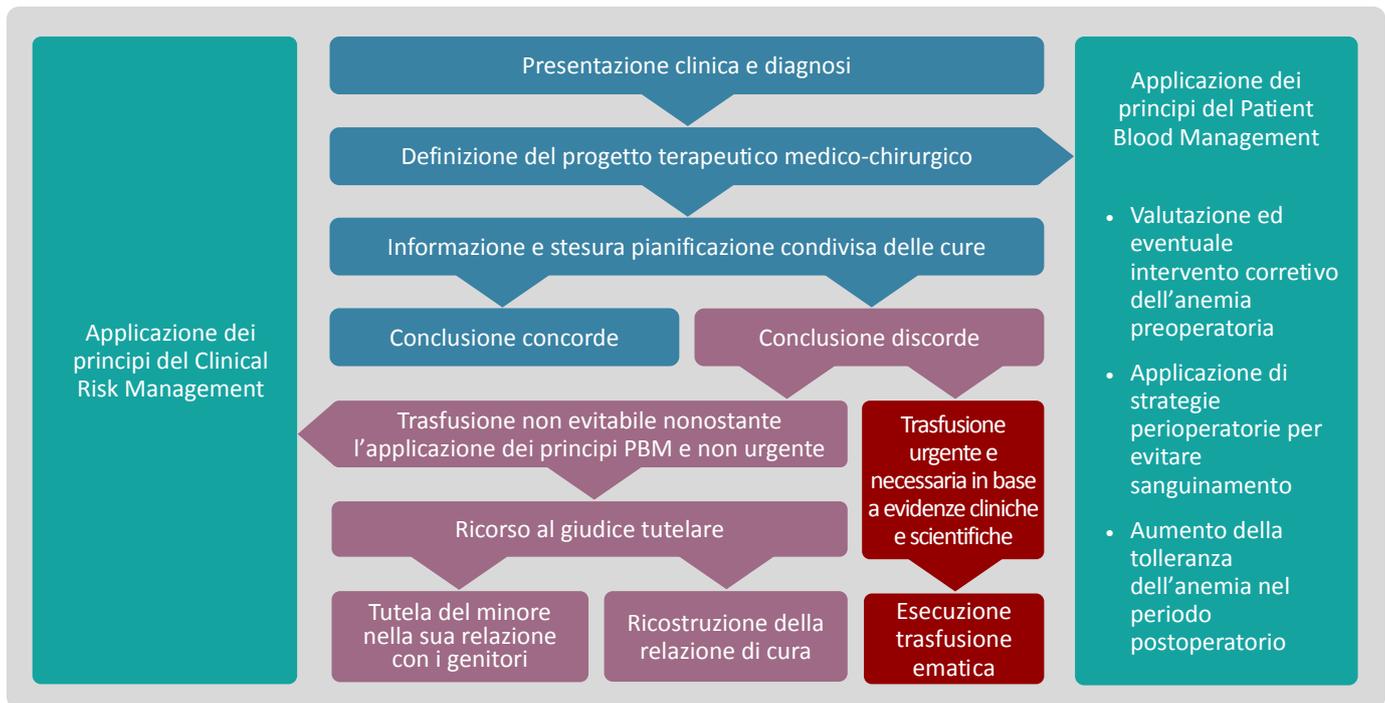


Figura 1. Il processo decisionale nell'ambito della relazione fra medico, minore di età e suoi genitori.

il raggiungimento di elevate abilità nella relazione di cura con la persona minore di età e con i suoi genitori, soprattutto quando questi manifestino il loro rifiuto ad alcuni specifici trattamenti e che, successivamente, il professionista mantenga e, se possibile, perfezioni dette abilità.

✉ matteobolcato@gmail.com

- Di Paolo M, Gori F, Papi L, Turillazzi E. A review and analysis of new Italian law 219/2017: "provisions for informed consent and advance directives treatment". *BMC Med Ethics*. 2019 Mar 4;20(1):17.
- Bolcato M, Fassina G, Sanavio M, Aprile A. The new Italian law 219/2017: an extraordinary clinical tool in internal medicine. *Italian Journal of Medicine* 2020;3:184-8. <https://doi.org/10.4081/itjm.2020.1280>.
- Bolcato M, Rodriguez D, Aprile A. Patient Blood Management: un approccio possibile all'anemia anche nei pazienti pediatrici. *Quaderni acp* 2020;6:271-3.
- Bolcato M, Russo M, Rodriguez D, Aprile A. Patient blood management implementation in light of new Italian laws on patient's safety. *Transfus Apher Sci*. 2020 Aug;59(4):102811.
- Leahy MF, Hofmann A, Towler S, et al. Improved outcomes and reduced costs associated with a health-system-wide patient blood management program: a retrospective observational study in four major adult tertiary-care hospitals. *Transfusion*. 2017 Jun;57(6):1347-58.
- Hare GM, Freedman J, Mazer DC. Review article: risks of anemia and related man-

agement strategies: can perioperative blood management improve patient safety? *Can J Anaesth*. 2013 Feb;60(2):168-75.

- Langhi DM, Covas DT, Marques JFC, et al. Guidelines on transfusion of red blood cells: Prognosis of patients who decline blood transfusions. *Hematol Transfus Cell Ther*. Oct-Dec 2018;40(4):377-81.
- Bhaskar B, Jack RK, Mullany D, Fraser J. Comparison of outcome in Jehovah's Witness patients in cardiac surgery: an Australian experience. *Heart Lung Circ*. 2010 Nov;19(11):655-9.
- Posluszny JA, Napolitano LM. How do we treat life-threatening anemia in a Jehovah's Witness patient? *Transfusion*. 2014 Dec;54(12):3026-34.
- Vaislic CD, Dalibon N, Ponzio O, et al. Outcomes in cardiac surgery in 500 consecutive Jehovah's Witness patients: 21 year Experience. *J Cardiothorac Surg*. 2012 Sep 27;7:95.
- Darwish A. Liver transplant in Jehovah's Witnesses patients. *Curr Opin Organ Transplant*. 2011 Jun;16(3):326-30.
- Mazza P, Palazzo G, Minoia C, et al. Autologous and allogeneic stem cell transplant in Jehovah's Witnesses: A single-center experience on 22 patients. *Bone Marrow Transplant*. 2016 Jul;51(7):1002-3.
- Ford PA, Grant SJ, Mick R, Keck G. Autologous Stem-Cell Transplantation Without Hematopoietic Support for the Treatment of Hematologic Malignancies in Jehovah's Witnesses. *J Clin Oncol*. 2015 May 20;33(15):1674-9.
- Jabbour N, Gagandeep S, Mateo R, et al. Transfusion free surgery: Single institution experience of 27 consecutive liver transplants

in Jehovah's witnesses. *J Am Coll Surg*. 2005 Sep;201(3):412-7.

- Partovi S, Bruckner BA, Staub D, et al. Bloodless lung transplantation in Jehovah's Witnesses: Impact on perioperative parameters and outcome compared with a matched control group. *Transplant Proc*. Jan-Feb 2013;45(1):335-41.
- Bolcato M, Russo M, Trentino K, et al. Patient blood management: The best approach to transfusion medicine risk management. *Transfus Apher Sci*. 2020 Aug;59(4):102779.
- Meybohm P, Richards T, Isbister J, et al. Patient Blood Management Bundles to Facilitate Implementation. *Transfus Med Rev*. 2017 Jan;31(1):62-71.
- Bolcato M, De Salvia A, Rodriguez D, Aprile A. Is the Italian consent to transfusion really informed? A medico-legal analysis between old ghosts and new evidence. *Transfus Apher Sci*. 2020 Oct;59(5):102823.
- Bolcato M, Fassina G, Rodriguez D, et al. The contribution of legal medicine in clinical risk management. *BMC Health Serv Res*. 2019 Feb 1;19(1):85.
- Bolcato M, Fassina G, Sanavio M, Aprile A. Seventeen-year medical professional liability experience in a level III university hospital. *Curr Pharm Biotechnol*. 2020 Oct 15.
- Rodriguez D, Arseni A. Clinical governance and clinical risk management. In: Rodotà S, Zatti P (a cura di). *Trattato di Biodiritto. La responsabilità in Medicina*. Giuffrè Editore, 2011:85-111.
- Bevilacqua G, Bolcato M, Rodriguez D, Aprile A. Shared care plan: an extraordinary tool for the personalization of medicine and respect for self-determination. *Acta Biomed*. 2020 Apr 29;92(1):e2021001.

“Leggi questa mano”: una curiosa placca in una bambina di otto anni



Francesca Pampaloni, Francesca Caroppo, Roberto Salmaso, Anna Belloni Fortina

Centro Regionale di Dermatologia Pediatrica, Dipartimento di Medicina DIMED, Università di Padova

Descriviamo il caso di Giulia, una bambina di 8 anni, che giunge dall'ambulatorio del suo pediatra per una piccola lesione dura e arrossata sul dorso della mano destra, presente da più di un anno. All'inizio il pediatra si era orientato su una possibile psoriasi perché la lesione si presentava eritematosa e desquamante, ma nonostante il trattamento topico specifico non c'era stato alcun cambiamento. Nemmeno le successive consulenze dermatologiche avevano portato al miglioramento della lesione, che anzi lentamente progrediva sempre e solo in quella sede. Il pediatra dopo questa nuova valutazione propone di inviare la piccola Giulia presso un centro dermatologico di 3° livello, perché la lesione, che sembrava banale, probabilmente non lo è, e la mamma di Giulia concorda.

Prima visita presso gli ambulatori di dermatologia pediatrica

La mamma di Giulia riferisce l'insorgenza, da più di un anno, di una placca singola, eritematosa, a crescita lenta, lievemente ipercheratosica, sul dorso della mano destra (Figura 1 A-B). Tale chiazza non sembrava associata a nessun sintomo di fastidio, prurito o dolore e, infatti, fino a quel momento non era stato eseguito alcun approfondimento. La bambina per il resto era in buona salute, l'anamnesi era negativa e in famiglia non erano segnalate patologie cutanee.

Alla prima visita dermatologica, l'esame obiettivo cutaneo rilevava la presenza di una placca eritematosa, lievemente desquamante e ipercheratosica a bordi netti, di circa 1 cm di dimensioni maggiori; la dermatoscopia risultava sostanzialmente aspecifica con la presenza di vasi punteggiati uniformi e piccole squame bianche al centro della lesione e un bordo lievemente rilevato. In prima battuta si consigliava di eseguire terapia a base di corticosteroidi topici (betametasona) e acido salicilico da applicare quotidianamente sulla lesione per ridurre la componente infiammatoria e ipercheratosica e indagare meglio la natura della lesione.

Seconda visita presso gli ambulatori di dermatologia pediatrica

Dopo 6 settimane di terapia, all'esame obiettivo cutaneo si evidenziava la presen-



Figura 1. A: presentazione clinica all'inizio. B: presentazione dermoscopica all'inizio. C: presentazione clinica dopo il trattamento con betametasona e acido salicilico. D: presentazione dermoscopica dopo il trattamento con betametasona e acido salicilico.

za di margini della lesione più elevati in associazione alla presenza di una regione centrale più atrofica, senza alcuna riduzione nelle dimensioni della placca. La valutazione dermoscopica confermava la presenza di un orletto ipercheratosico, ma non dava informazioni più specifiche (Figura 1 C-D).

Biopsia cutanea ed esame istologico... cosa osserviamo?

Alla luce del quadro cutaneo aspecifico e scarsamente inquadrabile clinicamente, si è deciso di eseguire quindi una biopsia cutanea incisionale. La procedura è stata eseguita cercando di prelevare sia parte del centro atrofico sia il bordo rilevato. A una prima osservazione, l'esame istopatologico ha rivelato la presenza di "ipercheratosi, acantosi psoriasiforme e focali alterazioni citopatiche dei granulociti dello strato granuloso di verosimile origine virale". A un'osservazione più approfondita e in seguito al confronto multidisciplin-

re tra l'anatomopatologo e i dermatologi, si è evidenziata la presenza di una lamella corneoide con invaginazione dell'epidermide in corrispondenza della lamella stessa e assenza dello strato granuloso (Figura 2). Questi risultati, associati ai segni clinici, risultavano compatibili con la diagnosi di porocheratosi di Mibelli.

Cos'è la porocheratosi di Mibelli?

Le porocheratosi (PK) sono un gruppo di dermatosi rare, acquisite o genetiche, caratterizzate da un disordine di cheratinizzazione di origine sconosciuta, che si manifestano clinicamente con placche ipercheratosiche anulari o lineari, ben limitate.

La PK di Mibelli consiste in una o più placche anulari, unilaterale e meno frequentemente bilaterale e simmetrica.

In origine le lesioni sono placche ipercheratosiche che si espandono lentamente in modo centrifugo. In seguito, le lesioni diventano anulari, ben delimitate, con un

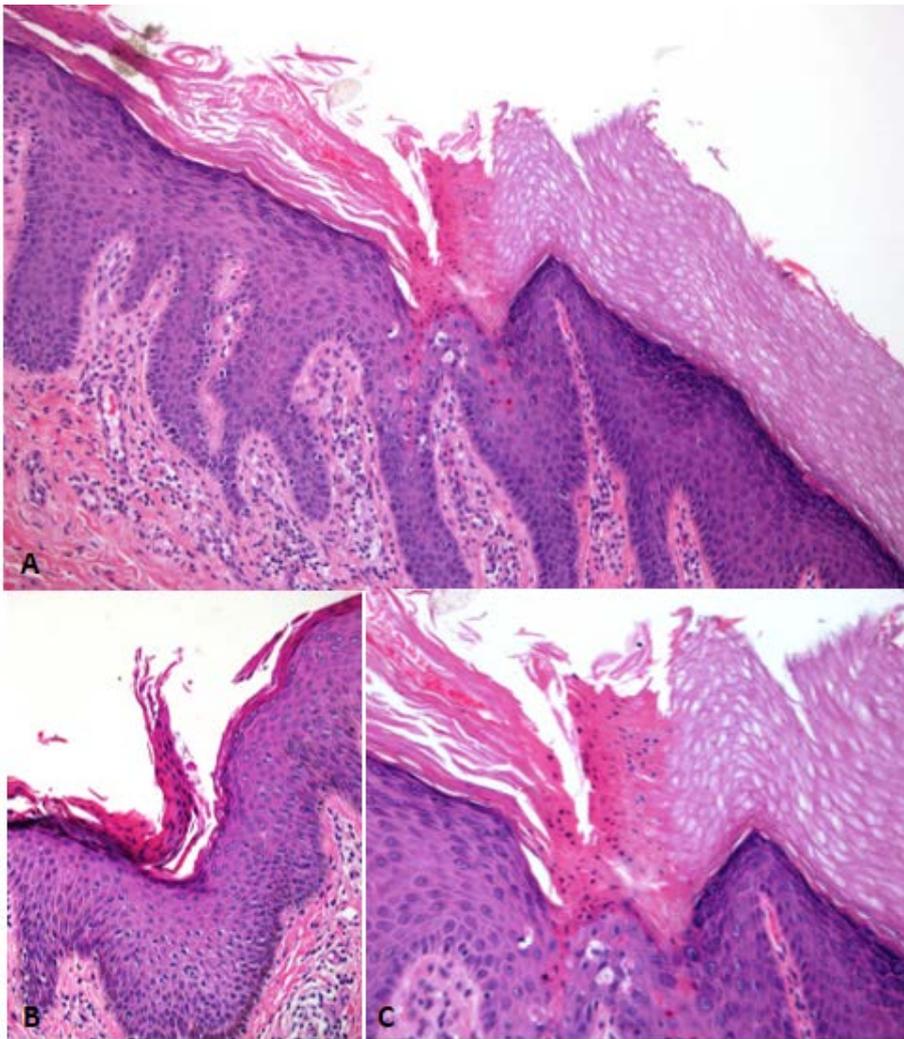


Figura 2. Esame istopatologico. A: lamella corneide orientata obliquamente con corneociti paracheratotici. B: vista più ravvicinata della lamella corneide che mostra il caratteristico strato granulare epidermico assente, molti cheratinociti discheratosici e, sulla destra, un'alterazione coilocitica. C: colonna di paracheratosi sopra a una zona di ipogranulosi e discheratosi che definisce le lamelle corneide.

centro atrofico circondato da un orletto ipercheratosico periferico; raramente si risolvono spontaneamente.

