

quaderniacp

RIVISTA BIMESTRALE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI



Editoriale

193 Quasi un anno dopo...
Stefania Manetti

195 Una persona speciale: Carla
Il Direttivo dell'ACP Umbria

Infogenitori

196 Giochi e attività 3-6 mesi
Rubrica a cura di Antonella Brunelli,
Stefania Manetti, Costantino Panza

Osservatorio internazionale

197 Quando "meno" è abbastanza: la terapia
antibiotica breve
Melodie O. Aricò

Saper fare in pronto soccorso

200 Approccio al bambino con iperCKemia
e rabdomiolisi in pronto soccorso
pediatrico
Melodie O. Aricò, Paola Belleri, Elena Cattazzo,
Lucia Del Vecchio, Mauro Guariento, Giuseppe
Pagano, Giovanna La Fauci

Il caso che insegna

206 Fragilità genitoriali e danni ai bambini:
un caso di abusive head trauma
Sofia Chiaraluca, Lucia Colasanto, Florigia
Ferrari

208 Ingestione di "pila a bottone": quando
l'apparenza inganna
Giuseppe Paviglianiti, Serena Mirea Piacenti,
Maria Antonietta Catania, Angelo Spataro

Endocrinologia pratica

211 Un bambino un po' troppo magro
Brunetto Boscherini, Salvatore Scommegna,
Daniela Galeazzi

Il punto su

214 La piomiosite: non solo tropici, non solo
traumi

Carmela GL Raffaele, Alice Falcioni,
Enrico Valletta

217 Alienazione parentale: un concetto
scientifico?

E come impatta nella tutela dei bambini e
delle bambine coinvolti in situazioni di
violenza domestica?
Maria Grazia Apollonio

Occhio alla pelle

220 Uno sguardo "d'insieme"
Francesca Caroppo, Anna Belloni Fortina

Focus

222 I disturbi specifici dell'apprendimento:
che ruolo può avere la figura del medico
pediatra?
Aurora Vecchini, Michele Capurso

Traiettorie e orizzonti familiari

227 La narrazione delle origini nella
procreazione medicalmente assistita
con donazione di gameti
Margherita Riccio

Esperienze

230 Sostegno all'allattamento nei primi giorni
di vita: lo strumento del "semaforo"
Andrea Guala, Giuse Ballardini, Nicolino
Grasso, Raffaella Visentin, Laura Maffina,
Enrico Finale, Luigina Boscardini,
Michelangelo Barbaglia

Narrative e dintorni

234 Il pediatra e i figli e le figlie di genitori
che si separano
Patrizia Seppia, Giuseppina di Cosmo

Film

237 Come un pacco, una bestia, un moscerino.
L'Arminuta

Libri

238 *Ho visto un bellissimo picchio*, di Michał
Skibiński

238 *Mule Boy e il Troll dal cuore strappato*,
di Øyvind Torseter

238 *Il viaggio*, di Peter Van den Ende

238 *Felici non basta. Educare bambine
e bambini che sognano in grande*,
di Chiara Borgia

Lettere

240 Device per l'individuazione precoce dei
disturbi dello sviluppo

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.

Scenari (secondo Sackett), 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

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

COMITATO EDITORIALE PAGINE ELETTRONICHE

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

COLLABORATORI

Melodie O. Aricò, Fabio Capello, Rosario Cavallo, Francesco Ciotti, Antonio Clavenna, Franco Giovanetti, 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

ufficiosoci@acp.it

FOTOGRAFIA IN COPERTINA
Carmela Di Maio (Napoli),
Giochiamo... finalmente!



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.

Quasi un anno dopo...

Stefania Manetti

Presidente ACP

Se vogliamo che tutto rimanga come è, bisogna che tutto cambi.

Giuseppe Tomasi di Lampedusa

A distanza di quasi un anno dall'assunzione del mio incarico come presidente ACP condivido con i lettori di Quaderni le attività in corso e quelle avviate insieme al direttivo, ai gruppi di lavoro, ai referenti regionali, con la redazione di Quaderni e con le altre società scientifiche e associazioni.

Un ringraziamento va a coloro che mi hanno preceduto nella presidenza, per il grande lavoro svolto nel tempo, dando vita a un percorso arricchito da sentieri giusti e con gli obiettivi per i quali l'ACP è nata e continua a vivere. Federica Zanetto mi ha accompagnata nel passaggio alla presidenza con la sua dedizione e delicatezza, e a lei va un particolare ringraziamento. Grazie a Michele Gangemi per la sua presenza come voce storica dell'ACP e nel suo affiancamento come direttore di Quaderni acp. Un grazie a Giancarlo Biasini per il suo arguto pensiero e per essere da sempre un grande riferimento culturale.

Appena eletta, con il direttivo nazionale abbiamo cominciato a lavorare alla realizzazione del 34° Congresso ACP, finalmente in presenza dopo due lunghi anni di "reclusione".

È stata scelta come sede la Sicilia e la città di Catania. Da tempo il congresso ACP non faceva sosta in questa Regione. "Collega-Menti attraverso, durante e oltre la pandemia da SARS-CoV2" è il titolo individuato, che rimanda alla costante presenza della pandemia, ma cercando di guardare oltre, osservando gli esiti prodotti a distanza sulla salute fisica, mentale e sul benessere sociale, anche analizzando i cambiamenti nei rapporti di cura. Il termine "Collega-Menti" vuole sottolineare che in ogni sessione del congresso cercheremo di collegare discipline diverse e di coinvolgere attivamente le nuove generazioni di pediatri a cui vorremmo consegnare il prossimo futuro della nostra associazione.

Il Congresso ACP si aprirà, proprio partendo dai cambiamenti nei rapporti di cura, con una lectio di Sandro Spinsanti, bioeticista, che con il suo ultimo libro – Una diversa fiducia – introduce l'argomento della fiducia come impegno sociale prioritario, che sconfina oltre il rapporto medico-paziente. Fiducia e sfiducia sono due parole che hanno pesato molto sulla pandemia. La fiducia non è solo parte integrante del rapporto di cura tra medico e paziente ma deve essere sostenuta da "servizi alla salute efficienti e attendibili", senza lasciare nessuno indietro quando lo stato di salute si incrina.

Nell'organizzazione del Congresso ci siamo posti alcune domande: cosa cambierà nel SSN dopo la pandemia? Cosa ne pensano gli adolescenti, i bambini che hanno particolarmente sofferto in questi ultimi anni? I decisori politici come sempre sono chiamati a tradurre i bisogni di salute dei cittadini in diritti concretamente realizzabili: nel Congresso è previsto uno spazio interattivo di discussione con Paolo Siani, Giorgio Tamburlini e i presidenti ACP, FIMP e SIP.

La politica e l'ACP

L'impegno dell'ACP ai tavoli della politica è stato da sempre auspicato e cercato. Negli ultimi anni siamo stati accolti e coinvolti con le nostre idee e contributi grazie alla presenza di

un pediatra in Parlamento, Paolo Siani, past president ACP. Carla Berardi, che recentemente ci ha lasciati, responsabile del gruppo di lavoro sul maltrattamento e pilastro della pediatria umbra, ha rappresentato l'ACP in una bellissima ed esaustiva audizione sui temi di maltrattamento e abuso. Al tavolo ministeriale sui primi 1.000 giorni Laura Reali ha rappresentato a sua volta l'ACP su un tema a noi molto caro. Abbiamo contribuito ai lavori della Commissione sull'intergruppo infanzia e adolescenza, iniziati con la presidenza di Federica Zanetto, con la volontà di mettere in luce le condizioni di vita di bambini e adolescenti durante la pandemia attraverso il coinvolgimento di molte realtà del terzo settore. Un lavoro che ha portato alla "Mozione infanzia" degli Onorevoli Lattanzio e Siani che chiede al governo di realizzare all'interno del PNRR un "Piano infanzia" straordinario.

Le collaborazioni

L'ACP è stata coinvolta, insieme a Istituto Superiore di Sanità (ISS), Centro per la Salute del Bambino (CSB), Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO), Ordine della Professione Ostetrica di Roma e Provincia (OPORP), nella realizzazione di un percorso formativo afferente alla nurturing care, destinato al personale che opera nel percorso nascita e nei primi anni di vita.

La prima edizione di questa formazione – Le cure che nutrono (nurturing care). La promozione della genitorialità responsiva e dello sviluppo precoce dei bambini e delle bambine fin dal percorso nascita – si è svolta a maggio presso l'ISS con l'obiettivo di coinvolgere professionisti esperti sul tema che andranno a costituire il primo nucleo di facilitatrici/facilitatori per le edizioni periferiche. Le edizioni successive del corso si svolgeranno a novembre 2022. Ho avuto l'opportunità di partecipare al meeting di Primavera ECPCP (European Confederation of Primary Care Pediatricians), su invito del suo attuale presidente Shimon Barak. Il meeting si è svolto in presenza, a Helsinki, dopo due anni di "astinenza" pandemica. L'ACP negli anni è stata attivamente presente in ECPCP grazie a tre delegate: Laura Reali attualmente vicepresidente ECPCP, Innocenza Rafele e Patrizia Calamita, pediatre ACP Lazio. A loro vanno i nostri ringraziamenti per il lavoro che svolgono e per il grande riconoscimento e la grande stima che hanno in ECPCP. L'ECPCP ha molti punti in comune con ACP, sia negli obiettivi di promozione della salute e dei diritti dei bambini, sia nelle modalità di lavoro. Tanti sono i temi prioritari condivisi da entrambi le associazioni, dalla salute mentale con lo statement che sarà presentato da Laura Reali al Congresso ACP, frutto di un'importante revisione della letteratura, all'interesse sull'ambiente con un gruppo analogo ai nostri PUMP, alla partecipazione all'interessante lavoro di revisione svolto sul curriculum formativo delle cure pediatriche primarie da Patrizia Calamita e Innocenza Rafele, tema su cui l'ACP si è impegnata e che potrà acquisire una maggiore forza culturale e propositiva se condiviso con altre società scientifiche europee.

Gruppi di Lavoro ACP

Un ringraziamento a tutti i gruppi di lavoro ACP per il lavoro passato e futuro. In questo seppur breve periodo di presidenza ho apprezzato molto la disponibilità dei gruppi nell'essere riferimenti importanti sui temi che emergono e che spesso richiedono risposte immediate, ma anche "luoghi" di proposte, idee e riflessioni, riflettendo in tutto ciò la passione e la dedizione verso l'ACP. I webinar organizzati ne sono una testimonianza (il prossimo sarà curato dal gruppo di lavoro sulla pediatria di genere). Ma anche l'incessante lavoro del

gruppo PUMP, del gruppo sul dolore e le cure palliative con i lavori in itinere (PIPER, Mi curo al SUD...), del gruppo prevenzione malattie infettive e vaccini anche per i contributi dati al recente webinar, del gruppo maltrattamento e abuso con i 3 webinar realizzati in rapida successione, il gruppo formazione e ricerca per il lavoro di revisione costante, il gruppo adolescenza, il gruppo salute mentale e il gruppo nutrizione.

I referenti regionali

I referenti regionali sono la “traduzione” territoriale dell’ACP: laddove è stato possibile, hanno svolto un lavoro anche a livello politico per promuovere e sostenere iniziative condivise. Nell’ultima riunione con i referenti abbiamo condiviso l’idea di lavorare sulle esigenze formative dei vari territori per poter realizzare incontri in modalità webinar al fine di poter coinvolgere il maggior numero di soci. A tutti i referenti va il nostro ringraziamento per il lavoro svolto.

La redazione di Quaderni ACP e delle Pagine elettroniche, ADV, l’editoria, webinar

Sono la vita dell’associazione tradotta in parole, in scienza e in politica con modalità diverse. Parleremo al Congresso della FAD di Quaderni acp, percorso formativo di qualità e delle Pagine elettroniche di Quaderni acp. *Appunti di viaggio (AdV)* a cura di Maria Francesca Siracusano e Gianni Piras con l’editing di Federica Zanetto è una “rassegna stampa” mensile con un pizzico di poesia e di bella narrazione. I webinar ACP hanno consentito di continuare a fare buona formazione con un’interessata e partecipe frequentazione, seppur virtuale. La pandemia ci ha offerto questa diversa opportunità con alcune criticità, ma anche con la possibilità di collegarci in tanti. Credo che possano continuare a essere una modalità complementare di formazione. Un ringraziamento particolare va a Michele Gangemi e a Gianni Piras per aver reso possibile in ACP questa modalità formativa, sempre realizzata con dedizione e grande professionalità.

