

quaderniacp

RIVISTA BIMESTRALE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI



Editoriale

- 145 Nasce una nuova collaborazione tra *Quaderni acp* e *Epidemiologia e Prevenzione*
Giacomo Toffol, Michele Gangemi

Formazione a distanza

- 146 Le enteropatie eosinofile
Martina Fornaro, Enrico Valletta

Infogenitori

- 152 Salute e ambiente: pannolini lavabili
Antonella Brunelli, Antonella Salvati, Stefania Manetti

Ricerca

- 154 Lavoro integrato di équipe nel trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
Maria Gloria Glejjeses, Filomena Salerno, Marco Carotenuto, Michele Sabatino, Ludovica Miragliuolo, Francesca Panico, Sara Marcelli, Giulia Muzzo, Maria Esposito, Margherita Siciliano

Osservatorio internazionale

- 157 Una "generazione senza fumo": la nuova frontiera del contrasto all'uso del tabacco negli adolescenti
Enrico Valletta

Salute mentale

- 160 Identificare i ritardi nello sviluppo del linguaggio a 2-3 anni: il ruolo determinante del pediatra
Arianna Bello, Silvia Stefanelli, Maristella Scorza, Michela Camia, Erika Benassi

Il caso che insegna

- 165 Da Sandifer a Canavan: quando la storia rivela la diagnosi
Paola Lorello, Antonia Pascarella, Margherita Rosa, Daniele De Brasi, Paolo Siani

Focus

- 168 Contributi per i 50 anni dell'ACP: la voce dei soci
a cura della Redazione

Traiettorie e orizzonti familiari

- 173 Relazioni familiari a distanza
Francesca Balestra

Esperienze

- 176 La pediatria di Melegnano ai tempi del professor Perletti
Intervista di Federica Zanetto a Luigi Acerbi

Narrative e dintorni

- 179 Il pediatra è un mestiere difficile: storie raccontate e discusse da un gruppo di pediatri e neuropsichiatri infantili
Catherine Hamon, Francesco Ciotti, Micaela Bucci, Giancarlo Cerasoli, Mila Degli Angeli, Nadia Foschi, Marna Mambelli, Antonella Stazzoni, Francesca Vaienti, Isabella Penazzi, Chiara Bussetti

Epiquaderni

- 182 Dalla rivista *Epidemiologia e Prevenzione*, un invito alla lettura per i pediatri ACP. Numero 2-2024
Giacomo Toffol

Info

- 183 Corso sulla comunicazione a cura di CHANGE

- 183 Utilizzo dei sistemi di sicurezza, seggiolini e/o adattatori, per il trasporto in auto di bambini

- 183 Formule di proseguimento e di crescita
183 Mense scolastiche: un servizio essenziale per ridurre le disuguaglianze
183 Impianti e servizi sportivi per i bambini e le bambine

Film

- 185 Riflettere. La lezione della *Zona d'interesse*

Libri

- 186 Silvana Quadrino, *Vita da genitori, vita da bambini*
186 Maurizio Bonati, *Il cronico trauma della guerra. Donne e bambini le prime vittime*
186 Marcella e Giacomo Delvecchio, *Costruzione di un diritto. Dal Giuramento dei medici alle scelte di fine vita*
187 *Si può fare. Una formazione di qualità senza sponsor. FAD ACP 2018-2023*, a cura di Michele Gangemi e Laura Reali

Lettere

- 188 Aggiornamenti sul progetto 4E-Parent per ACP
188 Position paper sull'uso delle creme contenenti filtri solari
189 Acque minerali: alcune precisazioni
189 Autonomia differenziata... pediatrica?
190 A proposito di denatalità...

- 192 **Programma 36° Congresso nazionale ACP. "Il viaggio: 50 anni insieme"**

Norme redazionali per gli autori

I testi vanno inviati alla redazione via e-mail (redazione@quaderniacp.it) unitamente alla 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 corsivi; il grassetto va usato solo per i titoli. Le pagine vanno numerate. Il titolo (in italiano e inglese) deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo e sintetico. Può essere modificato dalla redazione. Vanno indicati l'istituto/ente di appartenenza e un indirizzo di posta elettronica per la corrispondenza. Gli articoli vanno corredati da un riassunto (abstract) in italiano e in inglese, ciascuno di non più di 1000 caratteri (spazi inclusi). La traduzione di titolo e abstract può essere fatta, su richiesta, dalla redazione. Non occorre indicare 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. Ciascun elemento deve presentare una didascalia numerata progressivamente; i richiami nel testo vanno inseriti in parentesi quadre, secondo l'ordine di citazione.

Casi clinici ed esperienze non devono superare i 12.000 caratteri (spazi inclusi), riassunti compresi, tabelle e figure escluse. Gli altri contributi non devono superare i 18.000 caratteri (spazi inclusi), compresi abstract e bibliografia (casi particolari vanno discussi con la redazione). Le lettere non devono superare i 2500 caratteri (spazi inclusi); se di lunghezza superiore, possono essere ridotte d'ufficio 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 e l'anno di pubblicazione.

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 la presenza di un conflitto d'interesse. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo.

quaderniacp

DIRETTORE

Michele Gangemi

DIRETTORE RESPONSABILE

Franco Dessì

PRESIDENTE ACP

Stefania Manetti

COMITATO EDITORIALE

Melodie O. Aricò, Antonella Brunelli, Sergio Conti Nibali, Daniele De Brasi, Luciano de Seta, Martina Fornaro, Stefania Manetti, Laura Reali, Paolo Siani, Maria Francesca Siracusano, Maria Luisa Tortorella, Enrico Valletta, Federica Zanetto

COMITATO EDITORIALE PAGINE ELETTRONICHE

Giacomo Toffol (*coordinatore*), Laura Brusadin, Claudia Mandato, Maddalena Marchesi, Laura Reali, Patrizia Rogari

COLLABORATORI

Fabio Capello, Rosario Cavallo, Francesco Ciotti, Antonio Clavenna, Massimo Farneti, Claudio Mangialavori, Italo Spada, Angelo Spataro, Augusta Tognoni

PROGETTO GRAFICO ED EDITING

Oltrepagina s.r.l., Verona

PROGRAMMAZIONE WEB

Gianni Piras

STAMPA

Cierre Grafica, Caselle di Sommacampagna (VR), www.cierrenet.it

Quaderni acp aderisce agli obiettivi di diffusione gratuita online della letteratura medica ed è disponibile integralmente all'indirizzo www.quaderniacp.it

Pubblicazione iscritta nel registro nazionale della stampa n. 8949

© Associazione Culturale Pediatri ACP

Edizioni No Profit

REDAZIONE

redazione@quaderniacp.it

AMMINISTRAZIONE

segreteria@acp.it

DIREZIONE

direttore@quaderniacp.it

UFFICIO SOCI

ufficiisoci@acp.it

IN COPERTINA: Giovanna Benzi, *Sulla collina* (2020), olio su tela, 50×100 cm



Quaderni acp è stampato su carta Lenza Top 100% riciclata. L'etichetta FSC® su questo prodotto garantisce un uso responsabile delle risorse forestali del mondo.

Nasce una nuova collaborazione tra Quaderni acp e Epidemiologia e Prevenzione

Giacomo Toffol

Coordinatore Pagine elettroniche di Quaderni acp

Michele Gangemi

Direttore Quaderni acp

Inizia da questo numero della rivista un nuovo inserto, frutto di un accordo di collaborazione tra Quaderni acp ed Epidemiologia e Prevenzione (E&P), organo ufficiale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Epidemiologia e Prevenzione è stata fondata nel 1976 da Giulio Maccacaro ed è attualmente diretta da Francesco Forastiere, noto ricercatore italiano, spesso ospite dei nostri congressi. Raccoglie e pubblica la maggior parte delle esperienze italiane di ricerca epidemiologica e di studio degli interventi per la prevenzione e la sanità pubblica, che oggi ha ampliato in forma irreversibile il suo orizzonte, e include in forma sempre più consapevole non solo gli esseri umani, ma l'intero pianeta e le modificazioni che l'uomo apporta all'universo in cui vive. Similmente a Quaderni, E&P non è finanziata da alcun ente e non riceve sovvenzioni. Non ospita pubblicità e vive solo degli introiti derivanti dalla vendita degli abbonamenti: quindi una rivista che ha molti punti in comune e obiettivi condivisi con la nostra. Anche Quaderni acp, in una visione etica e orientata alla salute non solo dei bambini ma anche dell'ambiente in cui essi vivono, considera l'epidemiologia una branca fondamentale, non intesa come scienza astratta ma come metodo per puntare alla prevenzione delle malattie e dei disagi della popolazione pediatrica. È doveroso citare Carlo Corchia, che già durante le mai dimenticate Giornate di epidemiologia pediatrica di Varenna poneva le basi per un rigoroso metodo scientifico che ha ispirato tutte le attività della nostra associazione. Il prossimo Congresso Nazionale ACP verrà introdotto da una lettura magistrale di Giuseppe Costa, altro illustre epidemiologo, incentrata sulle disuguaglianze in salute. Tema sempre attuale, già affrontato in ACP anni fa con una ricerca sulla migrazione Sud-Nord e fortemente condiviso dai colleghi della rivista E&P.

Il webinar "Pediatrica ed epidemiologia: come misurare gli effetti della crisi del SSN", promosso dalle due riviste e svoltosi il 9 aprile 2024, ha sancito concretamente l'inizio di una collaborazione che auspichiamo si possa rafforzare sempre più nei prossimi numeri delle due pubblicazioni. A partire da questo numero di Quaderni acp, in una rubrica dedicata, verranno presentati e brevemente commentati gli articoli pubblicati su Epidemiologia & Prevenzione su temi di interesse comune; uno spazio analogo, curato direttamente da Francesco Forastiere, raccoglierà i nostri articoli di maggior rilievo per gli epidemiologi. Anticipiamo qui due temi interessanti per i nostri lettori e trattati recentemente da E&P, riassunti dal titolo di uno

degli ultimi numeri della rivista: "Pace e aria pulita". Pace e aria pulita sono due temi fondamentali per garantire la sicurezza e la salute di tutti e soprattutto dei bambini, come ribadiscono gli epidemiologi nella loro rivista e come da tempo afferma la nostra associazione, in cui da anni è attivo il gruppo dei Pediatri per un mondo possibile, orientato proprio alla promozione di un ambiente e di un'aria "pulita" per i bambini. Ma senza la pace questo non è, né sarà realizzabile. Ce lo ricorda anche la dichiarazione delle società scientifiche sanitarie in favore della pace, firmata finora da più di trenta società scientifiche italiane e aperta alla sottoscrizione di quelle che ancora non lo hanno fatto. "In qualità di società scientifiche di area sanitaria, dati i nostri obblighi professionali incentrati sulla tutela e la promozione della salute, sentiamo urgente la necessità di esprimerci pubblicamente e congiuntamente a favore della pace e contro la guerra in tutte le aree del pianeta". Così inizia la dichiarazione sottoscritta anche da ACP e intesa come punto di partenza per un impegno futuro di promozione della pace, attraverso iniziative volte a contribuire alla descrizione quantitativa degli effetti diretti e indiretti della guerra, approfondendo le relazioni complesse che legano la guerra ad altri eventi, quali migrazioni, carestie, alterazioni degli ecosistemi, e a informare e responsabilizzare la popolazione e i decisori sulla necessità di sostenere e implementare efficaci strategie di contrasto alla guerra. L'obiettivo è così scontato che sembra strano che finora nessuna società scientifica ci abbia pensato, e che finora non molte di esse abbiano aderito. Siamo quindi grati all'Associazione Italiana di Epidemiologia per aver intrapreso questo percorso, che verrà promosso ulteriormente anche da parte di ACP. Il documento rimane aperto alla sottoscrizione anche di altre società scientifiche, riviste, associazioni e fondazioni di area sanitaria che non hanno partecipato alla stesura (attraverso una mail a direzione.aie.ep@inferenze.it), e anche di singoli professionisti che desiderano dare il proprio sostegno ma appartengono a società non firmatarie. Crediamo che anche questa collaborazione strutturata, così come quella già avviata con Il punto.it, arricchisca la rivista di sguardi nuovi su temi complessi che possono essere affrontati solo con uno sguardo ampio e via via più allargato. ■

Le enteropatie eosinofile

Martina Fornaro

UOC Pediatria e Neonatologia, Ospedale Generale Provinciale, AST di Macerata

Enrico Valletta

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

I disturbi eosinofili a localizzazione gastrointestinale (*Eosinophilic Gastrointestinal Disorders, EGID*) comprendono un gruppo di patologie croniche, accomunate dalla presenza di un infiltrato eosinofilo, limitato alla mucosa o esteso alla muscolare o alla sierosa. La localizzazione dell'infiltrato può interessare singoli tratti del sistema gastrointestinale oppure essere diffuso, determinando sintomi variabili a seconda della sede ovvero una disfunzione complessiva d'organo. L'esatta incidenza di queste patologie è poco nota; negli Stati Uniti la prevalenza pediatrica è 5,3/100.000 per l'esofagite eosinofila (EoE) e 1,6/100.000 per la colite eosinofila (EoC), con una maggiore frequenza tra i ceppi caucasici rispetto agli afro-americani e agli asiatici, del sesso femminile rispetto a quello maschile (57,7% vs 42,3% per l'EoE; 66,2% vs 33,8% per la EoC). La più nota di queste patologie è sicuramente l'EoE, per la cui diagnosi e trattamento sono ormai disponibili linee guida largamente condivise. Per le altre – le “non-EoE EGID” – la definizione e la classificazione risultano tuttora meno precise. Attualmente si è concordi nell'individuare le forme “non-EoE EGID” in base al tratto gastroenterico prevalentemente colpito dall'infiltrato infiammatorio eosinofilo (gastrite eosinofila, enterite eosinofila e colite eosinofila).

Spesso le EGID si accompagnano ad atopia e autoimmunità. Nel tratto gastrointestinale gli eosinofili sono normalmente presenti a livello della lamina propria della mucosa, con un ruolo nei meccanismi di difesa immunitaria, in particolare contro le infestazioni parassitarie e nelle allergie alimentari, aumentando e venendo attivati in caso di infiammazione. Nei casi di EGID, l'esame istologico rileva un elevato numero di eosinofili attivati, con segni di degranolazione, attivazione delle mastcellule, produzione di citochine (IL-1, IL-3, IL-4, IL-5, IL-13, TGF), chemochine (CCL 26), mediatori lipidici (leucotrieni, fattore attivante le piastrine), neuromediatori (sostanza P, polipeptide vasoattivo intestinale) e induzione di una risposta immune di tipo Th2. Gli allergeni alimentari sono possibili fattori scatenanti il processo infiammatorio, in particolare per l'esofagite eosinofila, anche se l'associazione con allergie o atopia è presente solo nel 64% circa dei pazienti affetti. Aspetti di coinvolgimento dell'autoimmunità renderebbero queste patologie eosinofile assimilabili alla categoria delle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI).

Clinica e diagnosi

Esofagite eosinofila (EoE)

Comunemente considerata un'entità rara, negli ultimi anni l'incidenza della EoE è aumentata significativamente, anche per la maggior attenzione alla diagnosi. È una delle più frequenti patologie esofagee, la maggior causa di esofagite cronica dopo la malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) e la causa più frequente di disfagia e ostruzione da bolo alimentare (*food impaction*) nei bambini e nei giovani adulti. L'incidenza della EoE è 5,1/100.000/anno, la prevalenza circa 29,5 casi/100.000 abitanti, anche se è opinione comune che questi numeri ne sottostimino la reale frequenza. È più comune nei maschi che nelle femmine (3:1), con un'età media all'esordio di 8,6 anni. È presente in tutti i gruppi etnici.

La patogenesi risiede nella suscettibilità ad allergeni che scatenano una risposta allergica di tipo non-IgE mediato, con la produzione di IL-5, IL-13, eotaxina-1 e -3 e determinano un infiltrato infiammatorio eosinofilo nella mucosa esofagea. Circa il 7% dei pazienti affetti da EoE ha un parente con EoE con un'elevata ricorrenza nei gemelli omozigoti (58%) e dizigoti (36%). Recentemente è stato descritto un primo locus genetico responsabile di EoE, il 5q22 (*Thymic Stromal Lymphopoietin, TSLP gene*), coinvolto nel meccanismo pro-infiammatorio di tipo *T-helper* e già associato ad altre patologie allergiche. È spesso presente un'eosinofilia periferica > 700 cell/mm³. In circa il 50% dei casi sono presenti anche altri sintomi allergici, come asma, eczema, rinite allergica. Gli allergeni sono prevalentemente di tipo alimentare, in particolare latte, avena, soia e uova (più raramente si tratta di aeroallergeni ambientali), ma la malattia può manifestarsi anche in soggetti senza storia di atopia.

L'infiltrato infiammatorio è limitato all'esofago e determina sintomi le cui caratteristiche variano in relazione all'età [Tabella 1]. Nei bambini più piccoli prevalgono la difficoltà ad alimentarsi, il vomito, il rigurgito, la scarsa crescita; nei bambini più grandi e negli adolescenti sono frequenti l'epigastralgia, la disfagia, la tosse notturna e l'impatto alimentare. Meno frequenti sono l'ematemesi e la malnutrizione. Molti pazienti adottano meccanismi compensatori che permettono loro di minimizzare gli effetti dell'alterata motilità esofagea: si alimentano lentamente, masticano molto a lungo, lubrificano il bolo bevendo abbondantemente dopo ogni boccone, deglutiscono ripetutamente per facilitare il progredire del cibo e, soprattutto, evitano gli alimenti che avvertono come più difficili da deglutire. Possibili complicanze sono la stenosi esofagea, l'ernia iatale e la perforazione esofagea.

Non esistono test diagnostici specifici e il sospetto può non essere immediato. Spesso la storia è di indagini (anche endoscopiche) ripetute nel tempo o di errate diagnosi di malattia da reflusso. I prick-test cutanei (per alimenti, ma anche per inalanti) sono in grado di predire solo il 13% dei casi con risposta clinica alla dieta di eliminazione e l'affidabilità dei test allergometrici sembra ridursi progressivamente con l'età del paziente. In ogni caso, i test allergologici da soli non sono sufficienti per la diagnosi ed è quindi necessario effettuare un'EGDS nel corso della quale siano correttamente effettuate le biopsie della mucosa esofagea. Macroscopicamente, l'aspetto endo-

Tabella 1. Manifestazioni cliniche di EGID

Esofagite eosinofila	Prima infanzia: vomito, nausea, rigurgito, irritabilità, disturbi dell'alimentazione, malnutrizione. Seconda infanzia e adolescenti: sintomi simil-MRGE, ritardo di crescita, tosse notturna, disfagia, impatto alimentare, ematemesi
Gastrite eosinofila	Nausea, vomito, epigastralgia, dispepsia, ematemesi/melena, sintomi simil-stenosi del piloro
Gastroenterite eosinofila	Nausea, vomito, dolore addominale, diarrea scarsa crescita, perdita di peso, malassorbimento, sanguinamento, sintomi occlusivi, invaginazione, perforazione, ascite, distensione addominale
Colite eosinofila	Dolore addominale, tenesmo, diarrea ± mucoematica, volvolo, invaginazione, perforazione

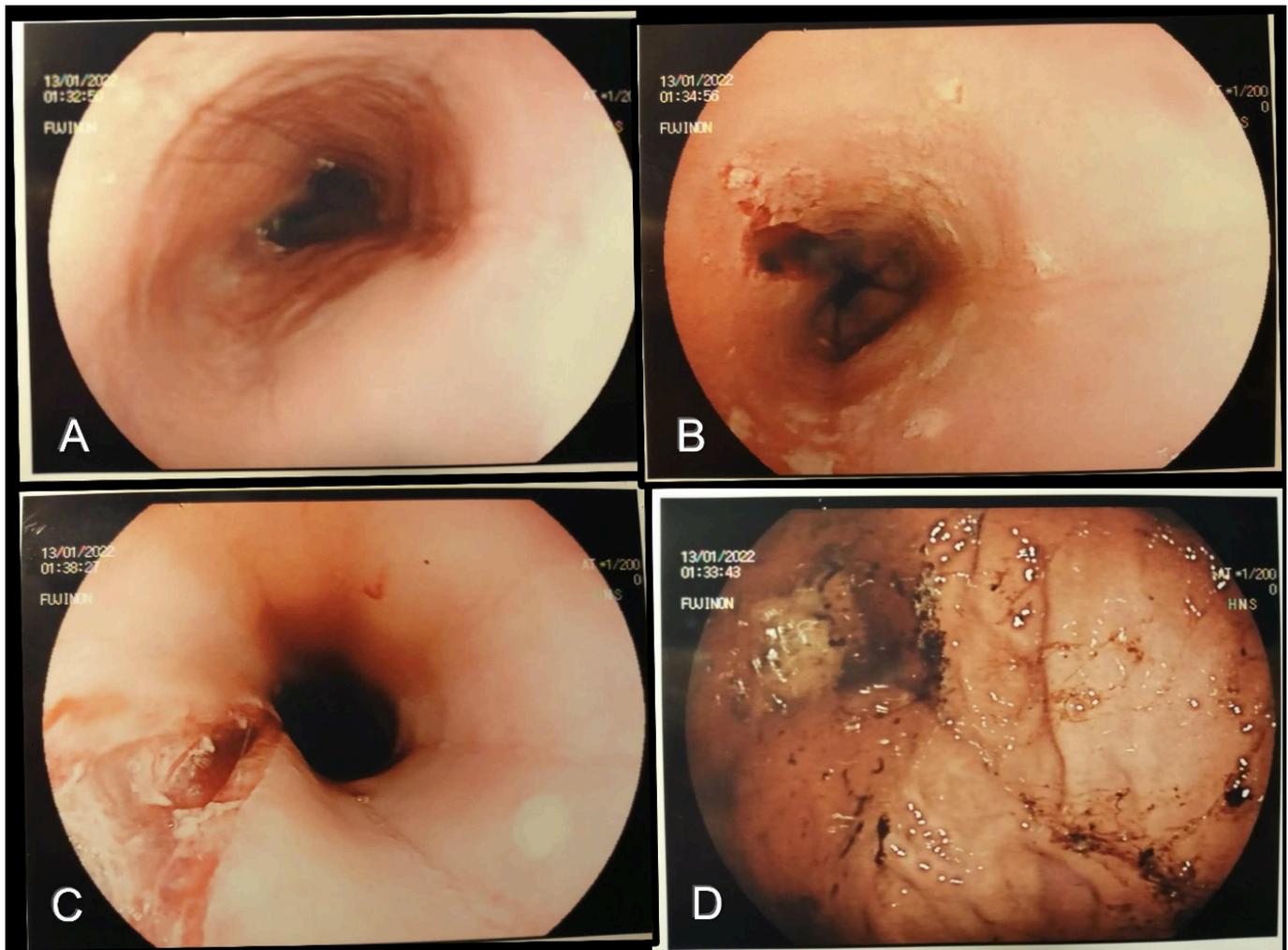


Figura 1. Esofagoscopia in un caso di EoE. Anelli circonfenziali (A), lacerazione della mucosa (B,C) e multiple erosioni a fondo fibrinoso (D). (da Fernicola et al. Quaderni acp 2022;29:177-9).

scopico può essere molto suggestivo con immagini di “esofago trachealizzato”, striature longitudinali o lineari (80%), anelli mucosali (64%), riduzione di calibro del lume (28%), placche e/o essudato (16%), stenosi (12%) [Figura 1]. Lo score EREFS (*Eosinophilic Esophagitis Endoscopic Reference Score*) considera 5 aspetti principali della mucosa – edema, anelli, essudato, solchi e stenosi – e consente di dare uniformità alla descrizione dei reperti facilitando la diagnosi differenziale tra EoE e altre patologie esofagee [Figura 2; Tabella 2].

In un terzo dei casi l'aspetto macroscopico della mucosa è normale ed è quindi fondamentale effettuare comunque le biopsie che devono essere multiple (da due a quattro) e prelevate a più livelli dell'esofago (prossimale e distale). Il corretto campionamento include anche biopsie gastriche e duodenali. L'eosinofilia non è esclusiva dell'EoE e, per la diagnosi differenziale, le linee guida dell'ESPGHAN indicano i criteri corretti: l'infiltrato eosinofilo deve essere denso ma irregolare, usualmente associato a microascessi o degranulazione cellulare e la conta cellulare deve essere ≥ 15 eosinofili/per campo ad alto ingrandimento (hpf). La relazione tra MRGE ed EoE resta controversa: le due patologie potrebbero semplicemente sovrapporsi, l'EoE potrebbe favorire la MRGE per una inadeguata peristalsi esofagea o la MRGE potrebbe concorrere alla patogenesi dell'EoE erodendo l'epitelio e aumentando il rischio di sensibilizzazione alimentare. Non sempre le indagini pH-impedenzometriche valgono a discriminare le due patologie. Oltre a questo, l'esofagite eosinofila responsiva a inibitori di pompa protonica (*PPI-responsive eosinophilic esophagitis*) è tipica di un sottogruppo distinto di pazienti che presenta caratteristiche cliniche e istologiche suggestive di EoE ma che ha, al contempo, una

Tabella 2. Diagnosi differenziale dei disordini eosinofilici gastrointestinali

Esofago	<ul style="list-style-type: none"> - Malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE) - Infezioni (HSV, candida) - Acalasia - Malattia di Crohn - Connettiviti - Sindrome iper-eosinofila - Ipersensibilità a farmaci. - Eosinofilia esofagea responsiva a PPI - Celiachia - Penfigo - Vasculite - Neoplasie
Stomaco	<ul style="list-style-type: none"> - Infezione da H. pylori - Malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) - Connettiviti - Sindrome iper-eosinofila
Intestino/colon	<ul style="list-style-type: none"> - Infezioni parassiti: ascaris, trichuris, schistosomiasi, Enterobius vermicularis, Giardia lamblia, anisakis) - Malattie infiammatorie croniche intestinali - Connettiviti - Neoplasie (linfomi, carcinoidi) - Sindrome iper-eosinofila - Vasculiti

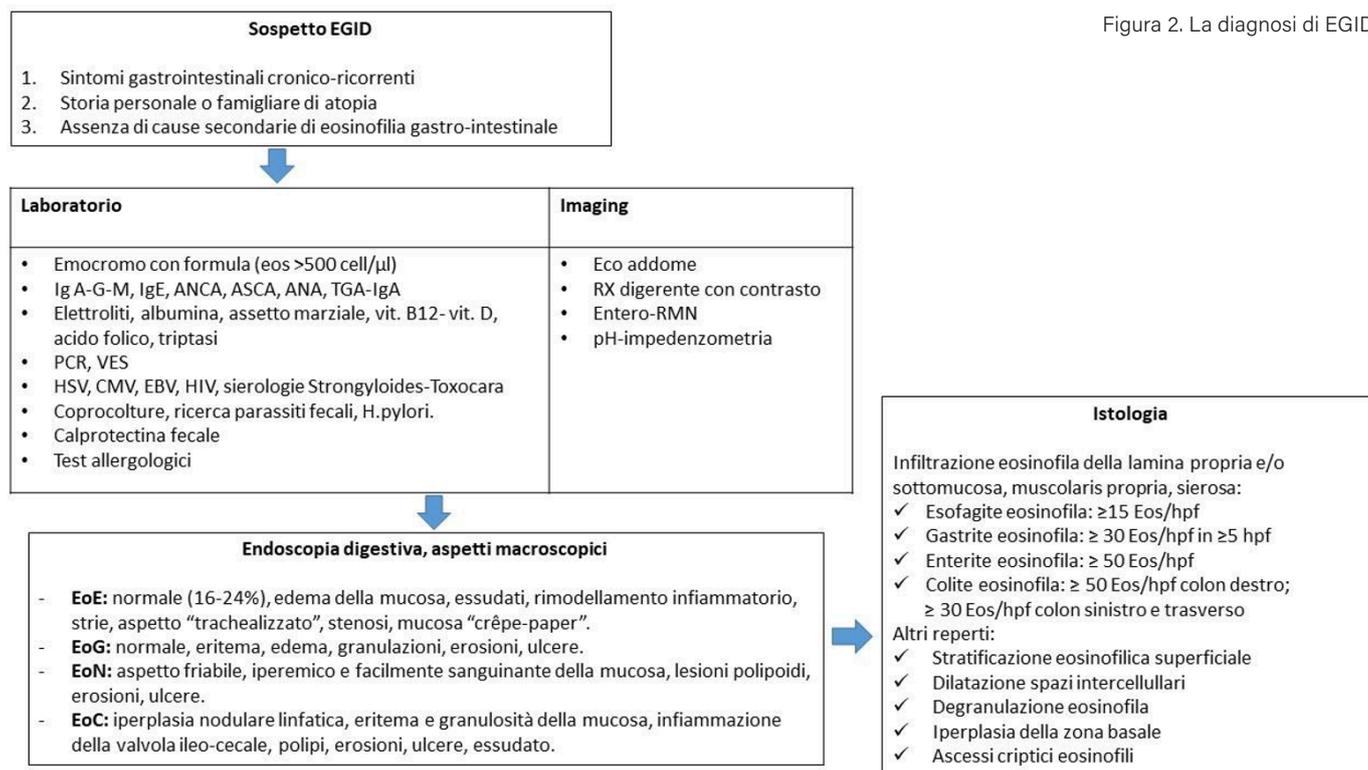


Figura 2. La diagnosi di EGID.

risposta clinica e una regressione completa dell'infiltrato eosinofilo esofageo in trattamento con PPI, pur in assenza di evidenze clinico-strumentali di una MRGE [Box 1].

Gastrite eosinofila

La gastrite eosinofila (EoG) è la seconda più comune forma di EGID, con una prevalenza di circa 6,3/100.000 individui e una predominanza femminile. In età pediatrica è associata in quasi il 60% dei casi a una condizione allergica. Le principali manifestazioni cliniche [Tabella 1] sono epigastralgia, nausea, vomito e sazietà precoce; in adolescenti femmine sono segnalati casi di stenosi del piloro e ulcere giganti isolate. Può esserci eosinofilia periferica, ipoalbuminemia e anemia sideropenica. L'endoscopia digestiva può mettere in evidenza noduli della mucosa gastrica, eritema ed erosioni fino ad ulcere ma anche – nella maggior parte dei casi – una mucosa del tutto normale. L'Eosinophilic Gastritis Reference Score (EG-REFS) è utile per stabilire il livello di gravità delle lesioni e per impostare il successivo follow up. All'esame istologico deve essere presente un infiltrato eosinofilo denso (≥ 30 eosinofili per campo ad alto ingrandimento, in ≥ 5 campi) associato a criptite e/o ascessi eosinofili nella mucosa gastrica, ma anche a livello della sottomucosa e della muscolaris mucosa. C'è, talora, fibrosi dello stroma della lamina propria con alterazioni del microcircolo e trombosi.

Enterite eosinofila

È un raro disordine infiammatorio, caratterizzato dalla presenza di infiltrato eosinofilo nel piccolo intestino che causa malassorbimento e un'enteropatia protido-disperdente. Può essere coinvolto anche lo stomaco, con i sintomi già discussi.

Box 1. Eosinofilia esofagea responsiva ai PPI.

Condizione clinicamente e istologicamente compatibile con EoE ma che risponde positivamente al trattamento con PPI, con riduzione dell'infiltrato eosinofilo, in assenza di evidenze clinico-strumentali di una MRGE. Attualmente è controverso se si tratti di un sottogruppo specifico di pazienti con pattern infiammatorio diverso.

La prevalenza è approssimativamente di 5,1/100.000 individui, ed è più comune nei bambini di età inferiore ai 5 anni. Il 52% dei pazienti pediatrici ha una storia di allergia. Alcune manifestazioni cliniche, come dolore e/o distensione addominale, sono aspecifiche; altre, invece, dipendono dalla prevalente localizzazione dell'infiammazione: diarrea, malassorbimento con anemia e ipoalbuminemia come effetto dell'enteropatia protido-disperdente, ascite e perdita di peso, sono tipiche di una malattia diffusa del piccolo intestino. Talvolta, possono comparire complicanze come ostruzione e/o perforazione intestinale. Così come per altri disordini eosinofili, a eccezione dell'EoE, non ci sono criteri definiti per la diagnosi, che si basa su una costellazione di sintomi e di reperti isto-patologici. Gli esami di laboratorio evidenziano nel 20-80% dei pazienti un'eosinofilia nel sangue periferico, può esserci ipoalbuminemia, anemia sideropenica secondaria anche a sanguinamenti occulti. In circa i due-terzi dei pazienti c'è un incremento delle IgE. La diagnosi differenziale [Tabella 2] include lo screening infettivologico (EBV e CMV, parassiti, *Giardia lamblia*, anisakia), autoimmunitario (celiachia e malattie infiammatorie croniche intestinali) e l'esclusione di patologie di interesse oncologico. L'esame del fluido ascitico, se presente, mostra un'ipereosinofilia. L'imaging (ecografia e/o RMN addome) può mostrare l'assottigliamento delle pareti intestinali e/o restringimenti irregolari del lume intestinale. L'esame endoscopico non rileva elementi specifici: la mucosa può apparire friabile, iperemica e facilmente sanguinante con lesioni polipoidi, erosioni e, occasionalmente, ulcere. Le biopsie – almeno 4-5 campioni – devono essere prelevate da stomaco e intestino, sia che la mucosa appaia normale o alterata. Se le lesioni sono localizzate nella muscolare o nella sottosierosa, può essere necessario ottenere le biopsie in laparoscopia, utili anche per escludere una neoplasia. Per la diagnosi istopatologica nell'adulto, è stato proposto il cut-off di > 50 eosinofili per campo, mentre non ci sono indicazioni precise per l'età pediatrica.

Colite eosinofila

Raro disordine, la cui prevalenza stimata è di 2,1/100.000 individui, senza distinzione di genere. In età pediatrica è associato ad atopia nel 52% dei casi diagnosticati, ma può non esserci

Tabella 3. Terapia e indicazioni di trattamento

Farmaci	Indicazioni	Schema di trattamento
Dieta (dieta di eliminazione di 6 alimenti, dieta elementare)	Prima linea di trattamento	8-12 settimane
Prednisone	Prima linea per induzione della remissione	20-40 mg/die oppure 0,5-1 mg/kg/die per 2 sett. quindi scalo in 6-8 sett.
	Mantenimento per EGID cortico-dipendenti	5-10 mg/die
Budesonide	Prima linea per induzione della remissione	Età < 10 anni: 0,5 mg/die (max 4 mg) Età > 10 anni: 2 mg/die (diviso in 2 dosi) (max 4 mg) nei pazienti
Fluticasone propionato	Mantenimento per EGID cortico-dipendenti	Bambini: 88-440 mcg/2-4 vv/die Adolescenti: 440-880 mcg/2 vv/die
Sodio cromoglicato	Risparmiatore di steroide, adiuvante	100-300 mg/die (10 settimane-1 anno)
Montelukast	Risparmiatore di steroide	5-10 mg/die
Ketotifene	Risparmiatore di steroide	2-4 mg/die
Azatioprina	Risparmiatore di steroide	2-2,5 mg/die
Dupilumab	EGID refrattarie: miglioramento clinico/endoscopico/istologico studi di fase 2 (EoG) e di fase 3 (EoE).	300 mg /settimana
Reslizumab	EGID refrattarie	
Mepolizumab	EGID refrattarie	
Omolizumab	EGID refrattarie	
QAX576	EGID refrattarie	
RPC4046	EGID refrattarie: studi di fase 2 in EoE: miglioramento clinico/endoscopico/istologico	180-360 mg/settimana
Lirentelimab	Efficace in studi di fase 2 -3 in EoE e EoG	
Infliximab/Adalimumab	EGID refrattarie	Schema induzione MICI

riscontro di allergie. Clinicamente i sintomi sono tipici di una colite infiammatoria, con andamento cronico-ricidivante: dolore addominale e diarrea, ematochezia, ma anche stipsi cronica. Sono riportati anche casi di volvolo o invaginazione. Alla colonscopia possono essere presenti alterazioni aspecifiche: iperplasia nodulare linfatica, eritema e granulosità della mucosa, segni di infiammazione della valvola ileo-cecale, polipi, erosioni, ulcere ed essudato. Per la diagnosi sono necessarie le biopsie e l'esame istologico. L'infiltrato eosinofilo può essere presente a tutti i livelli della parete del viscere e determinare alterazioni strutturali delle cripte fino alla comparsa di ascessi criptici. In età pediatrica non esiste un consenso sui criteri istologici di diagnosi: la presenza di circa 50 eos/hpf può essere fortemente indicativa se si accompagna a storia e clinica suggestivi. La diagnosi differenziale [Tabella 2] è soprattutto nei confronti delle MICI. La presenza di depositi di IgE e triptasi nelle aree perineurali possono avvalorare il sospetto di EoC.

Terapia

Per gli aspetti di cronicità e di comorbidità che queste patologie comportano, è sempre raccomandato un approccio multidisciplinare. La terapia si avvale dell'utilizzo di farmaci (PPI, corticosteroidi sistemici e topici, farmaci biologici), diete di eliminazione e, se necessario, di interventi endoscopici di dilatazione esofagea per risolvere restringimenti e stenosi del lume [Tabella 3].

Trattamento farmacologico

Esofagite eosinofila

Il 33-74% dei pazienti (adulti e bambini) rispondono favorevolmente ai PPI, anche se l'efficacia a lungo termine non è stata ancora ben valutata. I PPI consentono un miglioramento dei

sintomi nel 60% dei casi, portando alla remissione nella metà dei pazienti. La gran parte dei soggetti in età pediatrica si mantiene in remissione clinica e istologica durante un anno di terapia, ma tende a recidivare dal punto di vista dei sintomi e del danno istologico alla sospensione del farmaco. I corticosteroidi (CS), sistemici o topici, sono in grado di migliorare il quadro clinico e istologico e sono riservati ai pazienti che richiedono una risposta terapeutica immediata per sintomatologia acuta (impatto alimentare, disidratazione, perdita di peso) o arresto della crescita. Il rischio di effetti collaterali, soprattutto per trattamenti prolungati, ha portato all'impiego di preparazioni di corticosteroidi topici; tra questi, solo il fluticasone propionato (FP) per os (deglutito, non inalato) e la budesonide viscosa orale (BVO) hanno dimostrato un significativo beneficio terapeutico. Per il FP deglutito, le dosi iniziali vanno da 88 a 440 mcg per 2-4 volte al giorno nei bambini e da 440 a 880 mcg per 2 volte al giorno negli adolescenti. La dose di FP deve essere erogata nella cavità orale e non inalata, evitando di mangiare, bere o sciacquarsi la bocca nei 30 minuti successivi. Per la BVO (non in commercio in Italia e preparata come galenico), la dose iniziale è 0,5 mg/die (max 4 mg) nei pazienti < 10 anni e 2 mg/die (diviso in 2 dosi) (max 4 mg) nei pazienti > 10 anni. Anche in questo caso bisogna evitare di mangiare e bere per 30-60 minuti dopo l'assunzione. L'efficacia dei CS topici deve essere verificata endoscopicamente dopo 8-12 settimane e il trattamento può proseguire per almeno 1-2 anni o anche indefinitamente se ritenuto efficace. I possibili effetti collaterali sono quelli tipici dei CS somministrati per lunghi periodi di tempo e la dose andrebbe individualizzata e mantenuta al più basso livello efficace possibile. L'eventuale candidosi esofagea risponde bene al trattamento e rara è l'esofagite erpetica. Il montelukast, antagonista del recettore

D4 dei leucotrieni, ha dato risultati contrastanti in una piccola coorte di pazienti, con un miglioramento dei sintomi non statisticamente significativo se confrontato con placebo e senza effetti sulla remissione istologica. Gli immunomodulatori, azatioprina e 6-mercaptopurina, sono stati studiati in popolazioni adulte e non hanno dimostrato apprezzabile efficacia.