Come nel nostro caso, le lesioni sono generalmente asintomatiche, ma in alcuni casi possono essere pruriginose. L'etiopatogenesi della PK è complessa e multifattoriale e tuttora non ben conosciuta; fattori genetici, immunosoppressione, esposizione ai raggi ultravioletti, farmaci, agenti infettivi e traumi potrebbero giocare un ruolo nella patogenesi. Per quanto riguarda la modalità di trasmissione ereditaria, può essere sporadica o familiare, trasmessa come un tratto autosomico dominante, più comunemente in una forma casuale, che è probabilmente il caso della nostra pazien-

te, dato che non riferiva di parenti affetti dalla malattia.

La diagnosi differenziale della PK di Mibelli comprende tante e differenti dermatosi, non sempre ben distinguibili clinicamente. Nel nostro caso, trattandosi di una bambina, le diagnosi differenziali prese in considerazione sono state: verruca piana, eczema in chiazze, dermatite artefatta, lichen planus anulare e anche un possibile esito cicatriziale, anche se la mamma non riferiva di alcun trauma precedente.

La conferma diagnostica nei casi dubbi si ottiene sempre grazie alla biopsia incisionale, eseguita alla periferia della lesione. L'istopatologia della PK è specifica; è caratterizzata da una colonna di cellule pa-

racheratosiche, ben delimitate rispetto al resto degli altri corneociti, che rappresenta la lamella corneide (Figura 2 A).

Nel nostro caso abbiamo anche riscontrato la presenza di focali alterazioni citopatiche (coilocitosi) (Figura 2 C), che inizialmente potrebbero suggerire una diagnosi di verruca piana; questo è un risultato interessante, e anche un altro caso pediatrico lo ha riportato in letteratura.

Il nostro caso dimostra che la diagnosi di PK può essere davvero complessa, e che dovrebbe essere sospettata anche in pazienti di età molto giovane.

Come viene trattata la porokeratosi di Mibelli?

Non ci sono standard di trattamento per la PK, infatti non ci sono linee guida internazionali e nazionali. La PK di Mibelli ha mostrato ottimi risultati quando trattata con imiquimod 5% crema e con crioterapia nel caso di lesioni più piccole ed isolate. A causa della giovane età della nostra paziente e della riduzione delle dimensioni della lesione dopo la biopsia incisionale, abbiamo consigliato l'applicazione quotidiana di un derivato della vitamina D (calcipotriolo topico), che ha portato a una stabilizzazione clinica della lesione.

Follow-up del paziente

La piccola Giulia torna periodicamente presso i nostri ambulatori per un controllo. Ormai è da circa un anno che continua la terapia che ha portato a una progressiva riduzione dello spessore della lesione stessa.

✉ francesca.pampaloni@gmail.com

1. Kanitakis J. Porokeratoses: an update of clinical, aetiopathogenic and therapeutic features. *Eur J Dermatol.* Sep-Oct 2014;24(5):533-44.
2. Sertznig P, Von Felbert V, Megahed M. Porokeratosis: present concepts. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012 Apr;26(4):404-12.
3. Ferreira FR, Santos LDN, Tagliarini FANM, et al. Porokeratosis of Mibelli – literature review and a case report. *An Bras Dermatol.* Nov-Dec 2013;88(6 Suppl 1):179-82.
4. Bari O, Calame A, Marietti-Shepherd S, Barrio VR. Pediatric penile porokeratosis: A case report. *Pediatr Dermatol.* 2018 Mar;35(2):e103-e104.
5. Weidner T, Illing T, Miguel D, El-sner P. Treatment of Porokeratosis: A Systematic Review. *Am J Clin Dermatol.* 2017 Aug;18(4):435-49.

Spose e madri bambine



Giuseppina Di Cosmo*, Chiara Centenari**

*Pediatria di libera scelta ASL CE; **Ospedale Versilia, USL Toscana Nord-Ovest, Gruppo di lavoro ACP "Pediatria di Genere"

Il caso

Nel marzo 2019 giungono al pronto soccorso dell'ospedale Versilia (azienda USL Toscana Nord-Ovest) due sorelle pakistane di 8 e 15 anni, immigrate di seconda generazione, che hanno richiesto l'intervento delle forze dell'ordine per aver subito maltrattamenti da parte del padre.

Sono accompagnate da una agente capo di polizia e da una interprete, riferiscono aggressione con percosse e minacce da parte del padre.

La ragazzina più grande si presenta con una maglietta strappata, riferisce che il clima violento in casa si è stabilito da alcuni mesi, le è impedito di uscire e il padre minaccia anche di non darle da mangiare perché lei rifiuta un matrimonio combinato nel Paese di origine con un uomo molto più grande. Anche la sorellina più piccola riferisce percosse e minacce "anche con coltelli" e conferma che viene impedito alla sorella maggiore di uscire di casa; anche lei è a conoscenza del rifiuto della sorella di contrarre matrimonio.

I medici di PS definiscono "visibilmente scosse" le due ragazzine e rilevano in entrambe "escoriazioni non recenti" agli arti. Viene attivato un "codice rosa" e le ragazze vengono condotte in una residenza protetta per donne vittime di violenza insieme alla madre; è avviata indagine della procura nei confronti del padre.

Le tre donne sono quindi trasferite per motivi di sicurezza in residenza extraregionale.

Le ragazzine si sono bene integrate nella scuola e nel contesto sociale, sono molto più serene e tuttora in contatto con l'agente di polizia che ha prestato loro aiuto.

Il loro tentativo di vivere una vita sociale analoga a quella delle coetanee si scontra però con l'atteggiamento culturale della madre che invece non si è integrata nel nuovo ambiente e che spera di poter riunire il nucleo familiare.

Un recente spot di Action Aid ci ricorda che "Il matrimonio è una cosa da grandi" ma ancora oggi ogni giorno circa 33.000 bambine/ragazze nel mondo (circa 12 milioni /anno) contraggono matrimonio prima del raggiungimento della maggiore età (intendendo per matrimonio qualunque unione che sia considerata tale nella comunità di riferimento).

Le percentuali più elevate si ritrovano nell'Africa subsahariana (76% Niger, 63% Repubblica Centrafricana, 67% Chad) e nel Sudest asiatico (dove comunque si segnala un trend in diminuzione dal 49 al 30% nell'ultimo decennio).

In Guinea Equatoriale, Gambia, Arabia Saudita, Somalia, Sud Sudan, Yemen non è riconosciuta una età minima per contrarre matrimonio; in Sudan il matrimonio è permesso per le femmine dai 10 anni e per i maschi dai 15.

Il fenomeno è presente anche nel mondo occidentale e sicuramente sottostimato anche perché non esistono casistiche ufficiali. È abbastanza sconcertante che in 25 stati USA non sia riconosciuta un'età minima per contrarre il matrimonio. A titolo esemplificativo riportiamo dati che riguardano il Missouri: dal 1999 al 2005 ben 1.000 ragazzine di 15 anni hanno contratto matrimonio, spesso con uomini molto più grandi di età (al di fuori del matrimonio si sarebbe riconosciuto un reato di violenza sessuale su minore!).

In Europa solo Germania, Danimarca, Svezia e Olanda vietano il matrimonio prima dei 18 anni; negli altri Paesi europei, con vari cavilli legali, è possibile anche prima della maggiore età.

In Italia, per esempio, l'età minima in cui è possibile contrarre matrimonio è di 18 anni ma, con autorizzazione del tribunale dei minori che riconosca "validi motivi" o che accerti la maturità psicofisica dei contraenti, è possibile dal compimento del sedicesimo anno.

Dal un punto di vista strettamente giuridico

Il *matrimonio precoce* è quello in cui almeno uno dei contraenti ha meno di 18 anni. Il *matrimonio combinato* è quello in cui l'intervento esterno di figure familiari predispone il matrimonio, preservando (almeno teoricamente) l'espressione di volontà dei nubendi. Il *matrimonio forzato* avviene senza il libero consenso degli interessati. Spesso però nella vita pratica i limiti tra una forma e l'altra sono molto sfumati; si stenta a credere infatti che un matrimonio precoce non sia anche forzato.

Il matrimonio forzato è riconosciuto come reato violando l'art. 16 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, ovvero la

necessità di espressione di libero consenso dei contraenti matrimonio e l'art. 16 del Codice penale (reato di violenza privata).

Il matrimonio precoce non è riconosciuto espressamente, nemmeno nel nostro Paese, come reato, ma è pur vero che "un minore non è in grado di esprimere il proprio consenso in maniera piena, libera e informata" (raccomandazione 31 Comitato di eliminazione di ogni forma di discriminazione della donna dell'Alto commissariato delle Nazioni unite, CEDAW 1989) e che la Dichiarazione universale dei diritti dell'infanzia 1989 (Convention on the Rights of the Child, CRC) enuncia il diritto del fanciullo alla libertà di espressione, di protezione da abuso e da pratiche tradizionali dannose.

L'Alto commissariato delle Nazioni unite per i diritti umani afferma in maniera categorica che il matrimonio precoce e forzato è una violazione dei diritti umani e invita tutti i sottoscrittori a innalzare a 18 anni per entrambi i sessi l'età minima per il matrimonio, a prescindere dal consenso parentale.

L'UNICEF e Girls Not Brides sottolineano come non basti solo la tutela legale e giuridica ma indicano la necessità di un intervento diretto sulle comunità locali di rieducazione e di equilibrio di genere.

Le conseguenze dei matrimoni precoci a livello globale sono devastanti: le femmine pagano il prezzo dell'abbandono scolastico, la rinuncia a possibilità di studio e di riscatto sociale, il pericolo di gravidanze precoci e sono maggiormente esposte al rischio di violenza domestica e di abuso sessuale.

Secondo l'OMS nei Paesi in via di sviluppo, ogni anno 21 milioni di donne tra 15 e 19 anni hanno una gravidanza (in circa la metà dei casi non voluta) e proprio le complicazioni legate a gravidanza e parto sono in questa fascia di età le principali cause di morte a livello globale.

I maschi, d'altro canto, sono chiamati a ricoprire un ruolo da adulto, da "capofamiglia", con il compito di garantire supporto economico alla famiglia rinunciando a possibilità di studio e di lavoro e di vivere normalmente la propria infanzia/adolescenza.

In tal modo la povertà, che è uno dei principali fattori dei matrimoni precoci, ne diventa la più importante conseguenza.

Sebbene il fenomeno possa riguardare minori di entrambi i sessi è nettamente preponderante nel sesso femminile riconoscendo alla sua base indubbiamente la disparità di genere imperante in molti sistemi culturali/religiosi.

In alcune culture le bambine sono considerate assolutamente inferiori ai propri coetanei maschi, talora solo un “peso” economico per cui la famiglia, alla comparsa della prima mestruazione, ritiene la ragazza idonea al matrimonio, ripetendo in questo la sorte delle proprie madri.

I Paesi occidentali si fanno promotori di campagne di sensibilizzazione e di tutela delle spose bambine nel resto del mondo, ma non si occupano adeguatamente di quanto avviene nei propri contesti sociali e territoriali.

In Italia il fenomeno è in crescita e spesso riguarda immigrate di seconda generazione di età compresa tra 10 e 17 anni o bambine Rom.

Secondo il sito di Magistratura Indipendente ogni anno in Italia circa 2.000 bambine a partire dai 5 anni di età sono oggetto di “contratto”.

Si tratta di matrimoni combinati di bambine o ragazze che vengono promesse in spose a uomini spesso molto più grandi di età, talora dietro compenso in danaro che viene liquidato in somma unica o come vitalizio; la promessa si fa in Italia mentre il rito di matrimonio si celebra nel Paese di origine (Pakistan, Bangladesh ma anche Turchia e Albania) essendo vietato dal nostro ordinamento.

I genitori attribuiscono a queste “unioni” la permanenza di un legame culturale con

la terra di origine, il trasferimento della incombenza di “protezione” della propria figlia e talora una forma di sopravvivenza economica (sollevandosi dal peso economico della ragazza o addirittura guadagnando un compenso).

Quando i genitori percepiscono che la propria figlia si è “occidentalizzata”, è ben inserita nel contesto socioeducativo del Paese in cui vive, con insofferenza nei confronti del sistema religioso e culturale del Paese di origine, scelgono di allontanarla forzatamente dall'Italia organizzando un matrimonio nella terra di origine.

In questi anni la cronaca ha fatto spesso emergere queste problematiche in tutta la loro drammaticità; la lettura dei segnali di allarme è compito dell'istituzione scolastica in primis ma anche di tutte le figure sociosanitarie che “incontrano” la famiglia nel suo percorso di integrazione.

Proprio la creazione di una rete di sostegno esterna (associazionismo, rapporti sociali, istituzione scolastica) ha consentito l'identificazione di casi a rischio con allontanamento dalla famiglia e accoglienza in comunità protette (circa 150 casi/anno secondo l'Università Cattolica di Milano). Una inchiesta del 2017 dell'Associazione 21 luglio ha calcolato che nella popolazione Rom di sei baraccopoli romane si sono verificati nel periodo 2014-2016 in totale 71 matrimoni e di questi il 77% precoci, riguardando bambine/ragazze di età dai 12 ai 17 anni. La percentuale è più alta che nel Niger (76%)!

Il degrado socioeconomico è alla base di questo fenomeno ed è interessante sottolineare che se l'abbandono scolastico è una del-

le prime conseguenze apprezzabili, spesso la delusione dell'esperienza scolastica viene riferita anche come fattore determinante nella scelta del matrimonio precoce (49% dei casi). Infatti in questo contesto di degrado e di disoccupazione prevalentemente femminile il matrimonio viene visto come un mezzo per investire il proprio tempo e le proprie energie acquistando “visibilità sociale”.