Ricerca e esperienze in ACP

NASCITA, studio di coorte promosso dall’Istituto Mario Negri con il coinvolgimento di diversi pediatri/e ACP, continua e produce dati interessanti che riguardano la fascia 0-6 anni. La sua ultima “ramificazione” sul neurosviluppo nella fascia di età 0-2 anni, sarà oggetto di un prossimo approfondimento previsto a settembre 2022. NASCITA ha dimostrato come la ricerca sul “campo di lavoro”, seppur impegnativa, sia estremamente arricchente e formativa.

“Libri che divertono, che crescono, che curano: i servizi sanitari promuovono la lettura in famiglia” è il progetto proposto dall’ACP e sostenuto dal CSB, approvato nell’ambito del bando CEPPELL “Leggimi 0-6 2019” per la promozione della lettura nella prima infanzia. Il progetto si è concluso a dicembre 2021 con azioni riproducibili in altre realtà e con il focus su tre gruppi di bambini: i nati prematuri, i bambini con malattia oncologica e i bambini con problemi di neurosviluppo. Il coinvolgimento di realtà ospedaliere come le TIN, i reparti di oncologia e i centri specialistici ha conferito alla promozione della lettura in famiglia un valore aggiunto e uno stimolo importante a continuare in questi ambiti, trovando consenso anche a livello internazionale dove la promozione della lettura in famiglia ha cominciato a percorrere sentieri analoghi.

Le collaborazioni

In veste di presidente ACP ho partecipato all’evento conclusivo del “Giro d’Italia delle cure palliative pediatriche” organizzato dalla Fondazione Maruzza presso il Ministero

della Salute a Roma. Alla fine dell’evento conclusivo ogni associazione presente, tra cui l’ACP, ha firmato il Manifesto delle CPP.

Continua la collaborazione con Slow Medicine Italia, importante condivisione di buone pratiche e di interventi di promozione della salute mediante statement congiunti: l’ultimo riguarda il documento firmato da ACP e Slow Medicine sul “Return to Play”.

Prosegue molto attiva la nostra partecipazione al gruppo di lavoro CRC nella stesura del Rapporto di monitoraggio della Convenzione CRC in Italia e con la presenza dei referenti ACP negli eventi regionali CRC, arricchente occasione di confronto sui dati emersi a livello territoriale.

Altra collaborazione interessante è in atto con Alleanza per l’infanzia e gruppo di lavoro educAzioni politiche e servizi educativi 0-6, dove Anna Pedrotti rappresenta ACP in un lavoro di rete tra tante associazioni per la promozione di politiche a favore dell’infanzia.

“Connessioni Delicate”, un progetto in collaborazione tra ACP, SIP e FIMP con Fondazione Carolina e Meta sulla sensibilizzazione all’utilizzo delle tecnologie digitali e la sicurezza online dei bambini e degli adolescenti mediante un questionario per le famiglie, revisionato dalle tre associazioni pediatriche e distribuito, nella sua edizione pilota, dai pediatri di famiglia. Il progetto è stato condiviso nella sua elaborazione e revisionato da Laura Reali e Alberto Ferrando, presenti per ACP nel comitato dei revisori scientifici. ACP ha richiesto il parere di un esperto di privacy per la tutela dei dati, che ha esaminato il protocollo di intesa, apportato alcune modifiche e confermata l’autorizzazione a procedere.

Nei titoli di coda compare sempre il nome del regista: in ACP i registi sono tanti, in momenti diversi, ma Gianni Piras collega sempre il tutto con una attenta e precisa comunicazione. A lui va un particolare, grande ringraziamento per il lavoro svolto, anche in momenti complicati. ■

Una persona speciale: Carla

Il direttivo dell'ACP Umbria

Per noi che abbiamo condiviso tanto con lei, Carla era speciale sempre. Ma da quando non l'abbiamo più qui ci siamo resi conto che era speciale per tutti, anche per quelli che non condividevano le sue idee e il suo modo di essere pediatra.



Aveva una competenza fuori del comune. Studiava come una vera scicchiona, senza essere mai noiosa. E ci ha insegnato a studiare e a prepararsi con i maestri veri e a mettere in pratica le proprie idee, nella vita professionale di tutti i giorni. Ma intanto pensava sempre oltre, avanti, al futuro, a smuovere le cose, a provocare cambiamenti. Era concreta: credeva nella realizzazione delle idee e faceva in modo che diventassero progetti. Ti contagiava con la sua passione e il suo desiderio di arrivare all'obiettivo prefisso, sempre e comunque, a favore dei bisogni di salute e di sviluppo dei bambini.

Era rigorosa e creativa. Carismatica, in un modo che in una riunione di qualunque tipo se parlava tutti la ascoltavano, anche perché sapeva cogliere le cose essenziali: in un articolo, in una relazione a un congresso, in un intervento istituzionale

Favoriva la partecipazione perché sapeva cogliere gli aspetti su cui fare leva con le persone per coinvolgerle. A ognuno ha dato un'occasione importante per il lavoro e a volte anche per la vita.

Sapeva insegnare e comunicare quello che sapeva, a giovani e meno giovani, per un dono naturale oltre che per una preparazione eccezionale da formatrice. Quello che ti diceva lasciava un segno e ti faceva sempre riflettere.

Sapeva tenere i rapporti con le istituzioni con quel suo modo di rapportarsi con forza e con la sicurezza di chi parla in base alle evidenze scientifiche, senza paura o timore di contraddire o criticare il suo interlocutore.

Sapeva parlare con persone di tutti i livelli di (quasi) tutti i Paesi del mondo, anche quando era intemperante e diretta, come sapeva essere.

Si impegnava sempre per aiutare i più fragili, i più deboli, anche nei Paesi poveri.

La sua era la casa dell'accoglienza, eppure era tremenda quando si sentiva tradita nei principi in cui credeva. E tuttavia è riuscita a trasformare più di qualche antagonista in prezioso collaboratore.

Il suo ambulatorio era il luogo dove i genitori diventavano "Genitoripiù"; dove imparavano a essere autonomi e a capire quello che serviva realmente ai loro figli.

Era spiritosa e si godeva le cose della vita. Amava viaggiare, fotografare i volti dei bambini del mondo, ma le piacevano anche cose più semplici come l'ora dell'aperitivo soprattutto con le amiche e gli amici, il Tai Chi, i massaggi e la musica. E quindi era piacevole stare con lei anche nella vita privata.

Aveva una resilienza fuori del comune e un pozzo di energie a cui attingere sia fisiche sia psicologiche, che riusciva spesso a trasferire agli altri, ai colleghi, agli amici. Ha combattuto per numerosi anni con la sua malattia senza mai cadere nell'autocommiserazione. Ha sempre affrontato a testa alta tutte le dolorose vicissitudini che la vita le ha offerto con la particolare forza del suo carattere.

Siamo fortunati ad aver vissuto un pezzo di strada con lei, ci manca, un po' di quel suo spirito irriverente e caustico rimane nell'aria e ci spinge avanti. ■

GIOCHI E ATTIVITÀ 3-6 MESI



Scrivi qualche appunto sui progressi che sta facendo tuo figlio, tua figlia. Quando sarà più grande questo sarà per lui, per lei un bel regalo

14 SETTIMANA

Organizza una routine quotidiana: pasti, passeggiata, riposini di giorno, giochi, bagnetto



15 SETTIMANA

16 SETTIMANA



Guardatevi negli occhi: parla al tuo bambino, imita i suoni che lui produce, creando un ping-pong sonoro che promuove lo sviluppo del linguaggio

Ripeti i **SUONI** che fa il tuo bambino in modo che possa sentirli due volte. Ripetere al bimbo i suoni che lui fa, lo aiuta ad imparare a riprodurre i suoni che ha inventato

17 SETTIMANA

18 SETTIMANA

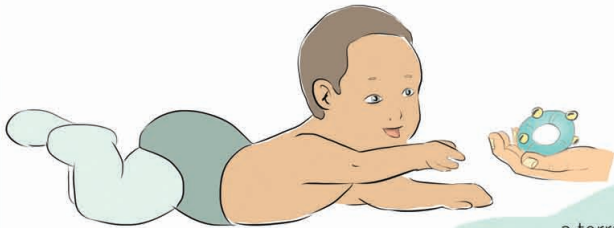
19 SETTIMANA

Primi giocattoli da afferrare, maneggiare, mettere in bocca. A quest'età è importante che il bambino possa esplorare con la bocca



20 SETTIMANA

21 SETTIMANA



Posizione a "pancia sotto" su un piano e poi a terra dal 4° mese: si possono fare un sacco di giochi!

22 SETTIMANA

23 SETTIMANA

Aiuta il tuo bimbo a scoprire il suo corpo:
- Sfrega i suoi piedi e mani insieme
- Porta i suoi piedi mani verso la bocca
- Conta le sue dita
- Aiutalo a battere le mani



24 SETTIMANA

25 SETTIMANA

Se le ricordi queste **FILASTROCCHHE**? Forse le cantavano anche a te:
"Mignolino è caduto nel pozzo (muovendo il mignolo), anulare lo ha salvato (muovendo l'anulare), medio lo ha asciugato (muovendo il medio), indice ha preparato la pappa (muovendo l'indice) e pollice se l'è mangiata tutta! (muovendo il pollice)". Oppure questa: facendo con il tuo dito dei piccoli cerchietti sul palmo della manina "Manina bella fatta a pennello, dove sei stata? Dal mio papà. Cosa ti ha dato? (accarezzando con il tuo dito per il lungo il palmo della mano per 3 volte) Pane, vino e latte facendo il solletico sul palmo della manina) gate gate gatte!"

26 SETTIMANA

Quando “meno” è abbastanza: la terapia antibiotica breve

Melodie O. Aricò

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

La storia moderna degli antibiotici inizia nel 1928 quando Alexander Fleming vide, su una piastra di coltura di stafilococchi, un'area nella quale la colonia batterica si era ridotta per la presenza di una muffa. Accesasi la curiosità su quale sostanza inibisse la crescita batterica e identificata la penicillina (prodotta dalla muffa *Penicillium notatum*), la ricerca venne momentaneamente accantonata per la difficoltà di produzione e concentrazione della sostanza [1]. Nel 1938 il dottor Domagk osservò che la tintura per tessuti era efficace nel trattare le infezioni da Streptococco: vennero così identificati i sulfonamidici [2]. Tuttavia, è apparso subito evidente che non tutte le infezioni rispondevano ai sulfonamidici ed è stata quindi ripresa la ricerca sulla penicillina che, in breve tempo, sarebbe diventato l'antibiotico più utilizzato in tutto il mondo.

Fin dall'inizio del loro impiego, si è posto il problema dell'insorgenza della resistenza agli antibiotici.

Nel discorso di ringraziamento per la consegna del Premio Nobel nel 1945, Fleming racconta di un ipotetico signor X che, non completando un ciclo di terapia antibiotica per faringite, indurrebbe la comparsa di resistenza nello *Streptococcus pyogenes*, diventandone portatore. In un secondo momento trasmetterebbe il germe resistente alla moglie che svilupperebbe una polmonite grave, a questo punto non responsiva alla penicillina e quindi mortale. “Morale: se usi la penicillina, usane abbastanza” [3].

Oggi sappiamo che lo *S. pyogenes* non è mai diventato resistente alla penicillina e che la causa dei fallimenti di terapia, cui faceva riferimento Fleming, erano dovuti a dosaggi troppo bassi e non eradicanti, più che a trattamenti di breve durata.

La nascita degli schemi terapeutici

Negli anni dal 1940 al 1970 sono state scoperte la maggior parte delle molecole a tutt'oggi utilizzate nella pratica clinica. I risultati erano tali da far immaginare che le malattie infettive non sarebbero più state un problema [4]. In quel contesto e in quegli anni sono stati impostati la maggior parte degli schemi terapeutici che, variamente modificati, impieghiamo ancora oggi. La posologia e la tempistica di somministrazione sono stati definiti sulla base di studi di farmacocinetica con valutazione dei dosaggi plasmatici, superando presto il problema dei dosaggi subottimali.

Più complesso è stato stabilire la durata delle terapie. Esiste ampia e approfondita letteratura che indica quali molecole utilizzare e a quale dosaggio per un grande numero di malattie. Sulla durata dei trattamenti l'incertezza sembra maggiore: i suggerimenti vanno da “qualche giorno (in genere non specificato) dopo il miglioramento clinico” all'indicazione a proseguire “fino a quando si ritiene indicato” [5].

Scelto l'antibiotico e stabilito il dosaggio, ora dobbiamo decidere per quanti giorni proseguirlo: nel tempo, l'approccio al problema ha avuto una sua evoluzione. Vediamone insieme alcuni esempi.