Non EoE EGID

Nell'enteropatia eosinofila l'utilizzo dei corticosteroidi sistemici trova spazio ed è associato ad un rapido miglioramento della sintomatologia. Si consiglia di utilizzare la minima dose efficace (prednisone, 0,5-1 mg/Kg, massimo 40 mg/die), per un massimo di 6 settimane di trattamento (2 settimane a dose piena e 4 settimane di progressiva riduzione). Spesso, la sospensione del farmaco determina la ricomparsa dei sintomi. Le formulazioni di budesonide in sospensione orale o in capsule a rilascio ileale, utili a raggiungere i segmenti superiori del tratto gastro-intestinali, hanno mostrato qualche beneficio nei pazienti con malattia localizzata all'antrò o al piccolo intestino. Gli inibitori dei mediatori delle mastcellule o gli antagonisti dei leucotrieni, non sono efficaci nell'indurre remissione né clinica né istologica. Le tiopurine sono talora utilizzabili in qualche caso refrattario. Il sodio cromoglicato sembra avere un potenziale effetto adiuvante nello scalo dello steroide. Non ci sono dati sufficienti per stabilire il ruolo degli antistaminici. Nella EoC, sono efficaci i corticosteroidi e, in un sottogruppo di pazienti, i farmaci biologici anti-TNF alfa.

Inuovi farmaci biologici

I farmaci biologici rappresentano la nuova frontiera del trattamento delle enteropatie eosinofile [Tabella 3].

- *Dupilumab*: anticorpo monoclonale (mAb) umano che agisce contro il recettore IL-4R α , inibendo la trasmissione del segnale sia di IL-4 che di IL-13. Somministrato settimanalmente ad adulti e adolescenti affetti da EoE, si è dimostrato efficace nel miglioramento istologico e nella riduzione dei sintomi, compresa la disfagia; è stato il primo biologico a ricevere l'approvazione del FDA per il trattamento dell'EoE.
- *Reslizumab*: mAb che si lega con IL-5 riducendo la sopravvivenza degli eosinofili. Impiegato nel trattamento dell'asma grave negli adulti, in un trial su bambini e adolescenti con EoE ha dimostrato efficacia nella riduzione dell'infiammazione tissutale, ma risultati meno univoci nel controllo dei sintomi.
- *Mepolizumab*: mAb umanizzato anti-IL-5, approvato nel trattamento di forme di asma grave nei bambini >6 anni e nelle sindromi ipereosinofliche: indagato in diversi RCT per la terapia dell'EoE, ha dimostrato di ridurre l'eosinofilia tissutale ma senza un risultato statisticamente significativo in termini di risposta clinica.
- *Benralizumab*: agisce bloccando il recettore IL-5R α e causando l'apoptosi degli eosinofili attraverso le cellule NK. È utilizzato nella terapia dell'asma severo ed è stato valutato

in uno studio di fase II nel trattamento della EoG, evidenziando una remissione istologica ma non clinica. Ulteriori studi non sono stati in grado di dimostrare un miglioramento significativo nel trattamento della disfagia nei pazienti con EoE.

- *QAX576 e RPC4046*: sono due mAb contro IL-13. Il primo non ha determinato una remissione istologica né una significativa risoluzione dei sintomi, mentre il secondo ha ottenuto dei discreti risultati, con una riduzione statisticamente significativa degli eosinofili al di sotto di 15 eosinofili/hpf e una buona risposta clinica ed endoscopica.
- *Omalizumab*: mAb umanizzato anti-IgE che impedisce l'attivazione dei mastociti ed è utilizzato nelle forme di asma severa, orticaria idiopatica cronica, rinosinusite cronica con poliposi. Non ha registrato una riduzione significativa né degli eosinofili esofagei né della sintomatologia rispetto ai controlli.
- *Lirentelimab*: mAb anti-recettore Siglec-8 che riduce l'attività di eosinofili e mastociti; si è dimostrato efficace in studi di fase due in pazienti con EoE e EoG.
- *Vedolizumab*: bloccando l'integrina $\alpha 4\beta 7$ colpisce selettivamente il traffico delle cellule T nell'intestino; utilizzato nella terapia delle MICI, ha dimostrato un miglioramento dei sintomi in pazienti con concomitante malattia di Crohn e EoE e nei pazienti con EGID steroide-resistente o -dipendente.
- *Infliximab e Adalimumab*: mAb anti-TNF α , abitualmente utilizzati nei pazienti con MICI; la loro azione nell'ambito delle EGID sembrerebbe promettente nelle forme di EoC refrattaria.

Dieta

La terapia nutrizionale si è dimostrata utile nella gestione dei sintomi in tutte le forme di enteropatia eosinofila, sia nel bambino che nell'adulto [Tabella 4]. I principali approcci dietetici sono tre: 1) la dieta elementare (formule aminoacidiche, carboidrati e trigliceridi a catena media e rimozione completa degli allergeni alimentari dalla dieta); 2) l'eliminazione empirica dei sei alimenti più probabilmente sensibilizzanti (latte vaccino, uovo, pesce/frutti di mare, soia, frumento, frutta secca); 3) l'eliminazione guidata dalla positività dei test allergometrici o dalla storia del paziente. Nell'EoE come prima linea di trattamento in associazione a CS topici può essere avviata, per 4-12 settimane, una dieta di eliminazione. Un terzo dei bambini risponde bene all'eliminazione di 1 alimento, mentre il 25% ha multiple allergie che richiedono l'esclusione di almeno 4 alimenti. Il latte vaccino è l'alimento più comunemente implicato, seguito da frumento, soia e uova. Prick e patch test sono scarsamente attendibili perché gravati da una quota rilevante di falsi positivi e negativi rispetto al loro ruolo causale. La dieta elementare per 4 settimane dà una remissione istologica migliore ma l'uso è limitato dal suo costo e dalla scarsa palatabilità. È un'opzione da considerare nei bambini con multiple allergie alimentari, arresto di crescita e patologia esofagea

Tabella 4. Confronto tra terapia nutrizionale e terapia steroidea nell'EoE

	Dieta	Steroidi
Vantaggi	<ul style="list-style-type: none"> - Accuratezza nell'identificare gli alimenti responsabili - Potenziale remissione - Possibili interventi follow up a basso impatto di invasività 	<ul style="list-style-type: none"> - Raggiungimento della remissione e controllo dei sintomi come nella dieta a 6 alimenti - Mantenimento della remissione a lungo termine - Gli steroidi topici sono ben tollerati - Miglioramento della qualità di vita
Svantaggi	<ul style="list-style-type: none"> - Necessità di ripetere esami endoscopici durante la reintroduzione degli alimenti - Rischi di malnutrizione e/o disturbi del comportamento alimentare di tipo restrittivo - Mancata/incompleta compliance 	<ul style="list-style-type: none"> - Rischio di soppressione surrenalica nel trattamento ad alte dosi - Candidosi oro-faringea in 1-3% dei pazienti - Utilizzo off-label dei farmaci in età pediatrica

grave. La dieta empirica con l'eliminazione dei sei alimenti per 8-12 settimane appare come la strategia più ragionevole. Infine, la dieta guidata dai prick per 8-12 settimane è quella che dà una minore previsione di efficacia a fronte di una migliore tolleranza a lungo termine. Ottenuta la remissione, gli alimenti possono essere reintrodotti gradualmente sorvegliando l'eventuale ricomparsa dei sintomi. Non ci sono specifiche linee guida circa la reintroduzione; si tende a riproporre prima i meno allergizzanti e a eliminare definitivamente quelli che risultassero ripetutamente implicati nella sintomatologia.

Nelle enteropatie eosinofile del piccolo intestino e del colon, nei pazienti sintomatici o con segni di malassorbimento, l'approccio iniziale è la dieta di eliminazione dei sei elementi, in grado di ridurre significativamente i sintomi e di indurre la remissione istologica, soprattutto nei bambini di età inferiore a 1 anno.

Terapia endoscopica e/o chirurgica

Nelle riduzioni di calibro e nelle stenosi esofagee, la dilatazione endoscopica è un trattamento efficace, utilizzato abitualmente nei pazienti adulti con EoE. Il rischio di perforazione è basso e, a oggi, è considerata una procedura efficace e sicura. Questo approccio conservativo consente di trattare la componente fibrostenotica e strutturale della malattia e, associato alla terapia farmacologica e/o dietetica, consente un netto miglioramento della sintomatologia disfagica, anche per periodi prolungati.

L'ostruzione intestinale può essere una conseguenza dell'infiammazione eosinofila negli strati muscolari e sono stati descritti diversi casi in cui la diagnosi di EGID è stata raggiunta dopo esame istologico di una resezione intestinale. La perforazione è una grave complicanza della duodenite e della gastrite eosinofila e, in questi casi, l'intervento chirurgico trova indicazione assoluta.

Follow up e prognosi

La maggior parte dei dati sulla storia naturale delle EGID riguarda pazienti adulti con EoE, nei quali si possono evidenziare tre traiettorie di malattia: 1) un isolato episodio acuto caratterizzato da sintomi per meno di 6 mesi (40%); 2) un andamento ricorrente caratterizzato da almeno due recidive (37%); 3) un andamento cronico caratterizzato dalla presenza di sintomi per almeno 6 mesi e senza remissione (21%). Il rischio di recidive è particolarmente elevato nei casi che non raggiungono la remissione spontanea e che mantengono un'elevata eosinofilia periferica. I dati in età pediatrica sono pochi e riguardano prevalentemente l'EoE, con recidive nel 33-49% dei casi. Il rischio di stenosi esofagee è correlato al ritardo diagnostico (1-3 anni in età pediatrica) e al mancato controllo dell'infiammazione.

C'è ancora dibattito su quale sia la modalità più corretta per impostare il monitoraggio a lungo termine, in particolare per i pazienti con EoE. Per limitare l'invasività secondaria alla ripetizione di esami endoscopici, è stato proposto di utilizzare punteggi clinici basati sulla percezione soggettiva dei sintomi. Questo approccio, utile sicuramente per una valutazione della clinica e della qualità della vita, non consente di apprezzare il grado di infiammazione dei tessuti e, in sostanza, l'attività di malattia. La valutazione dei soli sintomi clinici ha, oltretutto, un basso valore predittivo sullo stato di attività istologica. Controversi sono anche i criteri istologici necessari a definire lo stato di remissione, ai fini della pratica clinica e della modulazione della terapia. La necessità di esami endoscopici ripetuti e l'impatto della terapia dietetica sulla qualità di vita rappresentano due elementi critici importanti nella gestione a lungo termine dei pazienti. ■

Bibliografia

- Dellon ES, Gonsalves N, Abonia JP, et al. International Consensus Recommendations for Eosinophilic Gastrointestinal Disease Nomenclature. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022 Nov;20(11):2474-2484.e3.
- Koutri E, Papadopoulou A. Eosinophilic Gastrointestinal Disease in Childhood. *Ann Nutr Metab.* 2018;73:18-28.
- Fahey LM, Liacouras CA. Eosinophilic Gastrointestinal Disorders. *Pediatr Clin N Am.* 2018;64:475-485.
- Licari A, Votto M, D'Auria E, et al. Eosinophilic Gastrointestinal Diseases in Children: A Practical Review. *Curr Pediatr Rev.* 2020;16:106-114.
- Fernicola P, Barbato R, Valletta E. L'esofagite eosinofila: quando deglutire diventa difficile. *Quaderni acp.* 2022;29:177-179.
- Chehade M, Wright BL, Atkins D, et al. Breakthroughs in understanding and treating eosinophilic gastrointestinal diseases presented at the CEGIR/TIGERs Symposium at the 2022 American Academy of Allergy, Asthma & Immunology Meeting. *J Allergy Clin Immunol.* 2023 Dec;152(6):1382-1393.
- Chen PE, Anderson L, Zhan K, Weiss GA. Eosinophilic Gastritis/Gastroenteritis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2021;23:13.
- Dellon ES, Spergel JM. Biologics in eosinophilic gastrointestinal diseases. *Review Ann Allergy Asthma Immunol.* 2023 Jan;130(1):21-27.
- Sindher SB, Bershaw S, Tirumalasetty J, et al. The role of biologics in pediatric food allergy and eosinophilic gastrointestinal disorders. *J Allergy Clin Immunol.* 2023 Mar;151(3):595-606.

martina.fornaro@sanita.marche.it

Salute e ambiente: pannolini lavabili

Il nostro pianeta sta subendo cambiamenti climatici anche a seguito dello stile di vita di tutti noi e delle nostre scelte quotidiane, a partire dai rifiuti che giornalmente produciamo. Fra questi rifiuti ci sono i milioni di pannolini usa e getta che le famiglie consumano e che potrebbero essere sostituiti con pannolini lavabili, con vantaggio non solo per la salute dell'ambiente ma anche dei nostri bambini.

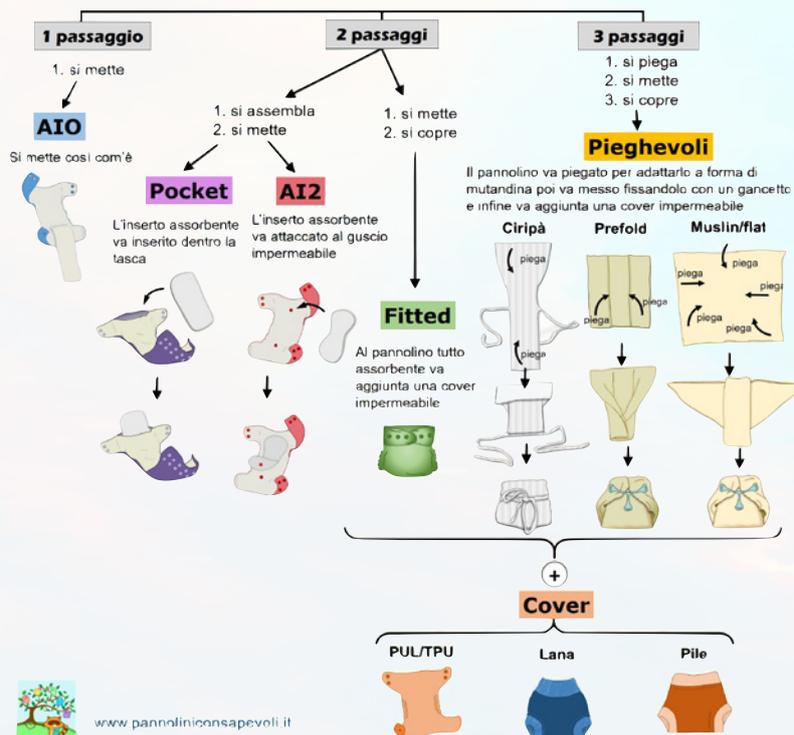
Il pannolino lavabile o ecologico è una scelta che presenta molti vantaggi: migliora il comfort del bambino, riduce gli arrossamenti e promuove l'autonomia anticipandone il tempo di abbandono; inoltre, permette di risparmiare una considerevole somma di denaro per ogni famiglia e riduce fortemente l'impatto ambientale.

Confronto tra pannolini lavabili ed usa e getta

	Pannolini usa e getta	Pannolini lavabili
Quanti pannolini in tre anni	circa 6.000	tra i 20 e i 30
Di cosa sono fatti?	sostanze sintetiche, derivati del petrolio, polpa di legno	cotone bambù e cellulosa
Rifiuti prodotti	circa una tonnellata	nessun rifiuto
Tempo di biodegradabilità	500 anni	non si gettano in discarica
quanto costano?	circa 1.500 -1.700 euro	200 - 400 euro
Svantaggi per la collettività	quantità di rifiuti e relativi costi (tasse)	nessuno

Tratto da Uppa "La guida completa ai pannolini ecologici" di Federico Marolla

Tipologia di pannolini lavabili



Salute e ambiente: pannolini lavabili

Fasi per la gestione di pannolini lavabili



Assemblaggio

I pannolini lavabili sono formati da una mutandina impermeabile e traspirante ed un inserto assorbente. In base alla tipologia scelta del pannolino, variano la chiusura e la taglia.



Lavaggio

Una volta smaltite le feci, le mutande e gli inserti si possono lavare in lavatrice insieme ad altra biancheria (vestiti del bambino, lenzuola e/o asciugamani). E' consigliato un lavaggio a bassa temperatura (40°C) e bassa centrifuga (circa 400 giri). E' invece sconsigliato l'utilizzo di prodotti quali ammorbidente e candeggina.

Smaltimento e Stoccaggio

In attesa del lavaggio è opportuno mettere il pannolino in un bidone o una wat bag (busta impermeabile) per un massimo di 2/3 giorni; per gli odori sgradevoli è consigliato mettere un batuffolo di cotone imbevuto con oli essenziali. Se si utilizzano le veline raccogli feci, si possono smaltire direttamente in wc o nel bidone dei rifiuti se no lavabili.

Asciugatura

E' consigliata l'asciugatura all'aria aperta. E' invece sconsigliato l'utilizzo dell'asciugatrice per il pannolino (le mutande), mentre si può utilizzare per gli inserti (i pannetti).



Tratto da Libretto pediatrico di salute
 UO Pediatria e Consultorio Familiare - Cesena AUSL Romagna



Consigli pratici ...

Non è importante fare una scelta assoluta e adottare l'utilizzo esclusivo dei pannolini lavabili: puoi iniziare anche dopo alcuni mesi dalla nascita, quando le feci sono più solide e le scariche sono meno numerose; puoi utilizzarli in modo alternato con i pannolini usa e getta, che hanno un maggior assorbimento dei liquidi, fra il giorno e la notte o nei periodi di vacanza rispetto a quelli di lavoro; insomma, qualunque sia il ritmo che adotti, sarà comunque un vantaggio in più rispetto al non farlo affatto.

Non devi preoccuparti di organizzare lavaggi esclusivi in lavatrice per i pannolini lavabili: una volta asportata la fase solida delle feci attraverso le salviette specifiche, possono essere lavati insieme alla biancheria di casa e del bambino.

Per un corredo completo ed esclusivo sono necessari circa 20-30 pannolini: in caso di utilizzo misto puoi acquistarli a gruppi in tempi diversi e dilazionare in qualche mese la spesa complessiva.

Lavoro integrato di équipe nel trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Maria Gloria Gleijeses^{1,2*}, Filomena Salerno^{1,2*}, Marco Carotenuto^{1,2}, Michele Sabatino¹, Ludovica Miragliuolo¹, Francesca Panico¹, Sara Marcelli¹, Giulia Muzzo¹, Maria Esposito¹, Margherita Siciliano^{1,2,3}

¹Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile; Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta;

²Società Italiana di Psicologia Pediatrica (SIP.Ped.);

³Associazione Anatolia, Curti (CE)

*Uguale contributo degli autori

Introduzione

I disturbi della nutrizione e della alimentazione (DNA) sono gravi condizioni psichiatriche di lunga durata e alta morbilità, caratterizzate da disordini significativi nei comportamenti alimentari ed eccessiva preoccupazione per il peso e l'aspetto fisico. Sono patologie complesse e multifattoriali, contraddistinte da gravi complicazioni internistiche, psicologiche e da compromissione del funzionamento psicosociale.

Rispetto alla popolazione generale, gli individui con DNA hanno un rischio elevato di premorienza pari a 5,35 per l'anorexia nervosa (AN) rispetto alla bulimia nervosa (1,49) e al disturbo da alimentazione incontrollata (1,5) [1]. In generale l'esordio clinico più frequente dei DNA è in adolescenza con incidenza di 0,3-1,0% per AN, 0,51-2% per il disturbo bulimico, 1,2-2,4% per i DNA con altra specificazione e 1,2-2,15% per il *binge eating disorder* (BED).

Il presente studio è focalizzato su AN, disordine alimentare caratterizzato dalla ricerca volontaria ed egosintonica dello stato di inedia e malnutrizione, negazione della patologia e spiccata ambivalenza verso il trattamento.

Il DSM-5 [2] identifica per AN i criteri necessari alla diagnosi:

- restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso (ossia un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, minore di quello previsto) nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica;
- intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso;
- alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza di questi ultimi sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Inoltre, è possibile identificare un sottotipo:

- *con restrizioni*: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eli-

minazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o attività fisica eccessiva;

- *con abbuffate/condotte di eliminazione*: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Alla luce di quanto precedentemente esposto appare dunque di fondamentale importanza per il clinico l'individuazione, già a partire dalla presa in carico, di alcuni indici clinici, quali le comorbidità psichiatriche, che risultano spesso prognostici, rispetto alla compliance alle cure, al decorso di malattia e all'outcome, e che possono guidarlo nella scelta terapeutica più appropriata per il paziente. In quest'ottica si inserisce un tipo di intervento multiprofessionale che risulta fondamentale per la gestione dei DNA.

Infatti, il lavoro integrato per i DNA è un approccio multidisciplinare che coinvolge diverse figure professionali, tra cui psicologi, neuropsichiatri infantili, pediatri, nutrizionisti, educatori, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri.

Gli interventi nutrizionali possono essere attuati mediante diverse procedure, impiegate singolarmente o variamente combinate tra loro, sulla base della valutazione multispecialistica integrata (diagnosi, stato nutrizionale, motivazione, comportamento alimentare e condotte disfunzionali quali schemi rigidi, discontrollo, digiuno, vomito, ecc.).

Gli interventi si differenziano per obiettivi, strumenti e metodi, nei diversi setting terapeutici (protocolli ambulatoriali, programmi ospedalieri, residenze riabilitative) e in base allo stato nutrizionale del paziente; si effettuano, in fasi differenti del decorso clinico, con alimentazione naturale, possibile utilizzo di integratori, fino alla nutrizione artificiale, enterale e/o parenterale in regime di ricovero, nei casi di grave malnutrizione e di rischio *quoad vitam*.

Obiettivi

Lo studio si propone di esplorare tutte le fasi di valutazione e intervento terapeutico secondo un approccio integrato e multifattoriale, con l'utilizzo di scale psicometriche sia self che clinician-report, per esaminare le caratteristiche cliniche e psicopatologiche nei pazienti con AN.

Metodi

Il campione è costituito da 92 soggetti selezionati tra i soggetti con DNA afferiti presso l'UO di Neuropsichiatria Infantile dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" negli anni 2015-2022. La diagnosi è stata formulata in accordo ai criteri DSM-5 e per ciascun paziente è stato valutato il percentile dell'indice di massa corporea (BMI), epoca e caratteristiche dello svezzamento, epoca di insorgenza dei sintomi alimentari, sottotipo clinico.

Procedure

L'inquadramento diagnostico e la presa in carico del paziente e della famiglia possono avvenire in ambulatorio, day hospital (DH) e ricovero ordinario (RO).

La terapia ambulatoriale è di elezione per il livello meno intensivo di cura riservato a soggetti sufficientemente motivati, disponibilità della famiglia a collaborare e condizioni cliniche e psichiche stabili e prevede la strutturazione di una terapia e di un monitoraggio clinico attraverso un sostegno alla motivazione e alla consapevolezza della malattia e la presa in carico psicoterapeutica del paziente e della famiglia (in collaborazione con i servizi territoriali).

Il DH è riservato ai pazienti con significativa perdita di peso, difficoltà nel rispettare il patto alimentare, disponibilità a mo-

Tabella 1. Confronto variabili categoriali AN vs DNA NAS

	AN	AN	DNA NAS	DNA NAS	p
Sesso	M: 10	M: 15,1%	M:3	M:11,5%	0,576
	F:56	F:84,9%	F:23	F: 88,5%	
BMI pc	1: 48	1:72,7%	1:5	1:19,2%	0,00007
	2:12	2:18,1%	2:7	2:26,9%	
	3:6	6:9,2%	3:8	3:30,8%	
	4:0	4:0%	4:4	4:15,4%	
	5:0	5:0%	5:2	5:7,7%	
Svezamento	0:56	0:84,9%	0:23	0:88,5%	0,576
	1:10	1:15,1%	1:3	1:11,5%	
Sottotipo	1:58	1:87,9%	1:21	1:80,8%	0,203
	2:8	2:12,10%	2:5	2:19,2%	
SIAB	1:15	1:22,7%	1:2	1:7,7%	0,362
	2:25	2:37,8%	2:14	2:53,8%	
	3:16	3:24,2%	3:7	3:26,9%	
	4:8	4:12,1%	4:2	4:7,7%	
	5:2	5:3,2%	5:1	5:3,9%	

Tabella 2. Confronto variabili continue AN vs DNA NAS

	media AN	media DCA	DS AN	DS DCA	p
Età	172,69	171,76	20,47	23,73	0,852
Insorgenza	149,12	149,76	40,11	44,5	0,946
BMI	15,65	17,99	1,92	2,49	0,0005
QI	96,33	94,07	14,79	15,2	0,515

dificare alcuni comportamenti e/o a effettuare colloqui, necessità di un approfondimento psicodiagnostico e dello stato nutrizionale.

La presa in carico in RO accoglie pazienti con perdita ponderale importante (25-30% del peso ideale), BMI ≤ 15, bradicardia e/o versamento pericardico e/o alterazioni elettrolitiche, manifestazioni psicopatologiche gravi (es. multimpulsività, comportamenti autolesivi e rischio suicidario), elevata conflittualità familiare, assente compliance al percorso terapeutico.

Il campione in regime di DH e RO è stato sottoposto a una valutazione psicodiagnostica, scale di valutazione specifiche per i DNA, per il rilevamento del disagio relativo all'immagine corporea e per la valutazione cognitiva.

Al termine del protocollo i pazienti arruolati sono stati divisi in due sottogruppi: in base alla diagnosi AN/DNA con altra specificazione e in base al sottotipo diagnostico restrittivo/binge-purging.

Analisi statistica

Le differenze sono state valutate usando il test χ² o il test di Fisher per le variabili categoriche e l'ANOVA per le variabili continue.

Per tutti i test è stato ritenuto statisticamente significativo un valore di p ≤ 0,05.

L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il programma SPSS versione 20.

Risultati

Il gruppo selezionato a T0 risulta composto da 92 pazienti (79 F, 13 M) di età compresa tra 132 e 214 mesi, con età media di 172,43 mesi ± 21,3. Il 71,7% del campione è affetto da AN; il 28,3% da DNA con altra specificazione; l'85,9% appartiene al sottotipo restrittivo, mentre il 14,1% presenta abbuffate/condotte di eliminazione. L'epoca media di divezzamento corrisponde a 5,1 mesi ± 1,1 con l'85,9% dei pazienti che non ha presentato difficoltà e il 14,1% con riferita difficoltà di adattamento ai cibi semisolidi, all'uso del cucchiaino, all'introduzione di nuovi alimenti.

L'età media di insorgenza del disturbo alimentare nel campione in esame è di 149,3 mesi ± 41,1 e il valore medio di BMI all'ingresso risulta di 16,3 [Tabella 1].

L'osservazione dei valori medi risultati alla somministrazione dei reattivi psicometrici mette in luce l'elevata incidenza di altri tratti psicopatologici nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare.

In particolare, oltre a valori patologici nelle scale specifiche per i disturbi alimentari (EAT-26, BUT), il valore medio raggiunto alle scale che esplorano la presenza di ossessioni/compulsioni, pensieri paranoidei e ansia sociale nel campione totale esaminato appare notevolmente elevato rispetto al cut-off. È stato quindi effettuato un confronto tra i due gruppi diagnostici considerati (AN e DNA con altra specificazione) [Tabella 2].

L'analisi descrittiva delle caratteristiche generali del campione all'interno dei sottogruppi (AN vs DNA NAS) non mostra differenze statisticamente significative, se non per una differenza in termini di BMI e BMI pc, concordemente con la differente diagnosi clinica [Tabella 2].

Il confronto dei valori medi risultati ai reattivi psicometrici nei sottogruppi analizzati (AN vs DCA NAS) per mezzo dell'analisi della varianza (ANOVA) non evidenzia differenze statisticamente significative, a riprova dell'importante comorbidità psicopatologica nei pazienti con disturbi alimentari, che pertanto non si limita a uno specifico gruppo diagnostico [Tabella 2].

In un secondo step dello studio è stato effettuato un Follow Up, con un tempo medio di 18 mesi rispetto alla prima valutazione, in cui sono state somministrate le medesime scale psicometriche utilizzate a tempo T0.

Il campione esaminato a tempo T1 risulta composto da 20 pazienti (18 F) di età compresa tra 152 e 228 mesi, con età media di 192,61 mesi (DS 18,4). Il BMI medio del campione esaminato a T0 risulta pari a 16,79 (DS 2,83), mentre il valore medio di BMI a tempo T1 risulta essere pari a 20,69 (DS 3,59).

Al confronto tra il BMI a tempo T0 e tempo T1 si evidenzia naturalmente una differenza statisticamente significativa (p=0,0009),

Tabella 3. Confronto caratteristiche cliniche tra i due sottogruppi

	Media gruppo 1	Media gruppo 2	DS gruppo 1	DS gruppo 2	p
Età	187,2	193,917	9,203	20,854	0,456
Insorgenza	142	152,083	24,423	17,858	0,346
BMI T1	20,82	20,68	3,971	3,838	0,949
BMI T0	16,77	16,80	3,60	2,66	0,983

indicativa dell'evoluzione migliorativa in termini di peso corporeo nell'intero gruppo, testimoniata anche dalla ripresa del ciclo mestruale in 9/18 pazienti. Pertanto, con un follow up a breve-medio termine si osserva un evidente miglioramento degli outcome primari considerati nei DNA.

È stato quindi effettuato un confronto dei risultati emersi ai test psicometrici effettuati a tempo T0 e a tempo T1, per valutare l'evoluzione della sintomatologia correlata al disturbo alimentare in termini di comportamenti alimentari patologici e disagio rispetto all'immagine corporea, e delle comorbidità psichiatriche espresse in termini dimensionali tramite i risultati delle scale autosomministrate utilizzate.

Dall'analisi dei dati si evidenzia quindi una riduzione statisticamente significativa dei valori medi ottenuti nella scala che valuta i comportamenti alimentari patologici e l'atteggiamento verso il cibo.

Si nota inoltre una riduzione dei valori medi ottenuti nelle scale che indagano il disagio rispetto all'immagine corporea, i sintomi ossessivi e la paranoia. Tuttavia, i valori medi ottenuti in suddette scale risultano comunque positivi e la riduzione non risulta statisticamente significativa.

Infine, si nota un incremento dei valori medi ottenuti nel reattivo che esplora l'ansia sociale, a testimonianza di quanto tale sintomatologia sia ricorrente e molto influente nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare.

Le caratteristiche cliniche in termini di età, epoca di insorgenza e BMI al baseline e al follow up dei due gruppi sono riportate in **Tabella 3**.

Rispetto a tali caratteristiche non si notano pertanto differenze significative tra i due gruppi analizzati.

Discussione

Dall'analisi dei dati, in accordo con quanto riscontrato in letteratura, questo studio rileva un'alta incidenza di disturbi del comportamento alimentare soprattutto in soggetti di sesso femminile (88,1%) in questo gruppo, per fascia di età e categoria diagnostica.

Rispetto alla diagnosi, nel nostro campione, la maggioranza dei soggetti è affetta da anoressia nervosa e il sottotipo diagnostico più osservato è il restrittivo, con un BMI inferiore al 5° pc nella maggior parte dei pazienti esaminati.

Lo studio si è posto innanzitutto l'obiettivo di promuovere consapevolezza di malattia e motivazione al cambiamento, aiutare le pazienti a riconoscere e elaborare deficit nei processi evolutivi di differenziazione (analisi delle relazioni familiari), aiutare le pazienti a comprendere la valenza pseudo-riparativa dei sintomi alimentari e considerare i bisogni, le carenze, i vissuti e i conflitti emotivi, che sono alla base del disturbo per individuare obiettivi terapeutici a lungo termine.

Si è proceduto inoltre a esplorare eventuali differenze psichiatriche tra pazienti con AN e DCA con altra specificazione ma non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi presi in esame, probabilmente limitate dalla numerosità campionaria del secondo sottotipo.

Dall'analisi dei dati longitudinali, seppure con i limiti di un campione ristretto (20 pazienti) e di un follow up a breve termine (circa 18 mesi) si registra un miglioramento degli aspetti clinici organici dei disturbi alimentari (BMI e ciclo mestruale) e un miglioramento dell'aspetto psicopatologico correlato

all'alimentazione valutato al reattivo psicometrico che indaga i sintomi tipici dei disturbi alimentari, mentre si mantiene problematica l'area relativa alla preoccupazione rispetto alla propria immagine corporea. Al follow up si evidenzia inoltre una tendenza a perdurare nel tempo dei tratti psicopatologici indagati, che si esprimono soprattutto sottoforma di importanti difficoltà nelle relazioni sociali, con peggioramento dell'ansia sociale.

Rispetto all'outcome globale si evidenzia infatti che nel gruppo di pazienti con evoluzione peggiore risultano maggiormente compromessi i tratti psicopatologici considerati in comorbidità con il disturbo alimentare piuttosto che le variabili cliniche della sintomatologia alimentare (epoca di insorgenza, BMI, ciclo, sintomi alimentari) [3].

Conclusioni

I risultati di questo studio confermano l'elevata incidenza di disturbi psichiatrici associati all'anoressia nervosa e ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione.

La gravità psicopatologica tende a persistere nel tempo incidendo sull'outcome globale ed esprimendosi con una sintomatologia internalizzante, soprattutto sottoforma di importanti difficoltà nelle relazioni sociali e di sintomi ansioso-depressivi e ossessivi.

Si sottolinea tuttavia che tali dati risultano preliminari e limitati dall'esiguità del campione clinico analizzato al follow up. Pertanto, le prospettive per il futuro sono quelle di validare tale disegno di studio su un campione più ampio, in cui poter considerare inoltre altri fattori quali il livello di cura raggiunto, eventuali ospedalizzazioni, la durata del ricovero, la terapia intrapresa ed eventualmente la possibilità di un follow up a lungo termine.

Tutti questi risultati confermano l'ipotesi di quanto sia fondamentale un approccio multiprofessionale e multidimensionale nella gestione dei disturbi alimentari. ■

Bibliografia

1. Fichter MM, Quadflieg N, Crosby RD, Koch S. Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord.* 2017 Sep;50(9):1018-1030.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 2013.
3. Perry TR, Lusich R, Billman Miller MG, et al. Comparing changes in eating disorder psychopathology and comorbid symptoms over treatment in anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa in a partial hospitalization program. *Int J Eat Disord.* 2024 Apr 24

Una “generazione senza fumo”: la nuova frontiera del contrasto all’uso del tabacco negli adolescenti

Enrico Valletta

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

Addentrarsi nelle logiche e nelle dinamiche (soprattutto economiche, ma anche etiche) che governano il mondo della produzione, commercio e consumo del tabacco è impresa che credo scoraggi la maggior parte di noi. Me, di sicuro. Basti considerare quello che appare il paradosso (ma forse non lo è affatto per chi ci capisca davvero) di un erario che sul consumo del tabacco incassa ogni anno circa 14-15 miliardi di euro (oltre il 70% del prezzo delle sigarette, tra accisa e iva), per poi spenderne quasi il doppio (26 miliardi) in costi diretti e indiretti legati alle malattie che il tabacco stesso induce [1,2]. Atteso il palese conflitto d’interessi, anche le misure tese a disincentivarne il consumo – leggi incrementi del prezzo al dettaglio – rischiano sempre di apparire e forse anche di essere parziali, insufficienti e quindi inefficaci a contenere il fenomeno. La possibilità, poi, di favorire la circolazione e la vendita illegale del prodotto è da sempre il rovescio della medaglia che ha nella proibizione del consumo la faccia più facilmente visibile e riconoscibile.

L’inserimento sul mercato delle nuove forme di utilizzo del tabacco – le sigarette elettroniche e i tabacchi da inalazione senza combustione (lo *svapo*) – hanno spostato di poco il problema, come vedremo, e anzi ne hanno mascherato le possibili problematiche sia in termini di diffusione dell’utilizzo tra i più giovani che di possibili ripercussioni sulla loro salute.

Il problema è evidentemente di portata mondiale e a poco serve, credo, ricordare i 15 miliardi di sigarette fumate ogni giorno, il miliardo di fumatori e gli 8 milioni di morti ogni anno a causa del fumo. Sono dati che possiamo trovare ovunque e che neppure rendono conto dell’enorme complessità e variabilità delle situazioni nei diversi Paesi. E delle differenze nelle strategie di contrasto.

Nuova Zelanda: niente tabacco per i giovani. Contrordine, ci abbiamo ripensato. Però forse no...

Nel dicembre 2022, il Governo neozelandese aveva varato una legislazione tra le più severe al mondo che vietava la vendita di tabacco a chiunque fosse nato dopo il 1° gennaio 2009. Chi lo faceva poteva essere punito con una sanzione fino a 150.000 dollari neozelandesi (circa 80.000 euro). I rivenditori autorizzati sarebbero stati ridotti di oltre il 90% (da 8000 a 600 entro la fine del 2003) [3,4]. Provvedimento che ha, naturalmente suscitato molti dubbi sulla sua efficacia, il timore dell’emergere di un mercato nero e, naturalmente, l’opposizione di ampi strati di popolazione dedita al fumo. Nei fatti, la nuova legislazione aveva fatto della Nuova Zelanda una delle punte più avanzate della lotta antifumo, presa a esempio anche da Australia e più recentemente da Gran Bretagna. Solo il Buthan poteva vantare leggi più severe, avendo proibito del tutto l’uso

del tabacco già nel 2010. Qualcosa di simile aveva provato a fare anche la Russia nel 2017, ma la proposta era stata poi silenziosamente dimenticata.

Di fatto, cambiato il Governo neozelandese, anche l’orientamento sembrava radicalmente cambiato e alla fine del 2023 viene annunciata l’abrogazione di quanto sancito l’anno precedente poiché il provvedimento appariva eccessivamente draconiano [5]. Comprensibilmente, critiche e accenti preoccupati di provenienza e segno politico opposto. Nel giro di pochi mesi, la questione è stata ripresa in mano e affrontata con una strategia più morbida, ma con una particolare attenzione al mondo delle sigarette elettroniche e del tabacco riscaldato. A metà marzo 2024, il Ministero della Salute rileva che “mentre lo svapo ha contribuito a un calo significativo dei nostri tassi di fumo, il rapido aumento dello svapo tra i giovani costituisce un elemento di vera preoccupazione per genitori, insegnanti e operatori sanitari”. Appare evidente [Figure 1-2] quanto sia divenuto rilevante il fenomeno tra gli adolescenti e quanto la pratica dello *svapo* abbia modificato tra i giovani la tendenza alla riduzione nell’uso del tabacco già in atto da circa 20 anni [6,7]. Secondo le nuove regole, aumenteranno le multe per chi venderà sigarette elettroniche ai minori di 18 anni, ci sarà una revisione delle licenze dei rivenditori di vaporizzatori e tutti i vaporizzatori usa e getta saranno vietati. Entro il 2025 ci si propone così di ridurre a meno del 5% la quota di popolazione che fa uso quotidiano di tabacco [8].