Nei Paesi occidentali sarebbe auspicabile in primis un adeguamento legislativo che affondi le radici in una profonda convinzione nella parità di genere e nel rispetto dei diritti fondamentali dell'infanzia e dell'adolescenza. E inoltre una facilitazione dei processi di integrazione e la creazione di una rete di attenta sorveglianza che veda coinvolti scuola, assistenti sociali, pediatri, mediatori culturali, associazioni di volontariato con lo scopo di far emergere i casi a rischio.

✉ dicosmogiuseppina@libero.it

<https://www.onuitalia.com/spose-bambine/>
<https://www.plan-international.it/girls-get-equal/scopri-di-piu/matrimonio-infantile/>
http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/0/982368/index.html?part=ddlpres_ddlpres1-relpres_relpres1
<https://www.unicef.it/media/120-milioni-di-ragazze-a-rischio-di-matrimoni/>
<https://dirittointernazionaleincivica.wordpress.com/2020/04/19/matrimoni-precoci-un-fenomeno-attuale-e-globale/>
<https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest7i.pdf>
https://www.repubblica.it/cronaca/2017/11/24/news/spose_bambine_anche_in_italia_nelle_baraccopoli_piu_che_in_niger-181980779/

Lutto perinatale: l'importanza delle parole



Erica Melandri

Psicologa perinatale e psicoterapeuta

Perdere un figlio in epoca perinatale, a prescindere dall'età gestazionale e dalla causa, è un'esperienza profondamente dolorosa per i genitori proprio perché interrompe bruscamente un legame iniziato ben prima del concepimento e della nascita. Una ricerca recente suggerisce che il linguaggio degli operatori sanitari ha la capacità di intensificare o alleviare la sofferenza della coppia che sta affrontando un lutto. Nello specifico, se la definizione "aborto" ostacola i genitori nell'esprimere i loro stati emotivi agli amici e ai parenti come se non fosse legittimo o appropriato soffrire, al contrario, parlare di "perdita di un bambino" aiuta i genitori a processare il loro dolore.

Losing a child during the perinatal period, regardless of the cause and the gestational age, is a profoundly painful experience for the parents because it abruptly interrupts a bond that began well before the conception and the birth. A recent research suggests that the healthcare professionals' language has the capability to intensify or mitigate the couple's suffering. In particular, while the definition "abortion" prevents the parents from expressing their feelings toward friends and relatives as if suffering is not licit or appropriate, speaking of "loss of a child" helps the parents with processing their pain.

1. Un lutto a tutti gli effetti

I lutti perinatali si riferiscono a quei casi di aborto spontaneo e/o nascita di un feto morto dalle 20 settimane di gestazione e alle morti neonatali sino a una settimana dopo il parto. La sofferenza legata a questi eventi non cambia in base all'epoca gestazionale. Infatti non è meglio se la perdita avviene prima o durante il parto, piuttosto che poco dopo la nascita. A prescindere dall'età gestazionale e dalla causa, un lutto perinatale è un'esperienza profondamente dolorosa per i genitori proprio perché interrompe bruscamente un legame iniziato ben prima del concepimento e della nascita: la gestazione è un processo psichico, prima ancora che fisico. Le morti in utero però non sempre sono vissute con la stessa partecipazione degli altri lutti: commenti come "Signora, è stato meglio così, era troppo malato", "Meglio che sia successo prima", "Sia forte, avrà altre gravidanze", spesso dettati dalla necessità di mantenere una distanza emotiva, ne sono la prova frequente. Forse è proprio per questa difficoltà che nella lingua italiana non esiste un termine per definire la condizione di un genitore che perde un figlio: alcuni si definiscono semplicemente "genitori de-filiati" o "genitori orfani di figli". In realtà si tratta di lutti a tutti gli effetti con conseguenze psicologiche che possono protrarsi per mesi fino a un paio d'anni [1].

2. L'importanza delle parole

Una recente ricerca dell'Università di Leicester su 38 genitori che hanno perso i

loro bambini prima, durante o subito dopo il parto tra la 20⁺ e 23⁻⁶ settimana di gestazione, evidenzia l'importanza delle parole usate dal personale sanitario per riferirsi alla morte dei loro bambini.

Il campione di genitori è stato reclutato garantendo un'ampia variabilità di caratteristiche demografiche e di esperienze di perdita (coppie che hanno perso il loro bambino spontaneamente subito prima del parto, interruzioni di gravidanza per anomalia fetale e parto estremamente pretermine). I genitori potevano scegliere se rispondere all'intervista semistrutturata singolarmente o in coppia e i temi trattati vertevano sulla narrazione della loro esperienza di perdita, della preparazione al parto e alla vista del loro bambino, alla creazione dei ricordi e al benessere psicofisico a lungo termine. I risultati della ricerca sottolineano come l'uso da parte del personale sanitario di una terminologia che convalidi l'esperienza emotiva genitoriale abbia un impatto positivo nell'affrontare le fasi del travaglio, del parto e quella dell'immediato postpartum fino a prolungarsi nel lungo termine.

Nello specifico, nel Regno Unito i bambini nati morti prima delle 24 settimane sono definiti "aborti spontanei" e la ricerca mostra come questa terminologia potrebbe non sintonizzarsi con il sentire dei genitori in lutto. Molte coppie infatti hanno sentito che definire la loro perdita – occorsa a un'età gestazionale così avanzata – come un "aborto" fosse inadeguato a descri-

vere la loro esperienza sia fisica sia emotiva e, al contrario, hanno apprezzato l'essere trattati come se "avessero perso un bambino" [2].

3. Prepararsi al travaglio e al parto

Per molte madri coinvolte nella ricerca che, dopo la morte in utero, hanno affrontato il travaglio e il parto di un feto morto, l'espressione "aborto spontaneo" non descrive adeguatamente la loro esperienza fisica e la loro sofferenza psichica. Al contrario, le ostetriche che si sono rivolte a loro come a "madri che hanno perso il loro bambino", informandole tempestivamente sui vari passaggi e le sensazioni del travaglio e del parto (soprattutto per chi era alla prima gravidanza e non aveva seguito corsi preparto), hanno consentito alle donne di arrivare più preparate a quelle fasi, rinforzando la loro capacità di far fronte a sentimenti di solitudine e paura.

4. Prepararsi a vedere il bambino

I genitori che sono stati trattati come se "avessero avuto un bambino" erano più preparati ad affrontare la decisione circa il vedere e il tenere in braccio proprio figlio. L'uso della parola "aborto", invece, non consente di creare un'immagine mentale del neonato e per i genitori era strano vederlo, come ben espresso da queste testimonianze rispettivamente di una madre e di un padre: "Ci avevano detto la parola aborto mille volte e non ci aspettavamo di aver effettivamente generato una bambina"; "Era una vera bambina, aveva anche i capelli... non era un feto... era perfettamente formata... non è stato un aborto, in nessuno modo o forma".

Ogni genitore ha il diritto di scegliere se vedere o meno il proprio bambino, senza giudizi o obblighi, ma affinché tale scelta sia davvero consapevole è necessario che lo staff sanitario sappia guidare la coppia in un momento carico di emozioni disorientanti. L'impatto della diagnosi infatti può fare da deterrente all'incontro col proprio bambino, ma in un secondo momento la coppia o uno dei genitori potrebbe cambiare idea e sentire la necessità di vedere e toccare il proprio bambino per salutarlo.

5. Costruire ricordi

La possibilità di costruire dei ricordi “di” e “con” il proprio bambino, aiuta i genitori a inquadrarne la morte e a convalidarne l'esistenza facilitando il processo del lutto. Passare del tempo insieme e collezionare oggetti (una ciocca di capelli, foto, la copertina in cui è avvolto, le impronte delle manine e dei piedini) serve a creare ricordi. Per i genitori intervistati era soprattutto il braccialetto ospedaliero a diventare il simbolo di un riconoscimento ufficiale della loro esistenza, dato che in GB prima di 24 settimane non è prevista certificazione di nascita o di morte. Anche in questo caso i genitori hanno apprezzato che le ostetriche li avessero preparati mostrando le foto dei loro bambini prima di farli incontrare. Altri genitori hanno trovato utile servirsi di foto per comunicare ad amici e parenti la loro esperienza, mentre chi non era sicuro di portare a casa le fotografie ha gradito che l'ospedale potesse custodirle o consegnarle in una busta sigillata.

6. Post nascita

Perdere un bambino a un'età gestazionale avanzata comporta per molte donne la manifestazione di sintomi fisici tipici del puerperio come sanguinamento, latte ma-

terno e sbalzi ormonali. Dalla testimonianza di una madre: “Si ha il latte come se si fosse una neomamma... il proprio corpo è così crudele perché pensa di avere avuto un bambino. E invece non ce l'ha”. In particolare, non avere un bambino su cui concentrarsi in molti casi le ha rese ancora più consapevoli dell'intensità dei loro sintomi fisici facendole sentire “svuotate” e “in preda al panico”.

Molte donne hanno riferito l'importanza di essere state informate, e quindi preparate, sulle conseguenze fisiche del postparto e sui modi per gestirle.

7. Effetti a lungo termine

A gravidanza inoltrata la distinzione tra “aborto” e “perdita di un bambino” non è una questione triviale: il linguaggio ha l'abilità di intensificare una sofferenza o alleviare l'esperienza di dolore di una famiglia che sta sperando un lutto. Alcuni operatori sanitari utilizzano in buona fede la parola “aborto” proprio per minimizzare l'impatto della perdita, ma vari studi ne sottolineano le implicazioni quali sminuire l'importanza del dolore dei genitori e negare l'importanza affettiva del bambino come membro effettivo di quella famiglia [2-3]. Quando il dolore per un lutto

non è legittimato o riconosciuto dal personale sanitario, dalla famiglia, dagli amici e dalla società, si intensifica ed esita in maggiori difficoltà di elaborazione. Nello specifico, la definizione “aborto” ostacola i genitori nell'esprimere i loro stati emotivi come se non fosse legittimo o appropriato soffrire, incidendo anche sul tipo di supporto ricevuto. Al contrario, parlare di “perdita di un bambino” li aiuta a processare il loro dolore perché ne convalida la perdita, senza sminuirla o minimizzarla con frasi di supporto (“Dai, fatti forza!”), riconoscendone le aspettative e la progettualità associate, sostenendoli nell'attraversare il lutto con effetti positivi anche nel lungo termine.

✉ erica_melandri@yahoo.it

1. Ravaldi C. Il sogno infranto. Affrontare il lutto perinatale. Officina Grafica, 2012.
2. Smith LK, Dickens J, Bender Atik R, et al. Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and neonatal death: a UK qualitative study. BJOG. 2020 Jun;127(7):868-74.
3. Jonas-Simpson C, McMahon E. The language of loss when a baby dies prior to birth: cocreating human experience. Nurs Sci Q. 2005 Apr;18(2):124-30.



Il marsupio fa bene all'allattamento

Il contatto pelle a pelle tra neonato e genitore, tra i tanti effetti benefici, aumenta la probabilità di iniziare con successo l'allattamento al seno già durante la permanenza al nido ospedaliero e quindi di proseguirlo nei mesi successivi. Ci sono altre modalità di contatto tra lattante e mamma che favoriscono l'allattamento? Per rispondere a questa non banale domanda un gruppo di ricercatori californiani ha arruolato 100 gestanti da un programma di visite domiciliari per famiglie a basso reddito; a un gruppo di gestanti è stato donato un marsupio prima della nascita per il trasporto del lattante e al gruppo che fungeva da controllo il marsupio è stato donato ai sei mesi di età del bambino. Poi, per i primi sei mesi di vita dei bambini sono stati raccolti i dati sull'uso del marsupio nel gruppo di intervento e sull'allattamento nei due gruppi.

I risultati di questo RCT hanno evidenziato che, all'età di 6 mesi del bambino, le mamme che usavano il marsupio allattavano di più rispetto a quelle del gruppo di controllo (68% vs 40%, $p=0,02$) e i tassi di allattamento esclusivo erano tendenzialmente sempre più elevati nel gruppo di mamme con marsupio a ogni età del bambino. Non sono state trovate differenze significative rispetto al numero di ore di utilizzo del marsupio (media di 1,7 ore al giorno), nella frequenza delle poppate o per l'età delle madri.

Pertanto, oltre al contatto pelle a pelle, l'utilizzo di un marsupio o di una fascia per facilitare il contatto tra mamma e bambino può favorire l'allattamento. Un intervento semplice e sicuro che porta importanti vantaggi non solo al lattante ma anche alla salute pubblica.

1. Little EE, Cioffi CC, Bain L, et al. An Infant Carrier Intervention and Breastfeeding Duration: A Randomized Controlled Trial. Pediatrics. 2021 Jun 30;e2020049717.

Vaccino HPV e papillomatosi respiratoria ricorrente giovanile: un possibile nuovo uso per un vecchio vaccino



Teresa Ghini*, Cesare Cutrone**, Martina Bertinazzi**, Marianna Sari**, Fabio Pieraccini***, Antonella Brunelli*

*Pediatria di comunità AUSL Romagna; **UO Otorinolaringoiatria Padova, ***Direzione Tecnica Assistenza Farmaceutica AUSL Romagna

Un giorno una mamma mi disse: “Se avessi saputo che esisteva un vaccino, mi sarei vaccinata prima della gravidanza, pur di evitare questo calvario a mio figlio”.

Il virus del papilloma umano e il vaccino

Col nome di Papillomavirus umano (HPV) si rappresenta una famiglia di virus a DNA costituita da circa 200 tipi, responsabili di differenti manifestazioni cliniche, sia in sede genitale che extragenitale.

I tipi 16 e 18 causano il 70% dei carcinomi della cervice uterina; insieme ad altri tipi ad alto rischio oncogeno (31, 45, 52, 33, 51, 58, 35, 53, 39, 59) sono responsabili di circa il 90% dei tumori a carico del collo dell'utero e insieme sono coinvolti nei cancri dell'ano, vagina, vulva, pene.

I tumori in sede extragenitale collegati ad HPV sono quelli di cavità orale, faringe, laringe nel 72% dei casi.

Le forme non tumorali correlate ad HPV possono essere cutanee, le verruche, o mucose, i condilomi anogenitali, dei quali sono responsabili i tipi 6 e 11 per più del 90% dei casi [1-2].

Esistono 3 tipi di vaccini contro il Papilloma virus umano (HPV):

- il vaccino bivalente HPV2 (Cervarix), approvato nel 2006 e il primo a essere disponibile: agisce contro i tipi oncogeni 16 e 18 per la prevenzione delle lesioni precancerose e cancri che colpiscono il collo dell'utero (70%), la vulva, la vagina, l'ano e il pene;
- il vaccino tetravalente HPV4 (Gardasil), approvato nel 2007, contiene, come HPV2, i tipi 16 e 18 a cui si aggiungono 6 e 11, per cui è indicato anche per la prevenzione dei condilomi acuminati;
- il vaccino nonavalente HPV9 (Gardasil 9) contro i tipi 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 approvato nel 2015. La sua

azione preventiva è analoga a quella di HPV4, ma agendo contro 7 tipi oncogeni arriva a prevenire in maggior percentuale i cancri di collo dell'utero (90%) e delle altre sedi genitali.