Tubercolosi (TB)

Nel 1949 un articolo dell'*Indian Medical Gazette* descrive una delle prime serie di pazienti in cui viene utilizzata la streptomina: fa riferimento ai dosaggi utilizzati ma non dà indicazioni sulla durata. Nel frattempo, è emersa la capacità del *Mycobacterium* di diventare resistente in caso di monoterapia o per terapie troppo brevi, per cui si inizia a utilizzare schemi a più farmaci per durate molto lunghe [6].

Una review del 1973 propone una fase di attacco a 3 farmaci della durata da 6 settimane a 6 mesi, seguita poi da una fase di mantenimento a 2 farmaci, somministrati per una durata variabile da 1 a 2 anni [7]. Emerge, naturalmente, la difficoltà di compliance dei pazienti soprattutto nella fase di mantenimento, per cui suggerisce già di valutare se ci sia margine per una riduzione della durata a parità di efficacia.

È del 1993 un lavoro indiano che propone l'utilizzo di schemi terapeutici brevi di 6 mesi in pazienti pediatriche con complesso primario, TB linfonodale o forme polmonari lievi radiologicamente negative, riservando durate di 9 mesi a forme polmonari più complicate e di 9-12 mesi nella TB miliare o con interessamento del sistema nervoso centrale [8]. Un passaggio importante del lavoro è quando sottolinea che durate superiori non presentano vantaggi: al contrario, l'applicazione di regimi di minore durata consentirebbe una migliore compliance, una riduzione degli effetti collaterali e il contenimento delle spese sanitarie, permettendo così di dirottare il risparmio (economico e di risorse umane) su altri versanti, come la sorveglianza clinica.

La strada per la “short therapy” è stata aperta.

Polmonite acquisita in comunità

Un lavoro del 1967 valuta l'efficacia delle diverse molecole nel trattamento della polmonite, attribuendo il più rapido miglioramento clinico all'uso dell'ampicillina [9]. Anche in questo caso non viene indicata la durata della terapia, limitandosi a riportare i valori ematologici e clinici al 10° giorno di trattamento.

Dalla fine degli anni Novanta si fanno più frequenti gli studi sulla valutazione di efficacia per terapie di minore durata [10-11]. A oggi ci sono robuste evidenze, sia nell'adulto sia nel bambino, di una pari efficacia per trattamenti di 5 giorni, rispetto ai canonici 7-10 giorni nelle polmoniti non complicate. Ma gli studi ci portano ancora oltre: una terapia di 3 giorni sembra essere sufficiente per le polmoniti non complicate [11-13].

Infezione delle vie urinarie (IVU)

I primi studi sulla terapia delle IVU prediligevano terapie di lunga durata a dosaggi relativamente bassi. In molti pazienti, tuttavia, pur non essendoci infezioni clinicamente evidenti, non si riusciva così a ottenere l'eradicazione del patogeno, giustificando successivi protocolli a più alti dosaggi ma di minor durata (1 settimana vs. 2 settimane) in caso di recidiva [14]. Negli anni Ottanta si introduce la stratificazione del rischio, con la proposta di trattare con monosomministrazione le IVU basse sopra i due anni. Non vi è accordo, invece, sulla durata nelle IVU alte, per le quali sono proposte terapie di almeno 10 giorni [15]. Negli ultimi anni si fa largo la proposta di ridurre il trattamento fino a 2-3 giorni, o di evitare la somministrazione parenterale in quadri di pielonefrite anche in pazienti con meno di 3 mesi di vita [16-17].

La durata della terapia antibiotica

Come abbiamo visto, la storia degli schemi antibiotici è costellata di esperienze con poche valutazioni oggettive sulla durata minima efficace. L'“unità di misura” della durata è stata tradizionalmente la settimana, per cui molti schemi prevedono trattamenti di 7-14 giorni. C'è chi ritiene che, se l'imperatore Costantino avesse stabilito che le settimane avessero 4 giorni,

noi oggi utilizzeremmo terapie con range di 4-8 giorni [18]. La preoccupazione per il rischio di recidive infettive e di eventi avversi per l'uso di alti dosaggi, hanno influenzato molto la scelta della durata delle terapie. Già nel 1956 era frequente l'uso di dosaggi subottimali, con l'obiettivo di ridurre gli eventi avversi, ma prolungando d'altra parte la durata della somministrazione e compromettendo così l'eradicazione dell'infezione [4].

In sostanza, l'uso degli antibiotici è stato fin da subito improntato alla prudenza nei dosaggi (meglio non esagerare) e a durate prolungate (così evito la ricaduta). La maneggevolezza di molte di queste molecole ha indotto poi a una grande facilità di prescrizione e, quindi, a un consumo importante in tutto il mondo [4].

Il concetto di ciclo antibiotico e la comparsa delle resistenze

Il fenomeno della antimicrobico-resistenza (antimicrobial resistance, AMR) si genera attraverso due meccanismi:

- *selezione target*: durante la somministrazione di antibiotico elimino i ceppi sensibili del patogeno, ma persistono quelli resistenti che potranno poi dare un'infezione da germi resistenti;
- *selezione collaterale*: la somministrazione di antibiotici sarà efficace sia sul patogeno che voglio trattare sia sui batteri commensali che verranno eliminati, lasciando spazio a ceppi resistenti che andranno a colonizzare l'organismo e, successivamente, potranno dare infezione.

Quando pensiamo all'AMR abbiamo in mente soprattutto il primo meccanismo, temendo che il patogeno che stiamo trattando impari a resisterci. È stato invece dimostrato che è la selezione collaterale a sostenere con maggiore frequenza l'aumento e la diffusione dell'AMR. Ogni antibiotico ha un potenziale intrinseco di indurre resistenze ed è quindi importante, al momento della scelta della terapia (soprattutto se empirica), optare per il farmaco a minor potenziale di resistenza [19]. Altrettanto importante è la durata della somministrazione: a parità di molecola somministrata e di efficacia clinica, un trattamento di durata prolungata aumenta notevolmente il rischio di selezionare ceppi resistenti, sia attraverso la selezione target che quella collaterale [20-21].

Il ciclo antibiotico

Dalla comparsa degli antibiotici si è progressivamente sviluppato e consolidato il concetto di "ciclo antibiotico" secondo il quale, una volta avviata la somministrazione, questa deve essere proseguita fino al termine prestabilito. Questa pratica è stata finora sostenuta dall'assenza, per la maggior parte delle indicazioni terapeutiche, di studi sulla minima durata efficace della terapia. La rigidità temporale del "ciclo antibiotico" e la sua pedissequa applicazione rischia di determinare più danni

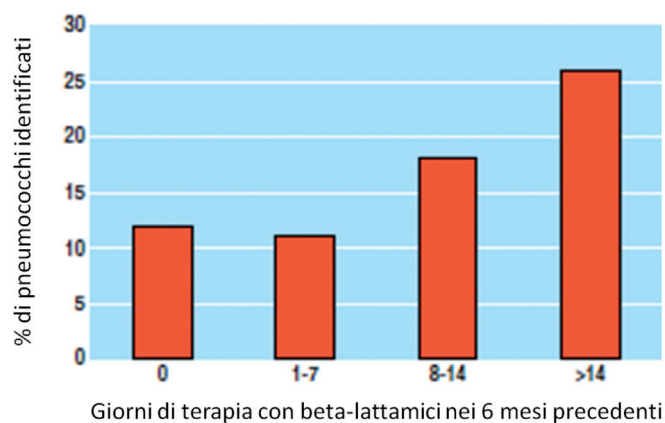


Figura 1. Pneumococchi resistenti alla penicillina in relazione all'uso dei beta lattamici nei 6 mesi precedenti (modificato da rif. 20).

che benefici: porta infatti alla somministrazione di dosi non necessarie dal punto di vista clinico, continuando a esercitare una pressione selettiva sulla flora microbica commensale e favorendo la comparsa di ceppi resistenti che potranno essere poi trasmessi e diffusi [Figura 1] [20-21].

Pertanto, se avviamo una terapia antibiotica e, indipendentemente dagli elementi clinici che potrebbero indurci a sospenderla (identificazione di eziologia alternativa, evidente miglioramento clinico del paziente), la proseguiamo in nome del "ciclo antibiotico", non otterremo alcun beneficio clinico immediato e andremo invece ad alimentare il fenomeno della selezione collaterale.

Un esempio importante di come questo concetto sia stato intaccato è la gestione della *early onset sepsis* nel neonato: è ormai consolidato che, in neonati senza elementi clinici suggestivi di sepsi, esami di laboratorio ed emocolture negative, la terapia antibiotica avviata può essere sospesa dopo 48-72 ore [22].

A che punto siamo

In questo momento sono in corso diversi studi clinici che mettono in discussione la durata dei protocolli antimicrobici tradizionalmente accettati [23-25]. È interessante che i primi studi provengano spesso da nazioni a ridotte risorse economiche come India e Pakistan [11,26]. Questi Paesi hanno la necessità di ottimizzare le prescrizioni per l'alta incidenza di casi, in situazioni di ridotte risorse economiche e strutturali che rendono difficile garantire l'aderenza a cicli antibiotici prolungati e il successivo follow-up.

I Paesi a maggiore sviluppo seguono questa scia seppur con elementi propulsivi parzialmente diversi: l'interesse per la riduzione dei costi si accompagna alla necessità di preservare l'efficacia degli antibiotici in un contesto di progressivo aumento delle resistenze, oltre che a principi di ottimizzazione delle risorse e alla necessità di ridurre gli effetti collaterali e gli eventi avversi legati a prescrizioni non sempre indicate, e di migliorare la compliance dei pazienti per trattamenti complessi o impegnativi [Tabella 1] [27].

Si sta diffondendo il concetto, noto in realtà da tempo, di "short therapy" che non vuole identificare una durata predefinita, ma punta alla ricerca della durata minima efficace per ciascuna patologia in ciascun paziente, partendo dal presupposto che "meno è meglio".

Conclusioni e prospettive future

Abbiamo visto come l'impostazione degli schemi terapeutici a cui siamo abituati si basi, nella maggior parte dei casi, su estrapolazioni empiriche di concetti nati in tempi abbastanza lontani, senza il supporto di studi attendibili sulla durata minima efficace. È emerso che il concetto di "ciclo antibiotico" a cui per lungo tempo ci siamo affidati è un'arma a nostro sfavore, perché determina l'aumento delle dosi non necessarie somministrate e favorisce l'insorgenza di ceppi microbici resistenti.

Dobbiamo, anzitutto, essere aggiornati sulle evidenze relative alle durate minime efficaci per i quadri clinici più frequenti; è importante rivalutare il paziente a brevi intervalli di tempo e chiederci ogni giorno se sia necessario proseguire l'antibiotico, modificare la molecola o la via di somministrazione (da endovenosa a orale), ricordando che "più breve è, meglio è".

Il monitoraggio attento della durata della terapia è un elemento fondamentale – certamente non l'unico – di un procedimento scientifico assai più complesso, che prende il nome di *stewardship antibiotica*. La *stewardship antibiotica* è l'insieme di pratiche che dovremmo mettere in atto in ogni fase della somministrazione di un antimicrobico, partendo dalla scelta del farmaco più appropriato in termini di spettro e potenziale resistenza, considerando la via di somministrazione

Tabella 1. Proposta di terapia antibiotica breve in alcune comuni infezioni pediatriche (modificato da rif. 21)

Indicazione	Giorni di terapia		Principali evidenze	Evidenze sulle resistenze
	Standard	Valutato		
Otite media	10	5	Fallimento terapeutico maggiore con 5 gg rispetto a 10 gg	Flora nasofaringea con resistenze sovrapponibili per cicli brevi
Faringite streptococcica	10	3-6	Risultato sovrapponibile per 3-6 gg e 10 gg con penicilline	Non valutato
Polmonite di comunità	7-10	5	Cicli di 5 gg non inferiori	Terapie > 5 gg con beta-lattamici sono associate a maggior incidenza di <i>S. pneumoniae</i> resistente
Cellulite	7-14	5	Cicli di 5 gg non inferiori a 10 gg per la risoluzione clinica	Non valutato
Pielonefrite	14	5-7	Ciprofloxacina per 7 gg non inferiore a 14 gg; levofloxacina per 5 gg non inferiore a ciprofloxacina per 10 gg per risoluzione clinica ed eradicazione	Non valutato
Polmonite nosocomiale	10-15	7-8	Non inferiorità del ciclo breve nel trattamento di sospette polmoniti sulla mortalità e recidiva di infezione in pazienti critici	Minore rischio di infezioni resistenti in pazienti che ricevono cicli più brevi
Infezione addominale	7-14	4	Cicli prestabiliti di 4 gg non inferiori per infezioni del sito chirurgico, infezioni addominali ricorrenti e morte	Evidenze non significative di minor resistenza di patogeni extraaddominali con cicli più brevi

più adeguata, evitando, quando non strettamente indicata, la via parenterale e passando dalla via parenterale a quella orale non appena il paziente presenti un miglioramento clinico. Dovremmo raccogliere, ogni volta possibile, campioni per analisi colturali così da potere meglio indirizzare il trattamento e valutare ogni giorno se sia indicata la sua prosecuzione o se siano emerse novità cliniche che permettano di sospenderla. In sostanza, la stewardship dovrebbe aiutarci a somministrare l'antibiotico a spettro più ristretto e mirato, da impostare per il minor tempo necessario e da sospendere non appena se ne veda la possibilità [28].