La Gran Bretagna raccoglie il testimone: niente tabacco né vaporizzatori per i nati dal 2009 in poi

È di questi giorni la notizia che il Governo britannico intende dare l’avvio a una “generazione senza fumo”, incrementando di un anno ogni anno l’età legale (attualmente 18 anni) per l’acquisto di sigarette. In pratica, le persone nate a partire dal 2009 non potranno mai acquistare legalmente le sigarette, il

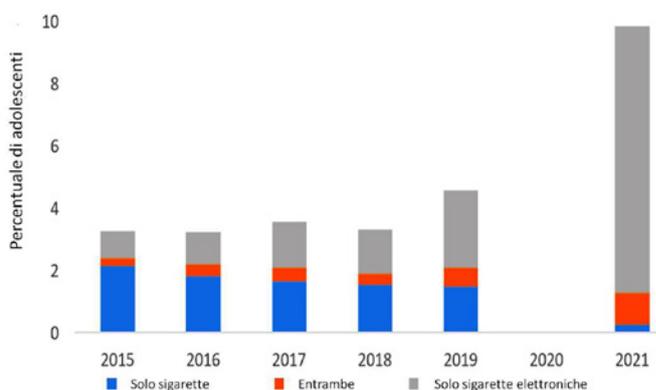


Figura 1. Abitudini di fumo tra gli adolescenti in Nuova Zelanda (modificato da rif. 7).

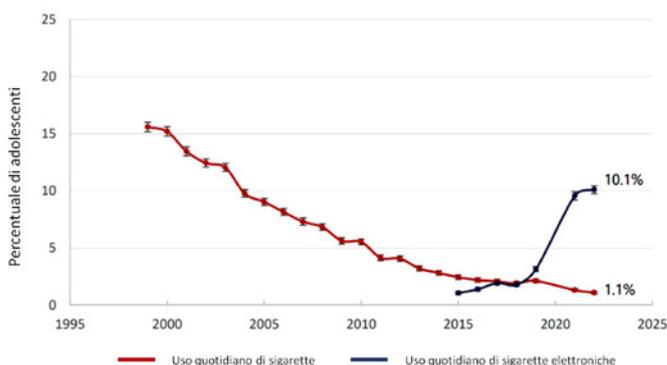


Figura 2. Uso quotidiano di sigarette e sigarette elettroniche in adolescenti neozelandesi (modificato da rif. 6).

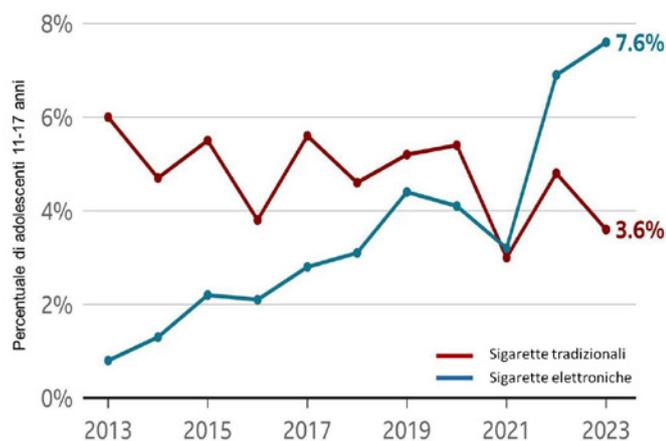


Figura 3. Abitudini di fumo negli adolescenti in Gran Bretagna (modificato da rif. 9).

che porta a un divieto effettivo e permanente [9]. Per reprimere le vendite ai minorenni è stata disposta una sanzione di 100 sterline per i negozianti che forniranno tabacco o vaporizzatori a minorenni, somma che si aggiunge alle 2500 sterline che i tribunali possono già imporre. L'inclusione nel provvedimento di tutti i nuovi prodotti a base di tabacco o nicotina è importante perché prende le mosse dall'osservazione che l'uso dei vaporizzatori è sempre più diffuso tra gli adolescenti [Figura 3] e dall'assunto che è "improbabile che sia del tutto innocuo" [9]. La British Medical Association ha espresso timore riguardo all'uso delle sigarette elettroniche in generale e negli adolescenti in particolare. I produttori sono stati accusati di indirizzare le proprie campagne di promozione segnatamente verso i giovani e, nonostante il divieto di vendita di questi prodotti ai minori di 18 anni, i ragazzi di 11-17 anni sono in grado di procurarsi illegalmente su internet o nei negozi per interposta persona. Il numero degli adolescenti che hanno sperimentato i prodotti per *svapo* è in crescita: 7,7% nel 2022 e 11,6% nel 2023. A 16-17 anni la percentuale sale al 15% e al 18% (quasi 1 su 5) a 18 anni [10,11]. Il 2,3% dei ragazzi che non hanno mai fumato sigarette tradizionali, fanno uso di dispositivi elettronici che rappresentano così una possibile "porta d'ingresso" al mondo del tabacco [12]. Come riportato dalla BBC, il primo ministro britannico Rishi Sunak ha recentemente affermato che è "ridicolo" che i vaporizzatori siano progettati e promossi per attrarre i più giovani, quando avrebbero dovuto essere utilizzati per aiutare gli adulti a smettere di fumare [11,13].

I vaporizzatori usa e getta saranno vietati in Inghilterra a partire dal 2025 così come ogni prodotto contenente nicotina. L'obiettivo è di creare una "generazione libera dal fumo" entro il 2040.

Gli USA e i casi di EVALI: un fenomeno sommerso?

In realtà, qualche dimostrazione che lo *svapo* sia tutt'altro che innocuo ci sarebbe.

Le sigarette elettroniche e i prodotti per il *vaping* sono stati introdotti per la prima volta negli Stati Uniti intorno al 2007 e la loro popolarità è cresciuta rapidamente. Entro il 2014, le sigarette elettroniche erano diventate il prodotto a base di tabacco più utilizzato dai giovani negli Stati Uniti con un incremento dell'uso pari al 900% [14]. Un focolaio di lesioni polmonari associate all'uso di prodotti per la sigaretta elettronica (EVALI, E-cigarette, or Vaping, product use-Associated Lung Injury) è stato identificato dai centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC) nel 2019, con molti casi tra gli adolescenti. Il CDC ha aperto un database nazionale e ha avviato un'indagine multistatale con un picco di segnalazioni nel settembre 2019. L'indagine del CDC ha rilevato che un liquido per il *vaping*, l'acetato di vitamina E, era fortemente collega-

to all'epidemia di EVALI. Il 15% dei casi riguardava la popolazione pediatrica. I criteri diagnostici prevalenti di EVALI fanno riferimento alla presenza di infiltrati polmonari bilaterali e prevalenti ai lobi inferiori alla radiografia del torace o a immagini a vetro smerigliato alla tomografia computerizzata [15]. Poche centinaia di casi pediatrici sono stati descritti fino a oggi. Oltre ai più tipici segni polmonari, la popolazione pediatrica presenta in almeno due terzi dei casi sintomi generali (febbre con brivido, sudorazione notturna, astenia, malessere, mialgie) e gastrointestinali (nausea, vomito, addominalgia). La successiva diminuzione dei casi – verosimilmente di natura multifattoriale – e l'identificazione della potenziale causa dell'epidemia, avevano determinato l'interruzione della raccolta dei dati sui casi di EVALI a partire dal febbraio 2020, limitando così le informazioni epidemiologiche e cliniche utili ai pediatri [16]. Tuttavia, le sigarette elettroniche e i prodotti per il *vaping* hanno continuato a essere i prodotti del tabacco più diffusi tra i giovani, anche se le normative statali e nazionali erano divenute via via più stringenti già da alcuni anni. Nel tentativo di limitare l'uso delle sigarette elettroniche e del *vaping* tra i più giovani, la vendita ai minori di prodotti contenenti nicotina è stata resa illegale dal 2016 e dal 2019 l'età consentita è stata portata a 21 anni [17]. Nonostante questo, nel 2022 si calcola che negli Stati Uniti oltre 2,5 milioni di adolescenti facessero uso di prodotti elettronici per tabacco aggiungendo, di fatto, i divieti e ponendo le basi per un effettivo problema di salute pubblica in questa fascia di età [18].

E nel resto del mondo?

L'obiettivo di una generazione libera dal fumo sembra essere stato di stimolo per le politiche nazionali in molti Paesi del mondo [19].

Il Messico ha una delle legislazioni più rigorose che include, tra l'altro, il divieto di fumare nelle spiagge, nei parchi e in taluni casi anche nelle abitazioni private. Il Portogallo conta di raggiungere l'obiettivo di una generazione senza fumo nel 2040 ed è orientato ad approvare una legge per impedire la vendita di tabacco nei bar, nei caffè e nelle stazioni di servizio. Entro il 2035, il Canada intende ridurre a meno del 5% della popolazione il numero dei fumatori. Secondo l'OMS oltre un quarto della popolazione mondiale è coperta da un divieto totale di fumo nei luoghi pubblici, nei luoghi di lavoro o nei trasporti pubblici. L'Irlanda è stata il primo Paese al mondo a vietare il fumo in tutti i luoghi di lavoro al chiuso, ristoranti e bar nel 2004. Nel 2007, solo 10 Paesi avevano "politiche anti-fumo", oggi sono 74.

In Sudamerica, il governo dell'Uruguay è stato il primo, nel 2006, ad avviare una politica *smoke-free*, inibendo il fumo in tutti i locali pubblici e in vicinanza delle scuole e degli ospedali. Nel 2020, il Paraguay è stato l'ultimo Stato del continente sudamericano a prendere provvedimenti in questo senso [19]. L'obiettivo di proteggere i più giovani dai potenziali pericoli del fumo appare impresa titanica e il successo definitivo tutt'altro che scontato. Le formidabili pressioni economiche e gli interessi commerciali sono realmente globali, quasi impossibili da contenere, spesso insidiosi, camaleontici e capaci di sfruttare a proprio vantaggio anche i più recenti ritrovati tecnologici. Nondimeno, è chiaro che occorre continuare in questa direzione, lavorando sull'informazione e sulla cultura dei giovani – i più potenti volani di cambiamento – ma non disdegnando, allo stesso tempo, provvedimenti regolatori e anche repressivi che scoraggino l'accesso dei minori al consumo di tabacco e rendano inequivocabile e ben identificabile la volontà politica dei governi nazionali.

Se è vero che nel mondo circa il 10% degli adolescenti fa uso di prodotti a base di tabacco è anche vero che la percentuale di persone dedite al fumo è in lenta ma costante diminuzione. Interrompere, creando una generazione *smoke-free*, il "ri-

fornimento” di nuovi consumatori potrebbe rafforzare la tendenza già in atto da almeno un ventennio. ■

Bibliografia

1. Fondazione Veronesi Magazine. www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/fumo/legge-di-bilancio-e-tasse-sulle-sigarette-ancora-unoccasione-mancata.
2. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. www.adm.gov.it/portale/monopoli/tabacchi/prezzi/composizione_prezzo.
3. New Zealand bans young people from buying cigarettes for life. 28 dicembre 2022. www.abc.net.au/news/2022-12-13/new-zealand-imposes-lifetime-ban-on-youth-buying-cigarettes/101768694.
4. McCall C. A smoke-free generation: New Zealand's tobacco ban. *Lancet*. 2022 May 21;399(10339):1930-1931.
5. Dyer O. New Zealand's new government says it will repeal groundbreaking anti-smoking law. *BMJ*. 2023 Nov 28;383:2814.
6. Edwards R, Hoek J, Waa A, Ball J. What is happening with vaping among adolescents and young adults in Aotearoa? www.phcc.org.nz/node/1307/printable/pdf.
7. Hoek J, Ball J, Robertson L, et al. Daily nicotine use increases among youth in Aotearoa NZ: The 2021 Snapshot Y10 Survey. 7 marzo 2022. www.phcc.org.nz/briefing/daily-nicotine-use-increases-among-youth-aotearoa-nz-2021-snapshot-y10-survey.
8. New Zealand government to ban disposable e-cigarettes. <https://www.businesstimes.com.sg/international/new-zealand-government-ban-disposable-e-cigarettes>.
9. Foster A. What is the UK smoking ban, how will it work and when will it start? www.bbc.com/news/health-68825322.
10. Action on Smoking and Health. Young People and Smoking. <https://ash.org.uk/uploads/Youth-Smoking-Fact-Sheet-2024.pdf?v=1710950114>.
11. Roxby P. Ban disposable vapes to protect children – doctors. <https://www.bbc.co.uk/news/health-65809924>.
12. House of Common Library. Youth vaping in England. 12 gennaio 2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9932/CBP-9932.pdf>.
13. Prime Minister's Office, 10 Downing Street and The Rt Hon Rishi Sunak MP, Prime Minister to create 'smokefree generation' by ending cigarette sales to those born on or after 1 January 2009, 4 October 2023. www.gov.uk/government/news/prime-minister-to-create-smokefree-generation-by-ending-cigarette-sales-to-those-born-on-or-after-1-january-2009.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Surgeon general's advisory on e-cigarette use among youth. www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/surgeon-generaladvisory/index.html.
15. Schier JG, Meiman JG, Layden J, et al. CDC 2019 Lung Injury Response Group. Severe pulmonary disease associated with electronic-cigarette-product use – interim guidance. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68:787-790.
16. Barker CK, Ghera P, Hsu B. The Evolution of a Pediatric Public Health Crisis: E-cigarette or Vaping-Associated Lung Injury. *Pediatrics*. 2024 May 1;153(5):e2023063484.
17. United States Food and Drug Administration. Tobacco 21. www.fda.gov/tobacco-products/retail-sales-tobaccoproducts/tobacco-21.
18. Cooper M, Park-Lee E, Ren C, et al. Notes from the Field: E-cigarette Use Among Middle and High School Students - United States, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022 Oct 7;71(40):1283-1285.
19. McCabe R. A quick guide to smoking bans across the world. 27 novembre 2023. <https://www.bbc.com/news/uk-67545363>.

enrico.valletta@auslromagna.it

Twitter e la fatica della lettura

blister

La spinta alla “digitalizzazione” e la disponibilità di connessioni internet wi-fi a basso costo negli ultimi anni ha incoraggiato le scuole ad adottare piattaforme web 2.0 per l’insegnamento, con l’intento di stimolare il rendimento scolastico e la partecipazione a scuola degli studenti. Inoltre, grazie alla recente epidemia di Covid-19 che ha costretto molti Paesi a chiudere le scuole durante i periodi di lockdown, la diffusione

capillare di queste applicazioni ha mantenuto in vita i sistemi scolastici. Nonostante il loro ampio utilizzo come strumenti didattici, l’effetto dell’adozione delle piattaforme web 2.0 sul rendimento degli studenti non è mai stato testato rigorosamente. Un recente studio dell’Università Cattolica di Milano, per esempio, ha testato l’impatto dell’uso di Twitter come strumento didattico sulle competenze letterarie degli studenti delle scuole superiori. Il disegno era randomizzato e controllato su larga scala e ha coinvolto settanta scuole e circa 1500 studenti. Le scuole che hanno aderito al progetto sono state assegnate casualmente a un “gruppo di trattamento” e a un “gruppo di controllo”.

Alla lettura di un capitolo del testo, gli studenti erano incoraggiati a twittare citazioni e parafrasi, come pure i pensieri e le riflessioni suscitate dalla lettura, nonché a commentare quelli degli altri, sempre nel limite dei caratteri assegnati a un tweet e utilizzando l’hashtag comune. Le classi del gruppo “trattamento” hanno adottato il metodo proposto per studiare e discutere il romanzo *Il fu Mattia Pascal* di Luigi Pirandello. Il gruppo di controllo ha studiato lo stesso romanzo utilizzando metodi didattici tradizionali.

Dai risultati è emerso che l’uso di Twitter per insegnare letteratura ha un effetto complessivamente negativo sul rendimento medio degli studenti, riducendo i punteggi dei test standardizzati di circa il 25%. L’effetto negativo è più forte sugli studenti che solitamente ottengono risultati migliori. Le possibili spiegazioni degli esiti infausti dell’intervento sono verosimilmente: lettura disattenta, distrazione rappresentata dalla disponibilità della rete e dai tweet ricevuti, abitudine alle “scorciatoie” di lettura, incentivati a ciò dal metodo stesso. Si potrebbe infatti pensare che ricevere e leggere un numero estremamente elevato di tweet sul romanzo abbia dato agli studenti la falsa sensazione di averne appreso adeguatamente i contenuti, riducendo l’attenzione nella lettura dell’opera originale, un’attività ritenuta faticosa. Questa è solo una conferma di quanto già si conosce in merito agli svantaggi della lettura e dell’apprendimento digitale, e si spera utile nel fornire indicazioni alle istituzioni e alla politica (e nell’indirizzare le spese, specie in un contesto come quello del PNRR).

È plausibile che anche l’abitudine a leggere (per motivi non scolastici) brevi testi online riduca complessivamente la capacità di comprensione del testo, cosa che appare nettamente diversa per la lettura abituale da supporto cartaceo, come dimostrato da un altro recente studio spagnolo su alunni delle scuole medie. Non è evidentemente solo una questione di “scuola”, vista la crescente incidenza tra gli scolari di invii a valutazione specialistica NPI per “disturbo della comprensione del testo”.

- Barbetta GP, Canino P, Cima S. Let's Tweet Again? Social Networks and Literature Achievement in High School Students. *Education Finance and Policy*. 2023;18:676-707.
- Altamura L, Vargas C, Salmerón L. Do New Forms of Reading Pay Off? A Meta-Analysis on the Relationship Between Leisure Digital Reading Habits and Text Comprehension. *Review of Educational Research*. 2023.

Identificare i ritardi nello sviluppo del linguaggio a 2-3 anni: il ruolo determinante del pediatra

Arianna Bello¹, Silvia Stefanelli², Maristella Scorza³, Michela Camia³, Erika Benassi^{4*}

¹ Dipartimento di Scienze della Formazione, Università Roma Tre; ² Dipartimento di Scienze Umane, Università della Repubblica di San Marino; ³ Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia; ⁴ Dipartimento di Educazione e Scienze Umane, Università di Modena e Reggio Emilia

I genitori si rivolgono al pediatra quando i loro figli all'età di 2-3 anni non sono in grado di parlare, mentre la maggior parte dei bambini di questa età vi riesce con facilità. La preoccupazione dei genitori è spesso giustificata e per questo andrebbe accolta dal pediatra che di fronte a un lento sviluppo del linguaggio potrebbe svolgere un colloquio mirato con i genitori per indagare le possibili cause e condurre un'osservazione dello sviluppo del linguaggio infantile, adottando agili strumenti di rilevazione. Inoltre, il pediatra potrebbe suggerire alla famiglia alcune strategie di base per migliorare le capacità linguistiche infantili e, in caso di esito positivo allo screening condotto, accompagnare le famiglie a prendere contatto con gli specialisti che svolgeranno un approfondimento clinico per esaminare il profilo di sviluppo del bambino. Data la continuità esistente tra condizioni di ritardo di linguaggio, disturbo di linguaggio e di apprendimento, è necessario abbandonare l'approccio denominato *wait and see*, "aspetta e vedi", e adottare precocemente strategie di intervento mirate ed efficaci che modifichino sensibilmente le traiettorie di sviluppo linguistico.

Parents seek the guidance of pediatricians when their children, aged 2-3 years, exhibit delays in expressive language acquisition, a milestone typically achieved by the majority of children within this age range. The parents' concerns are often well-founded and warrant attention from pediatricians. With the aim to identify language delays, pediatricians should engage in targeted dialogue with parents to explore potential individual and environmental risk factors, and also use efficient screening tools for language development. Furthermore, they may recommend behavioral strategies aimed at enhancing the child's linguistic competencies. In cases where this initial observation indicates developmental concerns, pediatricians should accompany the family in contacting specialists for in-depth clinical evaluations of the child's developmental trajectory. Given the continuity between conditions of language delay, language disorder, and learning disability, it is necessary to move away from the "wait and see" approach and adopt early on targeted and effective intervention strategies that significantly alter language development trajectories.

Prestare attenzione al linguaggio verbale e ai suoi precursori nei primi anni di vita

Il pediatra, professionista che ha un rapporto privilegiato con le famiglie e i bambini sin dalla loro nascita, dovrebbe prestare attenzione allo sviluppo linguistico del bambino a 2-3 anni e attivarsi nel caso in cui i genitori siano preoccupati per un eventuale rallentamento del linguaggio o si renda conto egli stesso di un eventuale lento sviluppo linguistico infantile. Le ragioni di questa attenzione rivolta al linguaggio verbale sono molteplici.

In primo luogo, perché la capacità di comprendere e parlare è un'abilità che viene acquisita molto precocemente nei bambini con sviluppo tipico. La maggior parte di essi tra i 2 e i 3 anni, pur considerando l'ampia variabilità interindividuale, ha acquisito la lingua o le lingue a cui è esposto sin dalla nascita [1,2].

In secondo luogo, perché la capacità di usare parole è una abilità che non sorge all'improvviso ma è preceduta da altre abilità, come quelle cognitive-sociali e comunicative che i bambini sviluppano già a partire dal primo anno e costituiscono dei requisiti fondamentali per lo sviluppo del linguaggio [3]. Sono numerose le evidenze scientifiche che spiegano come i piccoli della nostra specie sviluppino un linguaggio "incarnato" fatto di sguardi, espressioni del volto, corpo in movimento, gesti manuali e parole [4]. L'acquisizione del linguaggio va dunque ricercata nella continuità tra le azioni che i bambini compiono a partire dal primo anno di vita, i gesti comunicativi e simbolici attraverso cui esprimono intenzioni e le conoscenze durante il secondo anno di vita, abilità che quindi hanno un ruolo propulsivo nel determinare lo sviluppo della comprensione e produzione linguistica durante la prima infanzia [5]. Nella **Tabella 1** vengono presentate le principali tappe del linguaggio infantile nei primi anni di vita.

Tabella 1. Tappe evolutive del linguaggio infantile

Età (mesi)	Tappe evolutive
6-12	Comparsa e sviluppo della lallazione
8-12	Produzione di gesti deittici (mostrare, dare, indicare)
8-16	Produzione di gesti comunicativi (ad es., fare ciao con la mano) e gesti rappresentativi (ad es., portare la mano all'orecchio per dire "telefona") Produzione di schemi di gioco simbolico; esplosione della comprensione verbale
12-15	Produzione delle prime parole
16-20	Uso della combinazione di gesti e parole
21-26	Esplosione del vocabolario espressivo
18-24	Combinazione di parole in frasi
24-36	Espansione grammaticale Efficienza lessicale e grammaticale
Entro i 42-48 mesi	Inventario di suoni consonantici completo (a eccezione dei suoni r, gl, sci/sce) Ridotta presenza di alterazioni fonologiche nelle parole

Quindi il sistema comunicativo e linguistico infantile non si sviluppa in modo isolato ma in stretta relazione con lo sviluppo del sistema motorio [6]. Ne consegue che un rallentamento del linguaggio solitamente non interessa solo questa funzione ma anche altre abilità che si sviluppano parallelamente, come quelle percettive, motorie e sociali. Un bambino che ha difficoltà a parlare potrebbe quindi celare immaturità in uno o più ambiti dello sviluppo, immaturità presenti già da tempo ma meno identificabili da parte dei caregiver.

In terzo luogo, è opportuno precisare che il linguaggio si sviluppa grazie all'interazione dinamica ed evolutiva di fattori individuali di tipo biologici (es. sesso, temperamento, nascita a termine), genetici (es. familiarità per ritardi di linguaggio), legati allo sviluppo cognitivo (es. imitazione, attenzione, memoria) e fattori ambientali legati all'esposizione linguistica (in termini di quantità e qualità dell'input linguistico ricevuto) e alla relazione con i caregiver. La combinazione di tutti questi differenti e molteplici fattori nei primi anni di vita, in un periodo particolarmente sensibile in cui è massima la plasticità cerebrale, consentirà il pieno sviluppo del sistema linguistico.

Ne consegue che è imprescindibile esplorare tali fattori per comprendere il peso che essi hanno nel determinare la variabilità interindividuale evidente nello sviluppo linguistico infantile. Presentiamo qui di seguito una breve intervista predisposta per il pediatra da rivolgere ai genitori in modo da rilevare quegli aspetti che sono ritenuti cruciali in quanto associati o predittori dello sviluppo linguistico [Tabella 2].

Tabella 2. Intervista per le famiglie di bambini che hanno un rallentamento del linguaggio

Aspetti legati allo stato di salute del bambino

1. Il bambino è nato a termine?
2. Il bambino ha manifestato problemi di salute alla nascita?
3. Il bambino ha avuto frequenti otiti (almeno 4) nel primo anno di vita?
4. Il bambino ha manifestato problemi di salute nei primi anni di vita?
5. È presente familiarità positiva per ritardo/disturbo di linguaggio o dell'apprendimento scolastico?

Aspetti legati all'ambiente familiare ed esposizione linguistica

1. Il bambino è esposto a due o più lingue a casa?
2. Quale è il livello di scolarità della mamma?
[] licenza media [] liceo/diploma [] laurea [] post-laurea
3. Quale è il livello di scolarità del padre?
[] licenza media [] liceo/diploma [] laurea [] post-laurea
4. Quali pratiche educative attua con frequenza regolare (spesso/sempre) insieme al suo bambino?
- Lettura di libri insieme al bambino []
- Racconti e narrazioni []
- Ascolto della TV []
- Ascolto di canzoni []
- Giochi motori []
- Giochi di costruzioni []
- Giochi simbolici (giochi di far finta, travestimenti, messa in scena di situazioni di routine) []
5. A oggi, quali tipi di giochi predilige il vostro bambino? Con chi gioca solitamente il vostro bambino?

Aspetti legati allo sviluppo linguistico nei primi due anni

1. Il bambino ha prodotto lallazioni (MA MA; DA DA; BA BI; NA NE) prima dei 10 mesi?
2. Il bambino ha mostrato il gesto di indicare con funzione di richiesta (es. per ottenere un oggetto non raggiungibile) e di condivisione (es. per condividere attenzione e piacere con l'adulto) intorno ai 12 mesi o poco più?
3. Il bambino ha prodotto le prime parole verso i 12-15 mesi?
4. Il bambino ha prodotto gesti comunicativi (es. ciao, no con la testa) e gesti rappresentativi (es. mette la mano vicino all'orecchio per dire TELEFONA; mette la mano sotto l'orecchio e abbassa la testa per dire DORME) in accompagnamento o in sostituzione al parlato durante il secondo anno di vita?
5. Il bambino ha imitato comportamenti e parole altrui durante il secondo anno di vita?
6. Il bambino ha combinato le parole in brevi frasi (es. mamma palla) prima dei due anni?

Infine, un'ulteriore ragione che spiega l'importanza di valutare precocemente il linguaggio verbale dei bambini risiede nel fatto che molti bambini con ritardo del linguaggio (ossia che a 2 anni producono poche parole) andranno incontro in età successive a difficoltà di linguaggio e di apprendimento, come verrà meglio spiegato in seguito. Un intervento precoce, fin dai 2-3 anni, riduce quindi la gravità delle difficoltà linguistiche o è addirittura in grado di modificare queste traiettorie.

Quando si può parlare di ritardo primario di linguaggio

Un ritardo nella comparsa o nello sviluppo del linguaggio può essere la spia di difficoltà che interessano primariamente il sistema linguistico, in assenza di deficit di tipo sensoriale, relazionale e cognitivo. In questi casi i bambini vengono nominati *parlatori tardivi* (dall'inglese *late talker*) o *bambini con un ritardo primario di linguaggio* e la stima tra i 2 e 3 anni sulla popolazione infantile è pari al 15% [7]. Si tratta di una popolazione di bambini con profili linguistici molto eterogenei e ciò giustifica le diverse traiettorie di sviluppo e i differenti tipi di intervento che occorre adottare [8].

In particolare, sono evidenti almeno tre tipi di ritardo primario linguistico.

Il primo tipo è il *ritardo solo espressivo lieve*, per cui i bambini hanno difficoltà a produrre parole e frasi correttamente e l'eloquio è poco intellegibile, ma hanno buona comprensione e buone abilità comunicative, gestuali e cognitive. Questi bambini tendono a recuperare spontaneamente il lento sviluppo del linguaggio prima dei 4 anni.

Il secondo tipo consiste in un *ritardo solo espressivo ma marcato*, in cui si osserva un consistente ritardo nel vocabolario espressivo e nella prima grammatica. Più nel dettaglio, sono due i criteri clinici che, se osservati nel bambino dai 2 ai 3 anni, devono far sospettare la presenza di un ritardo del linguaggio marcato: 1) vocabolario espressivo (quantità di parole prodotte) inferiore al 5° percentile¹ nelle prove di screening (ossia all'incirca 10 parole sulle 100 proposte a 2 anni o all'incirca 40 parole sulle 100 proposte a 3 anni al questionario PVB – forma breve; per una descrizione dettagliata, si veda il paragrafo degli strumenti); 2) assenza di combinazioni di parole a formare prime frasi a 27 mesi (quando il 70% dei bambini presenta questa capacità). Questi bambini a 3 anni hanno un linguaggio espressivo pari a quello di bambini di 24 mesi, con capacità comunicative-gestuali e cognitive ridotte seppur in norma. Questi bambini, rispetto ai pari con traiettoria di sviluppo tipico, sono maggiormente a rischio di manifestare un disturbo primario del linguaggio (DPL) dopo i 4 anni.

Infine, il terzo tipo, quello più severo, è rappresentato dai bambini con *ritardo misto – recettivo ed espressivo*; essi hanno difficoltà sia a comprendere sia a produrre parole e frasi, e compromissioni nella comunicazione (es. scarso uso di gesti) e nello sviluppo di certe abilità cognitive extra-linguistiche (es. imitazione, attenzione, memoria e gioco). Questi bambini hanno un'alta probabilità di manifestare un DPL persistente per tutta l'età prescolare [10]).

Recentemente un'indagine longitudinale su un campione numeroso di bambini con sviluppo tipico e parlatori tardivi, dall'età di 3 anni fino all'età di 8 anni, ha permesso di esplorare le traiettorie evolutive del ritardo di linguaggio [11]. I risultati di questo studio evidenziano che la condizione del ritardo nell'ampiezza del vocabolario espressivo e l'assenza di combinazione di parole in frasi nel terzo anno di vita sono indicatori precoci di un DPL che persiste in tutta l'età prescolare e talvolta anche in età scolare [12]. Inoltre, la presenza di una diagnosi di DPL è un fattore che predice il disturbo specifico di apprendimento (DSA) in età scolare. La probabilità di manifestare un DSA risulta 5,41 volte più alta in bambini che hanno avuto nei primi anni di vita un pregresso ritardo di linguaggio combinato a DPL rispetto a bambini con sviluppo tipico. L'in-

interpretazione data dagli autori è che il ritardo nella comparsa del linguaggio celi anche condizioni più compromesse, come il ritardo misto espressivo-recettivo, che, seppure sia la condizione meno frequente, provocherebbe condizioni di fragilità nell'apprendimento della lingua scritta e quindi della lettura e della scrittura [12].

È comunque importante considerare che anche i bambini che mostrano tra i 2 e i 3 anni un ritardo del linguaggio lieve, spontaneamente recuperato a età successive (i cosiddetti *late bloomers*), tendono a mostrare fragilità in età scolare in alcune competenze, quali accesso al lessico, morfo-sintassi, narrazione, memoria verbale e lettura [13].

Inoltre, come è noto dalla letteratura, la presenza di ritardi e disturbi di linguaggio si associa spesso a problematiche di tipo emozionale e comportamentale, e legate alle funzioni esecutive [14-17]. Sia bambini con ritardo del linguaggio sia con DPL mostrano maggiore impulsività, irrequietezza motoria, maggiori difficoltà di regolazione emotiva e minori competenze sociali [18,19].

Per questo l'identificazione precoce di ritardi linguistici sarebbe auspicabile divenisse una priorità nei bilanci di salute del pediatra il quale, a tal fine, può avvalersi di strumenti di identificazione precoce standardizzati e validati su campioni di bambini italiani.

Strumenti per l'identificazione del ritardo primario di linguaggio

Nel panorama italiano esistono diversi strumenti di osservazione del linguaggio per bambini di prima e seconda infanzia a uso dei pediatri. Noi intendiamo in questa sede presentare solo alcuni strumenti di identificazione precoce, quelli che appartengono alla nostra esperienza clinica e di ricerca, e che a nostro parere risultano molto utili per identificare ritardi primari del linguaggio. Tali strumenti si configurano come strumenti di screening e pertanto, nei casi in cui emerga un esito positivo allo scoring da parte del pediatra, richiedono una conferma successiva in sede di valutazione clinico-diagnostica.

Nella **Tabella 3** descriviamo il tipo di strumento (di osservazione indiretta o diretta del linguaggio infantile), le specifiche abilità comunicativo-linguistiche che indaga, la fascia di età per cui è indicato (espressa in mesi) e la durata di somministrazione.

Il primo vocabolario del bambino

I primi due strumenti in elenco sono le due forme brevi del questionario per genitori "PVB – Il primo vocabolario del bambino" [20], strumenti progettati per la prevenzione e l'identificazione di condizioni di rischio di sviluppo del linguaggio (es. per follow up di bambini che hanno avuto nascita prematura o di bambini con problemi di salute nei primi anni di

vita; per bambini con fratelli o genitori con disturbi di comunicazione o linguaggio; per bambini i cui genitori sono preoccupati che il loro figlio/a non stia sviluppando il linguaggio verbale).

Le forme brevi si prestano per essere compilate in autonomia dal genitore o come interviste durante i bilanci di salute a 24-36 mesi da parte del pediatra.

La *Scheda gesti e parole – forma breve* è stata validata per bambini italiani di età compresa tra gli 8 e i 24 mesi e permette di osservare la comprensione e produzione del vocabolario infantile, le azioni e gesti che essi producono e alcune abilità associate all'acquisizione del linguaggio (es. attenzione uditiva, gioco di finzione, combinazione gesto-parola).

La *Scheda parole e frasi – forma breve* è stata validata su bambini italiani di età compresa tra i 18 e i 36 mesi e permette di valutare la produzione del vocabolario infantile, la capacità di combinare le parole in frasi, il livello di complessità e di completezza morfosintattica delle frasi prodotte e alcune abilità legate all'acquisizione del linguaggio (es. la comprensione di frasi che riguardano cose non presenti/eventi passati, imitazione di parole, intelligibilità delle parole prodotte).

Mediante la comparazione con i dati normativi siamo in grado di stimare se la prestazione nel vocabolario è al di sotto del 5° percentile o il totale delle frasi prodotte è significativamente inferiore a quanto atteso per l'età, e quindi rilevare o meno la presenza di un ritardo primario del linguaggio. Ricordiamo che il ritardo di linguaggio di cui stiamo parlando riguarda primariamente la funzione linguistica, quindi compare in bambini che non presentano segni riconducibili ad altri disturbi del neurosviluppo (es. autismo, disabilità intellettiva).

Pappagallo Lallo

In Italia è disponibile lo strumento di identificazione precoce "Pappagallo Lallo" [21] che permette di valutare le abilità fonetico-fonologiche espressive dei bambini a partire dall'età di 3 anni.

È noto dalla letteratura che i ritardi e di disturbi di linguaggio di tipo solo espressivo e prevalentemente fonologici (ossia che riguardano la corretta pronuncia dei fonemi nelle parole e la giusta sequenza di fonemi a formare le parole) sono i più comuni tra i bambini [22]. Un bambino con ritardo nello sviluppo fonologico è un bambino che intorno ai 3 anni produce un numero di vocaboli sufficiente ma commette ancora molti errori nella pronuncia dei fonemi (es. d, c, g, ci, gi, f, v, s, z) e nella pronuncia delle parole (es. potrebbe dire "tottolata" per cioccolata, "tatolo" per tavolo, "uo" per suo), rendendo molte delle sue produzioni incomprensibili all'orecchio di chi ascolta. Queste difficoltà fonologiche, se non identificate e corrette precocemente, possono avere ricadute consistenti su tutte le altre competenze del linguaggio e sugli apprendimenti scola-

Tabella 3. Strumenti a disposizione del pediatra presenti nel panorama italiano per identificare un ritardo del linguaggio

Strumento	Tipo	Abilità	Fascia di età (mesi)	Durata (minuti)
PVB Gesti e parole – forma breve (Caselli et al., 2015)	Questionario per genitori	Comprensione e produzione di parole Azioni e gesti prodotti Comportamenti legati al linguaggio (attenzione uditiva; tipi di lallazioni; combinazioni gesto-parola; intelligibilità delle parole)	8-24	10
PVB Parole e frasi – forma breve (Caselli et al., 2015)	Questionario per genitori	Produzione parole Combinatoria di parole in frasi Tipi di frasi prodotte Comportamenti legati al linguaggio (gesti deitici; comprensione decontestualizzata; imitazione verbale; gioco simbolico; intelligibilità)	18-36	10
Pappagallo Lallo (Stella et al., 2013)	Prova diretta	Abilità fonetico-fonologiche espressive	36-84	5

stici in età scolare [23,24]. È dunque importante identificare queste difficoltà entro i 3-4 anni per poi inviare tempestivamente il bambino per un intervento logopedico centrato su questi aspetti linguistici.

Lo strumento di identificazione precoce “Pappagallo Lallo” è una prova molto rapida, compatibile con i tempi di un bilancio di salute che conduce un pediatra e consiste nel chiedere al bambino di ripetere alcune parole e non-parole. Esistono due versioni, cartacea o digitale, e sta al pediatra scegliere la modalità più consona a lui e al bambino affinché si crei una situazione ludica e piacevole per entrambi.

Lo strumento, oltre a contenere la prova di identificazione precoce di ritardo o disturbo fonologico, contiene anche proposte di giochi e attività che favoriscono lo sviluppo del linguaggio. Queste attività possono essere proposte al genitore da parte del pediatra oppure eseguite al nido o alla scuola dell'infanzia da parte di educatrici o insegnanti.

Gli autori dello strumento propongono di ri-somministrare la prova una seconda volta dopo 3 mesi di attività mirata alla stimolazione del linguaggio (eseguito a casa da parte dei genitori o al nido/scuola dell'infanzia da parte delle educatrici/insegnanti), per poi suggerire un intervento logopedico qualora il bambino risultasse ancora nella fascia di richiesta di potenziamento.