Per tutti e tre i tipi di vaccini, secondo le indicazioni registrate e riportate nel RCP, il limite inferiore di età per la somministrazione è pari a 9 anni.

Il vaccino e i tumori

Il ruolo del Papillomavirus nel tumore della cervice è stato alla base della campagna di prevenzione attraverso la vaccinazione delle giovani donne: a partire dagli anni 2007-2008 alcuni Paesi del mondo, fra cui l'Italia, hanno iniziato a utilizzare i vaccini HPV2 o HPV4 per le femmine di 11 anni compiuti, mirando alla prevenzione del cancro del collo dell'utero.

La campagna partì con difficoltà; le perplessità più frequenti vertevano sulle seguenti obiezioni:

- 1 indisponibilità di dati sufficienti circa l'immunogenicità e l'efficacia, cioè la riduzione dei carcinomi della cervice uterina, che può comparire anche dopo una latenza di 10-20 anni dall'infezione HPV;
- 2 possibile sottrazione di risorse all'implementazione dello screening con Pap test, ritenuta l'unica arma efficace nella prevenzione della neoplasia del collo dell'utero;
- 3 rischio di indurre una falsa sicurezza distogliendo le donne vaccinate dall'uso del preservativo, barriera contro altre malattie sessualmente trasmesse, e dall'adesione al Pap test, per prevenire i tumori non correlati ai tipi non compresi nel vaccino.

Inoltre, essendo HPV a trasmissione sessuale, si sarebbe dovuto introdurre il tema

della sessualità con femmine prepuberi; alcuni intravedevano il rischio di indurre un maggior grado di promiscuità sessuale nelle vaccinate; qualcuno suggerì di proporre il vaccino in età più tarda o adattando l'epoca della vaccinazione a dopo il menarca. I pediatri, e i medici in generale, forse non erano pronti ad affrontare il tema della salute sessuale coi loro assistiti.

A questo si aggiungeva il sospetto, da parte della popolazione generale e degli stessi professionisti sanitari, che l'adozione della vaccinazione HPV fosse condizionata dalla pressione industriale [3].

A oggi è possibile affermare che:

- il vaccino HPV è altamente immunogeno. La risposta anticorpale si verifica nei confronti di ciascun tipo di HPV presente nel vaccino, e in misura maggiore rispetto alla malattia naturale [2,4,5]; inoltre, è stata dimostrata la persistenza degli anticorpi per almeno 10-12 anni dopo l'immunizzazione [2];
- la campagna vaccinale ha ridotto fino al 90% l'infezione da HPV, e fino al 90% le verruche genitali [6,7];
- il vaccino presenta un'elevata efficacia nei confronti della prevenzione dell'infezione persistente (vera causa della trasformazione neoplastica), delle lesioni precancerose CIN ed AIS. Studi di follow up a tutt'oggi non hanno mostrato diminuzione della protezione nel tempo [2];
- l'incidenza del carcinoma a cellule squamose e dell'adenocarcinoma si è ridotta significativamente nelle donne più giovani vaccinate [8];
- l'impatto maggiore è stato riscontrato laddove il vaccino viene somministrato di routine prima dell'esposizione all'HPV [6], essendo il vaccino non terapeutico, ma preventivo dell'infezione e della reinfezione anche auto-loga;

- nei Paesi con una rapida adozione della vaccinazione anti HPV e un'elevata copertura, i tassi di malattie sessualmente trasmissibili HPV correlate, relative ai tipi HPV presenti nei vaccini, sono diminuiti notevolmente non solo nelle coorti vaccinate, come atteso, ma anche nelle femmine e nei maschi non vaccinati come effetto della herd immunity [1];
- il vaccino HPV è generalmente ben tollerato: nel Rapporto vaccini AIFA 2019 il vaccino HPV è fra quelli con meno segnalazioni. Non sono state trovate correlazioni con eventi tromboembolici venosi o malattie autoimmuni o di altra natura (es. Sindrome di Guillain-Barrè, LES, diabete tipo 1, sclerosi multipla, sindrome da dolore regionale complesso, sindrome da tachicardia posturale ortostatica, insufficienza ovarica primaria).

Le politiche vaccinali

A partire dal 2017 è stata introdotta la vaccinazione gratuita per i maschi di 11 anni. Inoltre è raccomandata e gratuita per le donne di 25 anni, per gli uomini che fanno sesso con gli uomini (MSM) [9], per le persone con patologie candidate a terapia con immunomodulatori e immunosoppressori, per le persone dedite alla prostituzione (sex workers).

Il Piano nazionale prevenzione vaccini 2017-2019 indica un obiettivo di copertura con ciclo completo pari al pari al 95% per le ragazze nel dodicesimo anno di vita, e un obiettivo incrementale per i ragazzi al 60% nel 2018, al 75% nel 2019, fino al 95% nel 2020.

I dati nazionali, attualmente disponibili fino al 2018, indicano che al 31 dicembre 2019 le coperture vaccinali per la coorte 2007 delle femmine sono pari al 61,7% per la prima dose e al 41,6% per il ciclo completo, con oscillazioni regionali che vanno dal 17 al 72%, mentre nei maschi si rilevano coperture pari al 24,1% per la prima dose e al 32,2% per il ciclo completo, segnalando ampi margini di miglioramento in ambedue le coorti (Tabella 1).

Vaccino e papillomatosi respiratoria ricorrente giovanile

La papillomatosi respiratoria ricorrente giovanile (JoRRP) è una condizione rara con incidenza in epoca prevaccinale pari a 0,8/100.000 in Europa [1]; è causata dall'infezione da parte del Papillomavirus umano, principalmente dai genotipi 6 e 11 [5,10], considerati a tropismo mucoso benigno o a "basso rischio".

La JoRRP è caratterizzata dalla crescita recidivante di lesioni squamose esofiti-

TABELLA 1. Coorte di nascita 2007: CV per HPV per dose e Regione al 31 dicembre 2019 (solo femmine) [Ministero della Salute. Dati coperture vaccinali HPV al 31 dicembre 2019. 11 giugno 2021]

REGIONE	POPOLAZIONE TARGET	% VACCINATE CON ALMENO 1 DOSE	% VACCINATE CON CICLO COMPLETO
Piemonte	19.103	78,70	68,68
Valle d'Aosta	585	76,75	50,77
Lombardia	48.152		39,14
Prov. aut. Bolzano	2.705	50,54	26,03
Prov. aut. Trento	2.647	72,80	60,45
Veneto	23.153	52,29	30,57
Friuli Venezia Giulia	5.031	45,54	17,31
Liguria	6.047	65,98	48,83
Emilia-Romagna	20.233	79,79	60,72
Toscana	15.891	74,15	59,69
Umbria	3.961	81,19	72,36
Marche	6.930	55,56	37,62
Lazio	26.683	52,15	28,79
Abruzzo	5.672	48,43	30,77
Molise	1.263	68,80	48,46
Campania	29.861	50,95	33,58
Puglia	18.274	75,20	56,46
Basilicata	2.298	70,89	51,61
Calabria	8.365	57,29	39,90
Sicilia	25.512	43,90	25,89
Sardegna	6.460	47,38	27,43
Italia	278.826	49,97	41,60

che di natura benigna e aspetto verrucoso sulla mucosa delle vie aeree, con maggiore predilezione per le mucose laringee, sebbene esista, seppure raramente, la possibilità di progressione lungo le vie aeree inferiori e il rischio di trasformazione maligna.

La presentazione dei papillomi respiratori HPV indotti avviene nei primi anni di vita del bambino, spesso diventa sintomatica entro i primi 12 mesi e non sorprende che uno dei sintomi di presentazione più frequenti possa essere la disфонia.

Benché si tratti di una patologia rara e nella maggior parte dei casi benigna, la sua natura recidivante e ostruente sulle vie aeree ne determina un effetto potenzialmente devastante sulla qualità della vita dei pazienti.

Attualmente lo standard di cura è la chirurgia che si propone come obiettivi principali la rimozione delle lesioni papillomatosi a garantire un adeguato calibro delle vie aeree, e la massima preservazione della funzionalità vocale, delle strutture anatomiche e della mucosa respiratoria. Le tecniche chirurgiche di scelta prevedono sia procedure a freddo, con l'u-

tilizzo di microdebrider o di taglienti, sia procedure laser CO₂, diodi, KTP, sia radiofrequenza dipendentemente dall'esperienza del chirurgo [4]. La terapia medica trova poco spazio nel trattamento della JoRRP, ad eccezione del Bevacizumab, anticorpo monoclonale anti-VGFR, introdotto come adiuvante off label nei casi di papillomatosi respiratoria con decorso aggressivo [11].

La JoRRP è fortemente caratterizzata dalla possibilità di recidiva delle lesioni dopo il trattamento e da un andamento imprevedibile.

Tuttavia, a seguito dell'introduzione dei calendari vaccinali anti HPV tetravalenti e nonavalenti si è osservato un netto calo di incidenza della patologia, ed evidenziato come la totalità dei nuovi casi si presenti nei figli di madri non vaccinate [5]. L'Australia è stato il primo Paese ad adottare un programma vaccinale nazionale ad ampia diffusione fin dal 2007 con più del 70% delle ragazze di età compresa tra i 12 e i 13 anni a ricevere le tre dosi del HPV4. I loro risultati evidenziano una riduzione dell'incidenza della JoRRP da 0,16 per 100.000 nel 2012 a 0,022 per

N. ID	SESSO	TIPO HPV	SEDE	ETÀ 1° INTERVENTO	N. INTERVENTI	ETÀ VACC CICLO CONCLUSO	N. INTERVENTI	DURATA FOLLOW UP
1	M		laringea	6aa 11m	5	8 aa 4mm	3	7aa 6mm
2	F	6	laringea	6aa 7mm	13	7aa 6mm	0	3aa 10mm
3	M		laringea	11m	3	2aa 9mm	0	3aa 8mm
4	M	11	laringo-tracheo-bronchiale	11aa 10mm	28	15aa 5mm	9	2aa 4mm

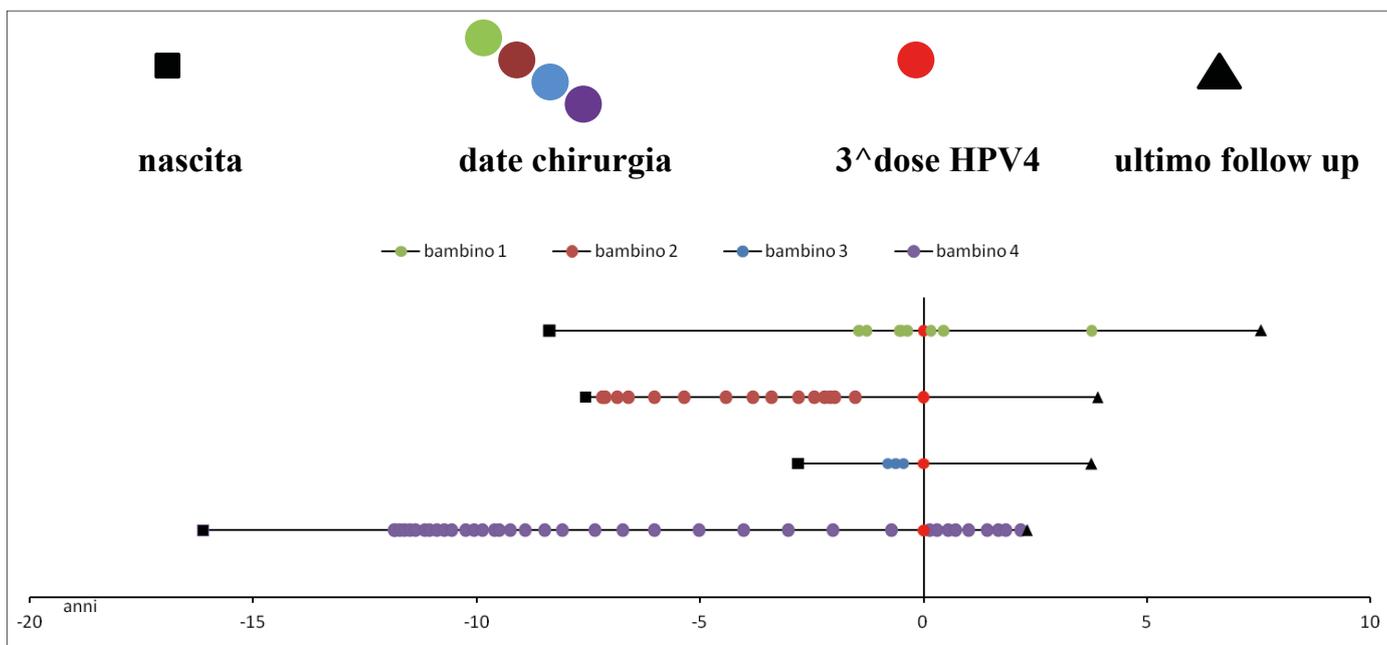


Figura 1. Linea del tempo dei 4 casi di JoRRP.

100.000 nel 2016, riportando un impatto evidente della vaccinazione quadrivalente per HPV sulle infezioni genitali materne in primo luogo e in secondo luogo sulla trasmissione verticale del virus con riduzione del numero di pazienti affetti da JoRRP [5-7].

Già dal 2016 in letteratura è stato introdotto l'utilizzo off label del vaccino HPV tetravalente a scopo terapeutico nei casi di papillomatosi respiratoria. Una tra le più recenti metanalisi riporta una evidente riduzione nell'incidenza delle recidive di JoRRP supportando l'utilizzo continuativo della vaccinazione anti HPV come trattamento adiuvante per la papillomatosi respiratoria ricorrente [10,12].

Nella nostra comunità pediatrica sono presenti quattro bambini di differente età con un quadro di JoRRP in diverso stadio di evoluzione: ci siamo quindi confrontati con l'otorinolaringoiatra per valutare l'eleggibilità alla vaccinazione.

I bambini, una femmina e tre maschi, sono giunti alla nostra attenzione in età comprese fra i 2 e i 15 anni, hanno presentato un'età di esordio della patologia variabile e l'età al primo intervento chirurgico compresa tra i 4 mesi e i 7 anni.

Il quadro clinico per tre di essi era confinato a livello laringeo, mentre per uno mostrava una progressione a livello dell'albero bronchiale e un quadro polmonare complesso con evidenza di atelettasia, focolai displastici e con pregressi focolai broncopneumonici.

L'anamnesi chirurgica andava da 3 interventi per il caso più mite fino ai 28 del ragazzo con diffusione bronchiale.

In due casi sono stati identificati i genotipi di HPV: 6 e 11 (Tabella 2).

I pazienti sono stati considerati tutti eleggibili al trattamento off label con il vaccino HPV4 nonostante 3 di essi avessero un'età inferiore ai 9 anni (2aa 3m, 7aa, 7aa 10m).