La sfida continua per una medicina migliore, sia in ospedale sia sul territorio, include anche la nostra capacità di acquisire e applicare i principi della stewardship antibiotica e l'attenta valutazione della durata del trattamento che stiamo prescrivendo. ■

La bibliografia di questo articolo è consultabile online

melodieolivialoredanarosa.arico@auslromagna.it

INDICE PAGINE ELETTRONICHE DI QUADERNI ACP 29 (3) - 2022

Newsletter pediatrica

- n.1 Fattori di rischio per infezione grave da SARS-CoV-2 nei bambini: i dati in era prevaccinale di un anno di epidemia confermano che i bambini che si ammalano gravemente sono pochi e con comorbidità
- n.2 Ondansetron orale per la gastroenterite pediatrica nelle cure primarie: uno studio randomizzato controllato che non dà utili indicazioni
- n.3 Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) (marzo-aprile 2022)

Documenti

- d.1 Domande sulla diagnosi di asma? L'ERS risponde [commento a cura di Enrico Valletta]
- d.2 Il marketing dei sostituti del latte materno secondo OMS e UNICEF [commento a cura di Adriano Cattaneo]
- d.3 I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia - I dati regione per regione 2021 [introduzione a cura di Arianna Saulini]
Contrasti regionali nell'immagine dei diritti dell'infanzia in Italia [commento a cura di Maurizio Bonati]

Ambiente e salute

- a&s.1 Ambiente e salute news (n. 14, 2022)

Articolo del mese

- am.1 Sindrome infiammatoria multisistemica: caratteristiche genetiche e cliniche in pazienti pediatriche del Medio Oriente [commento a cura di Daniele De Bras]

Poster congressi

- p.1 Poster specializzandi (2° parte) - "Parmapediatría", 18-19 febbraio 2022

Approccio al bambino con iperCKemia e rabdomiolisi in pronto soccorso pediatrico

Melodie O. Aricò¹, Paola Belleri², Elena Cattazzo³, Lucia Del Vecchio⁴, Mauro Guariento², Giuseppe Pagano⁵, Giovanna La Fauci³

¹UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì; ²Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Verona; ³UOC Accettazione e Pronto Soccorso Pediatrico, AUOI Verona; ⁴Scuola di Specializzazione in Pediatria, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna; ⁵UOC Pediatria a Indirizzo Critico e Patologia Neonatale, AOUI Verona

IperCKemia e rabdomiolisi sono le facce di una stessa medaglia. In età pediatrica, nella maggior parte dei casi, l'eziologia è di origine infettiva e a decorso favorevole. Tuttavia, la persistenza nel tempo di elevati valori di CK deve portare a sospettare cause genetiche/ereditarie che possono richiedere anche il coinvolgimento di altri specialisti. La rabdomiolisi, in particolare, rappresenta un'urgenza per la possibile evoluzione in insufficienza renale acuta che richiede un'appropriata gestione di fluidi e il trattamento aggressivo dei disturbi elettrolitici.

HyperCKemia and rhabdomyolysis are sides of the same coin. In pediatric age, in most cases, the etiology is infectious in origin with a favorable course. However, the persistence of elevated CK values over time should lead to suspicion of genetic/hereditary causes that may also require the involvement of other specialists. Rhabdomyolysis is an urgent concern because of the possible evolution into acute renal failure requiring appropriate fluid management and aggressive treatment of electrolyte disorders.

La misurazione delle creatinichinasi (CK) è una parte fondamentale della valutazione dei pazienti con debolezza muscolare, mialgia (sintomo di dolore muscolare e di discomfort), con miopatia e rabdomiolisi. Gli altri enzimi muscolari

che possono accompagnare o meno l'aumento delle CK sono AST, ALT, lattico deidrogenasi (LDH) e aldolasi. Talvolta, l'incremento delle CK può essere un riscontro accidentale, il cui significato deve sempre essere inserito all'interno del contesto clinico del bambino: può infatti comparire in pazienti senza sintomi muscolari o soltanto con sintomi minimi e aspecifici (crampi e spasmi muscolari, affaticamento) che non interferiscono significativamente con le attività quotidiane. In questo caso parliamo di "iperCKemia asintomatica" [Figura 1]. La storia clinica assume quindi un ruolo importante, al di là del semplice valore di laboratorio, per distinguere se siamo di fronte a un aumento di CK asintomatico o sintomatico [1].

Cosa vuol dire iperCKemia?

Dalla letteratura si evince la difficoltà di definire un valore sicuramente patologico di CK per la grande variabilità nella popolazione asintomatica o paucisintomatica, correlata sia alla metodica di laboratorio sia a differenze interindividuali, legate al sesso e all'etnia. Nel 2010 la European Federation of Neurological Societies (EFNS) ha definito l'iperCKemia come un aumento del valore di CK > 1,5 volte il limite massimo considerando il range di laboratorio. Circa il 4% di soggetti con iperCKemia asintomatica o paucisintomatica ha una condizione nota come macroCK che consiste nella formazione di un complesso enzimatico (CK associato ad altri componenti) con massa molecolare elevata che, di conseguenza, avrà una minor clearance, determinando la persistenza prolungata di livelli elevati di CK a livello ematico. Sono stati descritti due sottogruppi di macroCK. Il tipo 1, nel quale le CK sono associate a immunoglobuline: si manifesta nell'1,2% della popolazione generale, per lo più non associata a malattie o solo saltuariamente a patologie autoimmuni. Il tipo 2, costituito da complessi di

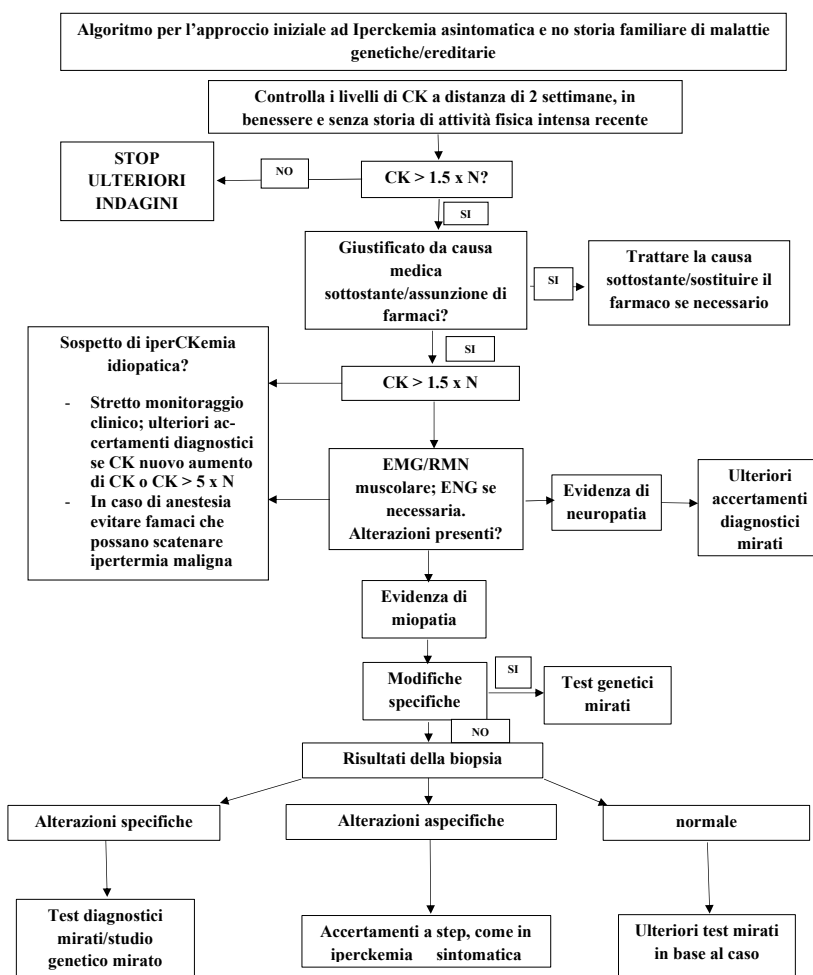


Figura 1. Approccio all'iperCKemia asintomatica.

Box 1. Approccio al bambino con mialgia

- Caratteristiche: insorgenza, sede (localizzato o diffuso) e qualità del discomfort muscolare in relazione al tempo e alla risposta a stress metabolici come attività fisica intensa e digiuno (es. in soggetti non allenati subito dopo l'attività fisica suggestivo per miopatia, dopo 24-48 ore normali mialgie post esercizio fisico), febbre, esposizione al freddo, farmaci e anestesia.
- Precedenti e non riconosciute condizioni di debolezza prossimale, ptosi, oftalmoplegia, distonia, neuropatia e/o pseudoipertrofia muscolare.
- Video fatti a casa dai genitori (alterata funzione motoria come disturbi della marcia e postura, distonie e discinesia) possono aiutare nella valutazione di patologie neurologiche centrali sottostanti.
- Pigmenturia con mialgia non correlati con l'entità dello sforzo muscolare oppure precedenti episodi, anche isolati, di pigmenturia.
- Familiarità per malattie neuromuscolari, consanguineità nel sospetto di malattie metaboliche a carattere autosomico recessivo.
- Entità del dolore e iperCKemia: dolore lieve (malattia di McArdle, miopatie metaboliche, alcuni tipi di miosite, distrofia miotonica tipo II) dolore importante (es. distrofia facio-scapolo-omeroale (FSHD), distrofinopatie, distrofia muscolare dei cingoli (LGMD-1C, 2A e 2I), distrofia miotonica tipo I).
- Assenza di dolore o dolore lieve e iperCKemia (es. malattia di Pompe).
- Distinzione delle mialgie dai crampi (principalmente di origine neurogena, ma possono essere anche sintomo di miopatie e disordini del SNC o durante il trattamento con alcuni farmaci).

CK e proteine non determinate che possono associarsi a neoplasie. Il dosaggio standard non distingue nei livelli di CK la componente dei complessi di macroCK, per cui la diagnosi differenziale fra le due forme richiede l'elettroforesi. Il tipo 1 e il tipo 2 si distinguono per una diversa affinità alla proteina G evidenziata alla cromatografia [1-3].

In età pediatrica il riscontro di iperCKemia può essere occasionale oppure nel contesto di una sintomatologia muscolare (mialgie e debolezza) [Box 1]. Le cause più frequenti sono le infezioni virali e le malattie del tessuto connettivo nella prima decade di vita, mentre traumi ed esotossine prevalgono nella seconda decade [4] [Tabelle 1-2].

Quando osservare?

In assenza di sintomi muscolari, con esame obiettivo neurologico negativo e storia clinica silente, il riscontro isolato di un aumento delle CK è da considerarsi, generalmente, di scarso significato. Con questi elementi e un valore dell'enzima < 1.000 UI/L può essere ragionevole ricontrollarne il dosaggio a distanza di circa due settimane per valutarne l'andamento.

Quando indagare?

Se abbiamo un paziente con alterazioni modeste delle CK ma con una sintomatologia clinica significativa, più o meno associata ad alterazioni neurologiche, sarà indicato eseguire ulteriori accertamenti: infatti se in patologie quali la distrofia muscolare di Duchenne le CK possono essere molto elevate (3.000-30.000 UI/L), in alcune neuropatie quali la malattia di Charcot-Marie-Tooth o nell'atrofia muscolare spinale l'incremento di CK potrà anche essere moderato (500 UI/L) [5-6]. Altri elementi clinici, indipendentemente dal valore di laboratorio, possono indurre a ulteriori approfondimenti per escludere la presenza di un quadro potenzialmente evolutivo verso la rabdomiolisi. Nel caso in cui i valori di CK siano invece > 1.000 UI/L, anche in assenza di sintomi suggestivi, si parla di rabdomiolisi.