Interventi e strategie per promuovere lo sviluppo del linguaggio a 2-3 anni

In questi ultimi anni si è molto riflettuto sui possibili interventi da attuare precocemente per modificare le traiettorie di sviluppo a 3 anni. Innanzitutto, si condivide la necessità di abbandonare la strategia definita “aspetta e vedi” (*wait and see*), ovvero il non prendere in carico un bambino parlante tardivo che non supera uno screening linguistico [7,25].

Nel caso in cui il pediatra rilevi un ritardo del linguaggio, da lieve a severo, è invece importante attivare una serie di strategie e interventi. In alcuni casi, quando il ritardo del linguaggio è solo espressivo ed è lieve, la scelta da operare è quella di monitorare il ritmo e la qualità dei cambiamenti del bambino, attraverso follow up periodici fino a 4 anni mediante gli strumenti di screening sopraccitati. In altri casi sono efficaci trattamenti centrati sulla famiglia all'età dei 3 anni, soprattutto se i bambini hanno un ritardo di linguaggio espressivo consistente (si veda il programma per genitori evidenced based “Oltre il libro” [8]).

Infine, quando il ritardo del linguaggio è più grave (es. ritardo misto), quando l'eloquio è davvero poco intellegibile e solo ai familiari, quando il bambino fa fatica a esprimere i suoi bisogni, ha associate difficoltà di attenzione uditiva e visiva e ha ridotte capacità di comprendere le consegne verbali dei caregiver (genitori, educatori), allora si auspica un intervento diretto sul linguaggio del bambino già all'età di 3 e 4 anni da parte di un logopedista, che settimanalmente incontra il bambino e i caregiver e stimola i prerequisiti del linguaggio.

Questa impostazione riguarda anche i bambini figli di famiglie migranti che sono nati in Italia, che sono esposti a due o più lingue a casa e fuori casa e che possono avere un lento sviluppo del linguaggio verbale. In questi casi è necessario valutare il livello linguistico raggiunto dal bambino nelle due lingue, ossia la lingua d'origine della famiglia e la lingua italiana, tenendo conto dell'esposizione linguistica che il bambino riceve per ogni lingua (quantità e qualità di input) sia a casa sia fuori casa. A tal fine sono state già realizzate nel territorio nazionale, all'interno di alcuni distretti sanitari, delle interessanti esperienze di screening, monitoraggio, valutazione per dirimere eventuali presenze di ritardo di linguaggio nei bambini bilingui [26].

In tutti questi casi (dal caso lieve a quello severo), il pediatra può comunque giocare un ruolo attivo, suggerendo ai genitori strategie per promuovere lo sviluppo del linguaggio [27]. Dal-

la letteratura emerge infatti chiaramente l'effetto consistente che le modalità comunicative del genitore hanno sullo sviluppo linguistico di bambini sia con sviluppo tipico sia con condizioni di rischio, con effetti più significativi su questi ultimi [28]. In primo luogo il pediatra può consigliare ai genitori di osservare attentamente, durante le routine quotidiane (i pasti a tavola, la merenda, i giochi, la preparazione per andare a letto ecc.), le modalità (contatto visivo, gesti, suoni e parole) che il bambino privilegia per comunicare i suoi desideri e bisogni o per commentare qualcosa.

Il pediatra può inoltre consigliare al genitore di compiere una auto-osservazione e riflettere sul proprio stile comunicativo (es. tendo a essere un parlatore loquace? sono attento a rispettare i turni di parola? dò a mio figlio/a spazio per partecipare alle conversazioni?). L'adulto può essere invitato nel quotidiano a coinvolgere il figlio in dialoghi che stimolino l'attenzione e siano adatti al livello del bambino, in modo da consolidare l'alternanza dei turni, offrire un modello da imitare per apprendere il linguaggio verbale; il genitore stesso dovrà cercare di utilizzare un linguaggio bimodale gestuale e verbale, sempre “sincronizzato” sulle capacità recettive del bambino e centrato sui suoi interessi.

Inoltre è importante invitare l'adulto a leggere insieme al bambino un po' tutti i giorni. È importante che il genitore accompagni la lettura con immagini, con oggetti reali per renderla più attraente, e che utilizzi un'intonazione accattivante, priva di frasi lunghe, offrendo così un input linguistico semplificato, ricco di gestualità, per stimolare l'apprendimento di vocaboli specifici. Il genitore andrà poi indirizzato verso l'utilizzo della lettura “dialogica” dove le molteplici pause durante l'interazione consentono al bambino di guardare le illustrazioni, di indicare e condividere ciò che trova interessante. Infatti i bambini necessitano di tempo per elaborare e comprendere quello che dice/legge l'adulto, e poi manifestano il desiderio di comunicare in tanti modi diversi: attraverso lo sguardo, o con gesti spesso associati a vocalizzazioni, oppure con parole e frasi. Sta al genitore cogliere questo sforzo comunicativo e provvedere a interpretare i segnali non verbali. Nei casi in cui i bambini pronuncino una parola, una combinazione di parole o una frase, il genitore può rinforzare questo comportamento e, partendo da ciò che il bambino ha prodotto, riformulare ed espandere: se il bambino dice solo una parola, l'adulto ne combinerà due (più gli articoli); se il bambino ne dice due, l'adulto ne combinerà tre (più gli articoli) e così via.

Conclusioni

Come sottolineato in precedenza, il ritardo primario di linguaggio può rappresentare una condizione di rischio per successivi disturbi del linguaggio e dell'apprendimento. Inoltre tutte queste condizioni, se non riconosciute tempestivamente e adeguatamente supportate fin dall'età precoce, rischiano di compromettere la salute scolastica e psicologica e la qualità di vita del bambino in età successive [29-31].

La valutazione e la promozione dello sviluppo, in particolare nei primi anni di vita, sono un aspetto essenziale delle cure primarie pediatriche [32]. Incontrando buona parte dei bambini e dei genitori nei bilanci di salute, il pediatra deve quindi essere visto come una “figura chiave” nell'identificazione precoce dei ritardi di linguaggio dai 2 ai 3 anni. Il pediatra dovrebbe inoltre fornire al genitore consigli che promuovano gli scambi comunicativi genitore-bambino e indirizzare il bambino verso un intervento individualizzato di potenziamento del linguaggio fin dai 2 anni di età nei casi che lo richiedono. Intervenire precocemente significa prevenire problemi successivi di più grande entità e che gravano maggiormente sul sistema sanitario nazionale.

L'identificazione e la presa in carico precoce di ritardi di linguaggio nella prima infanzia appare in molte Regioni d'Italia

ancora una “sfida”, ma crediamo che la sensibilità e l’attenzione del pediatra, insieme a quella degli educatori di nido, sia la strada giusta da percorrere. ■

Note

1. Nella letteratura internazionale il limite percentile che identifica un ritardo di linguaggio viene fissato al 10° percentile; dall’esperienza di ricerca e clinica in ambito italiano [9] si ritiene che il limite possa essere fissato al 5° percentile.

Bibliografia

1. Bertelli B, Majorano M, Ferrari R. Lo sviluppo del linguaggio nella prima infanzia. Carocci, 2023.
2. Golinkoff RM, Hirsh Pask K. Il bambino impara a parlare. L’acquisizione del linguaggio nei primi anni di vita. Raffaello Cortina, 2001.
3. Murray L. Le prime relazioni del bambino, Raffaello Cortina, 2014.
4. Ammaniti M, Ferrari PF. Il corpo non dimentica. L’io motorio e lo sviluppo della relazionalità. Raffaello Cortina, 2020.
5. Caselli MC, Volterra V. Dall’azione al linguaggio in bambini con sviluppo tipico e atipico. Una prospettiva cognitiva e sociosemiotica. Erickson, 2024.
6. Carnevali L, Pezzotti S, Farroni T, et al. Dall’io al noi. Percorsi e attività per stimolare l’intelligenza comunicativa. Erickson, 2023.
7. Rescorla LA, Dale PS. Late talkers. Language, development, interventions and outcomes. Paul Brookes Publishing, 2013.
8. Girolametto L, Bello A, Onofrio D, et al. Parent-coaching per l’intervento precoce sul linguaggio. Percorsi di lettura dialogica nel programma “Oltre il libro”. Erickson, 2017.
9. Bello A, Remi L, Oliosio G, et al. Un’esperienza di screening per l’identificazione di bambini con ritardo del linguaggio nella provincia di Mantova: primi risultati e prospettive future. Psicologia Clinica dello Sviluppo. 2014;2:329-242.
10. Bonifacio S. Il lento sviluppo del linguaggio. Inquadramento teorico e modalità operative. Carocci Editoriale Faber, 2021.
11. Rinaldi P, Bello A, Simonelli I, Caselli MC. Is Specific Learning Disorder predicted by Developmental Language Disorder? Evidence from a follow up study on Italian children. Brain Sci. 2023 Apr 21;13(4):701.
12. Rinaldi P, Caselli MC, Simonelli I, et al. Prevalenza e predittori del Disturbo Primario di Linguaggio in età prescolare. Logopedia e Comunicazione. 2023;19:282-290.
13. Sansavini A, Favilla ME, Guasti MT, et al. Developmental Language Disorder: Early Predictors, Age for the Diagnosis, and Diagnostic Tools. A Scoping Review. Brain Sci. 2021 May 17;11(5):654.
14. Pettenati P, Benassi E, Deevy P, et al. Extra-linguistic influences on sentence comprehension in Italian-speaking children with and without specific language impairment. Int J Lang Commun Disord. 2015 May-Jun;50(3):312-321.
15. Rescorla L. Ritardo del linguaggio e problemi emotivo-comportamentali prima dei 3 anni. Psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza. 2009;76.
16. Gandolfi E, Zanobini M, Dodici S, et al. Sviluppo del linguaggio, temperamento e funzioni esecutive emergenti nel terzo anno di vita. Psicologia clinica dello sviluppo. 2020;1:35-57.
17. Marzocchi GM, Pecini C, Usai MC, et al. Le funzioni esecutive nei disturbi del neurosviluppo. Dalla valutazione all’intervento. Hogrefe, 2022.
18. Viterbori P, Re AR, Usai MC. L’autoregolazione in età prescolare. Una guida per sostenere lo sviluppo per educatori e insegnanti. Carocci, 2024.
19. Pecini C, Brizzolara D. Disturbi e traiettorie atipiche del neurosviluppo. Diagnosi e intervento. McGraw-Hill Education, 2024.
20. Caselli MC, Bello A, Rinaldi P, et al. Il Primo Vocabolario del Bambino: gesti, parole e frasi. Valori di riferimento fra 8 e 36 mesi delle forme complete e delle forme brevi del questionario MacArthur-Bates CDI. Raffaello Cortina, 2015.
21. Stella G, Gallo D, Bacchion M, et al. Pappagallo Lallo. Identificazione precoce di difficoltà fonologiche e laboratori per lo sviluppo linguistico da 3 a 5 anni. GiuntiEdu, 2013.
22. Sabbadini L, Caselli MC. Indicazioni per la diagnosi, la valutazione e l’intervento riabilitativo dei bambini con Disturbo Specifico di Linguaggio. Psicologia clinica dello sviluppo. 1998;2:477-494.
23. Marini A, Vicari S. I disturbi del linguaggio in età evolutiva. Caratteristiche, diagnosi e trattamento. Mulino, 2022.
24. Marotta L, Caselli MC. I disturbi del linguaggio. Caratteristiche, valutazione, trattamento. Erickson, 2014.
25. Capone Singleton N. Late talkers: Why the wait-and-see approach is outdated. Pediatr Clin North Am. 2018 Feb;65(1):13-29.
26. Rinaldi P, Caselli MC. Bambini figli di migranti in età prescolare. Esperienze di formazione, valutazione e presa in carico. Erickson, in stampa.
27. Girolametto L, Bello A. La lettura dialogica, Guida Pratica. Uppa magazine. 2022;1:18-26.
28. Benassi E, Guarini A, Savini S, et al. Maternal responses and development of communication skills in extremely preterm infants. First Lang. 2018;38:175-197.
29. Benassi E, Bello A, Camia M, et al. Quality of life and its relationship to maternal experience and resilience during COVID-19 lockdown in children with specific learning disabilities. Eur J Spec Needs Educ. 2022;37:632-647.
30. Camia M, Benassi E, Padovani R, et al. Relationships between pragmatic abilities, school well-being and psychological health in typically developing children. Med J Clin Psych. 2021;9:1-19.
31. Camia M, Benassi E, Giovagnoli S, et al. Specific learning disorders in young adults: Investigating pragmatic abilities and their relationship with theory of mind, executive functions and quality of life. Res Dev Disabil. 2022 Jul;126:104253.
32. Tamburlini G, Rapisardi G, Davidson A, et al. Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni. Documento di consenso. Quaderni acp. 2012;19:169-174.

Da Sandifer a Canavan: quando la storia rivela la diagnosi

Paola Lorello¹, Antonia Pascarella², Margherita Rosa², Daniele De Brasi², Paolo Siani²

¹ Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Napoli;

² Dipartimento di Pediatria, Azienda Ospedaliera Pediatrica di Rilievo Nazionale Santobono-Pausilipon, Napoli

G., 6 mesi, giunge alla nostra attenzione per sospetta sindrome di Sandifer presentando sin dalla nascita, pianto inconsolabile, tendenza a inarcarsi, sospetto reflusso e tendenza all'ipoalimentazione. L'analisi globale della situazione della piccola, con particolare riguardo alle traiettorie di sviluppo psicomotorio, alle curve di crescita e all'esame neurologico ha permesso di porre il sospetto di patologia neurometabolica e, a seguito degli esami appropriati, di porre la diagnosi di malattia di Canavan. Il caso descritto sottolinea come la valutazione globale di tutti gli aspetti di un caso clinico sia fondamentale per giungere a una diagnosi e che anche problemi in apparenza afferenti alla sfera gastroenterologica, se collocati nel giusto contesto, possano essere la spia di una patologia neurometabolica.

G., 6 months old, came to our attention for suspected Sandifer syndrome presenting from birth, inconsolable crying, tendency to arch, suspected reflux and 'hypo-feeding'. Comprehensive analysis of the situation, with particular regard to psychomotor developmental trajectories, growth curves, and neurological examination allowed us to raise the suspicion of neurometabolic pathology and, following appropriate examinations, to make the diagnosis of Canavan Disease. The case described here underscores how the comprehensive evaluation of all aspects of a clinical case is essential to reach a diagnosis and that even problems apparently pertaining to the gastroenterological sphere, if placed in the right context, can be indicators of a neurometabolic disease.

La storia

G., nata a termine da gravidanza normocondotta e parto spontaneo, in famiglia con anamnesi positiva per reflusso gastroesofageo (RGE) nella madre e nel fratello maggiore, presenta sin dai primi giorni di vita minimi episodi di RGE, pianto inconsolabile e inarcamento del tronco. Per tali motivi inizia terapia con alginati, riepitelizzanti della mucosa esofagogastrica e addensanti senza risultato. In anamnesi presenta due ricoveri presso l'ospedale della città di residenza per rifiuto dell'alimentazione e lieve disidratazione e nel corso di tali ricoveri inizia un percorso di follow up in cui pratica rinoscopia per ricerca di segni indiretti di RGE che risulta negativa, ecografia transfontanellare, per ricerca di segni di ipertensione endocranica, che mostra ventricoli cerebrali ai limiti alti per età, una valutazione neuropsichiatrica infantile (NPI) per valutazione approfondita dei movimenti neonatali che evidenzia estrema irritabilità della piccola, lieve ipotono assiale e lieve ipertono periferico e indica la necessità di iniziare un percorso di fisioterapia, un elettroencefalogramma (EEG), risultato nella norma, e una

valutazione logopedica per la valutazione di suzione e deglutizione che mostra frequenti movimenti di protrusione linguale, scarsa reattività, scarsi movimenti e scarso controllo del capo, ma con suzione e deglutizione validi. A completamento diagnostico, alla luce dell'ipotono, viene consigliata una RMN encefalo, non praticata per indisponibilità di posti.

G. inizia quindi un percorso fisioterapico, continua la terapia con alginato e riepitelizzanti della mucosa gastrica, inizia terapia con esomeprazolo ed effettua una nuova visita gastroenterologica pediatrica che, considerata la storia di estrema irritabilità, pianto inconsolabile e tendenza all'inarcamento della piccola, pone il sospetto diagnostico di sindrome di Sandifer e indica la necessità di praticare ph-impedenziometria, esofagogastroduodenoscopia (EGDS) ed esofagogramma per la valutazione del reflusso gastroesofageo. La piccola viene riferita al nostro reparto per l'esecuzione degli esami.

Il percorso diagnostico

All'ingresso nel nostro reparto la piccola G., 6 mesi, viene valutata nella sua globalità e in particolare viene ricostruita la storia clinica mediante l'esame di tutti i referti dei bilanci di salute, delle relazioni cliniche dei due ricoveri, dei singoli esami e delle singole visite effettuate e vengono costruite le curve di crescita. La storia clinica evidenziava:

- sin dai primi giorni di vita pianto inconsolabile e intolleranza agli stimoli esterni;
- arresto e successiva regressione dello sviluppo psicomotorio a partire, indicativamente, dai tre-quattro mesi di vita (es. a 2 mesi e 20 giorni discreto controllo del capo, a 4 mesi scarso controllo del capo ma aggancio visivo valido, a 5 mesi e mezzo aggancio visivo incostante e fugace);
- problemi nutrizionali con tendenza all'ipoalimentazione;
- mancata risposta alla terapia antireflusso.

L'esame delle curve di crescita mostrava:

- progressivo incremento della circonferenza cranica che "tagliava" i percentili [Figura 1];
- crescita ponderale regolare fino ai tre mesi e poi progressivamente insufficiente fino a portarsi al di sotto del 5° centile [Figura 2];
- crescita staturale normale fino ai quattro mesi di vita e poi pressoché stazionaria [Figura 2].

L'esame obiettivo neurologico a ricovero risulta patologico con riscontro di grave ipotonia assiale (assente il controllo del capo sia alla manovra di trazione che in sospensione ventrale e dorsale) e lieve ipertono in ambo i cingoli (arti superiori > arti inferiori e sx > dx), aggancio visivo non evocabile con sporadici movimenti erratici degli occhi, pupille isocicliche e isocriche. Riflessi osteo-tendinei normoevocabili. Riflessi palmare e plantare presenti. Riflesso cutaneo plantare in estensione. Moro presente, bilaterale e simmetrico nella sua componente estensoria, non valutabile in quella flessoria. Pianto non consolabile. Per quanto riguarda il work-out gastroenterologico G. effettua EGDS che esclude segni di RGE, non pratica ph-impedenziometria per intolleranza al sondino, né esofagogramma per mancata collaborazione all'assunzione del mezzo di contrasto. In considerazione del quadro neurologico, della storia clinica e del riscontro di progressivo incremento della circonferenza cranica che incrocia i percentili, pratica RM encefalo che evidenzia reperti morfo-funzionali sospetti per patologia genetico-metabolica [Figura 3]: edema intramielinico della sostanza bianca sia sotto che sopratentoriale, coinvolgimento dei nuclei pallidi, dei talami e dei nuclei dentati, con elevazione dell'NAA alla spettroscopia [Figura 4].

Viene quindi posto il sospetto di malattia di Canavan e avviata diagnostica biochimica con dosaggio di NAA su urine risultato al di sopra della norma e analisi genetica tramite next generation sequencing (NGS) per patologie metaboliche ed errori congeniti del metabolismo con evidenza di mutazione c.20_205del in omo-

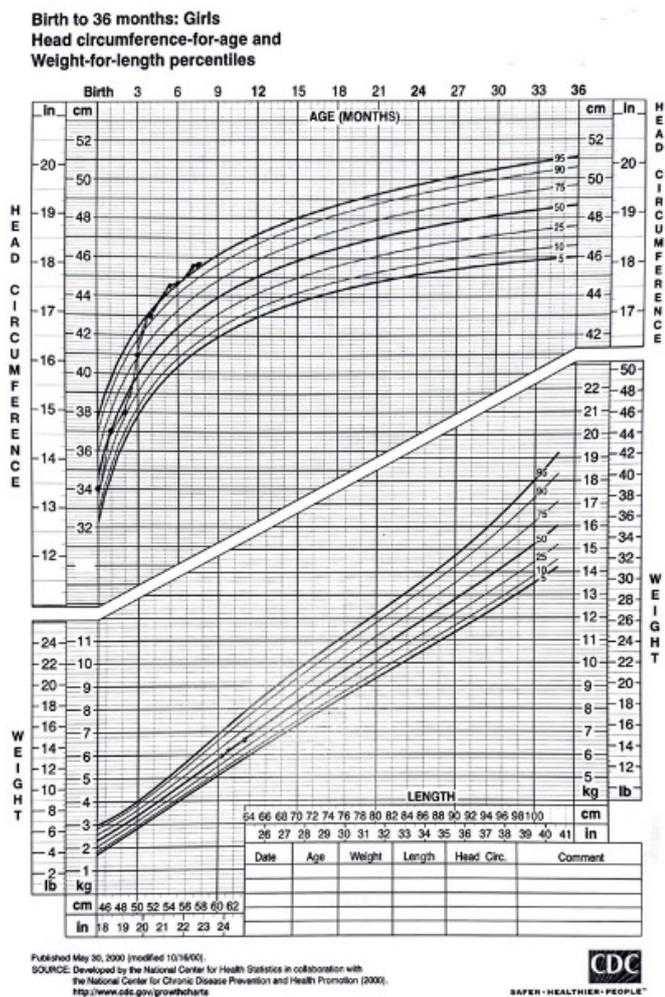


Figura 1. Curva della circonferenza cranica nel tempo su percentili CDC. Si osservi come l'incremento della circonferenza cranica nel tempo non canalizzi lungo un percentile ma li attraversi portandosi nel tempo al di sopra del 95° centile.

zigosi a livello del gene *ASPA* che confermava la diagnosi di malattia di Canavan. La piccola inizia quindi percorso di follow up multidisciplinare, integrazione nutrizionale ed è candidata, essendo ancora paucisintomatica, a un trial di terapia genica.

La diagnosi

La malattia di Canavan è una patologia rara (incidenza 1:100.000) [1], che fa parte di una classe di patologie note come leucodistrofie, causata da mutazioni nel gene *ASPA* (17p13.3), che codifica per l'aspartoacilasi, la cui ipofunzione determina l'accumulo eccessivo di acido N-acetil aspartico nelle cellule del sistema nervoso centrale, in particolare negli astrociti con danni strutturali e funzionali alla mielina con meccanismi vari e complessi [2]. La malattia di Canavan (OMIM #271900) esordisce nella prima infanzia. All'esordio i pazienti presentano ipotonia, scarso/assente controllo del capo e macrocefalia. Il quadro neurologico coesiste con difficoltà di alimentazione, RGE, irritabilità e disturbi del sonno. Il ritardo dello sviluppo di solito si evidenzia tra il 3° e il 5° mese di vita mentre la circonferenza cranica, di solito, supera il 90° percentile nel corso del primo anno. Con il tempo, l'ipotonia progredisce verso la spasticità e insorgono epilessia e atrofia ottica [3].

Il quadro neurologico, spesso associato al reflusso esofageo, comporta disturbi alimentari che richiedono nel tempo un'alimentazione nasogastrica o una gastrostomia permanente. Generalmente i pazienti affetti da malattia di Canavan non riescono a raggiungere la posizione seduta in maniera indipendente, a deambulare e a parlare.

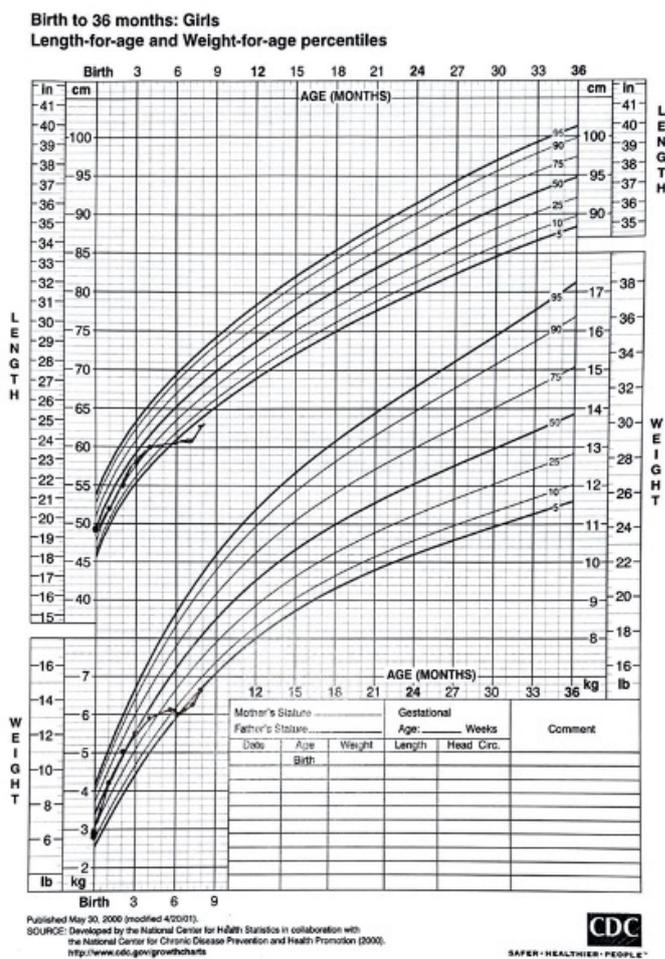


Figura 2. Curve di crescita staturponderali nel tempo su percentili CDC. Si notano la deflessione della curva del peso e la stazionarietà di quella della lunghezza. Entrambe le curve migliorano dopo integrazione nutrizionale.

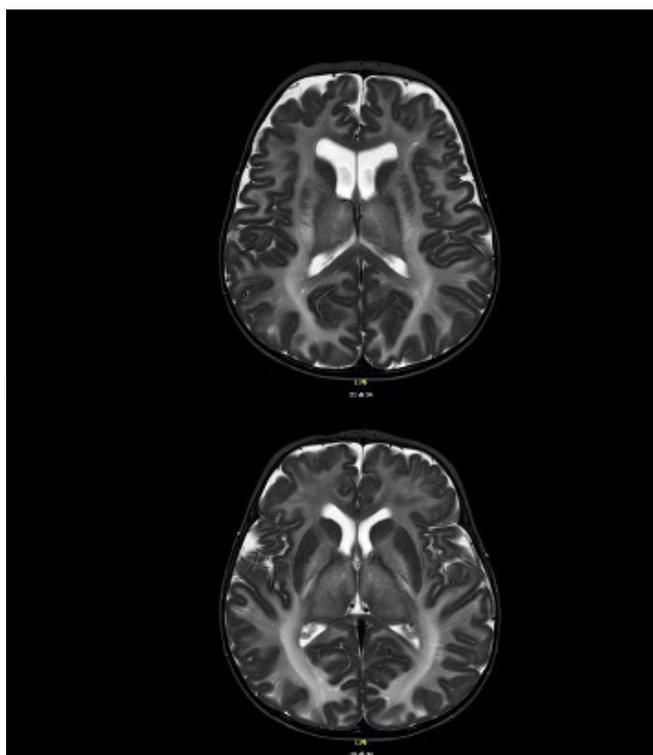


Figura 3. RM encefalo della paziente a circa 6 mesi di vita. Visibile edema intramielinico e coinvolgimento dei nuclei pallidi, dei talami e dei nuclei dentati.



Figura 4. RM encefalo della paziente a circa 6 mesi di vita. Si noti l'incremento dell'NAA alla spettroscopia.

Non è disponibile, al momento, una terapia risolutiva. La presa in carico è orientata alla gestione dei sintomi e si basa sul sostegno all'alimentazione, eventualmente con sondino o gastrostomia quando insufficiente o non più sicure l'alimentazione orale, sulla fisioterapia per migliorare il quadro muscolare e ridurre/evitare le contratture, sui farmaci anti-comiziali per la gestione dell'epilessia e sulle terapie rivolte al miglioramento delle capacità comunicative. Sono in corso trial di terapia genica e ricerche sulla terapia enzimatica sostitutiva [4].

La diagnosi differenziale si pone con altre condizioni neuro-metaboliche che condividono con la malattia di Canavan alcuni aspetti neurologici, clinici e/o del neuroimaging: La sindrome di Alexander, la malattia di Van der Knaap, la leucodistrofia metacromatica, la acidemia glutarica di tipo 1, la malattia di Krabbe, la malattia di Tay-Sachs, la gangliosidosi GM2 tipo 2 e mitocondriopatie come la sindrome di Leigh.

Il commento

Il caso di G. evidenzia come la valutazione globale del paziente senza tralasciare la storia clinica e in particolare le traiettorie di sviluppo e di crescita siano fondamentali per giungere a una diagnosi. Nel caso di G., infatti, l'esame delle sole curve di crescita staturponderali era compatibile con il sospetto diagnostico iniziale di malattia da reflusso esofageo/sindrome di Sandifer, mentre l'esame della curva di crescita della circonferenza cranica, unita a un attento esame della storia clinica e alla ricostruzione dell'andamento dello sviluppo psicomotorio della piccola, ha permesso di orientare l'attenzione sull'origine neurologica del problema consentendo di porre una corretta diagnosi in tempi rapidi e permettendo di avviare la piccola, ancora paucisintomatica, a trial di terapia genica. Altro aspetto meritevole di considerazione è come una sintomatologia gastroenterologica, nel giusto contesto, possa essere la spia di una patologia neurometabolica.

Il caso dimostra anche come il contributo dell'analisi genetica riesca, qualora eseguita in tempi brevi, a dare una conferma della diagnosi clinica e di laboratorio, permettendo l'inserimento in trial sperimentali, quando disponibili.

Dal caso e dalla letteratura abbiamo imparato che...

Una sintomatologia clinica seppur suggestiva di una condizione specifica va sempre valutata nel contesto generale clinico-anamnestico del paziente.

La misurazione della circonferenza cranica deve far parte dell'esame clinico di routine del bambino, in quanto parte integrante dell'esame neurologico e possibile spia di problematiche del neurosviluppo.

I test genetici, anche in aggiunta a test di laboratorio o strumentali, consentono sempre più il raggiungimento di una dia-

gnosi eziologica specifica consentendo, laddove disponibili, trattamenti o partecipazione a trial terapeutici che possono modificare la storia naturale della malattia nei pazienti. ■

Gli autori dichiarano di non avere conflitto d'interesse. Gli autori dichiarano di non aver contemporaneamente inviato il lavoro ad altra rivista.

Bibliografia

1. Matalon D, Matalon KM, Matalon R. Canavan disease. In: Rosenberg RN, Pascual JM, eds. Rosenberg's Molecular and Genetic Basis of Neurological and Psychiatric Disease (Sixth Edition). Academic Press, 2020:909-916.
2. Pleasure D, Guo F, Chechneva O, et al. Pathophysiology and Treatment of Canavan Disease. Neurochem Res. 2020 Mar;45(3):561-565.
3. Bley A, Denecke J, Kohlschütter A, et al. The natural history of Canavan disease: 23 new cases and comparison with patients from literature. Orphanet J Rare Dis. 2021 May 19;16(1):227.
4. Wei H, Moffett JR, Amanat M, et al. The pathogenesis of, and pharmacological treatment for, Canavan disease. Drug Discov Today. 2022 Sep;27(9):2467-2483.

Contributi per i 50 anni dell'ACP: la voce dei soci

Abbiamo dedicato questo numero speciale della rubrica Focus ai 50 anni della nostra associazione. A un gruppo di soci rappresentativi dell'università, dell'ospedale, della pediatria territoriale e dei giovani pediatri è stata chiesta una riflessione su come hanno vissuto e vivono l'ACP e il suo percorso.

Buona lettura e buon compleanno ACP!

La redazione

We dedicated this special issue of the Focus column to the 50th anniversary of our Association. A group of representative members from university, hospital, primary care pediatrics and young pediatricians were asked to reflect on how they have experienced and are experiencing ACP and its journey.

Happy reading and happy birthday ACP!

The editorial staff

Francesco Accomando, Scuola di Specializzazione in Pediatria, Bologna

Faccio parte di ACP da pochi anni. Non ho vissuto i primi anni dell'associazione ma ho avuto il piacere di leggere, nei primissimi numeri di *Quaderni acp* (del 1994), una parte dell'interessante storia dell'associazione. Interessante e, aggiungerei, curiosa perché riporta ideali e obiettivi dell'epoca che sembrano scontati al giorno d'oggi: "Si dibattevano le nuove idee: figuratevi, idee scandalose come quella che i genitori potessero stare in Ospedale vicino ai bambini, o come quella che la sperimentazione scientifica non potesse essere fatta se non col consenso informato e per qualcosa che comprendesse il vantaggio anche del bambino soggetto alla sperimentazione, o di come fosse il rapporto tra il bambino e la città, o di come dovesse essere quello con le case farmaceutiche" (F. Panizon). Nonostante i numeri risalenti a ormai trent'anni fa e già con i sentimenti nostalgici degli (per me altri tempi) anni Settanta, si ritrovano fra le righe concetti moderni, ancora attuali e che ancora si leggono, si discutono, si affrontano nella pediatria d'oggi. Eppure ACP ha saputo mantenere gli stessi ideali di quando è nata, tenendosi al passo con i profondi cambiamenti della medicina e della pediatria, integrandosi agli aspetti puramente accademici, di linee guida e buona pratica clinica, trattando temi di attualità, di informazione e di cultura.

Proprio leggendo, per curiosità, le prime riviste di ACP ho trovato i nomi dei grandi della pediatria italiana e qui riporto una frase del professore Sereni riguardo al primo numero di *Quaderni acp*: "Vi è un mix che mi sembra ottimale tra notizie societarie, informazione politica e aggiornamento medico": è proprio questo uno dei motivi che mi ha spinto all'adesione ad ACP, ritenendo possa essere complementare al mio percorso di specializzazione, che ancora mantiene uno stampo principalmente accademico. Eppure, l'abilità di ACP di saper trattare di temi attuali, di assistenza, di ambiente, di integrazione, di cultura è stata duramente criticata da alcuni giovani colleghi che hanno trovato la rivista e l'associazione meno "formativa" ri-

spetto ad altre realtà pediatriche. Credo, tuttavia, che ACP sia nata e mantenga ancora oggi l'obiettivo di integrarsi al pensiero scientifico: non ritengo sia possibile imparare la professione di pediatra solo studiando dai sacri testi o dalle riviste internazionali che, seppur aggiornate, restano asettiche rispetto ai contesti culturali e, soprattutto, scollegate dai problemi attuali che solo un'associazione locale e nazionale può diffondere e saper affrontare. Il tutto senza citare i numerosi progetti nati anche grazie agli ideali che contraddistinguono ACP, come Nati per leggere, o promossi dai singoli gruppi di ricerca e di lavoro oltre che dai diversi gruppi regionali.

Detto ciò, naturalmente consiglierai a tutti i miei giovani colleghi di iscriversi e avvicinarsi ad ACP in quanto ritengo che l'essere un bravo medico, un bravo pediatra non significhi soltanto essere aggiornati da un punto di vista scientifico con lo studio delle ultime linee guida, ma anche essere inseriti nel contesto socioculturale, consapevoli dei problemi fortemente legati alla nostra professione e del bisogno di supporto qualificato al bambino e alle famiglie, aspetto che è parte della cura e della salute in pediatria. Sono sicuro che ACP saprà sempre essere aggiornata e pronta ad affrontare le sfide dei prossimi cinquant'anni (che, a differenza dei precedenti, potrò vivere anch'io), "Conservando, finché sarà capace, la voglia di rinnovarsi" (F. Panizon).

Un sentito ringraziamento ai grandi pediatri di cinquant'anni anni fa per il loro contributo alla pediatria italiana.

Giuseppe (Peppe) Magazzù, pediatra universitario, Messina

Cosa ricordi dei primi anni di vita dell'ACP (se li hai vissuti) o cosa ti hanno raccontato (se hai conosciuto l'ACP solo più recentemente) di quegli anni? Gli ideali, le motivazioni, gli obiettivi e le persone che le hanno dato forma e sostanza.

Li ho vissuti sin dalla sua fondazione e ho avuto la sensazione netta che stesse nascendo una nuova pediatria fatta da accademici illuminati che erano capaci di concepire una pediatria che si sarebbe arricchita di "specialità" mirate alle reali esigenze del bambino, e avrebbe arricchito la formazione non solo dei medici in formazione ma anche di quelli che già lavoravano in ospedale e sul territorio. Farei un torto a qualcuno di questi se dimenticassi di citarlo, per cui mi piace ricordare a nome di tutti Fabio Sereni, primo Presidente dell'ACP. Una citazione a parte però la voglio fare per Pasquale Alcaro, invitando chi non lo avesse fatto a leggere in *Quaderni acp* 2012(2) la descrizione della nascita della rivista che l'ACP realizzava (*Medico e Bambino*) trent'anni prima. Nella descrizione di Alcaro si può percepire per intero l'entità di una vera rivoluzione culturale e le emozioni e aspettative che questa suscitava. Sono indimenticabili i Congressi di Copanello, coordinati da Alcaro dove qualunque pediatra aveva acquisito la consapevolezza del diritto a una formazione mirata a fronteggiare i veri problemi del bambino e a partecipare alla discussione che caratterizzava quei congressi, in stridente contrasto con quelli accademici rivolti, il più spesso, alle esigenze di chi parlava e non di chi ascoltava per imparare. Questo era ancora più vero perché rivolto soprattutto alla pediatria delle Regioni meridionali che presentavano le criticità maggiori, prima di diffondersi ad altre Regioni. Uno spartiacque che colpiva e influenzava i giovani pediatri, quale io ero, era l'abolizione dei conflitti di interesse con le industrie che ispirava il Congresso di Copanello. Le prime attività editoriali della associazione – i su menzionati *Medico e Bambino* e *Quaderni acp* – rappresentavano i coerenti strumenti di una nuova formazione rivolta alle reali esigenze del bambino ma basata rigorosamente sulla lettura attenta della letteratura scientifica internazionale e prima ancora del Nelson. Pur avendo intrapreso la carriera accademica, sono certo che alla mia formazione ha contribuito in maniera rilevante l'ACP – con contributi paritari della componente ac-

cademica, di quella ospedaliera e del territorio – creandomi una sorta di appartenenza a un'associazione che si distaccava da quelle ufficiali accademiche distratte da altri interessi.

In questi cinquant'anni il mondo è cambiato radicalmente e con esso anche la pediatria. Ritieni che l'ACP si sia mantenuta al passo con questo cambiamento e i presupposti che l'hanno vista nascere siano ancora attuali?

Sì, l'ACP si è mantenuta al passo del cambiamento del mondo e della pediatria, e i presupposti che l'hanno vista nascere sono ancora più attuali.

Quali sono, secondo te, le caratteristiche che rendono riconoscibile oggi l'ACP e che la rendono diversa o complementare alle altre società scientifiche pediatriche?

Delle tre componenti della formazione, il saper essere è quello più riconoscibile dell'ACP, ma la complementarietà, per questo aspetto, non si realizza purtroppo con le altre società scientifiche pediatriche, laddove questo dovrebbe costituire la priorità della formazione sin da quella nel corso della Scuola di Medicina.

Aderiresti nuovamente all'ACP oggi, oppure consiglieresti a un tuo collega di avvicinarsi all'ACP? Perché e con quali attese?