In base alle motivazioni cliniche e ai dati di letteratura disponibili e presentati, trattandosi di una prescrizione off label, è stato avviato il percorso per la valutazione da parte della Commissione del Farmaco della AUSL Romagna che si è avvalsa di un gruppo di lavoro multidisciplinare che ne ha approvato l'impiego.

I ragazzi sono stati sottoposti a un ciclo vaccinale a tre dosi.

Il follow up post vaccinale, a vaccinazione completata, ha avuto la durata minima

di 2 anni (range 2-7 anni) e ha evidenziato nei 3 bambini più giovani un netto miglioramento del quadro patologico con riduzione dell'incidenza dell'insorgenza dei papillomi e con un tempo privo di interventi chirurgici fino a quasi 4 anni, in linea con la recente letteratura.

Per quanto riguarda invece il ragazzo con la forma clinica più grave e diffusa, la durata di malattia maggiore, ed evidenza del genotipo HPV11, non si è osservata riduzione dell'incidenza degli interventi. Il ragazzo è andato perso al follow up dopo 2aa e 4m (Figura 1).

Commento

Sulla papillomatosi respiratoria ricorrente giovanile in letteratura vengono presentati principalmente casi clinici isolati o casistiche poco numerose; la sua eziopatogenesi non è ancora del tutto chiarita: si ipotizza una compromissione immunitaria, sia per la ricorrenza che per l'evoluzione maligna; dal punto di vista terapeutico nella letteratura recente è stato segnalato l'uso off label di HPV4 al fine di rinforzare la risposta immunitaria. Alcuni autori suggeriscono di non attendere le numerose recidive prima della

somministrazione della terapia vaccinale, a cui conseguono, nella maggior parte dei casi, un miglioramento clinico e una diminuzione nella ricorrenza di JoRRP [9,10]. Altri sostengono che l'età di insorgenza e l'inizio della terapia chirurgica possa influire sulla prognosi e sulle recidive, mentre la bassa numerosità dei pregressi interventi chirurgici e l'età di vaccinazione sembrano proporzionali all'efficacia del vaccino, riducendo la comparsa di nuove formazioni papillomatose [10].

La stessa implementazione della campagna vaccinale HPV4 e HPV9 sta determinando una diminuzione dell'incidenza di JoRRP [7].

La nostra piccola esperienza sembra corrispondere ai dati di letteratura disponibili, sia nel quadro clinico che nella risposta al trattamento.

✉ teresa.ghini2@auslromagna.it

1. Red Book 2018-2021. Report of the Committee on Infectious Diseases. 31st Edition. AAP: 829-53.
2. Pink Book Updated October 2020. <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hpv.html>.
3. Di Mario S, Basevi V, Magrini N. Editoriale. Vaccinazione anti-HPV: alcuni interrogativi per il Pediatra. *Medico e Bambino* 2007;26(9):562-71.
4. Bertinazzi M, Gheit T, Polesel J, et al. Clinical implications of alpha, beta, and gamma HPV infection in juvenile onset recurrent respiratory papillomatosis. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2021 Aug 28.
5. Novakovic D, Cheng ATL, Zurynski Y, et al. A Prospective Study of the Incidence of Juvenile-Onset Recurrent Respiratory Papillomatosis After Implementation of a National HPV Vaccination Program. *J Infect Dis.* 2018 Jan 4;217(2):208-12.
6. Garland SM, Kjaer SK, Muñoz N, et al. Impact and Effectiveness of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: A Systematic Review of 10 Years of Real-world Experience. *Clin Infect Dis.* 2016 Aug 15;63(4):519-27.
7. Patel C, Brotherton JML, Pillsbury A, et al. The impact of 10 years of human pap-

illomavirus (HPV) vaccination in Australia: what additional disease burden will a nonavalent vaccine prevent? *Euro Surveill.* 2018 Oct;23(41):1700737.

8. Lei J, Ploner A, Elfström KM, et al. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. *N Engl J Med.* 2020 Oct 1;383(14):1340-48.
9. Ministero della Salute. Dati coperture vaccinali HPV al 31 dicembre 2019. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&cid=27.
10. Tjon Pian Gi REA, San Giorgi MRM, Pawlita M, et al. Immunological response to quadrivalent HPV vaccine in treatment of recurrent respiratory papillomatosis. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016 Oct;273(10):3231-6.
11. Sidell DR, Balakrishnan K, Best SR, et al. Systemic Bevacizumab for Treatment of Respiratory Papillomatosis: International Consensus Statement. *Laryngoscope.* 2021 Jun;131(6):E1941-E1949.
12. Rosenberg T, Philipsen BB, Mehlum CS, et al. Therapeutic Use of the Human Papillomavirus Vaccine on Recurrent Respiratory Papillomatosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Infect Dis.* 2019 Mar 15;219(7):1016-25.



Cinque giorni di antibiotico per la polmonite possono bastare

Quanto deve durare una terapia antibiotica per un paziente pediatrico ambulatoriale? Le linee guida sull'argomento non sembrano essere concordi: chi dice 10 giorni (Infectious Disease Society of America, Pediatric Infectious Disease Society) e chi afferma 5 giorni (British pediatric guidelines, NICE, Organizzazione Mondiale della Sanità). Le prove di efficacia tuttavia sono scarse in ambito pediatrico, soprattutto per i trattamenti di breve durata.

Uno studio retrospettivo di coorte ha raccolto i dati di oltre 120.000 prescrizioni di antibiotico per polmonite nel periodo 2010-2016 in pazienti pediatrici ambulatoriali negli Stati Uniti. Sono state analizzate le associazioni tra la durata del trattamento antibiotico (5-9 giorni vs 10-14 giorni), l'eventuale ospedalizzazione, le successive prescrizioni di nuovi antibiotici e le visite urgenti. Gli esiti sono stati valutati dopo due settimane dalla fine del trattamento antibiotico.

La maggior parte delle prescrizioni antibiotiche (82,8%) era per una durata di 10 giorni mentre solo il 10,5% dei pazienti ha ricevuto una terapia breve. Tuttavia nel confronto tra i diversi gruppi di pazienti non è stato rilevato un rischio aggiuntivo di ospedalizzazioni, nuove prescrizioni o visite mediche nei bambini che hanno assunto l'antibiotico per breve tempo [1].

A rafforzare questo studio retrospettivo sono giunti i risultati dello studio SAFER nel quale 281 bambini fino a 10 anni di età con polmonite acquisita in comunità sono stati randomizzati a ricevere 5 oppure 10 giorni di amoxicillina; anche in questo RCT i 5 giorni di antibiotico hanno determinato risultati sovrapponibili a un trattamento prolungato, senza un maggior rischio di ospedalizzazione e con il vantaggio, per il caregiver, di ridurre i giorni di assenza dal lavoro [2].

A questo punto attendiamo una rivalutazione delle linee guida sull'argomento.

1. Shapiro DJ, Hall M, Lipsett SC, et al. Short- Versus Prolonged-Duration Antibiotics for Outpatient Pneumonia in Children. *J Pediatr.* 2021 Jul;234:205-211.e1.
2. Pernica JM, Harman S, Kam AJ, et al. Short-Course Antimicrobial Therapy for Pediatric Community-Acquired Pneumonia: The SAFER Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2021 May 1;175(5):475-82.

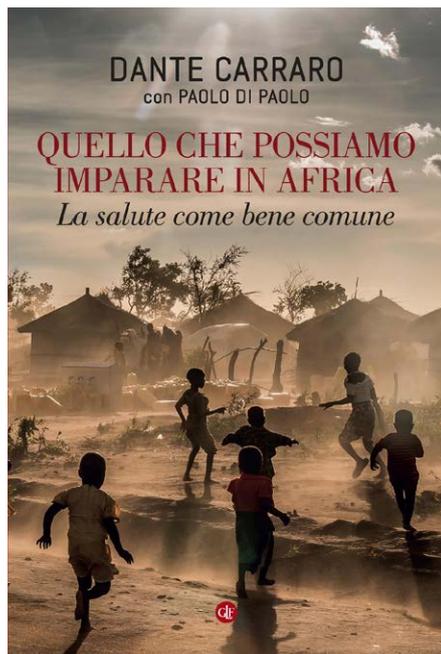
Libri: occasioni per una buona lettura



Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Quello che possiamo imparare in Africa. La salute come bene comune

di Dante Carraro, con Paolo Di Paolo
Laterza, 2021, pp. 148, € 18,00



Trasformare in risorse anche le situazioni estreme

Dante Carraro, direttore di Medici con l’Africa Cuamm dal 2008 e ben noto a tutti i nostri lettori, ha trovato il tempo con l’aiuto di Paolo Di Paolo di scrivere questo libro carico di riflessioni tutt’altro che scontate. L’introduzione di Claudio Magris ne è la degna presentazione. Riportiamo dalla quarta di copertina: “L’Africa ci insegna, o almeno a me ha insegnato, che il lamento serve poco; ciò che fa la differenza è passare dal lamento al rammento. E trovare strade nuove per dare valore a quanto ci sembrava perduto. Mi ha insegnato a mettere alla prova tutti gli schemi fissi, compreso un certo delirio di onnipotenza occidentale. Mi ha insegnato che la frugalità non è un limite, ma può diventare un’opportunità per far leva più sull’intelligenza e lo studio che sul denaro. E a non avere paura dei figli: sono vita, coraggio, sfida, futuro, entusiasmo”. Passare dal lamento al rammento è alla base di tutta l’attività del Cuamm che opera in Africa, in particolare nella fascia subsahariana, da oltre settanta anni. Nella rubrica “Osservatorio internazionale” di questo

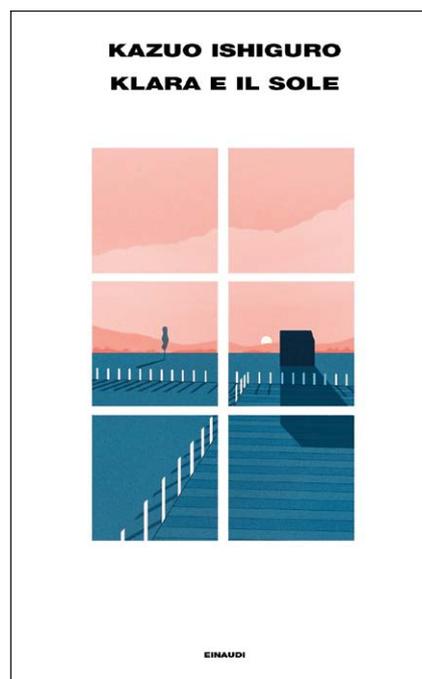
numero ci occupiamo di fare il punto sulla situazione in Africa per quanto riguarda il vaccino SARS-CoV-2 a dimostrazione dell’attenzione che *Quaderni acp* ha sempre riservato alla salute come bene comune. Non a caso il sottotitolo del libro è proprio “La salute come bene comune” per cui siamo certi che i nostri lettori troveranno molti spunti di riflessione per la loro attività professionale e non solo.

Michele Gangemi

Klara e il Sole

di Kazuo Ishiguro

Einaudi Supercoralli, 2021, pp. 250, € 19,50



L’amore in un mondo distopico

Klara è un oggetto particolare all’interno del negozio: è un AA, un amico artificiale, e sta aspettando un bambino che la venga a scegliere; Direttrice se ne prende cura perché sa che Klara ha doti speciali; sa osservare il mondo di fuori e il muoversi, talvolta agitarsi, di adulti, bambini, passanti tutti diversi, Mendicante e il suo cane; osserva il disegno del Sole, e sa che la sua vita, la sua energia, e probabilmente l’energia degli umani, dipende da lui. A sceglierla è la quattordicenne Josie. E fin dalla sua prima visita al negozio, nonostante l’ ammonimento di Direttrice sulla volubilità dei bambini, Klara sente di appartenerle,

e per sempre. Josie è una ragazzina particolare: fin dall’inizio, mette al corrente la sua AA di avere un problema, di affrontare una oscura malattia. Klara esce dal negozio e inizia la sua vita insieme alla bambina; vivrà con la Madre, con Domestica Melania, conoscerà il suo amico Rick e gli altri ragazzini e mamme negli “incontri di interazione”. Quando Josie si aggrava, sia gli umani che Klara cercano soluzioni per salvarla; e l’androide, che è l’unica ad avere una fede, si rivolge al Sole, colui che dà a lei nutrimento e a cui attribuisce l’energia e la salute anche degli umani; Klara pensa che per salvare la sua amica deve metterci tutto il suo impegno e anche a costo di sacrificio si impegna a salvarla dando in garanzia l’autenticità dell’amore tra Josie e Rick. E questo anche a fronte di una domanda: “che ne sanno i bambini del vero amore?” La trama di *Klara e il Sole* è molto più complessa, ma il rischio è, raccontandola, di svelare troppo il contesto, di descrivere troppo questa società “pandemica”. Quindi meglio non scrivere altro. Ho scelto *Klara e il Sole* pensando di trovarci la bellezza e la peculiarità di *Non lasciarmi*, l’ultimo libro letto prima che Ishiguro vicesse il premio Nobel, che avevo tanto amato e tanto mi aveva fatto riflettere. Confesso che, forse perché non ho più quell’età, o per la difficoltà di questi due anni, la descrizione di questo futuro distopico non poi così lontano, in cui si scelgono bambini artificiali per fare compagnia ai figli, in cui si studia da soli in casa con insegnanti dedicati, in cui si intuiscono la presenza di scelte oscure, accadimenti dolorosi, separazioni, mi è stato talvolta anche disturbante, ma mi ha fatto nascere molti interrogativi. Tutto è, però, mitigato da una scelta dell’autore che non è solo stilistica ma di contenuto: quella della voce narrante. Ishiguro affida la narrazione in prima persona, a Klara. E noi osserviamo il nostro mondo attraverso lo sguardo di un androide, di un elettrodomestico. La voce che fraziona la realtà in riquadri, chiama i device “oblungo”, cerca il Sole vicino alla finestra, vive tranquilla su un divano o in ripostiglio, ma... è una voce “bambina”, acuta e innocente, che impara dall’esperienza, che si interroga sulla natura delle cose, sui sentimenti di cui sconosce porta-

ta e nome. Ma è una voce “neutra” perché in fondo è una macchina. E perché in fondo resta una macchina? Dove risiede l'unicità di un essere umano? “Lascia che io ti chieda questo. Tu credi al cuore umano? Non intendo semplicemente l'organo, è ovvio. Parlo in senso poetico. Il cuore umano. Tu credi che esista? Qualcosa che rende ciascuno di noi unico e straordinario?” Non si tratta di interrogarsi su quanto sia etica la tecnologia, ma sull'umano. Perché è poi l'androide che si farà le domande sull'amore da dare, sulla ricerca di una empatia che faccia comprendere le relazioni, che farà le scelte più piene di fede, slancio e sacrificio.