La rabdomiolisi

Con un valore di CK > 1.000 UI/L, indipendentemente dal quadro clinico, siamo in presenza di una rabdomiolisi. L'aumento di CK può essere associato a mioglobinuria che, tuttavia, per la breve emivita della mioglobina (1-3 ore), non ne rap-

Tabella 1. Cause acquisite di iperCKemia e rabdomiolisi

Infezioni virali	Influenza, parainfluenza, enterovirus, VZV, CMV, EBV Coxsackie, HIV, SARS-CoV-2
Infezioni batteriche e protozoarie	Salmonella, <i>Streptococcus pyogenes</i> , brucella, malaria
Trauma muscolare	Sforzi intensi o prolungati, trauma, convulsioni, iniezioni intramuscolari, incidenti, sindrome compartimentale, coma con immobilizzazione prolungata, elettrocuzione
Compromissione vascolare	Ischemia, colpo di calore
Farmaci	Statine, colchicina, macrolidi, ciclosporina, corticosteroidi, salicilati, antipsicotici, isotretinoina, litio, naltrexone, beta-bloccanti, antivirali, levetiracetam
Disidratazione	Ipopotassemia, iponatriemia, ipofosfatemia,
Malattie endocrine	Ipo/ipertiroidismo, chetoacidosi diabetica, sindrome di cushing, Iperparatiroidismo
Droghe, tossine	Amfetamine, eroina, marijuana, cocaina, CO, etanolo, veleno di serpente, multiple punture di vespe o calabroni
Alimenti	Uova di quaglia, funghi, liquirizia
Altre	Chirurgia, gravidanza, celiachia, macroCK, neoplasie

Tabella 2. Cause ereditarie di iperCKemia e rabdomiolisi

Distrofie muscolari	Distrofia di Duchenne, distrofia di Becker, disferlinopatia, sarcoglicanopatia
Malattie del metabolismo	Difetto di ossidazione degli acidi grassi, disordini mitocondriali, malattie da accumulo di glicogeno (es. glicogenosi V di McArdle, malattia di Pompe)
Malattie infiammatorie	Polimiosite, dermatomiosite, lupus eritematoso sistemico, poliarterite nodosa, sarcoidosi
Miopatie congenite	Miopatia legata al recettore della rianodina, miopatia associata alla selenoproteina N,
Ipertermia maligna (canalopatie)	Anestetici volatili (es alotano, isoflurano) e miorelassanti depolarizzanti (es succinilcolina), caldo, esercizio (Mutazioni nei geni RYR1, ACE, ACTN3, CCL2 e CCR2)
Altre	Polineuropatie (malattia di Charcot-Marie-Tooth), tratto drepanocitico

presenta un segno patognomonico. Riconoscere precocemente la rabdomiolisi è estremamente importante per identificare i pazienti a rischio di danno renale (13-50% dei casi) e delle altre possibili complicanze quali la coagulazione intravascolare disseminata, la sindrome compartimentale e i disordini elettrolitici pericolosi per la vita [7].

Epidemiologia

La maggior parte della letteratura sulla rabdomiolisi è tratta da studi sugli adulti. Non esistono dati univoci riguardanti l'incidenza nella popolazione pediatrica. La prevalenza è maggiore in soggetti maschi, di etnia afroamericana, di età inferiore a 10 anni o superiore a 60 anni e in persone con BMI superiore a 40.

Determinante, da un punto di vista epidemiologico, è stato, nel novembre 2006, uno studio retrospettivo che includeva 210 bambini trattati per rabdomiolisi tra il 1993 e il 2003 presso un pronto soccorso pediatrico di terzo livello [8]. Da questo studio emergevano differenze eziologiche con la popolazione adulta e un minore rischio di insufficienza renale acuta (IRA) in età pediatrica (incidenza del 5%) rispetto all'adulto [9].

Eziologia e fisiopatologia

Dal punto di vista eziologico le cause di rabdomiolisi sono le medesime dell'iperCKemia [Tabelle 1-2] [Box 2]. La fisiopatologia della distruzione muscolare è analoga per eziologie diverse.

Box 2. Criteri RHABDO

Pensare a causa genetica quando sono presenti da uno a più criteri RHABDO:

- **R-recurrent:** episodi ricorrenti di rabdomiolisi post esercizio fisico
- **H-hyperCKemia:** iperCKemia che persiste per più di 8 settimane dopo un evento
- **A-accustomed:** esercizio fisico abituale
- **B-blood:** CK ematica > 50 volte la norma
- **D-drug:** ingestione di farmaci/integratori o altri fattori esogeni/endogeni che non possono spiegare la gravità della rabdomiolisi
- **O-other:** altri membri della famiglia affetti/altri sintomi legati allo sforzo fisico (es. crampi o mialgia)

Danno muscolare ed effetti delle citotossine

La cellula muscolare è colpita sia da un danno diretto di membrana che, indirettamente, dalla deplezione energetica. Entrambi i meccanismi convergono verso l'aumento di calcio intracellulare che conduce alla morte cellulare. Alla necrosi delle fibre muscolari consegue il rilascio nel circolo di citotossine intracellulari (potassio, fosfati, mioglobina, CK e urati) che determinano il danno dell'endotelio capillare e favoriscono il passaggio di liquidi nel terzo spazio [10].

Meccanismo dell'IRA

L'IRA associata a rabdomiolisi è dovuta a meccanismi quali l'ipovolemia, la mioglobinuria e l'acidosi metabolica. In particolare, durante la distruzione muscolare, il sequestro di liquidi intracellulari nel terzo spazio, conduce all'ipovolemia con conseguente IRA pre-renale. La mioglobina circolante determina danno renale con due meccanismi: induce uno stress ossidativo (ROS e perossidazione lipidica) e provoca ostruzione tubulare quando precipita, insieme all'acido urico, in corso di acidosi metabolica [10-11].

Clinica

La classica triade della rabdomiolisi acuta include: mialgie, debolezza muscolare e urine scure ma è presente contempora-

neamente in meno del 10% dei casi [12]. Le mialgie sono il più comune e spesso l'unico sintomo in età pediatrica [4,13] e l'entità della mialgia non correla con il rialzo delle CK. All'esame obiettivo potremo rilevare tumefazione e talvolta alterazioni cutanee per la necrosi da pressione; i gruppi muscolari più frequentemente coinvolti sono i polpacci e la zona lombare. Meno frequentemente (< 5% dei casi), il segno clinico di esordio sono le urine scure (dal rosato, al color cola, al nero scuro).

Le manifestazioni sistemiche comprendono: malessere generale, febbre, tachicardia, nausea e vomito [14]. Per quanto la clinica specifica della rabdomiolisi possa essere assente o molto sfumata, sarà importante ricercare elementi clinici di eventuali cause sottostanti [4]:

- alterazioni neurologiche che possono suggerire esposizione a tossici o sostanze d'abuso;
- ptosi palpebrale, oftalmoplegia, pseudoipertrofia muscolare possono indicare una mitocondriopatia o una distrofia muscolare;
- epato-splenomegalia di origine infettiva (come EBV o CMV) o per patologie da accumulo (es. glicogenosi);
- lesioni cutanee: punture, morsi, segni di iniezione o di traumi;
- fenomeno del "second wind" o del "secondo fiato" tipico della glicogenosi di tipo V e IX nel quale se il paziente riduce lo sforzo dopo aver avvertito mialgie e rigidità aspettando che questi sintomi si attenuino potrà riprendere lo sforzo con maggiore efficacia. Ciò avviene perché così facendo si ha un passaggio dal metabolismo del glicogeno al metabolismo dei lipidi come fonte di energia;
- fenomeno dell'"out of wind" tipico della glicogenosi VII nel quale un eccesso di ingestione di glucosio porta a una riduzione della performance del paziente poiché in questo caso vi è un ridotto rilascio di acidi grassi liberi e corpi chetonici ai muscoli che rappresentano i substrati preferiti in questo tipo di malattie del metabolismo del glucosio;
- anemia emolitica associata tipica della glicogenosi VII, del deficit di fosfogliceratochinasi e 1,6-bisfosfato aldolasi.

Complicanze

Precoci:

- alterazioni elettrolitiche: iperkaliemia e ipocalcemia a volte talmente gravi da esitare in aritmie e arresto cardiaco;
- epatiche: le proteasi muscolari circolanti determinano un danno epatico con aumento degli indici di funzionalità epatica.

Tardive (12-72h):

- renali: IRA con oliguria seguita dopo 1-3 settimane da comparsa di poliuria, in alcuni casi la fase oligurica può essere assente. L'IRA è più rara che nell'adulto e, a differenza di quest'ultimo, nel bambino non ci sono marker laboratoristici predittivi certi [4]. I fattori di rischio correlati con lo sviluppo di IRA variano nei diversi studi: alcuni riportano le elevate concentrazioni di creatinina, potassio e albumina plasmatiche [15], altri i livelli sierici di calcio, fosforo, potassio e acido urico [16]. L'entità dell'aumento delle CK sembrerebbe correlare con il rischio di IRA: per aumenti di CK > 5.000 UI/L l'incidenza di IRA sarebbe del 19%, mentre per livelli di CK < 5.000 U/L arriva all'8% [17];
- circolatorie: coagulazione intravascolare disseminata (CID) probabilmente per il rilascio di fattori procoagulanti;
- sindrome compartimentale: può essere sia la causa sia una conseguenza della rabdomiolisi e può comparire anche precocemente [14]. La valutazione clinica dovrà ricercare elementi di allarme quali pallore, estremità più fredde, polsi ipovalidi, parestesie e sensazione di tensione cutanea;
- acidosi metabolica, uremia e acidosi lattica in relazione all'ischemia.

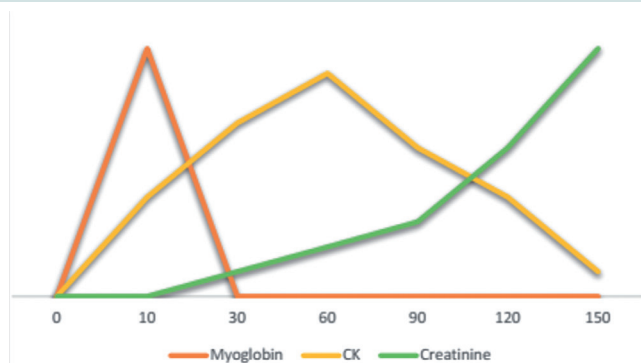


Figura 2. Andamento temporale (in ore) di mioglobina sierica, CK e creatinina rispetto all'evento iniziale.

Diagnosi

La diagnosi di rabdomiolisi è laboratoristica. Gli esami da richiedere in caso di sospetto clinico sono [12]:

- CK sieriche: > 1.000UI/L o > 5 volte il valore normale (incremento graduale nelle prime 12 ore dall'evento acuto, e picco a 2-5 giorni).
- stick urine positivo per sangue con esame microscopico negativo: l'esame delle urine rileva la presenza di mioglobina quando la sua concentrazione sierica supera 1,5 mg/dl, mentre le urine scure si hanno per concentrazioni di mioglobina urinaria > 100 mg/dl. Lo stick urine può evidenziare la presenza di proteine, cristalli di acido urico e cilindri granulari pigmentati (indice di danno tubulare);
- emocromo con formula, ricercando indici compatibili con un'infezione;
- creatinina, urea, AST e ALT, albumina, lattato, piruvato;
- sodio, potassio, fosfato, calcio totale e ionizzato (se ci sono anomalie elettrolitiche eseguire anche un ECG);
- troponina I e CPK-MB per la diagnosi differenziale con cause cardiache e nel sospetto di complicanze cardiache;
- PT, aPTT, fibrinogeno, D-Dimero: la CID è una complicanza tardiva della rabdomiolisi; pertanto, l'assetto coagulativo dovrebbe essere preso in considerazione in chi ha ricevuto una diagnosi tardiva o in caso di trombocitopenia o ancora in caso di condizioni cliniche particolari (es. veleno da morso di serpente) o molto compromesse;

- considerare che la ricerca della mioglobina su sangue e urine è associata a un alto tasso di falsi negativi, attesa la sua breve emivita (1-3h) [Figura 2] [18].

In caso di sospetti diagnostici specifici:

- esami per escludere cause autoimmuni;
- prelievo di un campione di sangue in EDTA per test genetici;
- aminoacidi urinari e plasmatici;
- acilcarnitine e carnitine plasmatiche [Figura 3] [19].