Il mondo e la pediatria che sono cambiati impongono una formazione in linea con le novità ma il saper essere medico, che deve prevedere un tempo adeguato all'ascolto, all'esame obiettivo, alla scelta ragionata e informata della eventuale prescrizione e soprattutto della presa in carico delle persone, peculiarità dell'ACP, resta fondamentale. Associazioni come l'ACP trovano in tutto questo la ragione di esistere anche in futuro. Promuoverei in ACP la diffusione dei principi portanti dell'associazione al di fuori, affinché questi possano influenzare la formazione medica sia nelle Scuole di Medicina che, precocemente, nel corso della Specializzazione.

Franco Mazzini, pediatra di famiglia, Borghi (FC)

Era impensabile fare il pediatra a Cesena senza essere iscritto ad ACP e non dividerne ideali e obiettivi. Per il rispetto e l'ammirazione rivolta a Giancarlo Biasini, uno dei miei maestri (che io affettuosamente consideravo il PRIMATE perché molto di più che il PRIMARIO), e ad Arturo Alberti, pioniere della pediatria di famiglia in Romagna.

Appena laureato, durante gli anni della specializzazione, ho iniziato a partecipare alla vita di ACP avendo modo di imparare il mestiere del pediatra frequentando il reparto pediatrico di Cesena.

Mi ha sempre affascinato il progetto “fare meglio con meno” e ho particolarmente apprezzato il metodo clinico “step by step” che i “pediatri più esperti” ci proponevano, valorizzando noi colleghi più giovani.

La lettura di *Quaderni*, la partecipazione ai “mercoledì di aggiornamento” in reparto con la discussione dei casi clinici e la presenza ai momenti congressuali hanno alimentato la mia curiosità e la mia passione verso questa professione.

La scelta di sviluppare le mie competenze dedicandomi al master triennale in Adolescentologia clinica e preventiva è stata “veicolata” da Francesco Ciotti e da Massimo Farneti, che mi hanno investito di un ruolo clinico e di responsabilità affidandomi l'Ambulatorio aziendale di medicina dell'adolescente.

La forte connessione e continuità tra ospedale e territorio – tra pediatria di famiglia, di comunità e ospedaliera – ha rappresentato il disegno di rete assistenziale che ha permeato il mio pensiero maturato in ACP. Il mio modo di operare è stato sempre rivolto alla collaborazione tra colleghi, nella totale assenza di contrapposizioni o sovrapposizioni artificiose tra diverse professionalità.

Dopo avere ricevuto tanto è arrivato poi il mio momento di assumere incarichi associativi più strutturali. Mi sono impegnato come Presidente di ACP Romagna e Consigliere nazionale cercando di connettere l'ACP alle altre società scientifiche pediatriche, considerando il pericolo di ritenersi un “circolo di illuminati” e investendo fortemente sulla formazione multi-professionale e multidisciplinare.

Gli ultimi anni hanno visto grandi cambiamenti nelle interazioni sociali e, a mio avviso, le politiche sanitarie hanno sofferto di scarsa lungimiranza e programmazione. Penso che ACP abbia inteso queste criticità e abbia realizzato l'importanza di rinnovarsi nel tempo, diversificandosi all'interno di uno scenario che mette sempre più a rischio il concetto di equità nelle cure e porta a esasperare le disuguaglianze.

A mio avviso i colleghi più giovani hanno difficoltà a valorizzare il senso di appartenenza a un gruppo con forte identità qual è l'ACP, forse preoccupati dall'impegno etico o perché i grandi maestri stanno scomparendo e vengono sostituiti dalla cultura digitale di facile utilizzo ma spesso poco qualificata.

Augurerei a ogni pediatra di crescere dentro ACP, un gruppo di “amicizia operosa” e di qualità morale e scientifica e pertanto il minimo che posso fare è cercare di coinvolgere le nuove generazioni di medici, trasmettendo l'entusiasmo che ho maturato in questi anni di vita pediatrica all'interno della nostra associazione.

Giuseppe Pagano, pediatra ospedaliero, TIN Verona

Cosa ricordi dei primi anni di vita dell'ACP (se li hai vissuti) o cosa ti hanno raccontato (se hai conosciuto l'ACP solo più recentemente) di quegli anni? Gli ideali, le motivazioni, gli obiettivi e le persone che le hanno dato forma e sostanza.

Essendo nato nel 1974, l'anno della fondazione di ACP, sono stato uno dei tanti che l'ha conosciuta attraverso i buoni maestri che ho avuto il privilegio di incontrare durante gli anni della scuola di specializzazione a Messina; tuttavia non li ho conosciuti da subito come “pediatri ACP”. Erano solo dei “buoni maestri” di una pediatria “autentica, onesta, coraggiosa, colta, coerente e libera” dalla quale ero profondamente attratto, poco digeribile da parte di certi ambienti universitari, ma che mi ha donato molto, moltissimo allora come in ogni giorno che è e che viene. Da queste persone e dal loro modo di vivere la pediatria ho appreso lo spirito dell'ACP, sperimentando non tanto cosa fosse l'associazione ma soprattutto cosa volesse significare “essere un pediatra ACP”. Un giorno rimasi stupito quando uno di loro, un professore, mi disse: “Non credere a quello che ti dico e che ti dicono gli altri, ma verificalo sempre aprendo il Nelson; tranne pochissime cose in medicina, per tutto il resto c'è sempre il tempo di aprire il Nelson”. In fondo voleva dirmi di non cedere alla lusinga dell'eminenza e dell'autoreferenzialità, ma abituare me stesso a imparare a mettere in discussione prima di tutto le mie conoscenze, le mie idee e a condividerle con tutti, come tutti loro facevano ogni giorno nel proprio contesto ambulatoriale o ospedaliero. Si sa, impariamo dai buoni esempi più che dai buoni consigli.

Cosa ti ha indotto ad aderire all'ACP e in quali aspetti hai ritenuto rispondesse al tuo modo di intendere la pediatria?

Ho scelto di aderire all'ACP per l'immagine di pediatria, lo ripeto ancora, “autentica, onesta, coraggiosa, colta, coerente e libera” che volevo far mia; sentivo di voler condividere questi ideali, non utopie, ma ideali realizzabili e realizzati ogni giorno da ciascuno di quei buoni maestri di cui parlavo. Ho sperimentato che esiste la possibilità di costruire un mondo diverso anche vedendone i risultati da medico specialista, quando ho avuto l'opportunità di lavorare a Cesena, l'altra esperienza con pediatri ACP che mi ha segnato in maniera sensibile. Volevo continuare a vedere non solo le “malattie dei bambini”, come ti insegnano sin dalla Scuola di Medicina, ma sforzar-

mi di allargare lo sguardo cogliendo la visione d'insieme e allo stesso tempo i particolari del mondo dell'infanzia: il bambino inserito nei suoi contesti, i suoi bisogni di salute, le relazioni e le dinamiche parentali e soprattutto come una buona "organizzazione" dei processi possa rispondere con efficienza ed efficacia a tutto questo.

In questi cinquant'anni il mondo è cambiato radicalmente e con esso anche la pediatria. Ritieni che l'ACP si sia mantenuta al passo con questo cambiamento e i presupposti che l'hanno vista nascere siano ancora attuali?

Ho un più breve scorcio di tempo al quale guardare per coglierne i cambiamenti e credo che i presupposti per l'esistenza di una società scientifica come l'ACP c'erano allora, come adesso: la decadenza culturale, l'eminenza dei cattivi maestri, l'attenzione sommaria all'età pediatrica, la dissociazione di visione fra ospedale e territorio, il governo del sistema sanitario che si presenta sempre di più come un mantello rammendato qui e lì, piuttosto che una protezione per i bambini, l'incoerenza di molti medici che hanno sacrificato gli ideali di cui sopra sull'altare della strada facile di riconoscimenti fatui. Tutto questo continua ad avere ripercussioni su genitori, bambini, università, società in generale e sta portando alla snaturazione di quello siamo chiamati a essere *qui e ora*. L'ACP ha tuttavia saputo mantenere la gran parte dei suoi obiettivi iniziali, forse portati avanti con modalità un pò diverse rispetto al passato, ma sempre al passo con i tempi; ha provato a fare lo sforzo di trovare in questi anni nuove strategie per comunicare ai giovani medici, anche se non in tutti i contesti italiani che ho conosciuto ciò è avvenuto alla stessa maniera e nella piena consapevolezza degli ideali originari.

Quali sono, secondo te, le caratteristiche che rendono riconoscibile oggi l'ACP e che la rendono diversa o complementare alle altre società scientifiche pediatriche?

Non sono così sicuro che oggi ACP sia così nettamente riconoscibile rispetto alle altre società scientifiche, come lo era un tempo. Avverto una strana tendenza che potrebbe farle correre il rischio di non essere più un'alternativa reale e tangibile per i giovani pediatri. La speranza sta nei suoi ideali e nella percezione che, anche con alcune criticità, riesce a costituire per me lo stesso modello che era un tempo, perché ACP non è fatta solo di statuti, regolamenti, formazione, pubblicazioni, è fatta anche di tanti professionisti, che vivono ogni giorno secondo gli stessi ideali di pediatria sottolineati in precedenza, nonostante la difficoltà e a volte la "solitudine" che da questo ne deriva. Sono proprio questi modelli, presenti in ospedali, ambulatori, distretti sanitari territoriali che continuano a saper costituire a oggi un'alternativa straordinaria, un esempio di saper essere oltre che di sapere e saper fare e, con essi, la memoria sempre viva di coloro che non ci sono più, le cui storie e il cui esempio tangibile costituiscono un manifesto, il "manifesto del pediatra ACP".

Aderiresti nuovamente all'ACP, oggi, oppure consiglieresti a un tuo collega di avvicinarsi all'ACP? Perché e con quali attese?

Sì, assolutamente, non vedo un'altro modello di pediatria per quanto mi riguarda. Non consiglio a nessuno di iscriversi ad ACP ma mi sforzo di trasmettere ai colleghi più giovani quello che, all'inizio del mio percorso di pediatra, mi ha permesso di scegliere in maniera consapevole questo ideale di pediatria "autentica, onesta, coraggiosa, colta, coerente e libera". Perché oggi come cinquant'anni fa, nonostante cambino i contesti, i momenti storici, i bisogni, la società, una cosa rimane costante: osservare l'infanzia nella sua globalità e da diversi punti di vista. Questo è qualcosa che è nel DNA di ACP e non potrà essere mai cancellato almeno fino a quando ci sforzeremo di

"essere realmente dei pediatri ACP" privi di autoreferenzialità e pieni di voglia di studio, con un approccio scientifico, amanti del confronto e della critica, con il duplice sguardo allargato e focalizzato sui bisogni reali dei bambini e delle loro famiglie in una società e in un mondo che cambiano a velocità impressionante.

Letizia Rabbone, pediatra di famiglia, referente ACP Milano e provincia

Cosa ricordi dei primi anni di vita dell'ACP (se li hai vissuti) o cosa ti hanno raccontato (se hai conosciuto l'ACP solo più recentemente) di quegli anni? Gli ideali, le motivazioni, gli obiettivi e le persone che le hanno dato forma e sostanza.

Considero l'ACP la mia casa da oltre trent'anni, la casa dove svolgo il mio lavoro, dove lo progetto, dove mi confronto, dove imparo. Dove penso a cosa è meglio per quel singolo bambino, con la sua storia, le sue fragilità e i suoi punti di forza. Una casa in cui sto bene, una casa nella quale, come in tutte le famiglie, si discute, si sogna, si sta insieme perché ci sono ideali condivisi e il tentativo di vivere eticamente la pediatria, ma anche la vita, come diceva e ha continuato a dirci il professor Panizon. La prima volta che ho conosciuto l'ACP è stato in mezzo alla nebbia, nel 1988 al Congresso a San Donato Milanese. Ero in specialità a Melegnano, con il professor Perletti, uno dei fondatori dell'associazione, che aveva organizzato il Congresso. Gilberto Bonora, allora suo collaboratore, grande e umile maestro, dal quale ho imparato che si deve studiare sempre, senza mai pensare, neanche per un giorno, di sapere, mi aveva consigliato di iscrivermi. Al Congresso c'erano gli altri fondatori: il professor Panizon, che vedevo per la prima volta, e che mi affascinava su *Medico e Bambino*, il professor Masera, presso la cui clinica avevo frequentato i primi anni di Specialità e il professor Sereni. C'era il professor Biasini, che ci ha sempre dato il senso della realtà e delle cose che si devono fare, senza se e senza ma, nell'interesse del bambino. Questi maestri avevano intuito nel 1974 che era necessario costituire un'associazione che si occupasse di diffondere la cultura dell'età evolutiva, guardando non solo agli aspetti fisici, ma anche psicologici e sociali del bambino, facendo formazione permanente ai pediatri ospedalieri e del territorio, favorendo l'aggregazione e la ricerca. Al Congresso c'era Gigi Acerbi, che credeva in un mondo in cui a tutti i bambini, anche a quelli poveri, si doversero dare le cure migliori, insomma la *nurturing care*, e c'era anche Federica Zanetto, che è attenta a tutti, che crea legami buoni tra le persone ed è tutt'ora il mio punto di riferimento. E poi Giorgio Tamburlini con il suo sguardo alto sulle cose, Lucia Castelli, con la sua mente lucida e generosa. E tanti altri, che avevano una cosa in comune, e che non ho trovato da nessun'altra parte: la voglia di fare bene, anche a costo di discutere, a volte litigare, a costo di mettere in dubbio un protocollo o una procedura, a costo di non farsi sponsorizzare o accettare contributi economici.

Cosa ti ha indotto ad aderire all'ACP e in quali aspetti hai ritenuto rispondesse al tuo modo di intendere la pediatria? E quali sono, secondo te, le caratteristiche che rendono riconoscibile oggi l'ACP e che la rendono diversa o complementare alle altre società scientifiche pediatriche?

Ho capito che era, per me specializzanda, il mio sentiero, come dicono gli inglesi *my lane*. Da allora ho cercato di mantenere questo sentiero, e di non perdermi un Congresso o un numero di *Quaderni acp*. La caratteristica che rende l'ACP riconoscibile e diversa dalle altre società scientifiche è che è fatta di volti, di persone, di idee, di ideali. Dal professor Panizon ho imparato che la pediatria può essere una passione, come la musica. Da Paolo Siani che anche fare il pediatra in un certo modo è fare politica. Da Arturo Alberti che l'ACP ha tante anime, tutte belle e che si può e si deve creare ponti su temi buoni

comuni. Da Anna Maria Moschetti che ci vuole coraggio per andare in fondo alle cose. Da Michele Gangemi e Patrizia Elli che a comunicare bene si può imparare. Da Antonella Brunelli che la pediatria sul territorio non è solo quella di famiglia e che allargare lo sguardo crea connessioni importanti. Da Laura Reali che è etico essere rigorosi e precisi nel fare formazione. E ho letto i bei libri di Francesco Ciotti. I saluti e gli abbracci ogni anno al Congresso non li perderei per nulla al mondo, penso a Megi Clerici, Daniela Corbella, Francesca Siracusano, Sergio Conti Nibali e Isodiana Crupi, che lavora in Sicilia, nel paese vicino a quello di mio papà, il mio posto del cuore.

Ho avuto la fortuna, nel 1994, che gli amici di Milano e Monza, che avevano costituito il gruppo locale (Salvatore Curto, Mario Narducci, Laura Mauri, Federica Zanetto, Angela Biolchini, Luciano Scotti, Aurelio Nova), mi chiedessero di unirmi a loro. Sto lavorando ancora adesso con loro e con tutti i colleghi che, come me, si sono aggiunti (tra loro Giusi de Gaspari, Raffaella Schirò, Chiara di Francesco, Lucia Di Maio, Sara Casagrande) per condividere le problematiche del lavoro quotidiano, fare formazione e, quando possibile, ricerca in pediatria. Negli ultimi anni al nostro gruppo si sono aggiunte alcune colleghe giovani, piene di entusiasmo e di idee. Di questo gruppo però voglio dire anche dei direttivi a casa mia, mangiando e bevendo insieme e condividendo anche i racconti delle nostre vite in tutti questi anni, belli e faticosi. Con Angela, Aurelio e Giusi abbiamo anche vissuto l'avventura del PUMP, con Giacomo Toffol, Beppe Primavera, Stefania Manetti, Federico Marolla, Laura Todesco, Silvia Zanini, Laura Reali, Edoarda Trillò, che ci ha lasciato, e la mitica Elena Uga, con la sua bambina al seno. Abbiamo lavorato insieme al libro (quante serate insieme per il Capitolo 7!) cercando anche di diffondere con interventi pubblici e nelle scuole l'attenzione all'ambiente per la salute dei bambini.

In questi cinquant'anni il mondo è cambiato radicalmente e con esso anche la pediatria. Ritieni che l'ACP si sia mantenuta al passo con questo cambiamento e i presupposti che l'hanno vista nascere siano ancora attuali?

Sicuramente in questi ultimi cinquant'anni il mondo e la pediatria sono cambiati, ma credo che i valori e i presupposti su cui si fonda la nostra associazione siano immutabili, e siano la bussola che guida il lavorare, ma anche il vivere bene. Negli anni ACP si è evoluta, con i progetti di ricerca, le FAD, l'adesione a progetti di cooperazione nazionale e internazionale, si confronta e collabora con società scientifiche come ECPCP, Unicef, Save the Children, SINPIA, CSB, per nominarne alcune.

Cerco di far sentire la sua voce riguardo a tempi importanti e attuali sulla salute fisica e mentale dei bambini e sulla riorganizzazione delle cure primarie, lavorando sul grande tema della *nurturing care* in tutti i suoi aspetti.

Quaderni acp è sempre sul pezzo, con contributi di alto livello su temi di attualità in ambito sia clinico sia sociale.

A livello di gruppi locali, a volte con fatica, si cerca di diffondere il più possibile le buone pratiche.

Aderiresti nuovamente all'ACP, oggi, oppure consiglieresti a un tuo collega di avvicinarsi all'ACP? Perché e con quali attese?

Riflettendo sul mio percorso, L'ACP ne è stata e sarà sempre una parte fondamentale perché oltre a promuovere cultura pediatrica, propone un modo etico di essere medico, ma anche persona (sempre citando il professor Panizon, che parlava di "sapere, saper fare e saper essere"). Certamente consiglieresti di aderire all'ACP a un collega che si affaccia alla professione o a un collega, magari un po' stanco o demotivato. Lo sto cercando di fare come referente del mio gruppo. Bisogna, a mio parere, coltivare la nostra associazione come un giardino, tenendo vivi gli alberi più grandi, ma anche facendo crescere

nuove piante, che danno e che daranno frutto se affascinate da questo sguardo alto, profondo, sincero.

Arianna Turriziani Colonna, specializzanda in pediatria

Cosa ricordi dei primi anni di vita dell'ACP (se li hai vissuti) o cosa ti hanno raccontato (se hai conosciuto l'ACP solo più recentemente) di quegli anni? Gli ideali, le motivazioni, gli obiettivi e le persone che le hanno dato forma e sostanza.

Ho conosciuto l'ACP grazie all'università dove mi sto formando come pediatra (Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Gemelli di Roma). Grazie al nostro precedente direttore di Scuola di Specializzazione (il professor Zampino), nel corso degli anni, durante la formazione, ci siamo giovati di un programma di lezioni frontali settimanali in cui erano coinvolti come docenti diversi pediatri dell'ACP, con focus sulle cure primarie pediatriche. Grazie a un accordo stipulato con la nostra Scuola di Specializzazione i colleghi più giovani hanno anche avuto l'opportunità di frequentare regolarmente l'ambulatorio di un pediatra ACP. Io l'ho fatto *mea sponte*. È così che mi sono avvicinata all'ACP. Le persone che ho conosciuto dell'associazione, molte delle quali l'hanno vissuta nei suoi primi anni di attività, mi hanno raccontato come piano piano, grazie all'entusiasmo, al desiderio di conoscenza e alla passione per la salute dei bambini, hanno posto un mattoncino dopo l'altro per "espandersi" e divulgare la buona medicina. Menziono anche con sincerità che la quota associativa più che simbolica riservata allo specializzando è stata un ottimo incentivo.

Cosa ti ha indotto ad aderire all'ACP e in quali aspetti hai ritenuto rispondesse al tuo modo di intendere la pediatria?

L'ammirazione per la dedizione e l'impegno profusi dai pediatri ACP nel loro lavoro mi ha spinto a entrare a far parte di questa realtà. Li considero da sempre "pediatri illuminati". Ho conosciuto prevalentemente pediatri di famiglia ACP e questo mi ha permesso di capire che voglio seguire la loro strada in campo professionale ovvero dedicarmi alle cure primarie pediatriche. Mi ha colpito come nel setting dell'ambulatorio del pediatra di libera scelta, così lontano dall'università e dalle dinamiche ospedaliere (nel bene e nel male), loro siano in grado di incarnare una pediatria sempre entusiasta e soprattutto aggiornata. Per quanto io non abbia le competenze per esprimere giudizi, ho avuto sempre la percezione che i pediatri ACP svolgano la loro attività assistenziale con alta qualità. Sono quindi una loro ammiratrice e prendo la loro *forma mentis* come esempio per la mia costruzione professionale. Inoltre, aderire all'ACP, grazie alla rivista *Quaderni acp*, ai congressi organizzati e agli stimoli che continuamente ricevo da quando sono "coinvolta", mi permette di rimanere a mia volta aggiornata e di creare legami e rapporti preziosi per un confronto futuro.

In questi cinquant'anni il mondo è cambiato radicalmente e con esso anche la pediatria. Ritieni che l'ACP si sia mantenuta al passo con questo cambiamento e i presupposti che l'hanno vista nascere siano ancora attuali?

Sì, anche se ho conosciuto l'ACP solo da pochi anni, ritengo sia un'associazione decisamente al passo con i tempi. Parlando con i pediatri ACP, assistendo alle lezioni e al congresso dell'associazione, non ho mai avuto la sensazione di obsolescenza, anzi ho sempre pensato che tutto fosse molto ben calato nella realtà attuale e, ancor di più, nel futuro. Ho visto anche impegno da parte dei membri nel coinvolgere colleghi giovani come me, proprio per passare il testimone alle nuove generazioni e migliorarsi continuamente tenendo presente anche il loro parere.

Quali sono, secondo te, le caratteristiche che rendono riconoscibile oggi l'ACP e che la rendono diversa o complementare alle altre società scientifiche pediatriche?

L'ACP si contraddistingue, a mio avviso, per l'interesse esclusivo verso la salute dei bambini e delle famiglie, senza condizionamenti economici esterni di alcun tipo. Tutti i pediatri membri che ho conosciuto sono grandi lavoratori, persone empatiche, umane, ciascuno con la sua unicità ma tutti accomunati da una grande stimabilità e dalla passione per la propria attività quotidiana. Sono spesso presenti sia come relatori sia come uditori a congressi nazionali e internazionali dove portano contributi freschi e attuali. La loro attività di apprendimento, di ricerca e di divulgazione non è confinata a un ambito della pediatria, bensì a ogni sua sfaccettatura, dall'inquinamento ambientale ai dispositivi digitali all'allattamento al seno. Spaziano dalle tematiche sempre esistite alle sfide del terzo millennio, in ambiti (come l'uso dei device digitali o l'identità di genere) che raramente si affrontano anche nelle strutture ospedaliere universitarie. E tra i pediatri ACP c'è

una bella rete di scambio e di aiuto reciproco, complice forse anche il fatto di conoscersi da molto tempo. La caratteristica della genuinità, secondo me, contraddistingue questa associazione come nota di spicco.

Aderiresti nuovamente all'ACP, oggi, oppure consiglieresti a un tuo collega di avvicinarsi all'ACP? Perché e con quali attese?

Sì, aderirei nuovamente all'ACP, oggi con maggior consapevolezza e gratitudine di tre anni fa. Parlo spesso ai miei colleghi dell'associazione e provo anche a coinvolgerli nelle iniziative ove possibile. Credo nella sua attività e nei suoi scopi per cui mi è naturale coinvolgere in questo viaggio persone che stimo. Immagino inoltre il bisogno che ha l'associazione di energie sempre nuove e giovani oltre alla visibile voglia dei pediatri più esperti e maturi di trasmettere il loro entusiasmo e le loro conoscenze a nuove leve. Spero che si ampli sempre di più la rete di pediatri aderenti all'ACP, per poter camminare con loro e continuare a costruire e a investire per la salute dei bambini e delle famiglie. ■

Nuove linee guida italiane per il colon irritabile nei bambini

blister

La sindrome dell'intestino irritabile (IBS) è un disturbo gastrointestinale funzionale la cui prevalenza è ampiamente aumentata nella popolazione pediatrica negli ultimi due decenni. Si stima che negli ultimi venti anni in Italia questa condizione sia stata la causa di visite e accertamenti sul 5-10% dei piccoli, con un costo stimato per il SSN di 2.500-3.500 euro annui per paziente.

L'esatto meccanismo patofisiologico alla base dell'IBS è ancora incerto, la diagnosi e gestione costituiscono quindi ancora una sfida per il pediatra.

Esperti di quattro società scientifiche italiane tra cui SIGENP hanno partecipato alla stesura delle linee guida, producendo un documento in 22 dichiarazioni sia sulla diagnosi sia sulla gestione dell'IBS nei bambini, con lo scopo di limitare il ricorso indiscriminato a esami invasivi e inutili e l'utilizzo di farmaci di dubbia efficacia.

Queste linee guida suggeriscono una strategia diagnostica positiva all'interno di un approccio basato sui sintomi (diagnosi quindi essenzialmente clinica secondo i criteri di Roma IV), con una valutazione completa delle comorbidità psicologiche e dei segnali di allarme per patologie organiche.

Fra gli esami diagnostici sono indicati i test sierologici per la celiachia e, in caso di diarrea, la calprotectina fecale e la proteina C-reattiva. Non sono indicati in genere i test per intolleranze/allergie, l'esame delle feci per patogeni enterici o per l'overgrowth batterico intestinale.

La colonscopia è raccomandata solo nei pazienti con segnali di allarme.

La consensus suggerisce anche di escludere la stipsi in caso di mancata risposta terapeutica.

Per quanto riguarda il trattamento, si suggerisce fortemente un approccio dietetico, la presa in carico/trattamento psicologico laddove richiesto (comprese tecniche di rilassamento) e, in condizioni specifiche, neuromodulatori del sistema nervoso intestinale, sotto supervisione specialistica.

Per quanto riguarda i probiotici e l'integrazione con specifiche fibre, la raccomandazione è opzionale e il livello di evidenza è basso. Il PEG ha raggiunto la raccomandazione di consenso per sottotipi specifici di IBS (con stipsi). Secretagoghi e agonisti 5-HT4 non sono raccomandati. Alcune terapie alternative complementari, potrebbero essere prese in considerazione in casi specifici: gli antispastici (in aggiunta alle altre terapie raccomandate in caso di scarsa efficacia), in sottotipi IBS specifici la loperamide (in caso di diarrea, per brevi periodi) e la rifaximina (in caso di stipsi resistente alle altre terapie).

- Di Nardo G, Barbara G, Borrelli O, et al. Italian guidelines for the management of irritable bowel syndrome in children and adolescents: Joint Consensus from the Italian Societies of Gastroenterology, Hepatology and Pediatric Nutrition (SIGENP), Pediatrics (SIP), Gastroenterology and Endoscopy (SIGE) and Neurogastroenterology and Motility (SINGEM). Ital J Pediatr. 2024 Mar 14;50(1):51.

Relazioni familiari a distanza

Francesca Balestra

Psicologa e psicoterapeuta, Centro Bolognese di Terapia della Famiglia

La parola alla pediatra

Ho incontrato la prima volta la famiglia di Samira alla sua nascita, 14 anni fa. Madre e padre, coetanei, impiegati, nati in Turchia, hanno seguito le rispettive famiglie in un progetto migratorio che li ha portati a vivere qui in Italia in età scolare. A distanza di 8 anni da Samira è nato Amir, il secondogenito e la madre ha smesso di lavorare per dedicarsi a tempo pieno all'accudimento familiare.

Negli anni, in occasione delle visite dei figli in ambulatorio, il padre aveva più volte raccontato la sua profonda insoddisfazione nei confronti della propria condizione lavorativa, economica e sociale, che considerava estremamente frustrante e senza possibilità di crescita. Dopo circa 18 mesi dalla nascita di Amir, ha quindi deciso di trasferirsi in Germania, per lavorare in un piccolo ristorante etnico avviato da alcuni cugini. Ha visto nell'opportunità di raggiungere i propri familiari all'estero e lavorare con loro una chance di miglioramento da cogliere senza indugio.

La madre, in accordo con il marito, ha deciso di rimanere nella città dove era cresciuta, dove la figlia maggiore frequentava la scuola elementare e in cui vivevano anche i nonni e gli zii, per poi valutare eventualmente col tempo se affrontare insieme ai figli il trasferimento all'estero. È stato solo in occasione di una richiesta di aiuto da parte della madre, quando Amir aveva circa 2 anni, che sono venuta a conoscenza del nuovo assetto familiare. Amir aveva iniziato a comportarsi in modo irrequieto, a essere aggressivo nei confronti della sorella, a rifiutarsi di stare seduto a tavola durante i pasti, di mangiare le pietanze che aveva accettato fino a pochi mesi prima e di andare a dormire la sera all'ora abituale.

In seguito, per farsi aiutare, la mamma ha iniziato a coinvolgere sempre più spesso i nonni nella routine familiare quotidiana e ha deciso di iscrivere il figlio al nido. Il suo è stato un inserimento estremamente graduale perché, per molte settimane, Amir si è rifiutato di allontanarsi dalla figura materna e ha manifestato il proprio disagio al distacco con pianti prolungati e inconsolabili.

Quando ho rivisto Amir dopo qualche mese, in occasione di una visita per malattia acuta, la mamma mi ha riferito che, con i cambiamenti introdotti, le cose a casa andavano meglio sia per lei sia per i bambini, e che anche i nonni erano molto contenti di poter essere più partecipi nella vita dei nipoti e della figlia. I contatti con il papà venivano mantenuti attraverso videochiamate quotidiane, alle quali però lui, a detta della mamma, partecipava in modo frettoloso e poco volentieri.

A un anno e mezzo dalla partenza, a causa di disaccordi con i familiari con cui lavorava, il padre è rientrato definitivamente in Italia. Pochi mesi dopo la mamma mi ha contattata per chiedermi di certificare le numerose assenze da scuola di Samira, giustificate da malesseri che non avevano richiesto sul momento il consulto medico, perché si erano sempre risolte in pochi giorni, ma che, sommate tra loro, mettevano a rischio la promozione all'anno scolastico successivo. Da un incontro con la ragazza in ambulatorio è emerso che Samira era molto preoccupata da quando il papà era rientrato in Italia,

perché lui era spesso arrabbiato, assente o disinteressato, criticava aspramente sia la mamma sia i figli e anche motivi futuri innescavano liti violente e offese verbali. Tutto questo la faceva stare molto male, al punto che spesso rimaneva a casa per giorni. Dietro mia indicazione, Samira ha seguito un percorso psicoterapeutico, che ha richiesto il coinvolgimento di entrambi i genitori. Solo in seguito sono stata informata della diagnosi di depressione che era stata formulata anni prima al padre di Samira e Amir e che lui aveva sempre rifiutato.

Riflettendo sulla storia di questa famiglia, nella quale alle difficoltà legate alla separazione e alla distanza a seguito di un processo migratorio, si aggiungono elementi di complessità e di malattia, mi sono interrogata su quali siano le criticità e i rischi che possiamo intercettare nelle famiglie che perdono la vicinanza fisica e su come il pediatra può essere un aiuto nell'attivarne le risorse.

La parola alla psicologa

La situazione presentata dalla pediatra intercetta un fenomeno dalle molteplici sfaccettature, quello delle famiglie a distanza, in cui i rapporti sono vissuti senza poter contare sulla costante presenza fisica dei componenti del nucleo familiare. I membri di una famiglia possono trovarsi a vivere lontani a causa di tipologie di lavoro che richiedono un'assenza per periodi di tempo definiti (come nel caso dei militari in missione), per eventi imprevedibili (per esempio nel caso dell'arresto di uno di essi) o per scelte di tipo economico e/o di miglioramento della propria condizione di vita che portano uno o più di essi a spostarsi in un altro luogo. Sebbene ognuno di questi diversi scenari comporti sfide e compiti specifici per affrontare le mutate condizioni familiari, vi sono tuttavia alcuni aspetti che accomunano tutte le famiglie a distanza e che riguardano la necessità di riorganizzare i ruoli di cura e la gestione del vissuto di ambiguità dei confini familiari che ne deriva [1].

Quando le famiglie unite affettivamente non possono più contare sulla presenza fisica dei loro membri si trovano sia a dover organizzare redistribuendo ruoli e responsabilità tra i membri rimasti, sia a cercare un modo per mantenere vivo il legame con la figura assente in modo diverso rispetto a quando potevano contare sull'assiduità della presenza fisica. Per le famiglie a distanza, la possibilità di continuare a cooperare come genitori è limitata, per quanto possibile, alla condivisione delle scelte educative o al sostegno reciproco, ma per l'accudimento in presenza il genitore che resta a casa si avvale anche del sostegno di altre figure appartenenti al più ampio contesto relazionale. Questo comporta che spesso per queste famiglie non sia facile, almeno per un periodo di tempo, definire chi fa parte della famiglia e da chi sono esercitati i diversi ruoli familiari. Qual è "la famiglia"? Quella quotidiana, basata sulla presenza di un genitore e di un caregiver esterno, ma in qualche misura temporanea, oppure la famiglia con la coppia coniugale e genitoriale, seppure a distanza? L'ambiguità dei confini che si crea può avere ripercussioni sia sul versante strutturale-organizzativo, sia su quello psicologico. Rispetto al primo punto, può accadere che le decisioni vengano postposte o non condivise, che le routine quotidiane vengano meno, che i compiti di cura non siano svolti e che alcuni familiari vengano ignorati. Dal punto di vista psicologico, invece, la confusione di ruoli e di confini può comportare un vissuto di colpa, ansia o passività, descritto da Boss [2] con il costrutto di perdita ambigua, che fa riferimento a quelle perdite che non sono completamente tali poiché le persone lontane permangono nel legame. Nelle famiglie a distanza, infatti, il genitore lontano è percepito come fisicamente assente ma psicologicamente presente, cioè in grado di ricomparire nella vita familiare in un futuro più o meno determinato e attraverso l'uso dei mezzi di comunicazione. Questo tipo di perdita "incompleta" non sempre viene riconosciuta socialmente e gli stessi

soggetti coinvolti possono sentire come ingiustificati i vissuti di lutto che sperimentano.

La diade genitore-figlio che rimane a casa quando un genitore non è più fisicamente presente conta spesso sull'aiuto di un terzo esterno alla famiglia che si propone come supporto nella gestione dei figli. Tuttavia, poiché il genitore assente è psicologicamente ancora presente e raggiungibile con i diversi mezzi di comunicazione, le relazioni tra genitore presente e figli si giocano contemporaneamente sia con il caregiver esterno, che con il genitore distante. Il compito in queste famiglie è dunque quello di far coesistere i processi familiari che si realizzano in presenza (es. la cura quotidiana) e quelli che si realizzano a distanza (es. le scelte educative). Per riuscire a prendersi cura delle relazioni tra caregiver in presenza, caregiver a distanza e figli, integrandole tra loro, è necessario considerare che esse sono interdipendenti. La relazione con il genitore a distanza, infatti, sarà tanto più positiva quanto più il genitore in presenza e/o il caregiver esterno saranno in grado di valorizzarla e riconoscerne l'importanza; allo stesso modo, la possibilità di affidarsi al caregiver esterno, dal punto di vista sia organizzativo sia affettivo, è legata al riconoscimento che quest'ultimo riceve dal genitore in presenza e dal genitore a distanza, il quale deve poter sentire di delegare parte delle sue funzioni senza venirne espropriato.

Pur considerando le difficoltà psicologiche che i membri di queste famiglie si trovano a vivere per la natura della distanza che li separa e per le dinamiche connesse a questa, è necessario precisare che non sempre l'esito di queste situazioni è patologico. Sono numerose le famiglie che riescono a superare con successo le insidie della lontananza e a trovare un equilibrio relazionale soddisfacente. Oltre alla capacità della famiglia di ripensarsi secondo le mutate esigenze, sui diversi esiti agiscono anche fattori legati al tipo di separazione. Nel caso proposto dalla pediatra, il padre di Samira e Amir è emigrato volontariamente con il desiderio di migliorare le condizioni di vita della famiglia. Tutte le famiglie i cui membri, a seguito di una migrazione, vivono per un arco di tempo separati gli uni dagli altri in Paesi differenti vengono definite "transnazionali": i legami familiari, infatti, non si interrompono con la partenza di un genitore, ma si "allungano" attraverso i confini geografici accompagnando lo sviluppo familiare. La complessa dinamica relazionale che si crea in questa situazione mette alla prova le famiglie. Da una parte, per i genitori che partono e scelgono di migrare, avere la possibilità di prendere delle decisioni per il proprio benessere e quello dei propri familiari contribuisce ad attenuare il senso di perdita dei legami affettivi. Dall'altra, svolgere il proprio ruolo familiare a distanza genera preoccupazione e ansia per il timore di non essere genitori e partner sufficientemente presenti. Per i figli avere un ruolo marginale nella scelta migratoria può favorire sentimenti di confusione e abbandono [3]. Per i familiari rimasti nel Paese di origine, minori contatti o meno sostegno da parte di chi è partito causano sofferenza e una sensazione di perdita. La ricerca ha tuttavia mostrato che l'angoscia e i vissuti negativi possono essere sperimentati in maniera molto differente dalle famiglie transnazionali a seconda dell'influenza di tre fattori specifici [4]: le norme culturali, il grado di capacità a svolgere il proprio ruolo familiare e la più o meno incerta possibilità di ricongiungimento.

Per quanto riguarda le norme culturali, provenire da una comunità in cui l'esperienza del transnazionalismo è comune può facilitare l'adattamento cognitivo e psicologico alla lontananza, poiché i membri della famiglia trovano maggiore comprensione e supporto nel contesto sociale di riferimento. Un ulteriore fattore protettivo è dato dall'appartenere a una cultura in cui le responsabilità connesse alla cura dei figli sono condivise da più persone: in questi casi la flessibilità dei confini è una premessa culturale e fa sì che membri della famiglia

diversi dai genitori possano assumere il ruolo di caregiver primario senza mettere in discussione la composizione stessa della famiglia. Culture dove è radicato un modello familiare in cui all'uomo è associata la responsabilità del sostentamento economico alla famiglia e alla madre le responsabilità di cura possono mitigare gli effetti della migrazione maschile poiché i vissuti di angoscia si verificano solo quando il padre migrante non riesce a inviare un supporto economico sufficiente tramite le rimesse. Al contrario, questa ripartizione di ruoli di genere può risultare problematica quando a partire è la madre: la migrazione femminile mette in discussione sia la costruzione sociale di maternità basata esclusivamente sulla vicinanza fisica ed emotiva, sia l'idea di paternità fondata unicamente sul sostentamento economico [5].