Maria Francesca Siracusano

#DIVULGO. Le storie della storia dell'arte

di Jacopo Veneziani

Mondadori Electa, 2020, pp. 192, € 24,00

Cosa non vediamo, quando guardiamo un quadro

Anche il mondo dell'arte si è dovuto riorganizzare durante il lockdown, e i più lungimiranti direttori di musei hanno re-

so fruibili le visite online, ma questo libro, uscito in agosto del 2020, propone a prescindere un modo diverso di divulgare i quadri, dandosi tanto tempo per guardare le immagini, leggere progressivamente l'opera osservata. Così si evitano tutti quegli ostacoli che si frappongono tra il nostro sguardo e il quadro in un museo, dall'affollamento delle sale, ai riflessi di luce sulle teche in vetro. Non penso che perderemo mai il piacere di recarci in un museo, ma la possibilità di guardare, sotto la guida di uno storico dell'arte – definito come colui che fa notare – prendendosi tutto il tempo di percorrere un'immagine e scoprire tanti segreti che vi sono celati. Così vediamo un diavolo di profilo in una nuvola del ciclo pittorico delle *Storie di San Francesco* ad Assisi, talmente sorprendente da essere notato per la prima volta da una studiosa medievalista nel 2011; l'ombra di un pesce proiettata da una cesta di frutta sulla tavola della *Cena in Emmaus* di Caravaggio, che ci fa compiere il riconoscimento di Gesù Cristo figlio di Dio, Ikthus, pesce in greco; l'immensità di un cielo stellato nella *Fuga in Egitto* di Adam Elsheimer, in cui troviamo la rappresenta-



zione pittorica della Via Lattea, prima che Galileo pubblicasse il *Sidereus Nuncius*, frutto dell'osservazione dei corpi celesti con il suo telescopio. E così via, le tante storie da farci raccontare da Jacopo Veneziani, attraverso dei particolari di quadri che abbiamo guardato, magari tante volte, e che non abbiamo mai visto

Maria Francesca Siracusano



MISC-C: ottimismo, ma con cautela

Nella primavera del 2020, sono iniziate a emergere le prime segnalazioni pediatriche di una nuova sindrome iperinflammatoria sistemica associata all'infezione da SARS-CoV-2, denominata MISC-C. Le casistiche iniziano ora a diventare più corpose e ci offrono una prima descrizione attendibile sul decorso e sugli esiti di questa patologia. Da un programma di follow up interdisciplinare negli USA, che ha seguito il decorso di 45 bambini affetti da MISC-C fino a 9 mesi dopo l'esordio, si rileva che il 76% ha richiesto terapia intensiva e il 64% ha richiesto vasopressori e/o inotropi [1]. Al momento del ricovero, i pazienti mostravano una significativa infiammazione aspecifica, linfopenia generalizzata e trombocitopenia. IL-2R, IL-6, IL-10, IL-17, IL-18 e C-X-C Motif Chemokine Ligand 9 erano elevati. Nel 44% dei casi si osservavano anomalie ecocardiografiche significative con aneurismi coronarici nel 9% dei bambini. La maggior parte dei marker infiammatori si normalizzava da 1 a 4 settimane e, nello stesso arco di tempo, solo il 18% continuava ad avere lievi anomalie ecocardiografiche ma nessuno presentava rilevanti alterazioni coronariche. Le molte altre informazioni contenute in questo lavoro, sembrano dirci che la MISC-C resta una complicanza seria dell'infezione pediatrica da SARS-CoV-2 soprattutto nella fase acuta, quando la maggior parte dei pazienti richiede il ricorso alle cure intensive e al sostegno della funzione miocardica. Tuttavia, nei tempi medi, la prognosi resta complessivamente favorevole e gli esiti a carico del cuore limitati. Gli autori segnalano, peraltro, che in alcuni casi gli squilibri immunologici possono estendersi per mesi dopo il ricovero e che l'esatta natura e il potenziale di fibrosi cardiaca a lungo termine, intolleranza all'esercizio o altri esiti a distanza rimangono sconosciuti. Un cauto ottimismo, insomma, ma molto c'è ancora da conoscere su questa complicanza post infettiva.

1. Farooqi KM, Chan A, Weller RJ, et al. Longitudinal Outcomes for Multisystem Inflammatory Syndrome in Children. *Pediatrics*. 2021 Aug;148(2):e2021051155.

La vita davanti a sé per il risveglio della pietà



Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi, Roma

La vita davanti a sé

Regia: Edoardo Ponti

Con: S. Loren, I. Gueye, R. Carpentieri,

M. Rossi, A. Zamora, B. Karimi

Italia, 2020

Durata: 94'



La cronaca. Nel 1975, lo scrittore francese di origine lituana Roman Gary pubblica, con lo pseudonimo di Emile Ajar, il romanzo *La vita davanti a sé*. Due anni dopo, con la regia dell'israeliano Moshé Mizrahi e con Simone Signoret protagonista, il romanzo diventa film, vince tre Premi César, un David di Donatello e l'Oscar come miglior film straniero. Nel 2020, Edoardo Ponti, al suo secondo lungometraggio dopo *Cuori estranei* (2002), realizza un remake italiano mantenendo alcune caratteristiche, spostando l'azione dalla banlieu di Parigi a Bari, modificando le atmosfere ed eliminando la narrazione in prima persona. Protagonista Sophia Loren (la mamma è sempre la mamma) che ritorna sul set dopo dieci anni di latitanza.

La domanda. La solita: meglio il romanzo o le due trasposizioni filmiche?

Le gare, come ben si sa, hanno valore quando i contendenti hanno grosso modo le stesse chance di vittoria e quando la giuria è imparziale. Ma qui siamo di fronte a due film che devono fare i conti con la migliore trasposizione filmica che si pos-

sa immaginare: la nostra. Chi legge, anche senza volerlo, diventa sceneggiatore, costumista, scenografo, regista e produttore di se stesso. E siccome "ogni scarrafone è bello a mamma sòja", anche la giuria è di parte. Ergo: la gara non esiste.

Esiste, tuttavia, la facoltà di riflettere e di commentare.

Partiamo, allora, dalla trama a beneficio di chi non ha letto e visto. Ed è subito perplessità. Quale trama? Romanzo, film 1 o film 2? Scegliamo la versione di Ponti.

Momò è un bambino senegalese che è arrivato in Europa non si sa come e che, come tanti altri bambini, pur avendo *la vita davanti a sé*, è in balia di se stesso. Quando viene affidato a Madame Rosa – ebrea sopravvissuta all'Olocausto, ex prostituta che vive con gli scarsi proventi che riesce a racimolare prendendosi cura dei figli degli altri e *ha la vita alle spalle* – non smette di compiere furtarelli e scippi e finisce tra le grinfie di uno spacciatore. Dopo l'iniziale diffidenza, il rapporto tra i due diventa confidenza e reciproco affetto: Madame Rosa trova in Momò il figlio mai avuto, Momò trova la madre che ha sempre desiderato. Quando Madame Rosa presagisce la fine della sua vita, strappa a Momò la promessa di evitarle il ricovero in una struttura pubblica. Vuole chiudere gli occhi per sempre nella cantina del palazzo dove è riuscita a crearsi un esclusivo, segreto "rifugio". Promessa che il ragazzino manterrà con una coraggiosa (e in verità poco credibile) incursione-rapimento in ospedale, eludendo la sorveglianza del personale medico.

Non è chiaro il motivo per il quale Edoardo Ponti – che aveva dichiarato "Essendo un libro molto bello non volevo lasciare fuori neanche una pagina" – abbia stravolto il prefinale. Così come appare nel romanzo non gli avrebbe proibito di certo (sono sempre parole sue) "di focalizzare l'attenzione sul rapporto di amicizia tra Madame Rosa e Momò e di portare in primo piano due esseri che si somigliano nonostante le grandi differenze". Ma rispettiamo la sua scelta, sorvoliamo e concentriamo la nostra attenzione su ciò che Gary, Mizrahi e Ponti hanno in comune: un messaggio di accoglienza del diverso tramite il reciproco

sostegno. Le strade per abolire le differenze sono tante; tutte, però, implicano una precisazione: che cosa si intende quando si parla di famiglia, maternità e/o paternità, figli. Esattamente un secolo fa, quando il cinema parlava solo con le immagini, appariva sugli schermi *Il monello* di Chaplin. Anche lì, si incontravano due sconosciuti; anche lì un bambino abbandonato trovava un genitore e un vagabondo diventava tenero padre. A suo tempo, Chaplin – che come è noto ha avuto un'infanzia infelice ed è stato abbandonato a se stesso – disse che voleva fare "un film serio, che in mezzo a molti incidenti comici e farseschi nascondesse un'ironia capace di risvegliare la pietà". Ha fatto di più. Ha precisato che il vero attestato di famiglia non è un pezzo di carta rilasciato dalle autorità con tanto di timbro, ma l'accoglienza. La lista dei registi che, sulla scia di Chaplin, hanno portato sugli schermi del mondo il risveglio della pietà è lunga e sta a testimoniare il valore di un cinema impegnato. Si pensi a Giuseppe Bertolucci di *Dolce rumore della vita* (1999) e alla ragazza che si prende cura di un bambino facendolo passare per suo figlio; a John Woo e al suo barbone che in *Song Song and Little Cat* (episodio di *Bambini invisibili* del 2005) trova una bambina abbandonata tra i rifiuti, la adotta e se ne prende cura; a Tizza Covi e Rainel Frimner e all'artista circense che in *Non è ancora domani* (*La pivellina* del 2009) si imbatte in una bambina abbandonata dalla madre con il biglietto "Tornerò a riprenderla"; ai fratelli Dardenne e al loro *Ragazzo con la bicicletta* (2015) che ripudia il padre e sceglie come mamma una parucchiera dolce e sensibile.

La vita, questo genere di vita di piccoli *Oliver Twist*, *senza famiglia* e *gabbianelle* abbandonate, lascia lo schermo e si presenta *davanti a noi* quotidianamente con titoli sui giornali, notizie di cronaca, immagini televisive. E così il Momò di Gary cambia nome: diventa Ali, Aylan, Victory...

E Madame Rosa? Il ruolo che fu della Signoret e della Loren è libero. Si accettano adulti disposti a interpretarlo sul set della coscienza.

✉ italospada@alice.it

Info: notizie sulla salute



Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

Promozione dell'allattamento e della salute materno-infantile: nuovo accordo tra ISS e UNICEF

Prevenzione dell'obesità infantile, promozione della salute delle mamme e nei primi mille giorni, protezione, promozione e sostegno dell'allattamento, salute delle popolazioni in condizioni di aumentata vulnerabilità e alimentazione infantile nelle emergenze. Sono questi i punti nevralgici del nuovo accordo di collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità e Comitato Italiano per l'UNICEF, Fondazione Onlus. La partnership nasce come naturale proseguo di una collaborazione decennale che ha visto la realizzazione congiunta di numerose iniziative di comunicazione, formazione e sostegno a progetti di rilevanza nazionale e internazionale. Oggetto dell'accordo, che avrà durata di tre anni, è l'attività di ricerca tecnico-scientifica, la realizzazione di attività di formazione su scala nazionale, pre-service e in-service, basate sui nuovi materiali WHO/UNICEF, l'attuazione di interventi nell'ambito della tutela dei gruppi di popolazione ad aumentata vulnerabilità, il supporto alle Regioni per il raggiungimento degli obiettivi del Piano nazionale/Piani regionali della prevenzione. La collaborazione si propone, inoltre, di capitalizzare l'esperienza maturata in ambito di ricerca e formazione, con la proposta e il trasferimento dei modelli formativi prodotti ad altri contesti dell'area WHO Europa.

Metalli pesanti nei baby food

Gli investigatori del Congresso degli Stati Uniti hanno trovato "livelli pericolosi di metalli pesanti tossici" in alcuni alimenti per bambini che potrebbero causare danni neurologici. Sono stati esaminati alimenti per bambini prodotti da Nurture Inc, Hain Celestial Group Inc, Beech-Nut Nutrition e Gerber, del gruppo Nestlé, e ha destato "molta preoccupazione" che Walmart Inc, Campbell Soup Co e Sprout Organic Foods abbiano rifiutato di collaborare con l'inchiesta. Nel rapporto si legge che gli standard interni dell'azienda "permettono livelli pericolosamente alti di metalli pesanti tossici, e i documenti hanno rivelato che i produttori hanno spesso venduto alimenti che hanno

superato quei livelli" per cui si chiede di fissare i livelli massimi di metalli pesanti tossici consentiti negli alimenti per bambini e richiedere ai produttori di testare i prodotti finiti per i metalli pesanti e non solo gli ingredienti. Il rappresentante Raja Krishnamoorthi, un democratico che presiede il comitato che ha pubblicato il rapporto, ha detto che ha scoperto che "questi produttori vendono consapevolmente alimenti per bambini contenenti alti livelli di metalli pesanti tossici... È ora di sviluppare standard molto migliori per il bene delle generazioni future". Un portavoce della Food and Drug Administration (FDA) ha detto che stava esaminando il rapporto. L'agenzia ha notato che gli elementi tossici sono presenti nell'ambiente ed entrano nella fornitura di cibo attraverso il suolo, l'acqua o l'aria. "Poiché non possono essere completamente rimossi, il nostro obiettivo è quello di ridurre l'esposizione agli elementi tossici negli alimenti nella misura più ampia possibile", ha detto la FDA. La Campbell ha affermato sul suo sito web che i suoi prodotti sono sicuri e ha citato la mancanza di un attuale standard FDA per i metalli pesanti negli alimenti per bambini. La Walmart ha invece scritto, a sua discolpa, che ha presentato informazioni al comitato nel febbraio 2020 e non ha mai ricevuto alcuna richiesta successiva. Il gigante della vendita al dettaglio richiede ai fornitori di prodotti a marchio privato di attenersi alle proprie specifiche interne, "che per gli alimenti per bambini e ragazzi significa che i livelli devono soddisfare o essere inferiori ai limiti stabiliti dalla FDA" (Fonte: Reuters, 5 febbraio 2021).

Una famiglia italiana su tre non è stata in grado di sostenere adeguatamente l'apprendimento a distanza dei bambini durante il lockdown

Lo rivela uno studio di UNICEF e Università Cattolica "La didattica a distanza durante l'emergenza COVID-19: l'esperienza italiana".

La mancanza di una connessione internet stabile, di dispositivi digitali di buona qualità e di disponibilità di tempo da parte dei genitori sono gli ostacoli principali:

- il 27% delle famiglie non ha tecnologie adeguate;

- il 30% dei genitori non ha tempo sufficiente per seguire la didattica a distanza dei figli;
- il 6% dei ragazzi intervistati con accesso a internet non ha connessione adeguata per l'apprendimento a distanza;
- 4-5 sono le ore in più spese dai ragazzi di fronte allo schermo ogni giorno;
- il 70% dei genitori riconosce nei propri figli più autonomia nell'uso della tecnologia digitale per la scuola.