Diagnostica strumentale

Le indagini strumentali non sono richieste per la diagnosi di rabdomiolisi, ma fanno parte della diagnostica di II livello in caso di recidive, di mancata risoluzione o in caso di verosimile causa ereditaria. La biopsia non è quasi mai necessaria in acuto e, in questa fase, spesso fornisce alterazioni aspecifiche di danno muscolare, mentre il suo contributo può essere utile dopo almeno 3 mesi dalla risoluzione dei sintomi. L'elettromiografia (EMG), l'elettro-neuronografia (ENG) e la risonanza magnetica nucleare (RMN) muscolare possono dare utili contributi nella fase di convalescenza. Nei pazienti con ricorrenti episodi di rabdomiolisi indotta da esercizio fisico, il test da sforzo ischemico all'avambraccio, valutando la produzione di acido lattico e ammonio, può essere utile per l'identificazione dei difetti del metabolismo muscolare. Altre indagini diagnostico-strumentali mirate, dovranno essere effettuate anche in base alla presenza di stigmati extramuscolari (es. cardiomiopatia) [4,13].

Trattamento della rabdomiolisi

Non esistono consensus o linee guida e la maggior parte dei protocolli sono mutuati dall'esperienza maturata nella gestione delle vittime di sindrome da schiacciamento [20-21] [Figura 4]:

- stabilizzare il paziente secondo ABCDE;
- posizionare un accesso venoso periferico di grosso calibro o in alternativa due accessi venosi o un catetere venoso centrale;
- posizionare cardiomonitor con rilevazione della pressione arteriosa non invasiva;

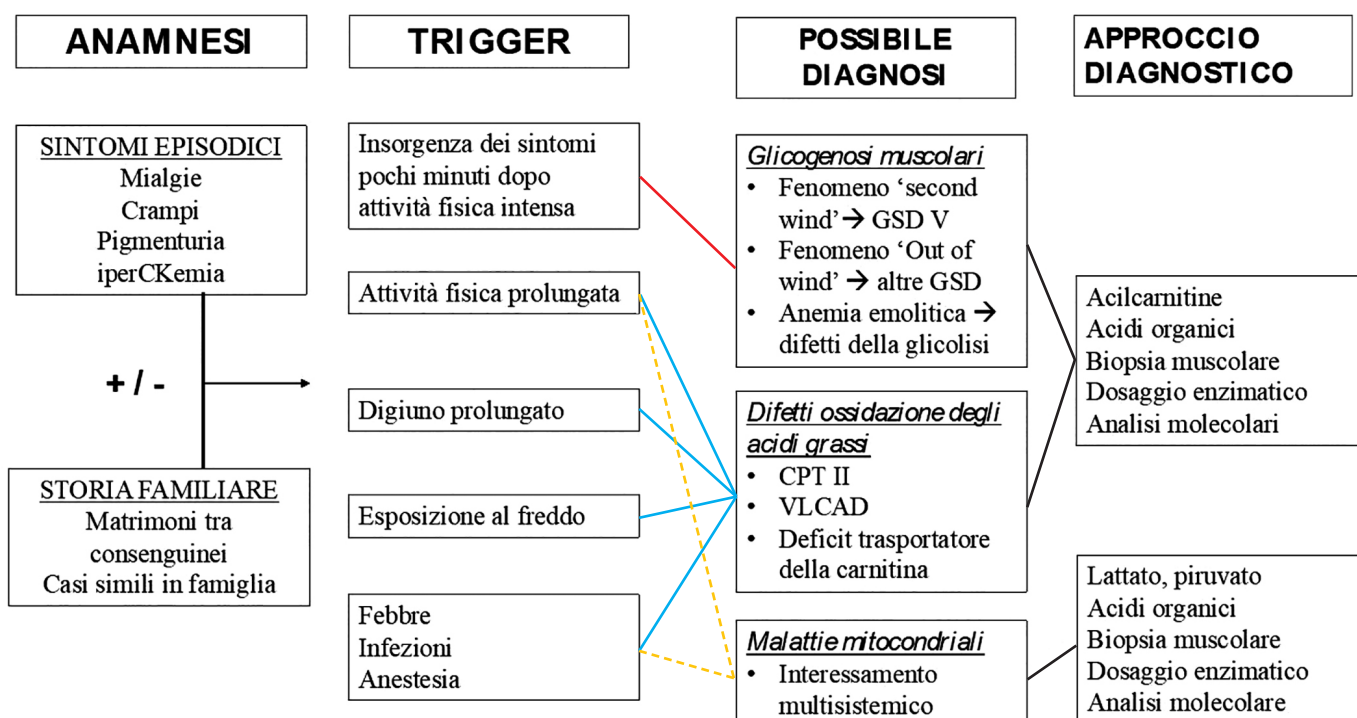


Figura 3. Rabdomiolisi da malattia metabolica: approccio al paziente.

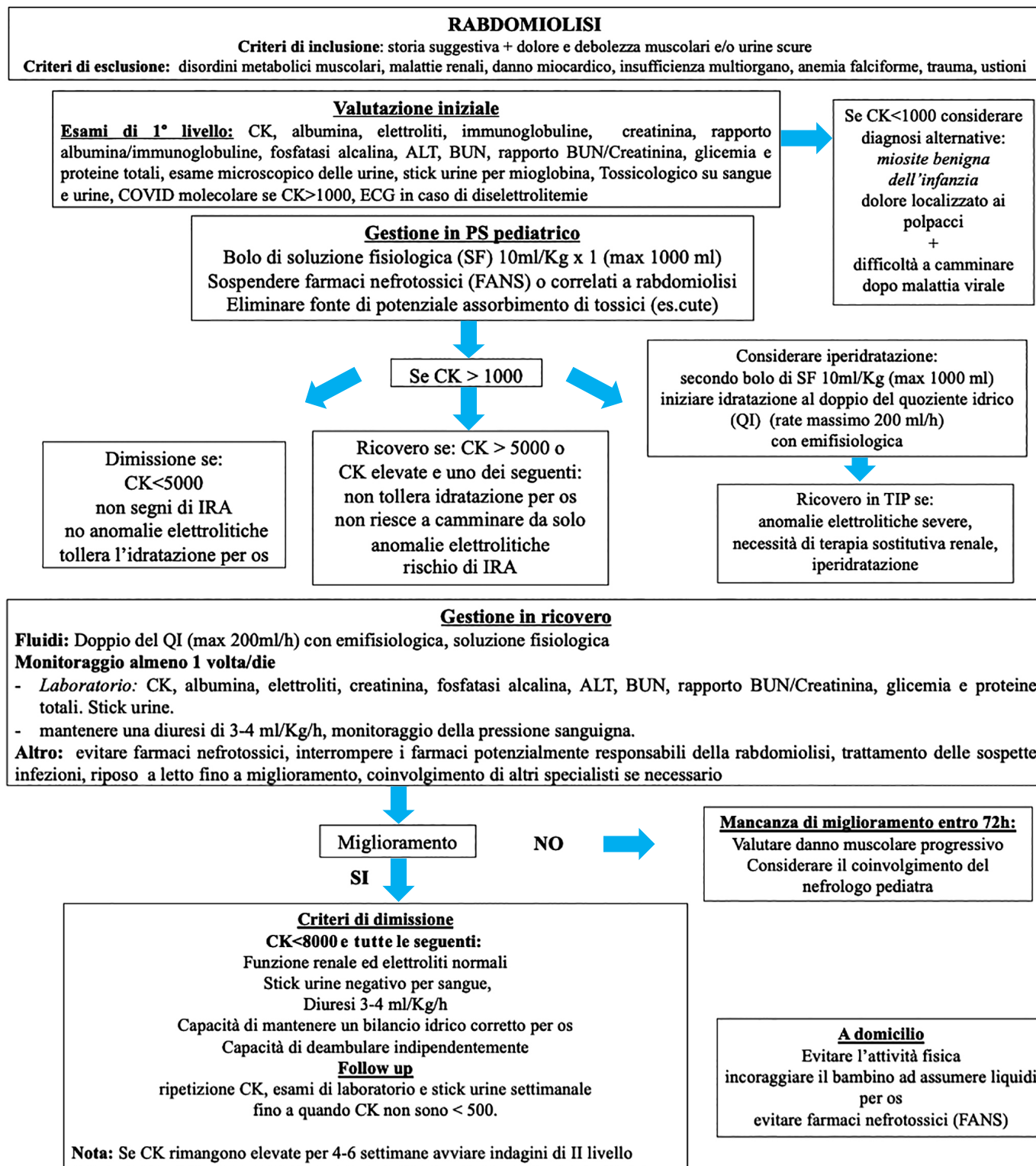


Figura 4. Algoritmo di gestione e trattamento in acuto della rabdomiolisi.

- mantenere infusione di liquidi (soluzione fisiologica) a 2 volte il mantenimento con attento monitoraggio del bilancio entrate/uscite ed esame urine;
- dosaggio di CK, sodio, potassio, calcio e fosfato, emogasanalisi, urea, creatinina e acido urico basali e poi regolarmente (1v/die). Le CK possono non raggiungere il picco fino a 12 ore dall'ingresso per l'evento acuto. Anche la funzionalità renale e gli elettroliti possono modificarsi progressivamente;
- consultare il team di malattie genetiche-metaboliche e nefrologia non appena la diagnosi è sospetta. Se si sospetta un avvelenamento (es. morso di serpente) consultare il centro antiveleni (CAV);

- allertare la TIP se ci sono gravi alterazioni elettrolitiche, trauma, coinvolgimento renale, coagulopatia o qualunque segno di instabilità del paziente;
- la "sindrome compartimentale" rappresenta un'emergenza chirurgica, per cui è essenziale un coinvolgimento precoce dei chirurghi per misurare la pressione compartimentale dell'arto e, se necessario, eseguire una fasciotomia;
- monitoraggio dei polsi centrali e periferici e della perfusione per individuare segni di sindrome compartimentale a livello dei muscoli;
- mantenere un adeguato precarico e output urinario (3-4 ml/kg/h) [21];
- obiettivo: mantenere il pH urinario > 6,5;

- individuare segni di impegno respiratorio legati sovraccarico di fluidi e all'edema polmonare associato;
- l'alcalinizzazione delle urine (bicarbonato di sodio 1-3 mmol/kg/die ev o per os in base alle condizioni cliniche del paziente) da dare in dosi divise ogni 4-8 ore, è da considerarsi solo se acidosi metabolica severa poiché può peggiorare l'acidosi intracellulare [10];
- la supplementazione di calcio in caso di ipocalcemia sintomatica (parestesie periorali o altri segni clinici);
- emodialisi o emofiltrazione veno-venosa continua (CVVH) sono necessarie in caso di insufficienza renale acuta. La CVVH è molto efficace nell'eliminare la mioglobina. Tuttavia, non è ancora chiaro il reale impatto del suo uso in acuto o nel prevenire la progressione del danno renale [22-24];
- supporto calorico adeguato alla patologia di base (per esempio MCT in caso di difetti dell'ossidazione degli acidi grassi a lunga catena);
- dantrolene o bromocriptina in caso di ipertermia maligna.

Conclusioni

La causa più comune di iperCKemia e rabdomiolisi in età pediatrica è rappresentata dalle infezioni, soprattutto virali (miosite virale) sotto i 10 anni di età, ovvero da esercizio fisico e trauma nei bambini sopra i 10 anni. Il sintomo di presentazione più comune è la mialgia, mentre la pigmenturia è più rara. La diagnosi è sempre di laboratorio, proprio perché la sintomatologia è aspecifica. In presenza di rabdomiolisi, l'obiettivo principale è prevenire l'IRA mediante idratazione con cristalloidi. Nei pazienti in cui il primo episodio di rabdomiolisi si può ricondurre a infezioni, farmaci, traumi, in assenza di anamnesi positiva per mialgie o storia familiare di miopatie, non sono necessari ulteriori accertamenti diagnostici. Mentre i pazienti con più di un episodio di rabdomiolisi, storia personale di mialgie o familiarità per miopatie dovrebbero essere sottoposti a una valutazione iniziale specifica che coinvolga anche il neurologo pediatrico e il genetista. ■

Bibliografia

1. Kley RA, Schmidt-Wilcke T, Vorgerd M. Differential Diagnosis of HyperCKemia. *Neurology International Open*. 2018 2: E72-E83.
2. Galarraga B, Sinclair D, Fahie-Wilson MN, et al. A rare but important cause for a raised serum creatine kinase concentration: two case reports and a literature review. *Rheumatology (Oxford)*. 2003 Jan;42(1):186-8.
3. Wyness SP, Hunsaker JJ, La'ulu SL, et al. Detection of macro-creatinine kinase and macroamylase by polyethylene glycol precipitation and ultrafiltration methods. *Clin Chim Acta*. 2011 Nov 20;412(23-24):2052-2057.
4. Szugye HS. Pediatric Rhabdomyolysis. *Pediatr Rev*. 2020 Jun;41(6):265-275.
5. Brewster LM, Mairuhu G, Sturk A, Van Montfrans GA. Distribution of creatine kinase in the general population: Implications for statin therapy. *Am Heart J*. 2007 Oct;154(4):655-661.
6. Kyriakides T, Angelini C, Schaefer J, et al. EFNS guidelines on the diagnostic approach to pauci- or asymptomatic hyperCKemia. *Eur J Neurol*. 2010 Jun 1;17(6):767-773.
7. Cervellin G, Comelli I, Benatti M, et al. Non-traumatic rhabdomyolysis: Background, laboratory features, and acute clinical management. *Clin Biochem*. 2017 Aug;50(12):656-662.
8. Mannix R, Tan ML, Wright R, Baskin M. Acute pediatric rhabdomyolysis: causes and rates of renal failure. *Pediatrics*. 2006 Nov;118(5):2119-2125.
9. Bersanini CL, Arrigoni S, Stringhi C, et al. Rabdomiolisi in età pediatrica. *Medico e Bambino*. 2011;30:161-166.
10. Chavez LO, Leon M, Einav S, Varon J. Beyond muscle destruction: a systematic review of rhabdomyolysis for clinical practice. *Crit Care*. 2016 Jun 15;20(1):135.
11. Petejova N, Martinek A. Acute kidney injury due to rhabdomyolysis and renal replacement therapy: a critical review. *Crit Care*. 2014 May 28;18(3):224.
12. Huerta-Alardín AL, Varon J, Marik PE. Bench-to-bedside review: Rhabdomyolysis – an overview for clinicians. *Crit Care*. 2005 Apr;9(2):158-169.