Sentire di poter adempiere al proprio ruolo all'interno della famiglia e contemporaneamente di poter affidare i propri cari alle cure di altri è ciò che permette ai genitori migranti di sperimentare una minore ambiguità dei confini. Il raggiungimento di questo benessere è legato alla qualità del rapporto che si stabilisce all'interno del "triangolo di cura" che coinvolge il genitore migrante, i figli e il/i caregiver nel Paese di origine [6]. Poiché i genitori migranti hanno ridotte possibilità di verificare di persona il benessere dei loro figli e l'utilizzo che viene fatto del denaro inviato [7], il ruolo di coordinamento dei caregiver in presenza è di centrale importanza per ridurre il senso di estraneità o di abbandono che genitori e figli possono provare nel corso di una separazione prolungata. Spetta infatti a chi si prende cura in presenza gestire le rimesse e i regali, facilitare la comunicazione e dare un senso all'assenza del genitore secondo forme e modi appropriati all'età dei figli. In questo triangolo, i figli sviluppano un legame di attaccamento nuovo o più intenso con la figura accudente che rimane, e anche con le altre persone che entrano a far parte della loro quotidianità. La letteratura indica che le relazioni conflittuali tra il genitore emigrato e il caregiver possono minare l'autorità dell'intero sottosistema genitoriale e ridurre la frequenza dei contatti tra il genitore e i propri figli, impedendo a chi è a casa di applicare e far rispettare regole e limiti, e al genitore migrante di sentire che la propria voce e il proprio ruolo sono riconosciuti [3]. Le moderne tecnologie di comunicazione consentono alle famiglie transnazionali di rimanere in contatto tra loro, facilitando il mantenimento della presenza psicologica e, conseguentemente, il senso di appartenenza familiare [8]; le famiglie che riescono a sentirsi con più costanza possono sperimentare una perdita meno ambigua. La frequenza dei contatti, però, non pone necessariamente al riparo dalla riduzione del livello di intimità tra genitori e figli: le telefonate possono diventare routine che si svuotano di senso, spazi in cui vengono scambiate sempre le stesse informazioni [3]. La comunicazione transnazionale può creare cioè una sorta di bolla atemporale che ostacola la percezione dei cambiamenti che investono gli altri significativi e, più in generale, il loro contesto di vita [7].

La possibilità di un ricongiungimento, a lungo desiderata da molte famiglie transnazionali per mettere fine alle emozioni negative connesse alla lontananza, può rivelarsi anche un'esperienza destabilizzante, in cui si sperimenta un incremento del senso di ambiguità dei confini, soprattutto quando c'è l'aspettativa che il rientro del genitore migrante riporti la famiglia alla sua configurazione originale. Il ricongiungimento è un momento delicatissimo, che richiede la disponibilità a riconoscere che la famiglia da cui si è usciti non è più la famiglia in cui si torna. Dopo il periodo di lontananza ruoli, confini e identità vanno nuovamente negoziati: i coniugi sono chiamati a ridefinire il proprio rapporto regolando distanze e intimità, mentre come genitori riprendono i propri ruoli negoziando una nuova posizione per chi fino a quel momento ha aiutato il genitore presente a prendersi cura dei figli e che non può sem-

plicemente scomparire al ricomporsi della famiglia. Sul piano simbolico, infine, tornare insieme significa anche fare i conti con le esperienze vissute finché si era lontani e che per alcuni membri della famiglia possono essere state segnanti: eventi che hanno modificato la percezione che il genitore ha di sé stesso e degli altri e che inevitabilmente influenzano la qualità delle relazioni con gli altri membri della famiglia e la ripresa delle routine familiari.

Se, come dice Falicov [9,10], la casa è dove ci sono le persone e le cose che amiamo, nei vissuti delle famiglie transnazionali emerge tutta l'ambiguità di chi appartiene a *una* famiglia che occupa *due* mondi diversi. Una condizione di vita che non può essere compresa né facendo riferimento solo alle dinamiche che caratterizzano la famiglia nucleare, né con la sola focalizzazione sull'esperienza della migrazione, ma che richiede un diverso quadro di analisi per comprendere le relazioni familiari e definire interventi appropriati. Per sostenere le famiglie transnazionali è importante dunque prestare attenzione a tre dimensioni tra loro interconnesse: relazionale, comunitaria e sociopolitica. La dimensione relazionale ha a che vedere con la strutturazione di una nuova organizzazione familiare. In quest'area è importante che le figure professionali cui le famiglie si rivolgono considerino le interazioni tra tutti gli attori presenti e le dinamiche relazionali di interdipendenza che le caratterizzano, coinvolgendo l'intero sistema familiare separato geograficamente, ma psicologicamente unito. Questa parte del lavoro clinico può essere coadiuvata dalle nuove tecnologie di comunicazione che consentono di connettere la famiglia in presenza con i componenti distanti. Per le famiglie transnazionali un fattore importante è il legame con la comunità di appartenenza, sia esso reale o virtuale. Si tratta di un ulteriore tassello che può essere utile considerare nell'ecosistema terapeutico poiché esso può costituire sia una risorsa sia un vincolo per il benessere familiare. Sostenere le famiglie transnazionali, infine, significa anche considerare le differenze nei valori, nelle credenze e nei sistemi di significato che de-

rivano dalle appartenenze culturali, mettendo da parte l'imposizione acritica di norme considerate universali e interrogandosi sulle diversità che regolano sia i rapporti familiari, sia le interazioni con il contesto sociale. ■

Bibliografia

1. Balestra F. Ci sono, ma non qui. Vivere le relazioni familiari a distanza. In: Fruggeri L. Famiglie d'oggi. Quotidianità, processi e dinamiche psico-sociali. Carocci, 2018.
2. Boss P. *Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief*. Harvard University Press, 1999.
3. Rodriguez AJ, Margolin G. Parental incarceration, transnational migration, and military deployment: Family process mechanisms of youth adjustment to temporary parent absence. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2015 Mar;18(1):24-49.
4. Solheim CA, Ballard J. Ambiguous Loss Due to Separation in Voluntary Transnational Families. *Journal of Family Theory & Review* 2016;8:341-359.
5. Parreñas RS. *Children of global migration: Transnational families and gendered woes*. Stanford University Press, 2005.
6. Suárez-Orozco C, Todorova IL, Louie J. Making up for lost time: The experience of separation and reunification among immigrant families. *Fam Process*. 2002 Winter;41(4):625-643.
7. Bonizzoni P, Boccagni P. Care (and) circulation revisited: a conceptual map of diversity in transnational parenting. In: Baldassar L, Merla L. *Transnational families, migration and the circulation of care: Understanding mobility and absence in family life*. Routledge, 2013.
8. Bacigalupe G, Lambe S. Virtualizing intimacy: Information communication technologies and transnational families in therapy. *Fam Process*. 2011 Mar;50(1):12-26.
9. Falicov CJ. Emotional transnationalism and family identities. *Fam Process*. 2005 Dec;44(4):399-406.
10. Falicov CJ. Working with transnational immigrants: Expanding meanings of family, community, and culture. *Fam Process*. 2007 Jun;46(2):157-171.

f.balestra@yahoo.it

Elezioni ACP 2024/2027

Care socie e cari soci,

vi ricordiamo che sono aperte le votazioni per il rinnovo delle cariche elettive ACP.

Alla presidenza si ricandida Stefania Manetti per un nuovo mandato, al consiglio direttivo si candidano: Elisabetta Dalla Gasca, Claudia Mandato, Guido Marinelli, Maria Letizia Rabbone.

Le votazioni saranno attive fino alle ore 12 del 20 settembre, si svolgeranno esclusivamente online e potrete esprimere le vostre preferenze collegandovi all'area riservata del sito dell'ACP con le vostre credenziali. Dopo l'accesso troverete nella parte sinistra della schermata la voce "Votazioni".

La pediatria di Melegnano ai tempi del professor Perletti

Intervista di Federica Zanetto¹ a Luigi Acerbi²

¹ Pediatra, Vimercate (MB)

² Pediatra, Lacchiarella (MI)

Siamo negli anni Ottanta-Novanta: è attiva la pediatria di famiglia; si prova ad aprire un confronto tra le varie professioni della cura del bambino; si cerca di orientare l'aggiornamento sui bisogni e di pensare alla formazione "oltre le mura ospedaliere"; si ragiona sul lavoro nel reparto pediatrico; la pediatria di famiglia scopre l'ambito psicosociale; si discute dei problemi organizzativi nei servizi; la pediatria delle cure primarie diventa ambito di formazione e ricerca; si organizzano incontri e convegni ragionati, mai occasionali; le riviste dedicate vengono pensate come servizio ai lettori.

Un fermento che ACP fa proprio e che traspare anche nell'esperienza che in quegli anni ha caratterizzato l'area lombarda di Melegnano nell'ambito della cura e della salute dei bambini. Lo testimonia l'intervista che segue a Luigi Acerbi, allora giovane pediatra operante presso la divisione di pediatria dell'Ospedale "Vizzolo Predabissi".

Negli anni Ottanta iniziava in Italia il processo di "umanizzazione" dei reparti di pediatria sulla spinta di una crescente istanza sociale. Nel vostro reparto il professor Ludovico Perletti è stato un primario attento e sensibile al miglioramento delle condizioni del ricovero ospedaliero del bambino e della sua famiglia. Con quali strategie?

Il professor Perletti è stato un illuminato interprete delle migliori tendenze della pediatria, capace di coglierle, interpretarle e attuarle, rendendole coerenti al contesto sociale, strutturale e lavorativo locale. Ha influenzato così in modo determinante la formazione professionale di noi giovani pediatri, favorendo esperienze e relazioni che han fatto crescere noi, ma soprattutto il reparto, ultimo e principale scopo della sua e della nostra aspirazione personale e di gruppo.

Il processo di "umanizzazione" si caratterizzava anzitutto per la presenza dei genitori in reparto: fino ad allora i bambini erano ricoverati in grandi stanze comuni senza genitori, che potevano entrare solo in determinate fasce orarie. Il reparto è stato riorganizzato con camere a due letti, per mamma e bambino piccolo o con patologia grave, camere a tre letti per bambini più grandi. Particolare attenzione è stata posta agli adolescenti ai quali erano riservate stanze dedicate. I genitori non solo avevano il permesso ma erano invitati a stare in reparto il maggior tempo possibile, perché bambini e genitori potessero giovare della presenza reciproca e il ricovero venisse vissuto come un evento meno traumatico.

Quanto ha interferito questo passaggio sul personale di reparto e sui rispettivi ruoli?

È stato un processo che ha richiesto tempo e impegno. Nelle prime fasi lo staff infermieristico ha sofferto del cambiamento del proprio ruolo, a cui veniva sottratta la cura d'accudimento fisico del bambino, in particolare del bambino piccolo: la presenza dei genitori veniva inizialmente avvertita come ingombrante, a volte fastidiosa, con richieste irritanti e fuori luogo.

Ma l'esperienza ci ha insegnato che la vicinanza dei genitori è stata un'utile fonte di collaborazione nella cura del bambino. La motivazione e la passione delle infermiere in reparto era fondamentale per la profonda competenza costruita sul campo. Erano precise ed efficienti nello svolgimento della loro mansione e anche di supporto per noi giovani medici neo-assunti perché si prendevano cura anche della nostra inesperienza in modo affettuoso e incoraggiante: capivano in modo rapido e intuitivo la gravità dei piccoli pazienti, sollecitavano la presa in carico immediata di questo o quel bambino, aiutavano e istruivano sulle manovre più difficili.

Anche per i medici la presenza dei genitori ha determinato la necessità di rivisitare il proprio ruolo. Il focus dell'attenzione del medico, che precedentemente era concentrato sul corpo malato del bambino, ha dovuto allargarsi alla mente affettiva del bambino e dei suoi genitori: un processo a tratti naturale e coinvolgente, a volte irto di difficoltà, legato alle ansie incontenibili dei genitori che si riversavano sul medico e il medico, senza una preparazione specifica, ha dovuto imparare a non esserne sopraffatto, a gestirle e contenerle. Tutto ciò ci ha portato a uno "sguardo allargato", tanto che alcuni di noi hanno poi scelto di dedicarsi esclusivamente alla pediatria sociale o alla cura della mente scegliendo la strada della neuropsichiatria infantile o della psicoterapia.

Collaborazione con la psicologa, i volontari ABIO, la stanza giochi, la scuola in ospedale sono stati ulteriori, significativi passi nella costruzione di un modello di fatto ancora valido sia pur in un diverso contesto sociale, culturale e sanitario...

Sì, certo. La psicologa dell'età evolutiva si dedicava ai bambini segnalati dall'équipe medica, alle loro famiglie e, nel tempo, anche alla formazione degli operatori. La differenza formativa delle professionalità medica e psicologica, nei primi tempi, ha portato anche a incomprensioni per l'arroccarsi di ciascuna parte su posizioni non dialoganti. La collaborazione ha tuttavia favorito sempre più conoscenza e reciproco ascolto, a vantaggio anzitutto dei bambini e delle famiglie.

Alle figure strettamente professionali operative in reparto si è poi aggiunta la presenza dei volontari ABIO, molto utile per alcune esigenze dei genitori, quali l'allontanamento momentaneo dal reparto o la necessità di sostenere un genitore in difficoltà. Lo spazio dedicato ai giochi dei bambini e la presenza di educatori della scuola dell'infanzia e di insegnanti della scuola primaria di primo e secondo grado permettevano ai bambini ricoverati di continuare la loro vita accanto alla malattia.

E voi, giovani medici assunti, protagonisti nel tempo di un completo ricambio generazionale, in che modo avete concretizzato una visione innovativa rispetto al futuro della pediatria?

Grazie alle capacità organizzative e professionali del professor Perletti, che già dai primi anni Settanta dava un nuovo impulso al reparto, si sono messe in moto, in varie direzioni, importanti iniziative legate alla prevenzione e alla clinica. Su sua indicazione specifica, come medici ospedalieri orientati alla conoscenza e alla collaborazione con le strutture e le figure professionali del territorio, abbiamo sostenuto un'attiva presenza nei consultori familiari, la cooperazione con i pediatri di base, l'organizzazione di incontri per favorire la partecipazione su temi riguardante il benessere e la salute del bambino e della sua famiglia. Abbiamo volto attenzione anche alle radio private locali, che in quegli anni iniziavano ad apparire, per dialogare su argomenti specifici riguardanti la crescita e la salute del bambino e per raccogliere pensieri, dubbi, domande, preoccupazioni della gente che ci ascoltava.

Queste sollecitazioni a conoscere e interessarci al mondo intorno a noi, determinavano una corsa a studiare e appron-

dire, stimolati e sostenuti anche da Gilberto Bonora, aiuto primario, persona preparata e generosa nel condividere la sua preziosa esperienza. Tutti noi avevamo una definita area d'interesse che ha portato alla creazione di ambulatori specialistici di gastroenterologia, nefrologia, urologia, neurologia, neuropsichiatria, allergologia, endocrinologia, ematologia, infettivologia. I medici erano sollecitati al confronto con specialisti di settore, nelle cliniche universitarie o attraverso l'affiancamento periodico di uno specialista in reparto. Venivano ricoverati bambini con tutte le patologie, escluse quelle tumorali e neurochirurgiche. Queste si inviavano a strutture di competenza, con le quali veniva intessuto un rapporto di scambi informativi e aggiornamento, per poter riaccogliere il bambino in una fase successiva, mai perdendo il contatto con la famiglia.

Anche il pronto soccorso pediatrico ha fatto parte di un modello organizzativo non comune in quel periodo per un ospedale a valenza territoriale?

Il primo approccio alle urgenze pediatriche, precedentemente di competenza del pronto soccorso generale, è stato affidato a un nuovo pronto soccorso esclusivamente pediatrico che ha coinvolto sostanzialmente tutto il personale del reparto. Questa scelta ha sicuramente migliorato la qualità del servizio offerto, pur a fronte di alcune criticità per la sproporzione tra una domanda in continua crescita e un organico solo parzialmente adeguato. La reciproca collaborazione ci ha permesso di sostenere e superare i momenti di maggior pressione, non senza un evidente affaticamento fisico e psicologico.

Era nostra consuetudine avere un rapporto il più possibile diretto e dialettico, non solo modulistico, con tutti i reparti e i servizi dell'ospedale, il laboratorio e la radiologia: a fianco al bambino durante l'esame, a fianco al radiologo durante l'interpretazione, sollecitando risposte tempestive, ragionandole insieme all'esperto. Il sistema di relazione/comunicazione all'interno di una struttura complessa come l'ospedale costituisce sicuramente un elemento di criticità che richiede disponibilità e impegno, ma che può dare un importante valore aggiunto all'attività professionale.

Formazione, aggiornamento, ricerca: con quali obiettivi e con quali modalità?

Partecipavamo a convegni e organizzavamo eventi. Avevamo un libero accesso all'acquisto di libri e di riviste che ampliavano la biblioteca del reparto e la nostra conoscenza. È stata incentivata la partecipazione a società scientifiche, a ricerche e a gruppi di lavoro scientifici regionali e nazionali. Oltre ai quotidiani momenti di confronto per la gestione clinica e organizzativa, almeno una volta alla settimana si svolgeva un incontro formale, finalizzato all'approfondimento di tematiche emergenti (gli incontri del martedì), sempre aperto a partecipazioni/contributi esterni. Abbiamo svolto attività didattica formativa per tutto il personale d'area età evolutiva della struttura sociosanitaria di cui facevamo parte, ma anche in ambito regionale e in qualche occasione nazionale, su specifiche tematiche, che nascevano dalla ricerca applicata alla pratica, dall'esperienza critica maturata nel nostro ambito di lavoro: non solo la clinica, ma anche il modello organizzativo, l'umanizzazione, l'equità distributiva delle risorse, l'integrazione intra ed extra ospedaliera, intra ed extra territoriale. Il rapporto con l'università è sempre stato presente anche se non predominante né subordinato. Ci sono stati scambi continui e proficui con la clinica De Marchi di Milano (in particolare con il professor Sereni) e con il polo universitario pediatrico di Monza, Milano Bicocca (in particolare con il professor Maserà), dove alcuni di noi hanno anche svolto attività didattica. Molti specializzandi di queste università hanno realizzato tirocini formativi presso il nostro reparto.

Il professor Perletti ha sempre avuto un grande interesse verso l'evoluzione della pediatria preventiva e clinica sul territorio nazionale. Quale ricaduta ha avuto questo su voi pediatri e sulle vostre modalità di lavoro?

È stata stabilita una relazione stretta con la rete dei servizi di assistenza primaria del nostro territorio, in particolare con i consultori familiari/pediatrici e con i pediatri di libera scelta, che proprio in quegli anni iniziavano la loro innovativa attività, forse unica nel panorama internazionale. Per un felice e proficuo periodo i pediatri di base erano direttamente coinvolti sia nell'attività dei consultori pediatrici (in questi alcuni identificavano la propria sede di lavoro), sia nell'attività di reparto (sono state anche previste frequenze settimanali periodiche all'interno del reparto con ruolo di cura e assistenza attivo). Ognuno di noi frequentava/operava nelle strutture del territorio e manteneva un contatto stretto con il personale dei distretti sociosanitari (pediatri di famiglia, assistenti sanitarie, assistenti sociali, educatori, psicologhe, psicomotriciste, logopediste, neuropsichiatri ecc.) cercando e realizzando un confronto tra ambiti professionali che non sempre riescono a incontrarsi e capirsi. Spesso si attivavano contatti con le scuole, i comuni o le associazioni di volontariato. Si creava così una rete di relazioni, anche personali, che apriva spazi mentali non solo a una diversa concezione della salute ma anche a una facilitazione e semplificazione degli iter diagnostici e assistenziali. Con il passar del tempo, per la maggior complessità delle prestazioni, qualcuno ha perso questo compito, che ha comunque continuato a far parte del proprio bagaglio professionale.

Quando un bambino entrava in reparto non era mai considerato esclusivamente per la malattia che aveva motivato l'accesso, ma veniva valutato per lo stato di salute psicofisica e sociale, cercando soluzioni/indicazioni che andassero al di là del problema contingente. Quando un bambino veniva dimesso, si garantiva la continuità di cura, non con semplici prescrizioni ma attivando i giusti riferimenti. Quando un bambino aveva un problema complesso, alle strutture territoriali era noto come e a chi si potesse far riferimento in ospedale.

All'interno del reparto, in realtà un presidio integrato, si sono sviluppate competenze che ci hanno permesso di svolgere un ruolo anche a livello nazionale e interregionale, presso sedi istituzionali e in autorevoli società scientifiche (SIP, ACP ecc.). Per esempio, in ambito ACP, su temi relativi alla pediatria di comunità, che in quegli anni costituiva una proposta attuale e innovativa.

Per molti anni il professor Perletti ha avuto strette relazioni e importanti ruoli presso la Regione Lombardia e il Ministero della Sanità, concretizzati anche in numerosi incarichi e nella redazione di diversi documenti d'indirizzo, in cui noi ci sentivamo spesso partecipi e coinvolti.

In quale contesto è nata questa esperienza?

Erano anni di conquiste sociali, di un benessere acquisito che alimentava un clima di fiducia e positività, la curiosità e la voglia di confrontarsi con nuove esperienze. Anni ben interpretati dalla Riforma Sanitaria del 1978 (l'allora famosa "legge 833") che ha sicuramente disegnato un contesto istituzionale e culturale avanzato: istituiva il servizio sanitario nazionale (SSN), superando l'iniqua e diseguale frammentazione delle mutue sanitarie e le liste caritatevoli dei poveri, curati dal medico condotto del Comune; ponendo al centro la sanità pubblica; valorizzando la prevenzione; limitando il mercato della sanità privata. Allora un enorme passo in avanti che oggi forse non riusciamo ad apprezzare sino in fondo o che ci appare ancora scontato, proprio mentre i suoi principi, etici e organizzativi, vengono progressivamente disattesi. Si fondava su ideali di universalità, uguaglianza ed equità e ha comportato per la prima volta in Italia l'estensione delle prestazio-

ni sanitarie a tutta la popolazione, senza alcuna differenza di reddito, professione, età, sesso, religione, classe sociale. Una riforma purtroppo mai compiutamente realizzata, ma che ha conosciuto in quegli anni il suo massimo impulso e la maggior volontà attuativa, politica e collettiva, grazie anche a un clima culturale più incline alla solidarietà. Parte di questo fermento è stato sicuramente interpretato e promosso dall'ACP che per noi, giovani medici in formazione, ha costituito un riferimento importante, animando il dibattito e il confronto a ogni livello, dal nazionale al locale, proponendo strategie, sostenendole e schierandosi nel merito.

Poi le politiche sanitarie sono progressivamente cambiate: la regionalizzazione, sempre più "differenziata"; l'aziendalizzazione, intesa più come gestione di un budget che di un inestimabile bene collettivo; il progressivo ridimensionamento della sanità pubblica; l'espansione del privato, delle assicurazioni, dei fondi sanitari e delle previdenze aziendali... che tanto ricordano le quasi dimenticate mutue sanitarie degli anni Cinquanta-Settanta (ben note al mai tanto attuale dottor/professor Guido Tersilli/Alberto Sordi del *Medico della mutua*, film del 1968 che sembra però figlio di una storia che si sta riavvolgendo).

Un altro ambito di interesse era la pediatria del mondo povero...

Molti di noi hanno avuto esperienze residenziali di cooperazione nei Paesi con limitate risorse, alcune per missioni brevi, molte durate anche più anni (India, Africa, America centrale, Europa dell'Est, Balcani). Questo è stato possibile anche gra-

zie a lunghi periodi di aspettativa che ci venivano concessi dal professor Perletti e soprattutto grazie a un'attenzione ai problemi di chi è escluso dalle cure e ne ha più bisogno. Un'attenzione nata anche dalle nostre consuetudini di lavoro a Melegnano, che ci ha trovati sensibili alle condizioni di mondi così lontani dai nostri modelli e dalla nostra potenzialità d'assistenza.

Possiamo concludere con alcune parole chiave come sintesi di un percorso in quegli anni davvero interessante, innovativo e originale?

Abbiamo condiviso *impegno*, *interesse* verso i bambini e le loro famiglie, *fiducia* nella medicina pubblica, *speranza* di promuovere un cambiamento, *desiderio* di curare nel senso più ampio di aver cura dell'altro. Tutto ciò ha portato a formare legami di *amicizia* che durano fino a oggi fra di noi e con il nostro primario.

Anche ai contenuti di quest'intervista, suggerita dal professor Masera per lasciare traccia della nostra esperienza, hanno contribuito i colleghi "storici" di tanti anni di lavoro intenso e appassionato: Alberto Andreoli, Luisa de La Pierre, Daniela Frattini, Luciana Luciani, Daniela Manzoni, Elena Pizzi. E ancora camminiamo insieme. ■

federica.zanetto@virgilio.it

L'ECOGRAFIA POLMONARE ED IL PEDIATRA: PERCORSO TEORICO PRATICO E QUADRI CLINICI PIÙ COMUNI

Giovedì 19 settembre (10.00/19.00)

Lo scopo di questo corso è fornire una panoramica sui principali campi di applicazione dell'ecografia polmonare in ambito pediatrico, partendo dal quadro di normalità. Dato che essa è utilizzata come estensione dell'esame clinico del bambino, le sessioni formative saranno sviluppate da pediatri che effettuano l'ecografia polmonare in vari setting assistenziali (pronto soccorso, reparti di pediatria, ambulatorio del pediatra di famiglia). Si partirà dalle conoscenze della letteratura scientifica e dai progetti di ricerca in essere sull'argomento favorendo, sia nella parte teorica che in quella pratica del corso, la più ampia discussione critica sull'argomento.

Destinatari

Tutti.

Numero max partecipanti: 28 (numero minimo: 16)

Programma

10.00 Registrazione partecipanti

10.20 - 10.40 Introduzione al corso

10.40 - 11.05 *Francesco Caprioli*, Oltre il fonendo: ambiti applicativi del POCUS e prospettive future

11.05 - 11.30 *Alberto La Valle*, Ecografia clinica cenni di semeiotica del polmone sano

11.30 - 11.45 Discussione

11.45 - 13.00 Parte pratica su polmone sano

13-00 - 14.30 **Pranzo**

14.30 - 14.55 *Gianluca Iovine*, Pocus: l'interstiziopatia dai primi giorni di vita all'adolescenza

14.55 - 15:20 *Andrea Apicella*, Pocus: Sindrome alveolare e patologia pleurica

15.20 - 15.35 Discussione

15.35 - 16.00 **Pausa caffè**

16.00 - 17.00 Diagnosi a colpo d'occhio

17.00 - 17.15 Discussione

17.30 - 19.00 Parte pratica su polmone patologico con casi clinici

Docenti del corso

Francesco Caprioli, pediatra di famiglia, ASL3 "Genovese"

Alberto La Valle, pediatra libero professionista, Genova

Gianluca Iovine, pediatria di famiglia, Modena

Andrea Apicella, pediatra ospedaliero, Napoli

Quote di iscrizione

€ 80,00 quota per chi partecipa solo al corso *

€ 50,00 quota per chi segue anche il 36° Congresso nazionale ACP

La quota comprende la partecipazione ai lavori e l'attestato.

* Il costo è relativo all'iscritto al solo corso e che non prosegue la formazione con la partecipazione al congresso nazionale (20-21 settembre).

Il pediatra è un mestiere difficile: storie raccontate e discusse da un gruppo di pediatri e neuropsichiatri infantili

Catherine Hamon¹, Francesco Ciotti², Micaela Bucci³, Giancarlo Cerasoli³, Mila Degli Angeli³, Nadia Foschi³, Marna Mambelli³, Antonella Stazzoni³, Francesca Vaienti³, Isabella Penazzi³, Chiara Bussetti³

¹Neuropsichiatria infantile, Forlì

²Neuropsichiatria infantile, Cesena

³Pediatra di famiglia, AUSL della Romagna

Dal 2022 il gruppo, costituito da due neuropsichiatri infantili e nove pediatri di famiglia della Provincia di Forlì-Cesena, si riunisce il primo lunedì di ogni mese per condividere le difficoltà del prendersi cura della famiglia e del bambino sin dalla più tenera età. Al racconto di una storia da parte di un pediatra segue il libero confronto nel gruppo per focalizzare i problemi e cercare le soluzioni. Gli incontri vengono tutti registrati. Si riporta la metodologia del gruppo e la prima storia che riguarda le difficoltà materne e il rischio neonatale di una madre paziente psichiatrica e i possibili interventi sulla relazione precoce.

Since 2022, the group, consisting of two child neuropsychiatrists and nine family pediatricians from the province of Forlì-Cesena, has met on the first Monday of every month to share the difficulties of caring for families and children from an early age. The telling of a story by a pediatrician is followed by free discussion in the group to focus on problems and seek solutions. The meetings are all recorded. The methodology of the group and the first story concerning maternal difficulties and neonatal risk of a mother psychiatric patient and possible interventions on early relationship are reported.

Premessa

Dopo la pandemia il gruppo di lavoro è nato su base volontaria, per proseguire analoghe esperienze portate avanti negli anni precedenti in Romagna da parte di Catherine Hamon con un gruppo di pediatri di Forlì [1] e da Francesco Ciotti con un gruppo di pediatri di Cesena [2]. Nel 2022 si è costituito un gruppo misto con pediatri di Forlì e Cesena e con entrambi i neuropsichiatri infantili, che si riunisce il primo lunedì di ogni mese presso la sala riunioni dell'ospedale di comunità di Forlimpopoli, con l'obiettivo di condividere le difficoltà del prendersi cura delle famiglie e dei bambini sin dalla più tenera età. L'idea di proporre questi incontri di condivisione ai lettori di *Quaderni acp* ci è venuta leggendo l'esperienza di Guido Prato Previde (*Gruppo Balint? Sì grazie*) sul primo numero del 2024 della rivista [3]. Perché non scrivere quello che facciamo? Può essere utile alla comunità dei pediatri? Ma prima di allora, oltre al *che cosa* facciamo, può essere utile anche premettere il *come*, che si differenzia dal metodo classico del gruppo Ba-

lint [4] e si avvicina di più al metodo libero della conversazione circolare del counselling di Bert e Quadriano [5].

Quello del pediatra è un mestiere. Al pediatra, come a un genitore che si cura del bambino o a un artigiano che si cura di un oggetto, sono necessari le mani, i sensi e l'anima. Le mani, i sensi, la tecnica insomma, si apprende dai maestri. E l'anima? Quella si apprende dai propri genitori e poi da tutti i maestri che incontriamo fino alla fine dei nostri giorni. Il mestiere del pediatra è difficile perché la sua anima si incontra con anime giunte quasi alla metà del cammino e con anime appena nate. In questo ciclo di apprendimento egli diventa perciò un maestro cruciale. Ha bisogno di un'anima salda e di fortificarla *in itinere* attraverso il confronto interprofessionale.

Nel nostro metodo, come risulta dalla fedele trascrizione degli incontri, la persona indicata con evidenza è il pediatra referente (PR) che racconta la storia di una famiglia. Al racconto seguono gli interventi dei partecipanti, che sono liberi e seguono la sola regola di rispettare il turno dell'altro, senza nessuna gerarchia. Essi sono indicati genericamente nella trascrizione con NP per neuropsichiatra infantile e P1, P2 ecc. per i pediatri partecipanti. Il metodo nasce dal pregiudizio che la relazione "sana" è quella paritetica e collaborativa, da cui è escluso ogni tipo di relazione gerarchica di dominanza-sottomissione. Quella fortifica l'anima di ciascuno, mentre l'altra mortifica e umilia, in ogni tipo di relazione, che sia di coppia, di cura medica o psicologica. Questo pregiudizio è parte anche della formazione dei due neuropsichiatri: psicodinamica per Catherine Hamon e cognitivo-sistemica per Francesco Ciotti. Nell'approccio psicodinamico, il contro-transfert [6] cioè la consapevolezza dei sentimenti (positivi e/o negativi) che il paziente fa sentire al pediatra viene utilizzato come strumento prezioso nella relazione con il paziente permettendo di mantenere una posizione accogliente e non collusiva. Nell'approccio cognitivo-sistemico [7] il terapeuta cerca di costruire con paziente e famiglia una relazione collaborativa di attaccamento sicuro che falsifichi le premesse di chi proviene da relazioni precoci di attaccamento coercitivo o abbandono.

Per lo stesso pregiudizio alla trascrizione dell'incontro non facciamo seguire nessun commento a posteriori o tentativo di conclusione, per il desiderio che la storia presentata lasci campo aperto alle riflessioni e agli interventi dei lettori, con la convinzione che la molteplicità dei punti di vista contribuisca liberamente al vedere meglio e allo stare meglio del pediatra e delle sue famiglie.

Il termine pregiudizio è qui inteso nell'accezione di Cecchin et al. [8], ovvero non come verità assoluta ma come punto di vista temporaneo e utile che interagisce costantemente con il pregiudizio dell'altro, come predisposizione alla nostra apertura al mondo e condizione per mezzo della quale costruiamo il dialogo intersoggettivo, una verità relativa che non è vincolo ma possibilità che è impossibile non usare e di cui dobbiamo avere consapevolezza. Nella convinzione che la molteplicità dei punti di vista e le loro differenze generano "informazioni" e quindi circoli virtuosi utili a promuovere il cambiamento.

La Madonna e la bimba che sorride

Il racconto della pediatra

La mamma è una paziente psichiatrica. Il padre è di cultura africana, parla inglese e un po' di italiano. I nonni materni abitano in un paesino della Romagna a circa trenta chilometri di distanza. Dopo il parto la mamma ha avuto un ricovero psichiatrico di quasi due mesi. La bimba, che ora ha quattro mesi, in quel periodo è stata a casa con il padre e la nonna materna, trasferita per la necessità. La mamma ha desiderato molto questo figlio, ma il padre non era molto d'accordo. La scarsa fedeltà della mamma alla politerapia farmacologica le avrebbe impe-

dito di restare incinta. Poi, aderendo invece alla terapia, sarebbe rimasta incinta. Come pediatra dalla nascita vedo la bimba circa ogni venti giorni, prima accompagnata da nonna e padre e, dal secondo mese, con la mamma dopo la sua dimissione. La mamma mi ha confidato il timore di trasmettere la sua malattia alla figlia e di poterle fare del male. All'ultimo controllo la bimba è bella e sorridente. La mamma dice che si accorge di non sorridere alla bambina e di avere fastidio di vedere la propria immagine allo specchio mentre la cambia. Le consiglio di togliere lo specchio perché può dare oggettivamente fastidio il costante confronto con la propria immagine, mentre cambia la bimba. Le ho consigliato di rivolgersi al Centro per le famiglie del Comune dove può incontrare delle altre mamme e, per processo di imitazione, sorridere di più. Lei aggiunge che a volte ha brutti pensieri sulla bambina, per esempio piange. Mi gelo. Le chiedo allora se sta vedendo con costanza il suo psichiatra e risponde che lo vede regolarmente una volta al mese. L'ultima visita tuttavia è stata recente ma antecedente ai pensieri nefasti e non gliene aveva parlato. Lo deve rivedere fra tre settimane. Le consiglio di anticipare l'appuntamento e le chiedo il numero di telefono del suo medico di base. Dice che non lo conosce perché lo ha cambiato di recente. Mi dà allora il numero del suo psichiatra. La settimana dopo ho cercato lo psichiatra: mi dice che la mamma nel frattempo non l'ha chiamato ma, dopo quello che gli ho detto, si ripromette di chiamarla lui stesso. Ci scambiamo i numeri di telefono e ci chiediamo se ci sono alternative al Centro per le famiglie. Lo psichiatra sa che la mamma ha chiamato la responsabile del Centro per le famiglie, ma non ci è ancora andata. Tra le alternative, ci diciamo, potrebbe esserci anche la possibilità di inviare un educatore al suo domicilio. Con la mamma sono d'accordo che può chiamarmi quando vuole a prescindere dall'appuntamento a venti giorni.