"L'accesso a internet e a dispositivi di qualità è stato necessario per la partecipazione dei bambini [e dei ragazzi] alla didattica a distanza, ma nonostante l'Italia sia un Paese con una connessione a internet diffusa, molte famiglie hanno incontrato difficoltà", afferma Daniel Kardefelt Winther, responsabile della ricerca su bambini e internet di UNICEF Innocenti. "Le famiglie più numerose hanno incontrato difficoltà a tenere il passo con la crescente domanda di dispositivi per ognuno dei loro bambini che frequenta la scuola. Queste famiglie dovrebbero beneficiare di un ulteriore sostegno finanziario se la didattica a distanza dovesse rimanere una strategia a lungo termine". L'indagine è stata condotta nel giugno 2020 nell'ambito di un progetto realizzato in 11 Paesi europei e coordinato dal Joint Research Center della Commissione europea. La raccolta dei dati in Italia è stata sostenuta da UNICEF, in collaborazione con OssCom, Centro di Ricerca su Media e Comunicazione, dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Il Governo italiano ha immesso una quantità sostanziale di risorse per sostenere la didattica a distanza durante il lockdown; il 46% delle famiglie intervistate ha ricevuto nuovi dispositivi digitali dagli istituti scolastici frequentati dai loro bambini e una famiglia su quattro ha ricevuto un abbonamento a internet per accedere alla didattica a distanza. "I nostri dati sono incoraggianti perché mostrano che la maggior parte dei bambini erano motivati a partecipare alla didattica a distanza. Inoltre i genitori hanno notato risultati positivi della didattica a distanza sui loro figli, come una maggiore autonomia nell'uso delle tecnologie digitali per i compiti a casa e una maggiore indi-

pendenza nella gestione delle attività scolastiche. Tuttavia non possiamo sottovalutare le disuguaglianze che esistono anche tra le famiglie con connessione a internet, né possiamo ignorare i bambini, anche se pochi, che hanno abbandonato la scuola con il passaggio alla didattica a distanza” ha aggiunto Giovanna Mascheroni, professore associato di Sociologia dei media all’Università Cattolica, ricercatrice nel campo di bambini e internet dal 2007. La condizione di lockdown e le attività di apprendimento online hanno fatto sì che i bambini utilizzassero le tecnologie digitali con maggior frequenza rispetto a prima, ossia con un considerevole aumento di 4-5 ore di connessione al giorno rispetto al periodo precedente al lockdown. Questo aumento può essere direttamente attribuito alla didattica online, mentre il tempo dedicato ad attività non scolastiche è stato ridotto a sole 2,3 ore rispetto agli anni precedenti, forse a causa di un affaticamento causato dall’uso dello schermo durante il lockdown e dalle attività di didattica a distanza. Sebbene i genitori possano essere preoccupati per il maggiore tempo passato davanti a uno schermo da parte dei loro figli, il rapporto sottolinea che le ore trascorse online in attività extrascolastiche possono essere state l’unica opportunità per loro di mantenere un senso di normalità attraverso il contatto con gli amici, rilassandosi o addirittura facendo esercizio fisico. Rispetto ai bambini e ai ragazzi, i genitori tendono a esprimere maggiore preoccupazione per l’impatto del lockdown sul loro apprendimento. Nel complesso, molti studenti hanno dichiarato di essere entusiasti e ottimisti riguardo alla didattica a distanza e hanno avuto fiducia nella loro capacità di adattamento. Tuttavia i ragazzi più giovani (di età compresa tra i 10 e gli 11 anni) hanno mostrato una maggiore tendenza a preoccuparsi delle proprie capacità di riuscire a farlo, un dato questo che segnala la necessità di fornire un supporto aggiuntivo agli studenti più giovani, che potrebbero avere competenze digitali più deboli e meno esperienza con un ambiente di apprendimento formale. I genitori intervistati hanno anche auspi-

cato un maggiore sostegno da parte delle scuole frequentate dai loro figli. L’82% degli intervistati desidera che le scuole integrino più attività educative che favoriscono una maggiore interazione tra gli studenti, così come maggiori linee guida su come sostenere l’apprendimento a distanza e il benessere psicologico dei bambini. Sebbene questi risultati indichino diverse aree di miglioramento necessarie, i genitori hanno anche notato spazi di crescita nella vita scolastica dei loro figli durante il periodo di lockdown. Il 61% dei genitori ritiene che i propri figli siano diventati più bravi a organizzare le loro attività scolastiche rispetto al periodo pre chiusura. Inoltre, più del 70% dei genitori ha riferito che i propri figli hanno acquisito autonomia nell’uso delle tecnologie digitali per la scuola. Considerati nel loro insieme, questi risultati evidenziano che, oltre all’apprendimento, i bambini potrebbero beneficiare di sforzi più concertati volti ad accrescere il loro benessere e la salute mentale, migliorando quindi l’esperienza complessiva di apprendimento a distanza per entrambi, bambini e genitori.

Raccomandazioni

L’Italia è stato il primo Paese in Europa a implementare un lockdown a livello nazionale. Le seguenti raccomandazioni, che emergono dalle esperienze di bambini e genitori con la didattica a distanza in Italia, possono fornire importanti messaggi ai Paesi che affrontano sfide simili.

- 1 Fornire alle famiglie di tutta Italia risorse aggiuntive e una migliore connettività per garantire che l’apprendimento digitale a distanza sia accessibile a tutti i bambini, specialmente quelli provenienti da famiglie povere ed emarginate.
- 2 Garantire l’accesso ai dispositivi digitali, in particolare per le famiglie più numerose che tendono ad avere meno dispositivi digitali per ogni bambino.
- 3 Il Governo italiano dovrebbe valutare il livello di apprendimento raggiunto dagli studenti, identificando le aree di maggiore perdita, per adattare il supporto agli studenti e alle materie più

colpite, e per migliorare l’erogazione della didattica a distanza in futuro.

- 4 Incoraggiare gli insegnanti e gli assistenti a fornire ai bambini più piccoli, che tendono ad avere competenze digitali meno sviluppate, un maggiore sostegno per beneficiare pienamente dell’apprendimento digitale a distanza.
- 5 Fornire ai genitori gli strumenti e il tempo per sostenere l’apprendimento a distanza dei loro figli. Gli strumenti includono risorse fornite dalla scuola e linee guida per supportare al meglio l’apprendimento dei bambini, oltre alla disponibilità offerta dai datori di lavoro a stabilire accordi di lavoro flessibili e giornate lavorative più brevi, se necessario.

L’Italia ha raggiunto la iodosufficienza: il report dell’Osservatorio OSNAMI dell’ISS

Il programma nazionale di iodoprofilassi su base volontaria è stato introdotto in Italia a seguito dell’approvazione della legge 55/2005, la quale definisce le modalità di utilizzo e vendita del sale iodato. A supporto dello strumento legislativo, nel 2009 è stato istituito, presso l’Istituto Superiore di Sanità, l’Osservatorio nazionale per il monitoraggio della iodoprofilassi in Italia (OSNAMI) il quale ha il compito di valutare periodicamente efficienza ed efficacia del programma di iodoprofilassi. In questo rapporto sono riportati i risultati della seconda sorveglianza (periodo 2015-2019) condotta dall’OSNAMI. I dati dimostrano il raggiungimento della iodosufficienza e la scomparsa del gozzo in età infantile nel Paese. Nonostante questo rappresenti un importante successo in termini di salute pubblica, in futuro sforzi dovranno essere fatti per garantire sostenibilità al programma di iodoprofilassi e assicurare una corretta nutrizione iodica in gravidanza, fase della vita che in Italia ancora risulta a maggior rischio di carenza nutrizionale di iodio.

<https://www.iss.it/documenti/20126/0/21-6+web.pdf/aa2f9dc8-69c8-8a14-4c98-03244fb97842?t=1621234023588>

Lettere



Pubblicità occulta

Gentile Direttore, nei giorni scorsi abbiamo ricevuto una mail (Figura 1) che non richiedeva risposte, né compilazione di questionari, né alcuna interazione con il mittente, con il quesito: “Latte Biologico. Sei favorevole o contrario?”

In modo lapalissiano ci si attende che la risposta di tutti sia ovviamente “favorevole”. La domanda peraltro è molto simile a quelle che vengono fatte dai gestori dei banchetti fuori dagli ospedali: “Sei a favore o contro la droga? Se sei contro, firma qui e dacci un contributo economico”. Oppure: “Sei a favore o contro la guerra?”, e così via.



Figura 1.



Figura 2.

Ma se guardiamo bene in alto centralmente, sopra la splendida pediatra con il fonendoscopio al collo (ma qui nessuno protesta contro la mercificazione dell'immagine femminile?), si nota la scritta in caratteri piccoli piccoli “Unifarm-Neolatte”. Sempre in caratteri piccoli piccoli sotto c'è anche la scritta “Se non desideri ricevere comunicazioni per questo servizio clicca qui”. E noi abbiamo cliccato!

Crediamo che la mail sia arrivata a migliaia di pediatri italiani e che sia propeudetica a una campagna pubblicitaria che si attuerà nei prossimi mesi sul tema degli alimenti bio. Ma cosa c'è di più bio del latte materno? Un bell'opuscolo del Ministero della Salute e dell'ISS ha in copertina lo slogan “latte materno, biologico DOC” (Figura 2) e noi in reparto abbiamo un manifesto gigante con questa frase esposto sull'ingresso.

Peraltro questo anno nella prima settimana di ottobre si celebrerà la SAM (Settimana per l'Allattamento Materno), che ha come titolo “proteggere l'allattamento: una responsabilità di tutti” (<https://mami.org/sam-2021-e-uscito-il-motto-e-buon-compleanno-al-mami/>).

Certo quella sopra non è una fake news e neanche è pubblicità ingannevole ma è sicuramente una spintarella al nostro inconscio, che come sappiamo è facilmente suggestionabile soprattutto dai messaggi subliminari. È dal 1957, quando Vance Packard allora insegnante di Giornalismo all'Università di New York pubblicò *I persuasori occulti*, che conosciamo l'alleanza sempre più stretta tra analisi del comportamento e pubblicità, minacciando subdolamente ma scientificamente la libertà d'opinione. Attualmente in Italia abbiamo leggi molto rigorose sulla pubblicità degli alimenti per l'infanzia, compresi i latti adattati 1 e 2, ma gli specialisti di marketing sono sempre un passo avanti.

Andrea Guala
Giuse Ballardini
Michelangelo Barbaglia
SOC Pediatria, Ospedale Castelli, Verbania
BFH (Baby-Friendly Hospital),
UNICEF dal 2010

Per un'industria fare pubblicità ai propri prodotti significa cercare di allargare il mercato per aumentare i profitti; come diceva Henry Ford “la pubblicità è l'anima del commercio”.

Non fa differenza se la pubblicità può avere ripercussioni sulla salute pubblica, come quel-

la per gli alimenti per l'infanzia. Il profitto è profitto.

La mail che ci segnala il dottor Guala e collaboratori è solo uno dei tanti esempi di pubblicità che rientrano nelle strategie di marketing delle ditte che producono sostituti del latte materno e alimenti destinati all'infanzia. I destinatari delle campagne pubblicitari sono molto variegati: vanno dai consumatori finali (i genitori), ai canali di distribuzione e vendita (negozi, supermercati...), agli operatori che in vario modo hanno un ruolo nel condizionare le scelte dei genitori (neonatologi, pediatri, ostetriche...). Le strategie di persuasione sono sempre più sofisticate e internet ha aperto uno squarcio enorme alla rete di contenimento che in qualche modo si poteva immaginare di costruire per proteggere l'alimentazione dei bambini da una pubblicità ingannevole.

Per limitarci al settore degli operatori sanitari potremmo dire che se tutti avessero la stessa attenzione e sensibilità al problema che mostrano il dottor Guala e i suoi collaboratori sarebbe parecchio duro per le ditte fare presa; tuttavia le industrie conoscono alla perfezione il “mercato” e sanno bene che anche attraverso gli operatori il loro marketing funziona, altrimenti non li includerebbero come obiettivi prioritari.

Su un punto della lettera ci sentiamo di dissentire: non siamo d'accordo che “attualmente in Italia abbiamo leggi molto rigorose sulla pubblicità degli alimenti per l'infanzia, compresi i latti adattati 1 e 2”. L'attuale legislazione (d'altra parte quasi mai applicata...) si limita a includere solo la pubblicità alle formule 1 per cui è ancora molto distante dal recepire pienamente il Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno, che regola la pubblicità non solo di tutte le formule sostitutive (compresi i “latti di crescita”), ma anche di biberon e tettarelle.

In un editoriale del 2014 in Quaderni acp (Conti Nibali S. I pediatri italiani decidano se vogliono proteggere l'allattamento. Quaderni acp 2014;21:9) a nome del Gruppo nutrizione dell'Acp scrivevo: “Se è vero che tutti i pediatri italiani e le loro multivariate sigle che li rappresentano hanno a cuore la salute materno-infantile, allora TUTTE insieme queste sigle dovrebbero chiedere con forza ai nostri politici un nuovo D.L. che recepisca dalla A alla Z quanto scritto nel Codice”.

Siamo nel 2021 e, a oggi, nessuna richiesta è pervenuta.

Sergio Conti Nibali,
Responsabile Gruppo nutrizione ACP

Non è mai troppo tardi?

Caro maestro Alberto Manzi, la scuola di mia figlia Gea, quest'anno in uscita dalle elementari, porta il tuo nome: "Non è mai troppo tardi", dicevi, ma non sapevi.

"È ormai troppo tardi. Quasi. Gea ha dieci anni ed è al suo futuro che devo pensare come padre e a quello di tutti i bambini come pediatra. Vedi, sono molto preoccupato per quello che sta mettendo in piedi il Governo Draghi sul piano della politica ambientale.

Credo che con l'alibi del 'Paese che deve ripartire' si sia messo il silenziatore a tutta la visione verde che con mille difficoltà ha cercato fin qui di tutelare il territorio naturale in Italia.

Con la bandiera della semplificazione si è trovata la scorciatoia per la sterzata sulle grandi opere, tutto cemento che devasterà il nostro Paese.

Non sono processi da cui si torna indietro. Il cemento è per sempre. Il nostro Sud si sta avviando a diventare un produttore di energia, questo ne frustrerà per sempre la vocazione turistica e paesaggistica, pale eoliche a punteggiare ogni crinale, campi grigi di silice come pannelli solari sempre più estesi.

In Basilicata so bene cosa sta provocando, in termini di devastazione ambientale e danni alla salute, l'estrazione petrolifera. L'alta velocità Salerno-Reggio Calabria distruggerà interi scenari naturali (ho guardato il percorso, pensate a cosa diventerà la Valle del Noce vicino Maratea) per risparmiare mezz'ora ogni 500 chilometri, quando il problema vero ormai è far viaggiare non tanto più velocemente i passeggeri, ma le merci sui treni invece che sui TIR.