13. Chan EK, Kornberg AJ, Ryan MM. A diagnostic approach to recurrent myalgia and rhabdomyolysis in children. *Arch Dis Child*. 2015 Aug;100(8):793-797.
14. Khan FY. Rhabdomyolysis: a review of the literature. *Neth J Med*. 2009 Oct;67(9):272-283.
15. Dawley C. Myalgias and Myopathies: Rhabdomyolysis. *FP Essent*. 2016 Jan;440:28-36.
16. Watanabe T. Rhabdomyolysis and acute renal failure in children. *Pediatr Nephrol*. 2001 Dec;16(12):1072-1075.
17. Fernandez WG, Hung O, Bruno GR, et al. Factors predictive of acute renal failure and need for hemodialysis among ED patients with rhabdomyolysis. *Am J Emerg Med*. 2005 Jan;23(1):1-7.
18. Gupta A, Thorson P, Penmatsa KR, Gupta P. Rhabdomyolysis: Revisited. *Ulster Med J*. 2021 May;90(2):61-69.
19. Yazıcı H, Kalkan Uçar S. A Metabolism Perspective on Pediatric Rhabdomyolysis. *Trends in Pediatrics*. 2021;2:147-153.
20. Peiris D. A historical perspective on crush syndrome: the clinical application of its pathogenesis, established by the study of wartime crush injuries. *J Clin Pathol*. 2017 Apr;70(4):277-281.
21. Esposito P, Estienne L, Serpieri N, et al. Rhabdomyolysis-Associated Acute Kidney Injury. *Am J Kidney Dis*. 2018 Jun;71(6):A12-A14.
22. Zhang L, Kang Y, Fu P, et al. Myoglobin clearance by continuous venous-venous haemofiltration in rhabdomyolysis with acute kidney injury: a case series. *Injury*. 2012 May;43(5):619-623.
23. Zeng X, Zhang L, Wu T, Fu P. Continuous renal replacement therapy (CRRT) for rhabdomyolysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jun 15;(6):CD008566.
24. Lim YS, Cho H, Lee ST, Lee Y. Acute kidney injury in pediatric patients with rhabdomyolysis. *Korean J Pediatr*. 2018 Mar;61(3):95-100.

Rubrica a cura di Luciano de Seta

Fragilità genitoriali e danni ai bambini: un caso di abusive head trauma

Sofia Chiaraluce^{1,2}, Lucia Colasanto^{1,2},
Floriana Ferrari¹

¹ Unità di Terapia Intensiva Pediatrica, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo;

² Dipartimento di Pediatria, Fondazione FBBM, Università degli Studi di Milano Bicocca

La diagnosi di Abusive Head Trauma (AHT) spesso è di difficile formulazione a seguito dell'aspecificità della presentazione clinica e della difficoltà nella rielaborazione anamnestica dell'evento traumatico che ha condotto il paziente alla valutazione del pediatra di PS. Un'accurata valutazione clinica, il supporto di esami ematochimici e strumentali e il riconoscimento di fattori di rischio ambientali del contesto familiare possono permettere di escludere altre condizioni che entrano in diagnosi differenziale. Le sequele prognostiche variano notevolmente e possono portare a esiti permanenti fino all'exitus.

The diagnosis of Abusive Head Trauma (AHT) is often difficult to formulate due to the non-specificity of the clinical presentation and the difficulty in the anamnestic review of the traumatic event that leads the patient to be evaluated by the PS pediatrician. An accurate clinical evaluation, the support of blood chemistry and instrumental tests and the recognition of environmental risk factors in the family context could be able to exclude other conditions. The prognostic sequelae vary greatly and can lead to permanent outcomes and death.

La storia

Un lattante di 4 mesi viene condotto in pronto soccorso dai mezzi di soccorso avanzato per clonie all'emisoma di destra comparse a domicilio. Anamnesi fisiologica e patologica remota sono silenti. La madre, che era con il bambino e che ha attivato i mezzi di soccorso avanzato, riferisce che il bambino è scivolato dalle sue braccia cadendo sul lettino da circa 40 cm; nel tentativo di afferrare il piccolo, lo avrebbe stretto brevemente attorno al collo e successivamente, alla caduta, il bambino avrebbe trattenuto il fiato e perso conoscenza. All'arrivo i mezzi di soccorso avanzato trovano un bimbo con cute calda ma pallida e una Glasgow Coma Scale (GCS) di 7 (E1, V1, M5) con globi oculari deviati e clonie all'emisoma destro. Il quadro regredisce dopo somministrazione di midazolam endovena. All'arrivo in pronto soccorso il lattante è in stato post critico, stabile dal punto di vista cardiorespiratorio, non presenta lesioni traumatiche nei restanti segmenti corporei.

Il percorso diagnostico

Considerata la discrepanza tra la gravità della presentazione clinica e la minore gravità della dinamica del trauma descrit-

to dalla madre, per approfondire vengono eseguiti un EEG (negativo per eventi critici in atto) e una TC encefalo con riscontro di una falda igromatosa bifrontale. Nel contesto di quella di sinistra si evidenzia componente sovraliquorale extrassiale (in prima ipotesi ematica) e un'ulteriore millimetrica falda in sede occipitoparietale posteriore sinistra e al vertice.

Poiché il quadro TC è di difficile interpretazione, per ottenere la massima definizione delle lesioni, si procede in urgenza a praticare una RM encefalo, la quale conferma la presenza delle lesioni bifrontali e la loro componente ematica, evidenziandone una differente cronologia di insorgenza. A fronte di tale reperto è stata eseguita una valutazione oculistica, con riscontro di emorragie retiniche e preretiniche diffuse, e una radiografia dei segmenti ossei che ha escluso fratture. Constatata l'incongruità tra il racconto del trauma da parte della mamma e la presentazione clinica con le lesioni riscontrate, il caso viene segnalato all'autorità giudiziaria per il fondato sospetto di un Abusive Head Trauma (AHT).

Decorso clinico

Nei primi giorni di ricovero si constata un pieno recupero dello stato neurologico del piccolo. L'EEG di controllo evidenzia un lieve rallentamento focale a sinistra. A 72 ore circa dal ricovero si assiste alla comparsa di episodi critici subentranti caratterizzati da deviazione dello sguardo verso destra e clonie agli arti di destra, non responsivi a midazolam e al levetiracetam, risoltisi solo dopo somministrazione di fenitoina e non più presentatisi durante tutta la durata della degenza. Alla RM encefalo di controllo viene documentata l'evoluzione del quadro con incremento di spessore delle falde extrassiali associate ad ampliamento degli spazi subaracnoidei. Tali reperti sono risultati ascrivibili a lesioni post traumatiche, insorte tuttavia in momenti diversi.

Durante la degenza del bambino la madre sovente è sorpresa dagli operatori a piangere e accetta la proposta di essere valutata dapprima dal servizio di psicologia clinica e successivamente, su parere dello psicologo e della psichiatra per manifestazioni correlabili a depressione post partum, viene consigliata terapia farmacologica e indicata la presa in carico dal servizio di salute mentale territoriale.

Accertata la robustezza della rete familiare (presenza frequente dei nonni), il bambino alla dimissione è stato riaffidato ai propri genitori.

Il commento

Per Abusive Head Trauma si definisce l'insieme di lesioni a carico del cervello e/o della teca cranica in lattanti o bambini di età inferiore ai 5 anni, legate ad azioni violente da parte di terzi [1].

Tale denominazione è stata suggerita dall'American Academy of Pediatrics nel 2009 in sostituzione della Shaken Baby Syndrome, per sottolineare come non solo lo scuotimento ma anche un impatto traumatico o la combinazione di entrambi i meccanismi (o loro varie combinazioni mediante forze di accelerazione, decelerazione e rotazione), possano essere alla base di tale patologia [1-3].

Le conseguenze cliniche immediate alla lesione traumatica sono vomito, inappetenza, difficoltà di suzione o deglutizione, irritabilità e, nei casi più gravi, convulsioni e alterazioni della coscienza, fino all'arresto cardiorespiratorio [2].

I fattori di rischio di AHT includono fattori che coinvolgono il bambino, la famiglia e i caregiver. È stata evidenziata una correlazione temporale tra il picco di incidenza delle coliche gassose e dei casi di AHT (6-8 settimane di vita) [4]. Il pianto inconsolabile dei bambini costituisce un trigger di frustrazione nei confronti del caregiver che, in determinate condizioni, può sfociare in una risposta violenta.

I principali fattori di rischio che riguardano i genitori e i caregiver includono:

- problemi di salute mentale;
- storia di violenza domestica;
- scarsa tolleranza alla frustrazione;
- mancanza di esperienza nella cura dei bambini;
- mancanza di cure prenatali;
- basso livello di educazione;
- basso livello socioeconomico;
- famiglia con genitori single;
- genitori giovani senza supporto.

In letteratura è emerso che più frequentemente gli autori del trauma sono i padri o i patrigni, i fidanzati delle madri, le baby sitter e infine le madri [5-6].

Una diagnosi eziologica precoce è essenziale, tuttavia notevolmente difficoltosa a causa dell'evasività degli autori stessi della lesione. I caregiver difatti raramente ammettono l'atto commesso; le più frequenti cause riportate sono la caduta accidentale dalla sedia, dalla culla, dal letto o dalle scale, oppure lo scontro con altri bambini [7].

La diagnosi di AHT si basa sull'esistenza di più componenti, incluse l'ematoma subdurale (o la presenza di raccolte igromatose, segno di evoluzione temporale), lesioni cerebrali intraparenchimali, emorragie retiniche e fratture ossee coerenti con il meccanismo del trauma.

La diagnosi differenziale deve escludere quelle malattie mediche o chirurgiche che possono simulare l'AHT come lesioni cerebrali traumatiche, trombosi seno-venosa cerebrale e il danno ipossico-ischemico. Per quanto riguarda il trattamento, la maggior parte della cura dell'AHT è di supporto [1-2].

La prognosi a lungo termine, che correla con l'entità della lesione identificata dall'imaging radiologico, con la presenza o meno di ipertensione endocranica e con la comparsa o meno di idrocefalo, varia moltissimo: da lievi difficoltà nell'apprendimento sino a gravi handicap o, in casi gravi, all'exitus. I bambini possono presentare difficoltà di apprendimento, cecità,

disturbi dell'udito o della parola, epilessia, disabilità fisica o cognitiva [2].