Il confronto

- NP. Forse si può dire alla responsabile del Centro per le famiglie che la cerchi attivamente lei. I gruppi di sostegno alla genitorialità del Comune funzionano molto bene, in alcuni casi anche con l'invio a domicilio di un educatore, di una baby sitter competente o di una mamma esperta volontaria.
- PR. La mamma in effetti è molto isolata e non ha amiche. Di lavoro faceva la parrucchiera e intende riprendere il suo lavoro in primavera, almeno nel fine settimana. In quei due giorni pensa di lasciare la bimba dai suoi genitori. Le ho chiesto se questo fatto era per lei motivo di sollievo o motivo invece di preoccupazione. Mi ha detto che le era piuttosto di sollievo perché sapeva che dai suoi la bimba era al sicuro.
- P1. E cosa le hai detto sul fatto che non riesce a sorriderle?
- PR. L'ho tranquillizzata con queste parole. In fondo la mamma è come la Madonna. I fedeli vanno in chiesa, vedono la statua della Madonna e le sorridono e l'adorano, anche se lei è ferma. Come la mamma per la bimba, anche la Madonna per i fedeli è una donna bellissima.
- NP. A volte con un genitore amimico la bimba può sorridere anche per attivare la mamma. Di fronte a una mamma depressa il bimbo può reagire o ritirandosi e spegnendosi o attivarsi moltissimo. Lei sembra essere una bimba competente.
- P2. Io le avrei parlato in modo esplicito della sindrome del bambino scosso. Magari lei non ne sa niente.
- PR. Io le ho chiesto se aveva delle idee o se aveva fatto o agito qualcosa. Dall'altro lato non volevo nemmeno darle suggerimenti, insomma in qualche modo istigarla senza volerlo.
- P2. Bisognerebbe dirle che può succedere di avere rabbia o sentimenti negativi, ma occorre che questi sentimenti negativi non diventino azioni negative.
- PR. A proposito della mamma, io avevo parlato anche coi colleghi ospedalieri su come si era comportata durante la prima settimana di degenza con la bimba. Mi hanno detto che teneva la bimba con sé in uno stato assente, quasi catatonico, tanto che le avevano tolto la bimba dalle braccia, mentre era nel letto, quando era in quello stato. Dopo quella settimana, la bimba è stata dimessa e la mamma trasferita in reparto psichiatrico.
- P2. Le chiederei cosa fa in quel momento in cui ha i brutti pensieri. Bisogna avvertirla del pericolo, in modo che non lo faccia, informarla anche attraverso gli opuscoli, i manuali che ci sono. In quel momento di crisi offrirle modi alternativi di esprimere la sua rabbia.
- PR. Davanti a lei io ho preferito che di questi pensieri ne parlasse col suo psichiatra, senza far diventare parole i suoi pensieri. Non ho volutamente esplicitato sul che cosa volesse o potesse fare.
- NP. Sono molto scettico sul dare formule prescrittive o informative dirette a un malato mentale. Non credo che funzionino.
- P3. Un'alternativa da offrire può essere suggerire alla mamma di iscrivere il bambino all'asilo nido.
- PR. Dovrebbe andarci a settembre prossimo anche in funzione della ripresa del lavoro della mamma
- NP. Il lavoro è fondamentale nella vita sociale di un malato mentale. Il lavoro poi la induce anche a pensare alla collocazione della sua bimba al Nido. Ma il padre in tutto questo?
- PR. Lavora tutto il giorno, a casa c'è poco, ma la mamma ne parla bene, molto bene, forse troppo. Al marito tuttavia non ha confidato i suoi brutti pensieri.
- NP. È bello che l'abbia detto alla sua pediatra. Sembra una donna molto consapevole in fiducia con la sua pediatra. Si tratta di poterle chiedere se a volte i pensieri sono sfociati in azioni di qualche tipo. Ma oltre ai nonni non ha altri punti di sostegno?
- PR. La mamma ha molta fiducia in sua madre. Ha accudito la nipote per i quasi due mesi della sua degenza. Ora la bimba vede la nonna circa una volta alla settimana. La mamma ha anche un fratello, con famiglia e figli, che vive in un altro Paese, non troppo distante dal suo. La mamma è indecisa se portarla o meno da suo fratello. Lei preferisce la sua mamma.
- NP. Quello che si può dire è che hai cominciato a costruire per loro, mamma e bimba, una rete importante, per esempio con lo psichiatra che la segue da tempo e che la vede molto spesso con frequenza mensile.
- PR. L'osservazione critica che si può fare è che né il servizio pubblico di psichiatria, dove lo psichiatra lavora, né l'ospedale si sono curati di costruire prima una rete con un progetto di dimissioni protette, anche perché dopo il parto la donna oltre alla crisi psichiatrica è stata ricoverata in rianimazione per delle crisi epilettiche. La bimba è stata dimessa dalla neonatologia a una settimana andando dalla nonna, la mamma quasi due mesi dopo, senza che ospedale e psichiatria abbiano attivato nessuna rete.
- P3. Il Centro per le famiglie si è attivato?
- PR. Ancora no.
- PR. Tornando alla rete, questa mamma, che è al primo figlio e non ha mai fatto la mamma, torna a casa dopo quasi due mesi e ritrova la sua bimba da cui è stata lontana per tutto quel tempo. Forse è normale che fatichi a fare la mamma. Perché l'ostetrica del consultorio pubblico non è andata al suo domicilio nel postparto?
- P1. La mamma non ha avuto o le è stato sottratto il tempo dell'imprinting per l'attaccamento.
- NP. Il paradosso è che se un neonato, per esempio prematuro, è ricoverato in TIN, ci si preoccupa della presenza

Tabella 1. Focus della storia: relazione bambino-madre paziente psichiatrica

Fasi di rischio della diade	Risorse di rete attivabili
Parto e isolamento psichiatrico della madre	Interazione psichiatria ospedaliera e pediatria ospedaliera per garantire il contatto madre-bambino
Ritorno a casa in solitudine e fantasie materne di inadeguatezza e/o ostilità	Interazioni psichiatra curante, pediatra di base, padre e famiglie di origine, servizi territoriali di sostegno alla genitorialità
Isolamento sociale della madre e del bambino dopo il puerperio	Ripresa del lavoro della madre Inserimento al nido del bambino

della mamma e del babbo in reparto accanto al bimbo per promuovere l'attaccamento. Ma in questi casi, seppure rari, in cui è la madre a essere ricoverata lontana dal bimbo, non ci si preoccupa di portare il bimbo dalla mamma. È un fattore di rischio aggiuntivo.

P1. È fondamentale ora che sia il Centro per le Famiglie ad attivarsi per contattare la mamma. Le famiglie a rischio vanno cercate e seguite. È la rete che va a cercare i pesci, non il contrario. Una rete protettiva, in questo caso.

PS della pediatra referente.

Qualche giorno dopo il nostro incontro del lunedì, lo psichiatra mi invia un sms in cui mi scrive che le infermiere della sua

équipe hanno parlato con la mamma, che ha iniziato la frequenza dei gruppi del Centro per le famiglie e si sta trovando bene e che infine i brutti pensieri non ci sono più stati... La rete ha trovato il pesce.

Nella **Tabella 1** sono riassunte criticità e risorse emerse dalla discussione del caso. ■

Bibliografia

1. Saletti A, Valletta E, Venturi V, Hamon C. Ti racconto una storia, aiutami a capire! Pediatri e psicoterapeuti allo stesso tavolo. Quaderni acp. 2012;19:114-116.
2. Ciotti F, Lambruschi F, Gangemi M, et al. Un'esperienza di formazione al counselling in ambulatorio pediatrico. Quaderni acp. 2006;13:218-221.
3. Previde GP. Gruppo Balint, sì grazie. Quaderni acp. 2024;31:28-29.
4. Balint M. The doctors, his patient, and the illness. Churchill Livingstone, 2005.
5. Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.
6. Palacio Espasa F, Manzano J, Zilkha N. Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambino. Raffaello Cortina, 2001.
7. Liotti G. Il concetto di sistema comportamentale fra etologia e psicologia clinica. Rivista di Psicologia Clinica. 1990;2:176-187.
8. Cecchin G, Lane G, Ray WA. Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia. Raffaello Cortina, 1997.

francescociotti1949@gmail.com

SI PUÒ FARE

Una formazione di qualità senza sponsor

Fad ACP 2018-2023

A cura di Michele Gangemi e Laura Reali



ACP edizioni, 2024

Dalla rivista *Epidemiologia e Prevenzione*, un invito alla lettura per i pediatri ACP

Numero 2-2024

Giacomo Toffol

Coordinatore Pagine elettroniche di Quaderni acp

Inizia da questo numero di *Quaderni acp* un nuovo inserto che riporta gli highlight dell'ultimo numero della rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia *Epidemiologia e Prevenzione*, frutto di un accordo tra l'Associazione italiana di epidemiologia e l'ACP che prevede uno scambio di segnalazioni per evidenziare e promuovere reciprocamente i temi di maggior interesse delle due riviste.

Abbiamo letto per voi il numero 2-2024 della rivista, ricco di spunti di sicuro interesse per i nostri lettori.

La crisi del sistema sanitario nazionale occupa le prime pagine della rivista, con una panoramica sulle priorità e sugli strumenti utili per valutare l'efficacia degli interventi e sulle possibili risposte a questa crisi di sistema. La discussione si basa sui contributi di numerosi ricercatori, i cui testi integrali vengono riportati in un apposito spazio sul sito della rivista. Ampio spazio, grazie anche al contributo di Laura Reali, viene dato anche ai rischi per la popolazione pediatrica. Segnaliamo un editoriale, dal titolo *Riflessioni quasi random sul SSN* in cui si dibatte sulle conseguenze di salute a livello di popolazione che possono essere causate da un peggioramento della qualità dell'assistenza del SSN. Conseguenze che, si rammenta, possono manifestarsi con una certa latenza perché, nonostante le difficoltà, il SSN è ancora in grado di rispondere in modo efficace a molti bisogni di assistenza, ma che saranno inevitabili se non si riuscirà a invertire l'attuale tendenza. Tra le cause di questo peggioramento vengono indicate il finanziamento economico insufficiente, la progressiva disgregazione territoriale, la dipendenza delle figure responsabili dai condizionamenti dei partiti politici, il rapporto tra pubblico e privato e la conseguente commistione di interessi, presente, e potenzialmente dannosa, anche all'interno delle strutture stesse del SSN, le carenze di personale.

Di sicuro interesse l'articolo che riporta i dati di un progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale in Italia (SPITOSS). Lo studio è basato sull'analisi delle 520 morti in utero avvenute tra luglio 2017 e giugno 2019 in tre Regioni italiane (Lombardia, Toscana e Sicilia). Si evidenzia un rischio significativamente aumentato per le donne di cittadinanza non italiana (RR: 1,39; IC95%: 1,13-1,71) oltreché per le gravidanze gemellari (RR: 1,59; IC95% 1,05-2,42) e le gravidanze ottenute con tecniche di procreazione medicalmente assistita (RR: 2,15; IC95%: 1,45-3,19). Significativo il fatto che la diagnosi di restrizione di crescita intrauterina ha riguardato il 10,3% dei casi e che la percentuale di feti con peso al di sotto del decimo percentile alla nascita è risultata almeno doppia a ogni epoca gestazionale.

Molto attuale anche un articolo sull'inquinamento da polveri sahariane, la cui intensità e frequenza è aumentata negli ultimi decenni in correlazione a cambiamenti nei modelli di circolazione atmosferica associati alla crisi climatica in corso. Diversi studi infatti hanno messo in evidenza un aumento delle polveri desertiche in associazione al riscaldamento globale, sia per l'aumento della desertificazione di alcune zone aride, sia per le alterazioni meteorologiche che determinano a livello planetario modifiche dello strato di rimescolamento dell'aria, anche conosciuto come planetary boundary layer (PBL). Nel nostro Paese le polveri sahariane contribuiscono in modo significativo ai livelli medi annui di PM10 e l'esposizione a esse può essere dannosa per la salute. Le analisi degli effetti sulla mortalità per causa hanno infatti messo in luce nei giorni "desertici" un incremento percentuale di mortalità (IR%) relativo alla frazione PM2,5-10, nota come frazione coarse (frazione prodotta soprattutto dalle sabbie sahariane), un incremento della mortalità per cause cardiache pari a 9,73 (IC95% 4,25;15,49) contro un IR% di 0,86 (IC95% 2,47;4,31) nei giorni "non desertici". Stime simili sono state ottenute per la mortalità per cause respiratorie, dove l'IR% dei giorni "desertici" sale fino a 19,43% (IC95% 0,34;42,15) contro l'8,67% (IC95% 4,14;23,19) nei giorni senza avvezione sahariana. Come nel caso delle ondate di calore, conclude l'articolo, i programmi di prevenzione dovrebbero disporre di sistemi di previsione e allerta e di interventi graduati in base al livello di rischio (per esempio, intensità del fenomeno e numero di giorni a rischio) e prevedere l'introduzione di interventi specifici rivolti ai sottogruppi a maggior rischio, tra cui bambini e neonati.

Segnaliamo ancora uno studio trasversale effettuato per indagare le criticità del processo della revisione tra pari, uno degli elementi fondanti della produzione scientifica moderna. Sono stati intervistati 516 professionisti del mondo sanitario, autori di pubblicazioni scientifiche e già attivi come revisori all'interno del processo di peer-review. Da quasi tutte le risposte emerge che il processo di peer-review viene considerato essenziale ma imperfetto, e che è necessario un dialogo costruttivo sul tema all'interno della comunità scientifica.

Numerosi altri contributi arricchiscono questo numero, spaziando dal tema degli screening oncologici a quello della valutazione di impatto sanitario (VIS), inclusa già dal 2006 nel decreto legislativo "norme in materia ambientale" e fondamentale per una maggiore protezione della salute collettiva prima della progettazione e costruzioni di grandi impianti potenzialmente nocivi per la salute.

Ricordando che la rivista è integralmente leggibile per gli abbonati dal sito <https://epiprev.it/>, vi auguriamo una buona lettura. ■

Info

Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

Utilizzo dei sistemi di sicurezza, seggiolini e/o adattatori, per il trasporto in auto di bambini

A partire dal 2011 la sorveglianza PASSI indaga anche l'utilizzo di seggiolini e/o adattatori per il trasporto in auto di bambini. Come proxy del "non utilizzo" o di un "utilizzo inadeguato" di questi sistemi, agli intervistati che dichiarano di vivere in famiglia con bambini fino a 6 anni di età viene chiesto se hanno difficoltà a farli sedere sul seggiolino o sull'adattatore. Nel biennio 2021-2022, 2 persone su 10 hanno riferito di avere difficoltà a far uso di questi dispositivi, di non utilizzarli affatto o perfino di non avere alcun dispositivo di sicurezza, pur viaggiando in auto. Nelle Regioni meridionali questa quota raggiunge il 28% (vs 20% nel Centro e 12% nelle Regioni settentrionali). Il non utilizzo, o l'utilizzo "inadeguato" dei seggiolini/adattatori per il trasporto dei bambini in auto, è più frequente tra le persone socialmente svantaggiate, per bassa istruzione o per difficoltà economiche (32% vs 17% fra le persone senza difficoltà economiche).

Fonte: Epicentro <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SicurezzaStradale>

Formule di proseguimento e di crescita

L'American Academy of Pediatrics ha pubblicato a ottobre 2023 un'analisi del razionale e delle prove relative all'uso delle cosiddette formule di proseguimento e di crescita, conosciute in Italia come formule di tipo 2 e 3 (a volte anche 4). L'articolo può essere scaricato liberamente al link <https://publications.aap.org/pediatrics/article/152/5/e2023064050/194469/Older-Infant-Young-Child-Formulas?autologincheck=redirected>. Data l'importanza dell'articolo, e delle sue conseguenze pratiche, abbiamo tradotto e riprodotto qui le cinque raccomandazioni con cui si conclude:

1. Per i bambini di età inferiore a 12 mesi, la porzione liquida della dieta dovrebbe essere fornita dal latte umano, o dalla formula infantile di tipo 1.
2. Per i bambini piccoli (bambini di età pari o superiore a 12 mesi), gli operatori sanitari dovrebbero consigliare una dieta varia con alimenti ricchi di tutti i nutrienti per ottimizzare l'apporto nutrizionale. Le formule di tipo 2 e 3 possono essere usate come parte di una dieta varia, ma non forniscono, nella maggior parte dei bambini, un vantaggio nutrizionale rispetto a una dieta ben bilanciata che includa latte materno (preferibilmente) e/o latte vaccino. Le formule di tipo 2 e 3 non dovrebbero essere promosse perché non hanno un ruolo specifico nell'assistenza di routine dei bambini sani e sono più costose del latte vaccino.
3. La commercializzazione delle formule di tipo 2 e 3 dovrebbe distinguersi chiaramente e inequivocabilmente da quella della formula di tipo 1 nei materiali promozionali, nei loghi, nei nomi dei prodotti e nelle confezioni. Il nome del prodotto non deve essere collegato in alcun modo alla formula di tipo 1 (numero, nome, immagine, colore) e deve essere etichettato come qualcosa di diverso, per esempio "bevanda" o "bibita" per bambini, anziché latte di proseguimento o crescita. Il posizionamento di questi prodotti sugli scaffali dei negozi non dovrebbe essere quello delle formule per lattanti.

4. Gli operatori sanitari devono essere incoraggiati a educare le famiglie su questi prodotti nel corso dei bilanci di salute per bambini sani.
5. Gli operatori sanitari dovrebbero compiere una valutazione nutrizionale mirata, prendendo in considerazione il consumo di alimenti ricchi di vitamine, minerali e ferro, e dovrebbero consigliare un aggiustamento dell'assunzione di alimenti e/o un'integrazione, se necessario.

Mense scolastiche: un servizio essenziale per ridurre le disuguaglianze

Save the Children Italia in collaborazione con l'Osservatorio sui conti pubblici italiani (OCPI) hanno pubblicato un policy paper che fornisce una stima di quanto costerebbe offrire il servizio mensa a una platea di minori più ampia di quella che attualmente ne usufruisce. Partendo dalla frequenza attuale del servizio mensa nei diversi Comuni italiani, è stato stimato quanto costerebbe offrirlo gratuitamente a una percentuale via via crescente della popolazione scolastica afferente alla scuola primaria. Il sistema educativo del nostro Paese presenta ancora numerose carenze, nonostante i progressi compiuti negli anni. Nel 2022 il 13,4% di bambine, bambini e adolescenti viveva in condizioni di povertà assoluta. Un bambino su venti vive in povertà alimentare e circa tre su dieci sono in sovrappeso o obesi. In questo quadro, il servizio mensa nelle scuole diventa fondamentale non solo per garantire l'estensione del tempo pieno, ma anche per garantire ai minori, soprattutto quelli in condizioni di maggior bisogno, il consumo di almeno un pasto sano ed equilibrato al giorno.

Fonte: Save the Children

Impianti e servizi sportivi per i bambini e le bambine

Ormai è riconosciuto che lo sport oltre alla sua funzione sociale ed educativa, è elemento fondante della strategia italiana per la promozione della salute, perché dove si fa più sport c'è una salute migliore. La parola sport e il riconoscimento del suo valore educativo, formativo e di benessere psicofisico è entrata nel settembre 2023 a far parte del testo Costituzionale, con la modifica all'art. 33, che introduce il nuovo comma "La Repubblica riconosce il valore educativo, sociale e di promozione del benessere psicofisico dell'attività sportiva in tutte le sue forme". Tuttavia, sebbene l'art. 3 della Costituzione affermi che "È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana [...]", le ricerche presenti dimostrano che esiste un enorme divario tra il Nord e il Sud Italia per quanto concerne la tutela di molti dei diritti fondamentali, creando così delle disuguaglianze che risultano ancora più gravi e radicate se si osservano i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, come evidenziato anche nel recente rapporto del Gruppo CRC "I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia – I dati Regione per Regione". A confermare questo divario, il Rapporto sull'offerta di impianti e servizi sportivi nelle regioni italiane, una delle ultime indagini realizzate da Svimez e da Uisp Nazionale, con il sostegno di Sport e Salute SpA, aggiunge dati interessanti rispetto alle disuguaglianze sociali che attraversano l'Italia, confermando l'amara consapevolezza che i diritti dipendono in larga misura dalla Regione di residenza, diventando di fatto "privilegi" di alcuni. Dal Rapporto si evince che più della metà delle strutture sportive pubbliche e private di interesse pubblico sono collocate al Centro-Nord (74%) mentre solo il 26% si trova nelle regioni del Sud, confermando la correlazione tra i livelli di sedentarietà registrati nelle diverse Regioni italiane e il numero di impianti sportivi pro-capite: infatti le Regioni del Mezzogiorno registrano livelli di sedentarietà ben al di sopra della media nazionale

con il 31,35% dei bambini in sovrappeso e, allo stesso tempo, riportano una percentuale inferiore per quanto riguarda la presenza di impianti. E sempre in tema di minorenni, il Rapporto conferma una cristallizzazione dell'ampio divario tra gli studenti del Nord con quelli del Mezzogiorno: in Italia, infatti, solo 4 edifici scolastici su 10 sono dotati di una palestra. Più nel dettaglio, nel Mezzogiorno sono circa 550.000 gli alunni delle scuole primarie (66% del totale), 328.000 quelli delle scuole secondarie di primo grado (57% del totale) e ancora 550.000 gli allievi delle secondarie di secondo grado (57% del totale) che frequentano scuole che non sono dotate di una palestra. È importante non dimenticare che per molte famiglie l'attività fisica dei propri figli e delle proprie figlie al di fuori dell'orario scolastico rappresenta un lusso e quindi l'attività sportiva svolta a scuola diventa per molti giovani una delle poche occasioni per praticare uno sport. Le carenze strutturali per l'apprendimento informale registrate dalle Regioni del Sud, unite a una quota più elevata di famiglie in potenziale disagio specialmente economico, negano di fatto ai bambini e alle bambine gli spazi fondamentali alla relazione e all'incontro in cui perseguire e mettere in atto stili di vita sani, contrastando da un lato la sedentarietà e dall'altro la povertà educativa ed esperienziale. Negli ultimi anni la pandemia di Covid-19 e il conflitto russo-ucraino hanno contribuito ad aggravare la situazione, determinando da una parte la diminuzione del numero dei tesserati e dei partecipanti alle iniziative sportive, mentre dall'altra importanti rincari dei costi dell'energia e delle materie prime che hanno indotto a un rialzo delle tariffe proposte agli utenti mettendo a rischio la fruibilità dello sport, sia per le categorie di soggetti fragili e a rischio di esclusione sociale sia per il target più giovane di bambini e ragazzi. In ultima analisi, sempre in merito al tema dell'uguaglianza e delle pari opportunità, il Rapporto sull'offerta di impianti e servizi sportivi nelle Regioni italiane rivela una fotografia preoccupante nella quale un impianto

sportivo su cinque (ovvero il 21%) è inaccessibile alle persone con disabilità. Questa percentuale è più alta nelle Regioni meridionali, portando la media italiana in termini di accessibilità al 27,5%. Le percentuali peggiorano ulteriormente se vengono analizzati gli spazi riservati agli spettatori dello sport: nella metà degli impianti sportivi analizzati sul territorio nazionale (ovvero il 48,74%) non è garantito l'accesso a spettatori con disabilità. Questa percentuale nel Mezzogiorno si rivela ancora più grave, affermandosi del 54% e confermando la mancanza, per alcune persone, sia del diritto a partecipare e sia di poter assistere come spettatore allo sport, elemento questo di discriminazione non tollerabile. È necessario evitare in tutti i modi che anche lo sport diventi elemento di disuguaglianza, al contrario deve essere una spinta di contrasto degli squilibri tra Nord e Sud per garantire diritti uguali per tutti i cittadini. Il Rapporto sugli impianti sportivi in Italia, con la sua fotografia attenta, mostra una possibile strada: passare da una concezione di welfare di protezione a una idea nuova di welfare di promozione, di sviluppo, di innovazione essendo lo sport, infatti, anche occasione di lavoro per gestori, operatori, organizzatori, istruttori. L'investimento sugli impianti e sui servizi sportivi deve essere parte delle politiche di sviluppo del Paese: servono certamente risorse per costruire nuovi impianti, ma anche per garantirne la gestione. È necessaria, inoltre, un'assistenza tecnica per i Comuni che devono realizzare i progetti, seguendo il criterio del fabbisogno e non solo della capacità di vincere i bandi. La pratica dello sport da parte dei minorenni, l'educazione fisica e lo sport nelle scuole, la tutela e la promozione dei diritti delle persone con disabilità anche in ambito sportivo infatti sono materie individuate dal comitato tecnico-scientifico con funzioni istruttorie, riferibili a livelli essenziali delle prestazioni (LEP) e perciò devono essere garantiti in modo uniforme sull'intero territorio nazionale.

Fonte: Gruppo CRC

Riflettere. La lezione della Zona d'interesse

Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi di Roma

La zona d'interesse

Regia: Jonathan Glazer

Con: C. Friedel, S. Hüller, J. Karthaus, L.N. Witte

Gran Bretagna, Polonia, Stati Uniti, 2023

Durata: 105'

Il termine esatto sarebbe “soggettiva” che, nel linguaggio filmico, sta a indicare l'espedito di un cambio di prospettiva, con la macchina da presa che si sostituisce agli occhi del personaggio. Con la stessa parola si potrebbe definire anche la visione dello spettatore, perché tutto quello che un film narra diventa interpretazione “soggettiva”.

Prendiamo il caso della *Zona d'interesse*, quarto lungometraggio dell'inglese Jonathan Glazer, sette statuette agli Oscar 2024, premio speciale della giuria a Cannes 2023, “il film del secolo” secondo Alfonso Cuarón, “il film più importante fatto sull'Olocausto negli ultimi trent'anni” secondo Steven Spielberg.

Cos'è? Un documentario su un campo di sterminio dove sono state assassinate un milione e mezzo di persone? La biografia di un personaggio storico? La trasposizione filmica dell'omonimo romanzo di Martin Amis? Un thriller?

Il fatto che non ci sia una vera e propria trama, che alterni spesso campi e controcampi, che inserisca immagini oniriche della fiaba di Hansel e Gretel e che il finale si presti a più interpretazioni avvalorano la tesi della soggettività e induce a considerare

“un test per valutare la sensibilità degli spettatori”. Ipotesi confermata dalle pause (dove lo schermo diventa nero e si sentono solo voci, rumori, musica) e dall'inserimento dei versi della poesia *Raggi di sole* di Joseph Wulf, sopravvissuto all'Olocausto. *I nostri cuori / non hanno ancora freddo / anime in fiamme / come il sole splendente*, suonano come un monito: “Riflettete, spettatori comodamente seduti in una sala!”

Riflettiamo, allora, interpretando l'invito nel duplice senso di “pensare” e di “rinviare la luce”.

Ma pensare, cosa? La storia narrata è riassumibile in poche righe.

Anni Quaranta. Rudolf Höss è il direttore del campo di concentramento di Auschwitz dove vive, con la moglie Hedwig e cinque figli, in una bella casa con giardino, piscina, orto e una numerosa servitù. La vita scorre tranquilla, anche se oltre il muro di cinta qualcuno urla, i cani abbaiano, le guardie sparano... Qualcosa si inceppa quando Rudolf viene temporaneamente trasferito in Ungheria. La moglie protesta e non vuole lasciare quel posto dove i suoi piccoli giocano e stanno all'aria aperta. La sua è una famiglia normale; così come, secondo il suo modo di intendere, sono normali la messa in atto della “soluzione finale”, i forni crematori, le esecuzioni di massa. L'ultima telefonata tra Rudolf e Hedwig avviene a notte fonda: lui le racconta di come Himmler lo abbia omaggiato e del suo co-

stante pensiero di come poter gasare gruppi di detenuti chiusi in una sola stanza, lei gli risponde che è stanca e vuole andare a dormire. Con Rudolf che scende le scale, si blocca, vomita – come ha spiegato il regista – la cenere delle persone che ha aiutato a uccidere, si conclude la storia, ma non il film. La piccola luce nello schermo buio diventa lo spioncino di una porta che si apre e ci proietta nell'oggi.

Entriamo con gli addetti alla pulizia del museo di Auschwitz per visitare ciò che resta della “banalità del male”: vetrine con montagne di scarpe, vestiti, oggetti, foto alle pareti, forni crematori...

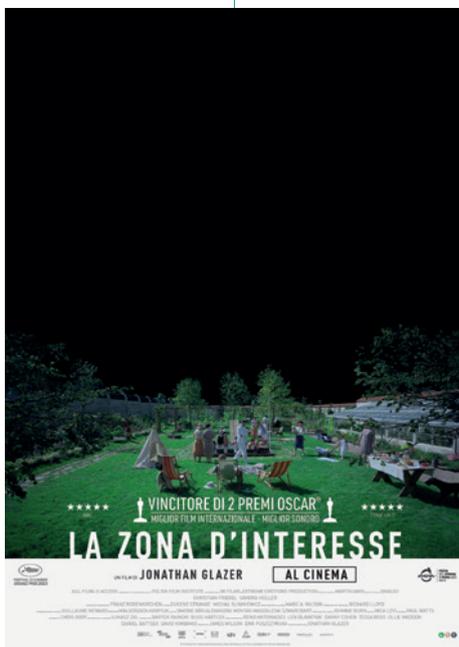
Molte volte il cinema si è occupato dell'Olocausto. In questo caso, però, è abbastanza chiaro che l'intenzione di Glazer è quella di contrapporre la percezione soggettiva di una famiglia al dato oggettivo e storico. Il muro che separa la famiglia Höss dal campo di sterminio può impedire la visione di uomini e cose, ma non quella del fumo che si sprigiona dai forni crematori. Lasciamo Rudolf al suo rigurgito di coscienza ed Hedwig alla sua insonnia per diventare annichiti visitatori. È da lì che bisogna “rinviare la luce” per impedire che la memoria svanisca.

Ho insegnato Storia nelle scuole superiori per quarant'anni. Due ore alla settimana, otto ore al mese, quarantotto ore all'anno. Alla fine dell'anno scolastico non facevo altro che ripetermi: che cosa sarà rimasto nei miei alunni di tanti avvenimenti, date, nomi? Solo quando ho aderito ai viaggi della memoria ad Auschwitz (nel gennaio 2003 e nell'ottobre 2004) ho capito di avere fatto, per me e per loro, la cosa più importante: vivere la Storia. Sono saliti in cattedra gli ultimi sopravvissuti (Shlomo Venezia, Piero Terracina, Giuseppe Di Porto, Sabatino Finzi, Settimia Spizzichino, le sorelle Andra e Tatiana Bucci) e hanno proiettato “spezzoni” della loro vita. Nessun astio nelle loro parole. “Io non voglio emettere giudizi”, disse Shlomo Venezia, “ma voglio che si sappia quello che è accaduto. Voglio raccontarvi quello che ho visto con i miei occhi”.

Non ho mai visto i miei alunni così partecipi ed emozionati e, a distanza di anni, mi dicono che quella lezione la stanno tramandando ai loro figli. Ora, forse, è più chiaro il significato di “rinviare la luce”.

Non entro in classe da qualche anno, ma se potessi chiedere a Kronos di fare marcia indietro, organizzerei di certo una matinée per la visione di questo film, aprirei un dibattito, inviterei i miei alunni a “scavalcare” il muro dell'indifferenza e agguirei, nella sequenza della pulizia delle vetrine del museo, un'inquadratura che mi porto dentro da anni: quella di una bambola con la gonna a quadri bianchi e rossi e i capelli ricci. Apparteneva a una bambina meno fortunata dei figli di Rudolf e di Hedwig: gliel'hanno tolta i nazisti del campo mentre, insensibili al suo pianto, la trascinarono nelle “docce” con le braccia alzate.

La sua colpa? Non chiamarsi Höss.



Libri

Occasioni per una buona lettura

Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Vita da genitori, vita da bambini

di Silvana Quadrino

Uppa, 2023, pp. 144, € 22

“Il problema non siamo noi: sono loro!” dice la piccola Alice alla psicologa Silvana. Parla dei genitori, e dei grandi in generale, che vedono problemi nei comportamenti dei bambini, che cercano soluzioni magiche, che vorrebbero essere perfetti per avere figli perfetti. In realtà, la vita da genitori è un viaggio nell'imprevedibile; da fare a occhi aperti, certamente, ma con la fiducia nelle capacità e nelle risorse dei bambini. Insieme a un compagno di viaggio insostituibile: il sorriso. Il libro, con le bellissime illustrazioni di Alberto Madrigal, racconta 14 storie brevi che parlano della comunicazione tra genitori e figli, di capricci, aspettative, stereotipi, ruoli e conflitti in famiglia... ogni lettore e lettrice potrà facilmente riconoscersi in questa galleria di personaggi e storie, potrà riflettere sulle dinamiche della propria famiglia ma soprattutto sorridere delle tante, piccole sfide che costellano la quotidianità di ciascuno. È un libro pensato per sorridere e per riflettere sorridendo su quello che accade nella vita da genitori e nella vita da bambini. Come suggerisce l'autrice Silvana Quadrino: “Il sorriso permette di vedere i limiti e le imperfezioni come qualcosa di normale, da accogliere con serenità”. Partendo dal presupposto che i genitori perfetti non esistono, alcune situazioni della vita quotidiana



possono mettere a dura prova i genitori. Qualche esempio? La gestione dei compiti di scuola, i “capricci” per pretesti apparentemente banali, la difficoltà di porre regole e limiti, il disaccordo con il partner su scelte relative all'educazione dei figli. I bambini, però, ci osservano, e siamo noi il loro modello di riferimento: per questo è importante essere genitori attenti e responsabili... ma non perfetti a tutti i costi! Il libro fa riflettere sull'avventura della genitorialità: la capacità degli adulti di essere guide consapevoli a trasmettere sicurezza ai bambini e a garantire una relazione educativa efficace. Nell'educazione dei figli non esistono soluzioni magiche e definitive perché la crescita comporta cambiamenti, assestamenti, passi avanti e passi indietro. Quando si dice “l'avventura della genitorialità” si intende proprio questo: è l'imprevedibilità, non sempre facile da affrontare, che caratterizza l'essere genitori! Ma come fare i conti con l'imprevedibilità della vita senza perdere la rotta? Anche questa risposta ce la fornisce l'impareggiabile Silvana Quadrino!

Sergio Conti Nibali

Il cronico trauma della guerra

Donne e bambini le prime vittime

di Maurizio Bonati

Il Pensiero Scientifico Editore, 2024, pp. 235, € 22

È un libro in ogni sua pagina interessante e intenso che offre un quadro particolarmente articolato delle molte guer-

re in corso e della complessa situazione internazionale. È uno sguardo profondo su conflitti vicini e lontani (un cinquantina nel mondo, ci viene ricordato), rivolto anche ad aspetti ed elementi inattesi, quelli poco o non considerati nelle nostre distratte, comuni considerazioni o nelle molteplici dichiarazioni e narrazioni mediatiche.

È un percorso di riflessione che delinea e definisce, anche nella corretta, precisa terminologia e con dati numerosi e solidi, la condizione bellica e le sue radici storiche, i suoi determinanti, le sue drammatiche ricadute sulla salute, sulla vita e sul futuro delle persone, delle comunità, dei Paesi.

È un contributo alla conoscenza (la Storia) dei tanti, dolorosi e non risolti conflitti bellici del secondo dopoguerra, alla consapevolezza, al pensiero critico, a “guardare. Cercare di capire. Non distogliere mai lo sguardo. E mai, mai dimenticare” (Arundhati Roy, p. 154). È un appello alla responsabilità e alla determinazione di noi singoli cittadini: “le modalità sia di partecipazione e opinione dipenderanno dal grado di educazione alla pace, dalle competenze, dalla disponibilità e dalla volontà che da soli o con altri si vogliono dedicare alla garanzia dei diritti umani”.

È una rappresentazione corale, in cui (in pagine evidenziate, attentamente collocate) sono accolti anche i vissuti, nella lettura che ne hanno dato scrittori, artisti, teatranti, filosofi, cantanti, testimoni e operatori di pace.

Il testo, davvero prezioso, molto ben costruito e rivolto a ciascuno di noi, cittadini, operatori sanitari, studenti, insegnanti, è arricchito da un “prolungamento” con brevi scritti originali sulla pace (Lorenzo Milani, Federico Caffè, Alexander Langer, Luigi Bettazzi, Tonino Bello) e da indicazioni e suggerimenti di lettura commentati (una parte specificatamente dedicata ai ragazzi): una “raccolta di incontri sul cammino per un mondo più giusto, anche perché più pacifico”.

Ne abbiamo profondamente bisogno.

Federica Zanetto

Costruzione di un diritto

Dal Giuramento dei medici alle scelte di fine vita

di Marcella e Giacomo Delvecchio

Rubbettino Editore, 2023, pp. 229, € 16

Un libro indirizzato a un pubblico vasto, che include medici, giuristi, bioeticisti e cittadini tutti. Perché il tema di cui tratta suscita interesse e riflessioni non soltanto di studio e ricerca, ma che tocca in fondo ognuno di noi a livello personale: come morire o, più precisamente, come desideriamo morire. Un argomento che, come viene ricordato nell'introduzione, fino a poco tempo fa (e forse in parte ancora adesso) suscitava “scandalo”. Infatti la morte, pur essendo un'esperienza universale, che in ultima analisi ci definisce come esseri viventi, nella nostra cultura ha rappresentato a lungo un tabù. Di fronte a una questione così profonda e complessa, questo volume intende accompagnare il lettore passo dopo passo, anzitutto fornendogli terminologie propedeutiche, utili alla formazione di un linguaggio specifico che renda accessibile la lettura. Quindi presenta l'evoluzione da una parte etica e deontologica, partendo dagli antichi giuramenti del medico, passando per i galatei medici, per arrivare sino ai moderni codici di deontologia medica, dall'altra normativa e giurisprudenziale, con l'obiettivo di rimuovere il velo intorno al fine vita e



mostrare la storia di quello che nel dibattito oggi chiamiamo il “diritto a morire bene”.

Infatti, attraverso l’analisi della storia dell’etica medica e degli sviluppi legislativi che nel tempo hanno caratterizzato il mondo medico-sanitario e il connesso progresso biotecnologico, possiamo comprendere come, in alcuni casi, sia stato posto in discussione il dovere morale di vivere, in virtù di una visione soggettiva del concetto di salute e di qualità della vita che, come tale, investe anche il momento in cui quella vita volge al suo termine. Un diritto di civiltà, che in parte rovescia i fini tradizionali della medicina rivolti a sostenere la vita biologica, per privilegiare il rispetto dell’autodeterminazione individuale anche nella sua volontà di controllare il momento ultimo.

Passando dal diritto al dissenso informato agli interventi medici necessari alla sopravvivenza, a quello di lasciare le proprie disposizioni anticipate di trattamento, su uno sfondo in divenire emerge così anche quello di scegliere una morte medicalmente assistita. Gli autori seguono il percorso di questo fiume, spesso sotterraneo ma incessante, evidenziando sia le sue difficoltà, sia la sua forza intrinseca, e come, pur rimanendo talvolta invisibile, abbia in realtà delineato un percorso preciso, che lo ha infine condotto a emergere grazie all’impulso dato dalla sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale. Una sentenza fondamentale sull’ammissibilità del suicidio assistito, ovvero del suo non divieto assoluto, mentre una legge in materia si fa attendere facendo sì che, come sottolineano gli autori, la storia si stia di fatto scrivendo fuori dal Parlamento.

Sara Patuzzo



Si può fare

Una formazione di qualità senza sponsor
FAD ACP 2018-2023

A cura di Michele Gangemi e Laura Reali

Acquisire conoscenze, applicarle alla pratica quotidiana, modificare comportamenti sono gli obiettivi formativi della FAD di *Quaderni acp*, di cui in questo terzo volume vengono raccolte le sei edizioni svoltesi tra il 2018 e il 2023. Si apprezza anche questa volta la possibilità di disporre di fatto di un testo aggiornato di pediatria che spazia per i diversi ambiti della disciplina, interessante e utile occasione di crescita del proprio bagaglio personale di conoscenza e anche di perfezionamento e affinamento di competenze e abilità da tradurre nella pratica clinica ambulatoriale e ospedaliera generalista. Vi si intuiscono l’attenta individuazione di bisogni formativi, in ogni edizione frutto di confronto e condivisione all’interno della redazione di *Quaderni acp* e delle specifiche competenze che ne fanno parte; la cura nella progettazione e stesura di ciascun capitolo, con l’attenzione da parte degli autori a tradurre le evidenze in decisioni operative per la pratica clinica; la proposta dei casi clinici come esercizio di analisi di situazioni concrete, risoluzione di problemi e assunzione di decisioni sia nel contesto ospedaliero che nell’ambito delle cure primarie; la sollecitazione alla riflessione critica sul proprio pensare e agire; l’impegno a continuare nel tempo una formazione di qualità senza sponsor che, ci ricorda il titolo del volume, “si può fare”. Da segnalare anche la veste grafica curata e la copertina realizzata in collaborazione con il Master in editoria dell’Università di Verona.

Come da indicazione della presidenza nazionale ACP, il volume sarà disponibile come omaggio per gli iscritti al 36° congresso nazionale ACP “Il viaggio: 50 anni insieme”.

Federica Zanetto



Lettere

Aggiornamenti sul progetto 4E-Parent per ACP

Riceviamo e pubblichiamo volentieri questo aggiornamento sullo stato di avanzamento del progetto 4E-Parent che coinvolge fra gli altri la nostra associazione.

La redazione

Caro direttore,

scrivo alla rivista per fare il punto sul progetto europeo 4E-Parent che è ormai oltre la metà del suo programma. Nell'anno appena trascorso sono stati portati avanti e sviluppati i diversi obiettivi previsti. Citiamo i punti principali.

Sono state messe a punto 3 FAD, che sono già attive, gratuite e accreditate: una per operatori sanitari, un'altra dedicata al personale dei servizi educativi 0-6 e la terza per volontari e facilitatori di gruppi di padri. Per accedere alle FAD questo è il link: <https://4e-parentproject.eu/formazione/>.