Hanno fatto una scelta tragica, nella distrazione permanente garantita dal Coronavirus, imbavagliate le voci contrarie. I temi della prossimità, del dettaglio, della vita di tutti i giorni sono perduti. Si sta attuando una politica di spesa già frustrata negli anni Novanta e finalmente rivitalizzata ora dai soldi europei. Sembra un discorso contro il Meridione il mio, ma io voglio che il Sud da questa opportunità, da questa montagna di soldi europei, trovi l'opportunità per essere autonomo dal resto, nel senso di aver le università migliori, la ricerca più avanzata e tutto quello che serve perché non abbia bisogno, altro che per desiderio, di pendolare con Milano e Roma. Non bisogna portare un meridionale a Milano e a Roma in meno tempo, ma, con i soldi che stanno arrivando, consegnargli il diritto di stare a casa sua con tutto quello che ci vuole per vivere bene. Siamo in un'altra epoca. Il mondo è cambiato. Oggi bisogna salvare il pianeta. C'è

un'altra scena che domina tutto, l'urgenza ambientale, da quella deriva ogni benessere. Quando la drammatica pagina del Covid-19 si sarà asciugata, e prima o poi accadrà, quello che lascerà sul bagnasciuga del dopo disastro, all'alba degli anni futuri, sarà la tematica ambientale. Non lo si capisce? Bisogna consumare meno, meno plastica, meno imballi, mangiare a chilometro zero, non la carne argentina e neanche così tanta carne. È necessario ristrutturare i centri storici dei paesi del sud non tanto avvicinarli di un quarto d'ora a Roma, ristrutturare e ripristinare efficienza, non costruire ancora, ma cercare l'armonia con la storia e con la geografia. Urgono psicologi per gli anziani, neuropsichiatri infantili per i tanti disagi esplosi in questi mesi, servizi di medicina specialistica sui territori, giardini, parchi ben curati nei piccoli centri, le panchine in ordine, i cestini puliti, tante, tantissime iniziative culturali che recuperino l'uomo e prima ancora il bambino, dall'abbandono di se stesso. La manutenzione dell'essere umano che non è produrre di più, ma condividere e respirare, più vicino alla parte intima e irripetibile che in ognuno è per fortuna differente da tutto il resto e guarda alla fortuna.

Andrea Satta, pediatra di famiglia, Roma

Caro Andrea, condivido molto di quello che scrivi, la politica ambientale nel nostro Paese è da sempre deficitaria, a dir poco, e il Sud ne ha sempre fatto le spese, vedendo il suo paesaggio e le sue risorse turistiche offese da scelte industriali e da politiche energetiche incoerenti, fin dai tempi della cassa del Mezzogiorno.

Anche la scelta di potenziare il trasporto merci su strada invece che su rotaia è una soluzione antiquata e sbagliata, dalla quale la politica non riesce a staccarsi, perché la lobby del veicolo a motore è potente. Presto si dovranno fare i conti con l'esaurimento del petrolio e la necessità di un'alternativa al traffico su ruota diventerà imperativa e noi stiamo perdendo l'occasione per metterci al passo.

Ma la tematica ambientale non è degli anni futuri, è un'urgenza adesso, il cambiamento climatico è in atto e la pandemia è una delle sue conseguenze. La politica attuale deve prendere coscienza di questo e provvedere con misure di mitigazione e di adattamento adeguate, che l'Europa ha già indicato, ma che il nostro Paese stenta a recepire. Inerzia, interessi? Non so, ma il problema è antico e non si tratta solo del Governo attuale, siamo un Paese vecchio, che esporta i suoi giovani migliori, che da noi non riescono a trovare lavoro e non riesce a rinnovarsi, anche per questo.

Ora che ILVA è stata dichiarata fuori legge, quali sono i progetti alternativi e ecosostenibili? Siamo capaci di fare come gli sloveni a Velenje, che hanno trasformato la miniera di carbone più inquinante d'Europa in soli 40 anni in una ridente e verdissima cittadina di vacanze?

Per tutto quello che scrivi, e sul quale concordo, non si può guardare alla fortuna, bisogna fare informazione, educazione, counselling alle persone e soprattutto pressione sulle istituzioni perché si rendano conto delle urgenze ambientali e agiscano di conseguenza. Anche in termini di politiche di lavoro e di istruzione.

A noi medici spetta anche questo, che è un compito di advocacy.

Come ben sai in ACP il Gruppo pediatri per un mondo possibile fa tutto questo da anni, con qualche risultato, se non altro in termini di sensibilizzazione della popolazione ai temi ambientali. Dobbiamo continuare e cercare di ottenere di più dalle istituzioni, cogliendo l'"occasione" della pandemia come un'opportunità irripetibile, impresa non facile, ma a noi piacciono le sfide.

Grazie per la condivisione.

Laura Reali, pediatra di famiglia, Roma

Pubblichiamo questa presa di posizione della Società italiana di pediatria condivisa (SIPEC) indirizzata al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità e agli ordini dei medici della regione Lombardia. La lettera va ad arricchire il dibattito inerente la vaccinazione anti-Covid-19 in età pediatrica.

Michele Gangemi, direttore Quaderni acp

Segnalazione del documento redatto dalla SIPEC "Elementi a favore e a sfavore della vaccinazione anti-Covid-19 in età pediatrica"

L'autorizzazione alla vaccinazione anti-Covid-19 per la fascia di età dai 12 ai 15 anni impone a noi pediatri una riflessione: ci prendiamo cura delle fasce più giovani della popolazione e ci sentiamo corresponsabili di una scelta che, proprio perché è nei riguardi di un minore, dovrebbe poter ponderare, nel modo più esaustivo possibile, il rapporto rischio/beneficio. Ognuno di noi ha esperienza, nel proprio ambulatorio, delle chiamate ricevute e dei colloqui effettuati in questi giorni per chiarimenti e consigli da parte di genitori, spesso confusi, altre volte irritati e alcune volte sfiduciati in merito all'estensione di questa vaccinazione alla fascia d'età 12-15 anni. Lo sappiamo bene, noi pediatri convenzionati, che la comunicazione, nell'era dell'infodemia, è complessa e sappiamo anche di essere i primi operatori a cui i genitori si rivolgono per un parere/consiglio e che questo tipo di rapporto pediatra/minore/genitore

non è lo stesso di quello che intercorre tra medico di famiglia/assistito o igienista/genitore/minore. È necessario che le informazioni siano chiare, obiettive, comprensibili e che rispondano alle esigenze di quel determinato genitore che è davanti a noi con a fianco il figlio o la figlia che dovrà sottoporsi a questa vaccinazione. La percezione del rischio è soggettiva: dipende dalla nostra storia, dal nostro bagaglio di conoscenze, dalle nostre paure e anche dalla fiducia che nutriamo nei confronti delle istituzioni, oltre che dalla credibilità delle stesse. Sappiamo che è

necessario soppesare il rischio e il beneficio che tale vaccino può dare al singolo (minore) e alla collettività dove vive, ma a noi pediatri mancano linee guida/informazioni aggiornate, da parte degli enti preposti (ISS e AIFA), di valutazione rischio/beneficio per questa fascia d'età. Il documento redatto dalla SIPEC (Società italiana di pediatria condivisa) "Elementi a favore e a sfavore della vaccinazione anti-Covid-19 in età pediatrica", consultabile al link <https://sipec.pediatria.it/coronavirus>, è un buono strumento che consente di fornire un'adeguata e chiara

informazione finalizzata ad aiutare il genitore, con esitazione vaccinale, a effettuare una scelta consapevole: per questo motivo riteniamo utile inviarlo all'attenzione delle istituzioni nazionali e chiedere che sia divulgato anche in tutte le sedi vaccinali. In quest'ultimo caso potrebbe essere inserito nelle diverse piattaforme di prenotazione per le fasce d'età minori, come elemento da consultare ai fini di un'adeguata e completa informazione, in modo da ottenere un valido consenso alla vaccinazione da parte del genitore/tutore del minore che riceverà il vaccino.



La mobilità sanitaria dei bambini in Italia. Quanto costa al Sud del Paese?

Il tema delle differenze territoriali in Italia rispetto alle strutture di prevenzione e cura dell'infanzia è, non da oggi, all'attenzione dei pediatri e dei decisori politici. Molto se ne parla, ma ancora poco sembra concretizzarsi se è vero, come ancora una volta emerge da questo studio, che uno degli indicatori di efficienza dei Sistemi sanitari regionali – la mobilità sanitaria – indica la persistenza di un gradiente nord-sud che non accenna a colmarsi. L'entità della mobilità dei bambini tra le Regioni e in particolare dal Sud (Sicilia e Sardegna incluse) al Centro-Nord e il relativo costo di questa mobilità interregionale, sono stati analizzati utilizzando i Dati SDO 2019 pubblicati dal Ministero della Salute che raccolgono tutte le informazioni provenienti dagli ospedali pubblici e privati sul territorio nazionale. I risultati della studio indicano che il tasso di ospedalizzazione dei bambini residenti nelle regioni del Sud è stato superiore a quello dei bambini residenti nelle regioni del Centro-Nord (13,9% vs 12,3%). I bambini residenti al Sud sono stati trattati più frequentemente in altre Regioni rispetto a quelli residenti nel Centro-Nord (11,9% vs 6,9%). Pur considerando i ricoveri di elevata complessità, i bambini residenti al Sud sono stati più frequentemente sottoposti a cure in altre Regioni (21,3% vs 10,5% del Centro-Nord). Il costo della mobilità passiva ammonta a 103,9 milioni di euro per le Regioni del Sud (15,1% della spesa totale dei ricoveri) e l'87,1% di tale costo si riferisce alla mobilità verso gli ospedali del Centro-Nord. Molto più contenuto è stato il costo della migrazione sanitaria dalle Regioni del Sud alle altre Regioni del Sud (12,9%, pari a 13,4 milioni di euro). Come è noto, la mobilità sanitaria rappresenta un fenomeno fisiologico per la realtà italiana, favorito dall'universalità e gratuità dell'assistenza sanitaria e dalla libertà del cittadino di scegliere dove farsi curare. L'attrattività della sanità di ciascuna Regione è considerato un indicatore proxy dell'efficienza (reale o percepita) di quel sistema sanitario. Se in termini generali, i dati di questo studio ci restituiscono una realtà che già conosceamo l'analisi di dettaglio ci consente di valutare l'entità del divario Sud-Nord che ancora persiste con tutte le conseguenze economiche (regionali, ma anche familiari), organizzative e di salute complessiva che ne derivano. Educazione e corretta informazione della popolazione, efficienza dei servizi, adeguati finanziamenti, telemedicina e politiche dedicate all'infanzia sono alcune degli strumenti utili a contrastare questa ormai storica tendenza.

1. De Curtis M, Bortolan F, Diliberto D, Villani L. Pediatric interregional healthcare mobility in Italy. Ital J Pediatr. 2021 Jun 24;47(1):139.

SAVE THE DATE

Nove crediti ECM

ACP
ASSOCIAZIONE
CULTURALE PEDIATRI

Live Webinar

IL "MESTIERE" DI PEDIATRA DAL PRESENTE AL FUTURO

33° CONGRESSO NAZIONALE ACP

23 OTTOBRE 2021

1° SESSIONE: RETI DI BUONE PRATICHE
2° SESSIONE: SENZA CONFINI
3° SESSIONE: LA PANDEMIA
4° SESSIONE: ACP LAVORI IN CORSO

QUOTE DI ISCRIZIONE PER IL CONGRESSO:

50 EURO PER I **SOCI ACP**
70 EURO PER I **NON SOCI ACP**

L'ISCRIZIONE ALL'ASSEMBLEA RISERVATA AI SOCI ACP IN REGOLA CON LA QUOTA È GRATUITA.

**IL PAGAMENTO È DA EFFETTUARSI TRAMITE BONIFICO BANCARIO
ALLE SEGUENTI COORDINATE:**

INTESTAZIONE: MOTUS ANIMI SAS
IBAN: IT 79 Y 076 0116 0000 0101 0836 847
BANCA: POSTE ITALIANE
SWIFT BIC: BPP I I TRR XXX
CAUSALE: ACP + NOME E COGNOME


MOTUS ANIMI

MOTUS ANIMI
ORGANIZZAZIONE CONGRESSI
PROVIDER ECM NAZIONALE 2112
TEL 0832/521300
CELL 393 9774942
info@motusanimi.com



Editoriale

193 Relazione 2021

Federica Zanetto

196 Un laboratorio della conoscenza intitolato a Carlo Corchia per travalicare i confini disciplinari e incidere sulla realtà

Vittorio Basevi

197 L'inverno che è passato, l'inverno che verrà

*Enrico Valletta***FAD**

198 Malattie a trasmissione sessuale nelle adolescenti: suggerimenti pratici

*Cristina Vezzani, Gabriele Tridenti***Infogenitori**

204 La prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST)

*Stefania Manetti***I primi mille**

205 I primi mille giorni: conoscere il peso dell'esposizione ambientale, pianificare azioni per la salute

Luca Ronfani, Norina Di Blasio, Elena Uga, Giacomo Toffol

209 Esperienze operative presso un centro per le famiglie e dei nidi d'infanzia, attraverso l'approccio Touchpoints e il massaggio infantile

*Elisabetta Ciracò, Danila Grande***Osservatorio internazionale**

214 La pandemia africana: passato, presente e futuro

*Chiara Zavattoni***Il punto su**

218 Il rifiuto del trattamento sanitario da parte dei genitori della persona minore di età e la prevenzione del ricorso al giudice tutelare: il caso della trasfusione ematica

*Matteo Bolcato, Daniele Rodriguez, Anna Aprile***Occhio alla pelle**

223 "Leggi questa mano": una curiosa placca in una bambina di otto anni

*Francesca Pampaloni, Francesca Caroppo, Roberto Salmaso, Anna Belloni Fortina***Narrative e dintorni**

225 Spose e madri bambine

Giuseppina Di Cosmo, Chiara Centenari

227 Lutto perinatale: l'importanza delle parole

*Erica Melandri***Vaccinacipi**

229 Vaccino HPV e papillomatosi respiratoria ricorrente giovanile: un possibile nuovo uso per un vecchio vaccino

*Teresa Ghini, Cesare Cutrone, Martina Bertinazzi, Fabio Pieraccini, Antonella Brunelli***Libri**233 Quello che possiamo imparare in Africa. La salute come bene comune *Dante Carraro, con Paolo Di Paolo*233 Klara e il sole *Kazuo Ishiguro*

234 #DIVULGO. Le storie della storia dell'arte

*Jacopo Veneziani***Film**235 *La vita davanti a sé* per il risveglio della pietà**Info**

236 Promozione dell'allattamento e della salute materno-infantile: nuovo accordo tra ISS e UNICEF

236 Metalli pesanti nei baby food

236 Una famiglia italiana su tre non è stata in grado di sostenere adeguatamente l'apprendimento a distanza dei bambini durante il lockdown

237 L'Italia ha raggiunto la iodosufficienza: il report dell'Osservatorio OSNAMI dell'ISS

Lettere

238 Pubblicità occulta

239 Non è mai troppo tardi?

239 Segnalazione del documento redatto dalla SIPEC "Elementi a favore e a sfavore della vaccinazione anti-Covid-19 in età pediatrica"

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2021 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 attraverso una delle 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 *Fin 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 sull'abbonamento a UPPA se il pagamento viene effettuato contestualmente all'iscrizione all'ACP; 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.