Per i facilitatori dei gruppi dei padri è previsto il completamento del percorso formativo attraverso incontri in presenza, già programmati in diverse sedi (Torino, Firenze, Napoli, Palermo).

Il sito aperto all'inizio del progetto – www.4e-parentproject.eu – è stato arricchito con molto materiale; in particolare segnaliamo i podcast e le interviste, ma anche gli articoli divulgativi; questo materiale è in parte diffuso tramite i principali social media per promuovere una cultura diffusa su questa tematica.

È stata attivata una mappatura delle realtà associative che sostengono i padri per l'ambito nazionale. Il monitoraggio segue criteri e dati informativi che sono pubblicati sul sito a questo link: <https://4e-parentproject.eu/risorse/>.

Sono state individuate sei aziende nazionali disposte a farsi valutare sulle politiche di welfare aziendale e con le quali implementare interventi di conciliazione paritetica e buone pratiche. Un ultimo importante ambito di azione del progetto riguarda l'azione di *advocacy* e di proposta ai decisori politici per incrementare i congedi di paternità e quelli parentali; attualmente su questo punto il lavoro è ancora molto in progress.

Il progetto, oltre alle forme di controllo e verifica previste dalle normative europee, utilizza altre figure di esperti esterni al *governing board*, così da disporre di una visione indipendente e acquisire uno sguardo critico e più creativo. ACP ha partecipato a tutte le fasi di sviluppo del progetto, contribuendo attivamente alla maggior parte dei sotto obiettivi e gruppi di lavoro. Auspichiamo l'adesione dei colleghi interessati alla FAD, che ricordiamo essere gratuita fino alla fine dell'anno.

Alessandro Volta

Position paper sull'uso delle creme contenenti filtri solari

Gentile direttore,

nel primo numero del 2024 di *Quaderni acp* è ospitata la Position paper sull'uso delle creme contenenti filtri solari" preceduta da una introduzione a firma Moschetti et al. L'argomento trattato è molto rilevante in quanto pone il pediatra di fronte a seri dubbi rispetto alle raccomandazioni da trasferire ai genitori a proposito delle creme solari; come per altri campi della medicina, la comunicazione con le mamme e i papà dei nostri bambini deve essere il più possibile chiara e, in questo caso specifico, se le indicazioni sovvertono le precedenti raccomandazioni, dovrebbero essere fondate su evidenze solide.

Voglio sottoporre all'attenzione degli autori alcune considerazioni. Riporto alcuni passi che, a mio avviso, andrebbero meglio chiariti.

- *Nel fototipo delle nostre popolazioni...*: pensando alla variegata popolazione che accede al mio ambulatorio faccio fatica a capire quale sarebbe "il fototipo delle 'nostre' popolazioni". Il messaggio, comunque, che la gradualità dell'abbronzatura possa costituire un fattore protettivo dovrebbe essere sostenuto da letteratura solida.
- *Al danno cutaneo che vede in gioco numerose concause, tra cui proprio la diffusione nell'ambiente delle sostanze chimiche*: a mio avviso andrebbe meglio spiegato il tipo di danno cutaneo e, anche in questo caso, citate le fonti che inducono a questa affermazione. Non è chiaro a quali "sostanze chimiche" si fa riferimento.
- *Una delle risposte che è stata e viene data con maggiore enfasi è ancora una risposta chimica: l'uso dei filtri da applicare sulla pelle*: che cosa si intende con "risposta chimica"? Quali sono i problemi insiti nell'uso di una risposta chimica? L'abbronzatura "naturale" senza filtri solari non è una risposta chimica?
- *Aziende che talora intervengono anche sponsorizzando gli studiosi che si occupano della ricerca scientifica nel campo*: d'accordo, in generale; tuttavia nello specifico il lettore deve verificare l'affermazione. A quali studi si fa riferimento? Per quali affermazioni si suppongono conflitti d'interesse significativi non superati dal resto della letteratura?
- *Sono dalla nostra normativa classificati come "cosmetici" e posti in libera vendita nei supermercati*: vorrei far notare che la normativa europea per la sicurezza dei cosmetici è molto stringente, mentre il messaggio che il lettore sembra cogliere dal testo è che i cosmetici possano aver dentro qualsiasi cosa perché non sono farmaci.
- *L'esposizione graduale al sole consente agli individui che hanno un fototipo adeguato alla latitudine in cui vivono di predisporre le difese naturali – abbronzatura, ispessimento cutaneo e un buon livello di vit D – dai possibili effetti collaterali dei raggi ultravioletti fotodanneggiamento della cute...*: in generale c'è una diffusa selezione dei dati che sono a favore di quelle che vengono definite "difese naturali" e una sottostima dei danni da UV su pelle non protetta, anche questa molto ben documentata. C'è poi da considerare il basso SPF del normale abbigliamento estivo non tecnico di cotone leggero, che è la tipologia di tessuto più adoperata in estate. Ritengo anche che così come viene segnalato il rischio di UV da lettino abbronzante, allo stesso modo andrebbe sottolineato quello da esposizione diretta al sole. In generale, le diverse strategie (filtro solare + evitare il sole + uso di abbigliamento ecc.) si potenziano a vicenda e non vengono mai indicate come alternative, ma sono viste come strategie da adoperare insieme nelle raccomandazioni che derivano dall'evidenza scientifica. A mio avviso nella Consensus si dà l'impressione che una tra queste non serva a nulla e sia, in più, pericolosa.
- *Questi prodotti hanno dimostrato di essere efficaci solo ed esclusivamente se applicati sulla pelle correttamente e cioè prima della esposizione solare e riapplicati ogni due ore e comunque sempre dopo aver sudato, essersi fatti il bagno e se la sabbia o stoffe hanno sfregato sulla pelle...*: a me sembrano ottime considerazioni per sottolineare l'importanza di informare correttamente rispetto ai metodi di applicazione, ma non certo per non raccomandarne l'utilizzo.
- *Ci sono evidenze scientifiche che i filtri chimici attraversano la pelle e passano in circolo e che molte di queste molecole hanno azione di interferenza endocrina*. A mio avviso sarebbe importante distinguere tra il rilevamento della sostanza in circolo e la sua pericolosità; inoltre bisognerebbe valutare caso per caso e sostanza per sostanza e il rapporto rischi/benefici di ciascun ingrediente in rapporto all'esposizione. Quan-

to all'American Academy of Pediatrics il suo parere sull'uso dei solari non è in linea con quanto riportato (<https://www.aap.org/en/news-room/news-releases/health-safety-tips/american-academy-of-pediatrics-top-safety-tips-for-preventing-heat-sun-related-illnesses-in-children-this-summer/>)

- *L'approccio strategico dell'UE in materia di interferenti endocrini per gli anni a venire dovrebbe basarsi sull'applicazione del principio di precauzione: mi sembra importante sottolineare che, in assenza di valutazione del rapporto rischi/benefici, l'applicazione estesa e indiscriminata del principio di precauzione può essere anche molto problematica e rischiosa.*
- *La position paper che pubblichiamo qui è frutto della collaborazione delle principali associazioni scientifiche italiane di pediatria e di dermatologi: sarebbe utile avere l'elenco completo di queste associazioni scientifiche.*

Sergio Conti Nibali

Caro Sergio,

grazie per la tua lettera che abbiamo sottoposto all'autrice. Annamaria Moschetti ha fornito una risposta molto articolata e meritevole di una pubblicazione come articolo sul prossimo numero.

Michele Gangemi, direttore Quaderni acp

Acque minerali: alcune precisazioni

Il dettagliato articolo di Federica Meli in Quaderni acp 2024;2:67-69 è quasi interamente dedicato alle acque minerali in bottiglia per lattanti fino a 6 mesi di età. Tutti i lettori di questa rivista sono probabilmente d'accordo sulla raccomandazione dell'OMS e del Ministero della Salute, nonché di quasi tutte le associazioni pediatriche, per questi lattanti: allattamento esclusivo, dove per esclusivo si intende senza aggiunta di altri cibi e bevande, acqua compresa. Nell'articolo però l'autrice non cita l'allattamento, cita solo il "latte in formula in polvere", per il quale dovrebbero valere le sue raccomandazioni sull'acqua da usare per la ricostituzione. Raccomandazioni che, almeno in teoria, dovrebbero riguardare una ridotta percentuale di lattanti. L'autrice dedica un paragrafo ai possibili danni da eccesso di fluoro, danni che tuttavia non dovrebbero verificarsi usando l'acqua del rubinetto. Dedica poi quasi due paragrafi ai possibili danni da eccessi di nitrati, in particolare alla metaemoglobinemia acquisita. Si tratta di una malattia rarissima. Il rapporto semestrale 2023 di Orphanet, che riferisce tassi e casi di oltre 6000 malattie rare, riporta 242 casi notificati in tutto il mondo [1]. Credo che nessun pediatra, o quasi, tra i lettori di questa rivista ne abbia mai visto uno. E in ogni caso, questo rarissimo rischio si presenterebbe solamente in quelle poche aree in cui l'acqua del rubinetto ha un eccesso di nitrati.

Di fronte a questi ipotetici e rari rischi, vi sono non solamente i ben più frequenti e gravi danni alla salute presente e futura, con solide prove scientifiche, da mancanza di allattamento, ma anche quelli dovuti al fatto che le formule in polvere non sono sterili. Da oltre trent'anni si sa che esse possono essere intrinsecamente, cioè prima dell'apertura della confezione e a causa dei procedimenti produttivi, contaminate da batteri che causano infezioni gravissime e spesso letali. L'epidemia più recente, attribuita a formule in polvere Abbott, è quella che ha riempito i media degli Stati Uniti a partire dal 2022 [2], con molti decessi e casi gravi e le conseguenti sequele giudiziarie. Epidemia che, come quelle che l'hanno preceduta in altri Paesi, poteva essere evitata o per lo meno mitigata se le istruzioni per la ricostituzione della formula in polvere seguivano le raccomandazioni per l'uso di acqua, dal rubinetto o in bottiglia, a 70 °C [3]. Peccato che la maggioranza delle formule in polvere commercializzate in Italia non riportino tali istruzioni, nonostante OMS e FAO le raccomandino dal 2007 [4].

In conclusione, è utile sapere che in poche situazioni particolari è preferibile usare specifiche acque in bottiglia per ridurre vieppiù i già bassissimi rischi di rare malattie. Ma è molto più utile sapere che, qualunque acqua si usi per ricostituire formula in polvere (e quella del rubinetto va benissimo nella stragrande maggioranza dei casi), bisogna farla bollire e raffreddare fino a 70 °C prima di usarla, per ridurre altri e ben più importanti rischi. Per non parlare dei molti altri rischi che potrebbero essere ridotti se si proteggesse l'allattamento, riducendo il ricorso alle formule (che non sono latte ma alimenti ultra processati).

Infine, attenzione ai conflitti di interessi nella bibliografia citata dall'autrice. I riferimenti bibliografici 5 e 6 riferiscono di ricerche finanziate da Danone (uno degli autori è un impiegato della ditta). La ricerca del riferimento 7 è stata sponsorizzata da Nestlé Waters. Si tratta di importanti bias che riducono la credibilità degli articoli citati. Inoltre, manca una citazione a sostegno dell'affermazione per la quale "secondo la maggior parte dei nipiologi, per la ricostituzione del latte in formula in polvere sarebbero da preferire acque con pochi soluti".

Adriano Cattaneo

1. https://www.orpha.net/pdfs/orphacom/cahiers/docs/IT/Prevalenza_delle_malattie_rare_in_ordine_decrescente_o_casi.pdf.
2. <https://www.foodsafetynews.com/2022/06/nine-baby-deaths-reported-to-fda-during-abbott-nutrition-investigation/>.
3. <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-016-0228-9>.
4. WHO/FAO. How to Prepare Formula for Bottle-Feeding at Home. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241595414>.

Caro Adriano, ti ringraziamo per il tuo contributo che completa l'articolo della dottoressa Meli.

Michele Gangemi, direttore Quaderni acp

Autonomia differenziata... pediatrica?

Il 3 e 4 marzo 1984 si svolgeva nell'aula magna della Facoltà di Medicina di Napoli il convegno organizzato dall'ACP su "La migrazione Sud-Nord del bambino malato". Per discutere i dati raccolti nei due anni precedenti sui ricoveri extraregionali di bambini meridionali, analizzandone le cartelle cliniche del Gaslini, delle cliniche pediatriche delle Università di Torino, Padova, Trieste, Firenze, della II e III Clinica di Bologna, della II Clinica di Milano, della Divisione Pediatria di Ferrara e di quella del Policlinico Gemelli. Un lavoro privo della computerizzazione e forse un po' "artigianale", ma scrupoloso e "appassionato".

Il comitato organizzatore, nella pubblicazione degli atti, risulta composto da 40 professori e 6 dottori, tutti afferenti a pediatria e/o a specialità dell'infanzia e dell'adolescenza; numerosi patrocini tra cui gli Assessorati alla Sanità di Calabria, Campania, Puglia e Sardegna.

Quarant'anni persi? Credo certamente no. Tanti progressi fatti. Ma, a leggere i numeri dell'articolo del professor De Curtis, neanche guadagnati.

Nel 2020 il numero totale dei ricoveri 0-17 anni è stato di 854.272, con un tasso di ospedalizzazione pari a 9,1% residenti; la percentuale di migrazione pari all'8,7% totale, ma che per oltre la metà (41.000 ricoveri) interessa bambini e adolescenti residenti nelle regioni meridionali.

Nel 1982 i pazienti 0-15 anni ricoverati presso i reparti ospedalieri pediatrici oggetto dell'indagine citata erano 23.841 delle Regioni del Sud. Ancora nel 2020 varia molto la popolazione pediatrica migrante: 3,4% del Lazio, il 43,4% del Molise, il 30,8% della Basilicata, il 26,8% dell'Umbria e il 23,6% della Calabria. Niente di nuovo sotto il sole.

Come negli anni Ottanta al primo posto come diagnosi risulta l'aggregazione neuropsichiatrica. C'è da lavorare.

“Alla dimissione del Centro del Nord ben il 78,3% dei casi riceve una specifica indicazione a eseguire il follow up nello stesso ospedale del Nord”: così nel report del 1984. Alcuni reparti avrebbero dovuto chiudere senza l’apporto del Meridione secondo la direttiva della legge Balduzzi.

Fino a quegli anni i centri fibrosi cistica di Verona, Milano, Genova ricoveravano e seguivano la stragrande maggioranza dei pazienti delle Regioni meridionali. Sebbene in quelle regioni ci fossero reparti formalizzati per la fibrosi cistica.

Quando si è costituita la rete tra tutti i centri con costanti incontri di formazione, scambi, protocolli, relazioni... Stop a disastrosissimi spostamenti di bambini e famiglie! Abbastanza simile l’organizzazione messa in atto dall’AIEOP per i bambini oncologici. Se si è fatto, si può fare.

Negli articoli dell’ultimo numero di *Quaderni acp* si sottolinea, giustamente, l’importanza delle risorse che potrebbero essere sottratte al Sud dalla legge Calderoli.

Fondamentale stressare l’impoverimento culturale e professionale che comporta la perdita di pazienti che sono costretti a migrare.

Nicola D’Andrea, past president ACP

Nicola ricorda quel convegno a Napoli di quarant’anni fa sulla migrazione Sud-Nord. Un convegno “memorabile”, per me giovane pediatra del Sud.

Da allora molto è cambiato: è migliorata l’assistenza pediatrica sia territoriale sia ospedaliera, è più efficiente e costante la collaborazione tra i centri specialistici del Nord e quelli del Sud, per cui bambini che migrano al Nord vengono poi reinviati nei centri specialistici del Sud, anche se il fenomeno della migrazione non è affatto risolto.

La Calabria, che ha la più alta migrazione sanitaria con un costo di 254 milioni annui, sta progettando e definendo la rete pediatrica regionale, per potenziare i servizi assistenziali e riqualificare il personale medico e delle professioni sanitarie, anche attraverso una collaborazione istituzionale con l’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) e la creazione di un’efficace sinergia per avviare una progettualità condivisa.

Secondo la ricerca “Migrare per curarsi” del Censis, sono 71.000 i minori che ogni anno si spostano dalla loro città, al Sud, per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche. Con la legge Calderoli sull’autonomia differenziata, sarà probabilmente inevitabile per i cittadini del Sud ricorrere alle cure degli ospedali del Nord che avranno più risorse economiche, saranno più performanti, pagheranno meglio i loro medici e quindi saranno in grado di attrarre le migliori professionalità.

Gli istituti a carattere scientifico (IRCSS), eccellenze della sanità pubblica e privata, sono 52 in Italia, di cui 30 in regime privato, solo 6 con indirizzo pediatrico, uno soltanto al Sud a Enna (Oasi Maria SS, che si occupa dello studio multidisciplinare delle cause congenite e acquisite del ritardo mentale e della involuzione cerebrale senile).

La riforma degli IRCCS rientrava tra le azioni individuate nel PNRR per migliorare la situazione strutturale del Paese con l’obiettivo di riequilibrarne la distribuzione che attualmente presenta una forte disparità tra le regioni del Sud e quelle del Nord.

In sede di adozione del decreto legislativo delegato era previsto, tra le varie misure incentivanti, anche un affiancamento della durata almeno triennale tra IRCCS già esistenti e strutture che ambiscono al conseguimento della qualifica di IRCCS, per supportare e accompagnare le realtà che già erogano prestazioni di alta specialità, affinché possano raggiungere i requisiti mancanti ma necessari al riconoscimento sul fronte della ricerca scientifica. Prevedendo, ove possibile, meccanismi di premialità, anche a valere sui fondi della ricerca, a favore degli IRCCS che effettuano l’affiancamento. Ma al momento nulla è stato fatto in questo senso.

Con la legge Calderoli si assisterà purtroppo a un aumento della migrazione dei pazienti ma anche dei migliori medici del Sud, e infatti Nicola affronta nella sua lettera un punto chiave: l’impoverimento culturale e professionale dovuto alla perdita dei pazienti complessi e con patologie rare e multifattoriale, che si recheranno al Nord per essere curati.

I giovani medici, formati molto bene nelle Università di Napoli, Palermo, Catanzaro migreranno al Nord perché pagati meglio e anche perché potranno esprimere lì tutte le loro capacità professionali.

Una doppia beffa per il Sud.

Paolo Siani, Direttore Struttura complessa di Pediatria, Ospedale Santobono, Napoli

A proposito di denatalità...

Caro direttore, negli ultimi tempi molto allarme è stato riportato sullo scenario di denatalità che caratterizza l’Europa e buona parte del mondo. Ci sono però molti Paesi nel mondo che non seguono questo trend, e non bisogna per forza andare in Africa (continente più in crescita in assoluto) per trovarne degli esempi. Si può per esempio fermarsi in UE. Il Portogallo fa segnare l’ultimo dato in controtendenza rispetto agli anni scorsi con un aumento di nuovi nati del 5,3%, rappresentando un esempio virtuoso, inaspettato e poco conosciuto. Tra i Paesi più vecchi d’Europa, il Paese aveva un trend che lo avrebbe portato, entro il 2060, ad avere una popolazione di 8,5 milioni di abitanti contro i 10 attuali. Oggi fa segnare un dato in controtendenza. L’inversione del trend si è registrata nel 2022 con un totale di 83.436 nuovi nati che fa segnare un incremento del 5,3% rispetto all’anno precedente (4.219 neonati in più). Il tasso di fecondità è salito così a 1,43 figli per donna contro il nostro 1,2. Certo, un dato non basta per indicare una tendenza che proseguirà in futuro, ma sicuramente si tratta di un segnale importante e indicativo della ripresa che c’è stata dopo la pandemia. Un amico sindacalista mi ha fatto avere una fonte informativa denominata AiBiNews (Amici dei Bambini) nella quale la demografa Maria João Valente Rosa, docente della Facoltà di Scienze Sociali e umane dell’Università Nova di Lisbona sostiene che la “sorpresa” potrebbe non essere arrivata per caso. Il nuovo “boom neonatale tardivo” potrebbe essere conseguenza di un “ritardo del progetto di genitorialità”. In sostanza: l’incertezza dettata dal Covid potrebbe avere convinto diverse coppie a rimandare il progetto di genitorialità, ripreso una volta scacciati i più nefasti scenari della pandemia e in presenza di condizioni economiche e sociali migliori del passato. Ecco perché occorre tenere conto di alcuni elementi di aiuto immessi nel sistema dalla politica: i padri hanno conseguito un netto aumento della durata del diritto di congedo obbligatorio per paternità (il doppio che da noi). È partita anche un’iniziativa che, in un percorso di 5 anni e partendo dai nuclei meno abbienti, dovrebbe rendere il nido gratuito per tutti. Da noi il Family Act del 2022 è finito nel cestino e gli statuti generali sulla natalità hanno saputo elevare polemiche ma non produrre fatti.

Giancarlo Biasini, pediatra, Cesena

Caro prof. Biasini, la ringrazio moltissimo, a nome della redazione di “Quaderni”, per la sua preziosa, puntuale e stimolante sollecitazione alla riflessione.

La sua lettera pone l’attenzione a un problema complesso come quello della denatalità, che sta interessando molta parte del mondo. Il continente europeo è tra i continenti maggiormente interessati dal fenomeno, sebbene con alcune popolazioni in controtendenza come il citato Portogallo.

Che il tasso di natalità sia un metro del benessere è confermato da diverse statistiche e da molti approfondimenti da parte

di esperti. La pandemia di Covid-19 ha colpito l'Italia in modo particolarmente duro e nel gennaio 2021 le nascite sono state il 14,7 per cento in meno rispetto allo stesso mese del 2020. Tuttavia il trend era già in calo da prima della pandemia e il nostro Paese è tra le 23 nazioni destinate a dimezzare la popolazione entro il 2100.

Il 2006 è stato in Italia l'ultimo anno in cui nascite e decessi si sono equilibrati; dagli anni Settanta il tasso di fecondità è calato sotto la soglia dei due figli per donna. I demografi sottolineano poi come nell'ultimo decennio la diminuzione delle donne tra i 15 e i 49 anni spiega il 60% del calo delle nascite e, a questo associata, la riduzione della fecondità. Nei Paesi come la Svezia, la Francia, ora anche il Portogallo e la Germania, il tasso di natalità è in crescita grazie a una maggiore attenzione alla parità di genere nel mercato del lavoro e a politiche a favore di congedi di maternità e di paternità generosi. Inoltre, politiche di promozione all'accesso ai nidi e alle scuole dell'infanzia, con una maggiore diffusione del tempo prolungato per quest'ultime (dato che noi sappiamo essere ineguale tra il Nord e il Sud del Paese), sarebbero mirate a creare un equilibrio tra lavoro e famiglia. Per non citare i dati relativi alla scarsità dei nidi che testimoniano sempre una grande differenza tra le Regioni del Nord e quelle del Sud. Un esempio per tutti sulle disparità

regionali riguarda i dati di Bolzano, dove i nidi coprono quasi il 68% e dove il tasso di natalità è pari a 1,65, vicino a quello di alcuni paesi del Nord Europa e ben lontano dal resto d'Italia. I numeri riguardanti il calo delle nascite e lo shock legato alla longevità, che colpisce e colpirà ancor più il nostro Paese nei prossimi anni, dovrebbero far scorrere i dati dalla sfera sanitaria e sociale e quella politica. Pertanto si rendono necessarie un'attenta azione di monitoraggio e un'attentissima politica di prevenzione riguardo a un futuro che vede il nostro Paese non "per vecchi" ma "di vecchi", e sicuramente non per giovani famiglie con bambine e bambini. Tutto questo si potrebbe fronteggiare con la consapevolezza di voler e dover modificare questa tendenza per il bene comune di un'intera nazione. La denatalità è stato un tema ricorrente in ACP: penso al libro di Carlo Corchia, ai diversi articoli comparso su "Quaderni acp", alle tante riflessioni fatte sul rapporto tra povertà e denatalità. È sicuramente necessario diffondere queste informazioni al di fuori dei canali pediatrici ed educativi, per dare il giusto valore all'infanzia e alla necessità concreta di investimenti dalla gravidanza ai primissimi anni di vita delle bambine e dei bambini con un approccio "one health" al problema.

Stefania Manetti, pediatra, presidente ACP

GRUPPO DI LAVORO E LAVORO DI GRUPPO IN PEDIATRIA Giovedì 19 settembre (10.00/19.00)

Razionale del WS

Il Sistema Sanitario Nazionale e i suoi modelli organizzativi attuali scontano anche in ambito pediatrico una fase critica, legata a importanti trasformazioni sia in termini di qualità che di sostenibilità. Appare tuttavia necessario e possibile un salto di qualità che, sia nel territorio che nelle strutture ospedaliere, sappia mostrare l'effettivo valore aggiunto del "lavorare insieme multiprofessionale", che costituisce la specificità dei nuovi modelli. Nel lavoro di cura sperimentiamo come le emozioni ostacolano o viceversa favoriscano il raggiungimento di buoni risultati: come l'individuo, anche il gruppo di lavoro è attraversato da specifici movimenti emozionali, altrettanto determinanti, sconosciuti a livello individuale ma di cui facciamo quotidiana esperienza. Nei gruppi di lavoro queste emozioni sono fortemente connesse con il compito assegnato o scelto. Una buona organizzazione è una condizione necessaria ma non sufficiente: il lavoro di cura risente inevitabilmente delle emozioni delle persone e di chi si occupa di loro. Il gruppo risuona in modo diverso dall'individuo ed è un moltiplicatore di percezioni e di reazioni che è importante riconoscere, elaborare e utilizzare. Accanto al saper fare e saper essere individuali quindi c'è un saper fare e un saper essere di gruppo. Le dinamiche di gruppo hanno caratteristiche universali, che tuttavia si declinano diversamente in tutti i campi così come nei vari ambiti della Pediatria, dal Reparto alle Terapie Intensive, dal Pronto Soccorso alla Pediatria di Gruppo Territoriale, ecc. Una maggior consapevolezza di queste dinamiche, sia generali che specifiche, può aiutare a padroneggiarle positivamente per il benessere organizzativo e istituzionale e utilmente per le persone affidate alla cura. Il workshop vuole offrire pertanto alcuni spunti teorici e la possibilità di riconoscerli nel concreto attraverso una esperienza di gruppo orientata a far emergere le dinamiche più frequenti nel lavoro quotidiano del pediatra e delle équipe multiprofessionali in ambito pediatrico.

Responsabili del corso

Leonardo Speri
Claudio Mangialavori

Destinatari

Pediatrati, neonatologi, infermiere/i impegnati nei diversi setting delle cure pediatriche.

Programma

Sessione del mattino (10.00-13.00)

10.00 - 13.00: Presentazione dei docenti/conduttori/facilitatori e dei partecipanti.
Restituzione in plenaria dei questionari raccolti, discussione guidata e condivisione degli obiettivi formativi.
Relazione introduttiva di carattere teorico.
Discussione guidata dai docenti sui principali elementi costitutivi della dimensione gruppale e del lavoro di gruppo multiprofessionale in ambito pediatrico

13.00 - 14.30 Pausa pranzo

Sessione del pomeriggio (14.30-19.00)

14.30 - 14.45 Presentazione in plenaria del lavoro in sottogruppi - Suddivisione in gruppi
14.45 - 16.30 Lavoro in sottogruppo: presentazione e discussione di un caso per ogni gruppo
16.30 - 17.00 Pausa caffè
17.00 - 18.45 Presentazione del lavoro dei sottogruppi in plenaria: restituzione dei lavori di gruppo in Plenaria condivisione e discussione guidata.
18.45 - 19.00 Conclusioni a cura dei docenti

Quote di iscrizione

Iscrizioni entro il 30 giugno. Seguirà la richiesta di compilazione di un questionario
€. 80,00 quota per chi partecipa solo al corso
€. 50,00 *
La quota comprende la partecipazione ai lavori e l'attestato.
* Il costo è riservato a chi segue anche il 36° Congresso nazionale ACP (20-21 settembre), gli infermieri e gli specializzandi.

36° CONGRESSO NAZIONALE

20-21 SETTEMBRE 2024, VILLAGGIO MARZOTTO, JESOLO (VE)

“IL VIAGGIO: 50 ANNI INSIEME”

In ricordo di Fabio Sereni

10.5 ECM



VENERDÌ 20 SETTEMBRE

9.20 - 9.50 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI E SALUTI

9.50 - 10.30 LETTURA SULLE DISEGUAGLIANZE DI GIUSEPPE COSTA: IL TRAM SI È FERMATO?
Introduzione di Dante Baronciani

“LE SCUOLE DI SPECIALITÀ: NUOVI E VECCHI PERCORSI”

MODERANO: STEFANIA MANETTI, FEDERICO MAROLLA

10.30 - 10.55 Il percorso delle cure primarie: l'esperienza di Salerno e di Roma
Claudia Mandato, specializzanda Dell'Erario Francesca Paolo Nardini, specializzanda Chiara Condermi

10.55 - 11.15 Possiamo imparare dall'Africa?
Luigi Greco, specializzando Fabio Castellano

11.15 - 11.40 Gli specializzandi nel progetto del CUAMM
Giovanni Putoto, specializzanda Giulia Cassol

11.40 - 12.00 La DISFAGIA pediatrica: gestione multidisciplinare del paziente
Annalisa Salerno, Tiziana Mondello

“AMBIENTE E SALUTE INFANTILE”

MODERANO: GIACOMO TOFFOL, MARA TOMMASI

12.00 - 12.20 PFAS in Veneto: a che punto siamo
Angela Pasinato

12.20 - 12.40 I filtri solari: una riflessione comune
Annamaria Moschetti

12.40 - 13.00 Discussione

13.00 - 14.00 PRANZO

“AGGIORNAMENTO AVANZATO”

MODERANO: MICHELE GANGEMI, GIOVANNA LA FAUCI

14.00 - 14.30 Screening dei portatori sani di FC: uno su trenta e non lo sa
Carlo Castellani

14.30 - 15.00 Le infezioni nel bambino con ritardo cognitivo
Federico Marchetti

15.00 - 15.30 Limiti e orizzonti dell'AI in pediatria
Fabio Capello

15.30 - 16.00 Ricordo di Fabio Sereni e Carla Berardi

16.00 - 16.30 COFFEE BREAK

16.30 - 19.00 ASSEMBLEA E RISULTATO VOTAZIONI

20.00 CENA SOCIALE

SABATO 21 SETTEMBRE

“1 FARMACI: QUALI NOVITÀ”

MODERANO: ASSUNTA TORNESELLO, ANTONELLA LAVAGETTO

8.30 - 9.00 Malattie infiammatorie croniche intestinali: la genetica influenzerà la clinica?
Daniele De Brasi, specializzanda Alia Zerbato

9.00 - 9.30 Update sull'antibiotico terapia
Desiree Caselli

9.30 - 10.00 Ha ancora senso parlare di uso off-label dei farmaci?
Antonio Clavenna

10.00 - 10.30 Quali farmaci nelle urgenze psichiatriche in età evolutiva
Alessandro Albizzati

10.30 - 11.00 COFFEE BREAK

“LAVORI IN CORSO ...”

MODERANO: FEDERICA ZANETTO, M. FRANCESCA SIRACUSANO

11.00 - 11.20 Progetto 4E-PARENT
Giorgio Tamburini

11.20 - 11.40 Progetto Di.Co.Each. con Unifi sull'impatto delle tecnologie digitali
Cosimo Di Bari

11.40 - 11.55 La profilassi con benzilpenicillina: l'esperienza delle famiglie
Emanuela Ferrarin

11.55 - 12.05 La Sorveglianza Bambini 0-2 anni: il punto della situazione
Enrica Pizzi

12.05 - 12.30 ACP-CSB: da Nati per Leggere a...
Alessandra Sila

12.30 - 13.00 Da “Reach Out and Read” a “Nati per Leggere”
Perri klass

13.00 - 14.00 PRANZO

“SALUTE MENTALE E ADOLESCENZA

MODERANO: FRANCO MAZZINI, ANNUZIATA LUCARELLI

14.00 - 14.30 Autolesionismo e comportamenti suicidari: un fenomeno in crescita
Stefano Vicari

14.30 - 15.00 Le nuove guide linea sull'autismo
Maria Luisa Scattoni

15.00 - 15.30 I risultati finali del progetto WIN4ASD
Massimo Molteni

15.30 - 16.00 Abuso di sostanze nel bambino e adolescente
Giorgio Ricci

“ABUSO ALL' INFANZIA: IL PEDIATRA DAVANTI ALLA SOLITUDINE E AL DUBBIO, CHE FARE?”

MODERANO: ANTONELLA BRUNELLI, SILVIA ZANINI

16.00 - 16.30 La prevenzione: il pediatra attore o solo spettatore?
Monia Gennari

16.30 - 17.00 La diagnosi: un abuso sessuale dubbio, come procedere?
Maria Rosa Giolito

17.00 - 17.30 La segnalazione e la denuncia: cosa succede dopo?
Anna Aprile

17.30 SALUTI E ARRIVEDERCI AL PROSSIMO ANNO

:: QUOTE DI ISCRIZIONE E INFO

Entro il 20 luglio:

- Socio ordinario: € 220
- Specializzando/a – Infermiere/a – Psicologo/a: € 110
- Non socio: € 280 (con iscrizione ACP in omaggio)

Dopo il 20 luglio:

- Socio ordinario: € 280
- Specializzando/a – Infermiere/a – Psicologo/a: € 170
- Non socio: € 330 (con iscrizione ACP in omaggio)

L'iscrizione comprende la partecipazione ai lavori. Gli iscritti al congresso avranno in regalo per i 50 anni dell'ACP il nuovo libro FAD (2018-2023) “SI PUÒ FARE. Una formazione di qualità senza sponsor”.

L'ospitalità sarà in modalità pensione completa. La quota di iscrizione e/o la prenotazione della pensione completa non saranno più rimborsabili dopo il 1° settembre.

[Aprì] Modulo iscrizione

[Aprì] Modulo prenotazione pensione completa

:: SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Michele Gangemi - responsabile formazione ACP
Gianni Piras - segretario nazionale
segreteria@acp.it

:: SEGRETERIA SCIENTIFICA

Presidente e Direttivo nazionale ACP

:: PROVIDER ECM

Italian Made Health Services

:: SEDE

Villaggio Marzotto
Viale Oriente, 44 - Jesolo Lido (VE)
Sito web: <https://villaggiomarzotto.it/>



RESPONSABILE SCIENTIFICO:

MICHELE GANGEMI

Direttore della rivista "Quaderni acp"



**DIAGNOSI E TERAPIA DELLE
PATOLOGIE NELL' AREA PEDIATRICA
IN AMBITO TERRITORIALE
E OSPEDALIERO.**

XII EDIZIONE

MODULO 1: 15 MARZO 2024 - 20 DICEMBRE 2024

**ANTIBIOTICOTERAPIA PER IL PEDIATRA:
TRA LINEE GUIDA E NUOVE INDICAZIONI AWARE**

Melodie Aricò, Emma Bonaguri, Desiree Caselli, Anna Ragazzini

MODULO 2: 12 SETTEMBRE 2024 - 28 FEBBRAIO 2025

ENTEROPATIE EOSINOFILIE

Martina Fornaro, Enrico Valletta

MODULO 3: 16 DICEMBRE 2024 - 30 MAGGIO 2025

ABUSO DI SOSTANZE NEL BAMBINO E ADOLESCENTE

Marco Marano, Mara Pisani

Fad Asincrona



WWW.MOTUSANIMIFAD.COM

N. PARTECIPANTI: 500
CREDITI ECM 1° MODULO: 5
CREDITI ECM 2° MODULO: IN ACCREDITAMENTO
CREDITI ECM 3° MODULO: IN ACCREDITAMENTO

CATEGORIE ACCREDITATE:
MEDICI PEDIATRI E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

MOTUS ANIMI

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER ECM

VIA S. TRINCHESE, 95/A - LECCE
TEL 0832/521300 - CELL 393/9774942

info@motusanimi.com

Quote di iscrizione

€. 25 per singoli moduli (SOCI ACP)
€. 60 per intero corso (SOCI ACP)
€. 30 per singoli moduli (NON SOCI)
€. 80 per intero corso (NON SOCI)

Il pagamento è da effettuarsi tramite bonifico bancario alle seguenti coordinate:

IBAN: IT56P0344017211000035017181

Banca: Banco DESIO

Intestazione: Associazione Culturale Pediatri -
via Montiferru, 6 - 09070 Narbolia (OR)

Causale: QUADERNI ACP 2024 + NOME E COGNOME

Inviare distinta di bonifico a: segreteria@acp.it

Editorial

- 145 A new collaboration has started between *Quaderni acp* and *Epidemiology and Prevention*
Giacomo Toffol, Michele Gangemi

Distance learning

- 146 Eosinophilic enteropathies
Martina Fornaro, Enrico Valletta

Info parents

- 152 Health and environment: reusable diapers
Antonella Brunelli, Antonella Salvati,
Stefania Manetti

Research

- 154 Integrated team work for feeding and eating disorders management and treatment
Maria Gloria Gleijeses, Filomena Salerno,
Marco Carotenuto, Michele Sabatino,
Ludovica Miragliuolo, Francesca Panico,
Sara Marcelli, Giulia Muzzo, Maria Esposito,
Margherita Siciliano

A window on the world

- 157 A “smoke-free generation”: the new frontier of tackling tobacco use in adolescents
Enrico Valletta

Mental health

- 160 Language delay identification at 24-36 months of age: the central role of the pediatrician
Arianna Bello, Silvia Stefanelli,
Maristella Scorza, Michela Camia,
Erika Benassi

Learning from a case

- 165 From Sandifer to Canavan: when history reveals the diagnosis
Paola Lorello, Antonia Pascarella, Margherita Rosa, Daniele De Brasi, Paolo Siani

Focus

- 168 Contributions to ACP's 50th anniversary: the voice of the members
Editorial team

Family trajectories and horizons

- 173 Long-distance family relationships
Francesca Balestra

Personal accounts

- 176 Melegnano pediatrics in the times of prof. Perletti
Federica Zanetto interviews Luigi Acerbi

Around narration

- 179 Being a pediatrician is a tough job: stories told and discussed by a panel of pediatricians and child neuropsychiatrists
Catherine Hamon, Francesco Ciotti, Micaela Bucci, Giancarlo Cerasoli, Mila Degli Angeli, Nadia Foschi, Marna Mambelli, Antonella Stazzoni, Francesca Vaienti, Isabella Penazzi, Chiara Bussetti

Epiquaderni

- 182 From the Journal *Epidemiology and Prevention*, a reading invitation for ACP pediatricians. No. 2-2024
Giacomo Toffol

183 Info

185 Movie

186 Books

188 Letters

- 192 **ACP 36^e national meeting Program “Il viaggio: 50 anni insieme”**



Via Montiferru 6
09070 Narbolia (OR)
www.acp.it

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2024 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 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* e la newsletter mensile *Appunti di viaggio*. Hanno anche diritto a uno sconto sull'iscrizione alla FAD di *Quaderni acp*; 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 a quota agevolata. Potranno anche partecipare ai gruppi di lavoro dell'Associazione.

Maggiori informazioni sono disponibili sul sito www.acp.it.