Cosa abbiamo imparato

- L'AHT è una condizione potenzialmente prevenibile solo se ci si pensa e si valuta molto attentamente il contesto familiare.
- Appare evidente che l'informazione e la prevenzione, ossia il riconoscimento precoce di fattori di rischio e l'intervento tempestivo atto a rimuoverli, rappresentano l'unico strumento davvero efficace per contrastare il fenomeno.
- Le cadute dal seggiolone, dal letto coniugale e la presenza di ecchimosi sul viso vanno indagate attentamente. ■

Bibliografia

1. Joyce T, Gossmann W, Huecker MR. Pediatric Abusive Head Trauma. Treasure Island (FL). StatPearls Publishing LLC, 2022.
2. Hung KL. Pediatric abusive head trauma. Biomed J. 2020 Jun;43(3):240-250.
3. Parks SE, Annett JL, Hill HA, Karch DL. Pediatric abusive head trauma: recommended definitions for public health surveillance and research. Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control Division of Violence Prevention, 2012.
4. Catherine NL, Ko JJ, Barr RG. Getting the word out: advice on crying and colic in popular parenting magazines. J Dev Behav Pediatr. 2008 Dec;29(6):508-511.
5. Benedict MI, White RB, Cornely DA. Maternal perinatal risk factors and child abuse. Child Abuse Negl. 1985;9(2):217-224.
6. Esernio-Jenssen D, Tai J, Kods S. Abusive head trauma in children: a comparison of male and female perpetrators. Pediatrics. 2011 Apr;127(4):649-657.
7. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. Child Dev. 1978 Sep;49(3):604-616.

s.chiaraluce@campus.unimib.it

blister

Il gioco libero, avventuroso, all'aperto è fonte di salute mentale nel bambino

Il gioco avventuroso, o gioco rischioso, è definito come un'attività ludica non strutturata, gestita dai bambini, in cui il bambino prova sentimenti soggettivi di eccitazione, brivido e paura in un contesto di assunzione di rischio adeguato all'età. Diversi articoli teorici hanno ipotizzato collegamenti tra il gioco avventuroso e la salute mentale in età pediatrica, in particolare verso i problemi internalizzati come la fobia e l'ansia. I bambini hanno una spinta istintuale a esplorare e a impegnarsi in giochi rischiosi che, secondo un'ipotesi evolutiva, sono diventati adattivi perché hanno effetti antifobici, esponendo naturalmente i bambini a stimoli che altrimenti potrebbero essere temuti, come per esempio l'altezza e l'acqua. In linea con questa ipotesi è stato teorizzato che il declino del gioco outdoor, libero e non organizzato, nell'ultima generazione, è associato a tassi crescenti di problemi di salute mentale nei bambini. Secondo un recente modello concettuale, le esperienze di gioco avventuroso favoriscono nei bambini le capacità di far fronte all'incertezza e riducono i sintomi di ansia [1]. Procedendo lungo questo pensiero un team di ricerca dell'università di Exeter (UK) ha intervistato quasi 2.500 genitori di bambini di età compresa tra 5 e 11 anni. I genitori hanno risposto alle domande sul gioco, sulla salute mentale generale (pre-Covid) e sull'umore dei loro figli durante il primo lockdown del 2020. La ricerca è stata condotta con due gruppi di genitori: un gruppo di 427 genitori che vivono in Irlanda del Nord e un gruppo rappresentativo a livello nazionale di 1.919 genitori che vivono in Gran Bretagna (Inghilterra, Galles e Scozia). I risultati hanno rilevato che i bambini che trascorrono più tempo a giocare all'aperto hanno meno problemi di disturbi interiorizzati, ossia ansia e depressione, con una relazione dose/effetto: la quantità di tempo dedicato al gioco avventuroso (ma non ad altri tipi di gioco) è stata direttamente proporzionale all'aumento del benessere mentale durante il primo periodo di lockdown. Gli effetti sono stati relativamente piccoli ma confermati anche dopo che i ricercatori hanno preso in considerazione un'ampia gamma di variabili demografiche tra cui il sesso, l'età, lo stato occupazionale e la salute mentale dei genitori. La spontanea conclusione di questa ricerca è la necessità di lasciare che i bambini si assumano qualche ragionevole rischio e che si permetta loro di giocare liberamente nella natura.

1. Dodd HF, Lester KJ. Adventurous Play as a Mechanism for Reducing Risk for Childhood Anxiety: A Conceptual Model. Clin Child Fam Psychol Rev. 2021 Mar;24(1):164-181.
2. Dodd HF, Nesbit RJ, FitzGibbon L. Child's Play: Examining the Association Between Time Spent Playing and Child Mental Health. Child Psychiatry Hum Dev. 2022 May 14:1-9.

Ingestione di “pila a bottone”: quando l'apparenza inganna

Giuseppe Paviglianiti¹, Serena Mirea Piacenti²,
Maria Antonietta Catania², Angelo Spataro³

¹ UOC Radiologia Pediatrica PO G. Di Cristina ARNAS Civico Palermo;

² Dipartimento di Promozione della Salute Materno-Infantile, di Medicina interna e Specialistica di Eccellenza G. D'Alessandro, Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università Palermo;

³ Pediatria di famiglia, Palermo

Il caso clinico

B. è una bimba di quattro anni che riferisce alla mamma di avere ingerito accidentalmente una monetina da dieci centesimi. La madre telefona al pediatra di famiglia il quale prescrive di controllare le feci per due/tre giorni. Passano i giorni e la mamma ritelefonava al pediatra dicendo che ancora, dopo dieci giorni, la bimba non ha evacuato il corpo estraneo (CE). Allertato del fatto, il pediatra, invia subito B. all'attenzione dell'UOC di Radiologia Pediatrica del nostro presidio ospedaliero. La bimba esegue, in urgenza, una Rx diretta collo-torace-addome che mostra un CE radiopaco, localizzato sul fondo dello stomaco. L'immagine, molto suggestiva, è quella di una classica “pila a bottone”. Considerata la potenziale lesività di una batteria a disco, la piccola viene immediatamente inviata al PS. L'aspetto non è sofferente, è vigile e reattiva e con parametri vitali nella norma. Non presenta segni e sintomi di allarme (anemizzazione, dispnea, disfagia, vomito ematico, shock ipotensivo e/o emorragico) a eccezione di un lieve pallore. Non ha scialorrea, emoftoe o tosse. Riferisce un alvo tendenzialmente stitico. Nell'ultima settimana si è alimentata regolarmente e non ha presentato alcun disturbo. Effettua esami ematici (emocromo, chimica di routine, prove emogeniche), ECG e posiziona accesso venoso. Viene sottoposta a Rx in doppia proiezione (laterale e frontale) che conferma l'immagine a forma di disco (cm 2), di radiopacità metallica, compatibile con “batteria a bottone” e che appare mobile al variare del decubito. Il CE presenta, nel

radiogramma frontale, un margine con il segno radiografico del doppio alone/anello; nel radiogramma in laterale si apprezza il margine dello “step-off”/bordo smussato. Segni radiografici peculiari della pila a bottone [Figure 1-3].

Viene allertato l'endoscopista reperibile e se ne dispone il ricovero in chirurgia pediatrica. B. esegue una esofagogastroduodenoscopia (EGDS) urgente in sedazione. Vengono rimosse, con sorpresa degli operatori, due monete, rispettivamente da cinque e dieci centesimi, sovrapposte tra loro per mezzo di un vero e proprio “film di muco”.

Commento al caso e gestione del corpo estraneo

L'ingestione di corpi estranei è uno dei problemi più comuni tra i bambini. Interessa maggiormente la fascia di età compresa tra sei mesi e sei anni, raggiungendo un'incidenza massima tra uno e due anni, trattandosi della fase dello sviluppo esplorativo [1-2].

Tipi di CE

Si suddividono in: oggetti pericolosi, potenzialmente pericolosi e innocui. Tra i pericolosi figurano: vulneranti, assorbenti, tossici, magneti (> 2) e oggetti di grandi dimensioni in relazione al bambino. Tra quelli potenzialmente pericolosi: alimenti come i boli di carne o le lische di pesce. Tra gli innocui, i più frequenti sono rappresentati dalle monete [5].

Sede del CE

In base alla localizzazione, varia la gravità e il tipo di intervento. Le regioni più a rischio per localizzazione sono rispettivamente:

- esofago: muscolo cricofaringeo, arco aortico, diramazione del bronco principale sinistro, iato diaframmatico;
- stomaco: regione pilorica;
- intestino: nella maggior parte dei casi, i CE ivi localizzati, vengono espulsi con le feci.

La presenza di stenosi esofagee, del piloro o intestinali possono rappresentare un ulteriore fattore di rischio per l'arresto del CE lungo il tratto oro-fecale e le conseguenti complicanze [3-4].

Sintomi

Dipendono dalla localizzazione e dalle caratteristiche dell'oggetto:

- sintomi digestivi: rifiuto dell'alimentazione, scialorrea, conati di vomito, rigurgiti food impact, odinofagia e disfagia;
- sintomi respiratori;
- emorragia digestiva;
- da perforazione, occlusione o da intossicazione acuta.

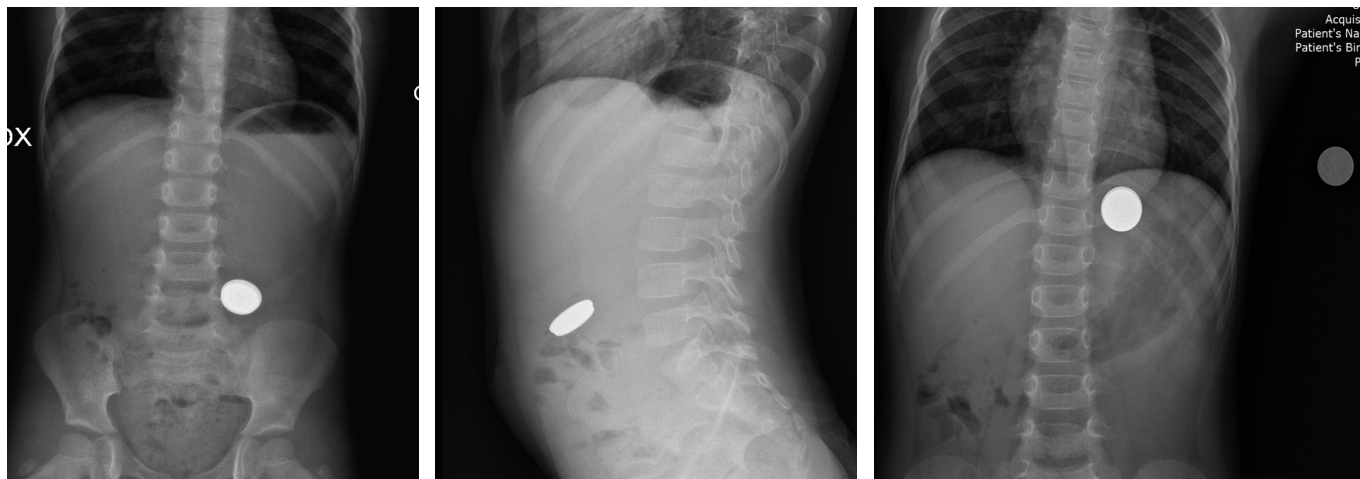


Figure 1-2 (a sinistra e al centro). Radiogrammi eseguiti in ortostatismo e doppia proiezione (AP e LL) che evidenziano l'immagine discoide di radiopacità metallica con doppio contorno (AP) e gradino nel margine (LL) compatibile con ingestione di pila a bottone.

Figura 3 (a destra). Nel radiogramma ottenuto in clinostatismo, la risalita in sede subdiaframmatica sinistra del CE ne conferma la proiezione gastrica (NB: si è posto come repere di confronto a sinistra del paziente moneta di 10 cent).

All'esame obiettivo si può evidenziare enfisema sottocutaneo del collo (in caso di perforazione mediastinica), stridore inspiratorio, wheezing unilaterale o riduzione localizzata del murmure. Mai dimenticare di esaminare l'addome per obiettivare eventuali segni di perforazione e/o occlusione [10-11].

Gestione del CE

- Step 1: valutazione primaria (ABCDE), anamnesi e valutazione clinica;
- Step 2: avviare le indagini radiologiche e allertare chirurgo pediatrico;
- Step 3: gestione del CR in relazione a localizzazione, pericolosità, caratteristiche radiologiche e sintomatologia.

Dirimente nella gestione del CE è la radiografia collo-torace-addome in stazione eretta in due proiezioni. In caso di CE radiotrasparente, che può sfuggire alla radiografia tradizionale, utile può essere l'esecuzione di tomografia computerizzata (TC) o transito esofageo-gastrointestinale o in alcuni casi l'ecografia (tratti dell'esofago cervicale e dello stomaco) [1,3,11] [Algoritmi 1-2].

In caso di *CE radiopaco* è fondamentale stabilire il timing dell'eventuale rimozione endoscopica. Il CE in esofago richiede sempre la rimozione in emergenza.

Il CE a livello gastrico: se pericoloso va trattato come il precedente caso; se innocuo in paziente sintomatico, va mantenuto in osservazione breve intensiva e rivalutato anche dal chirurgo pediatrico, in assenza di sintomi si dimette al domicilio con istruzioni specifiche.

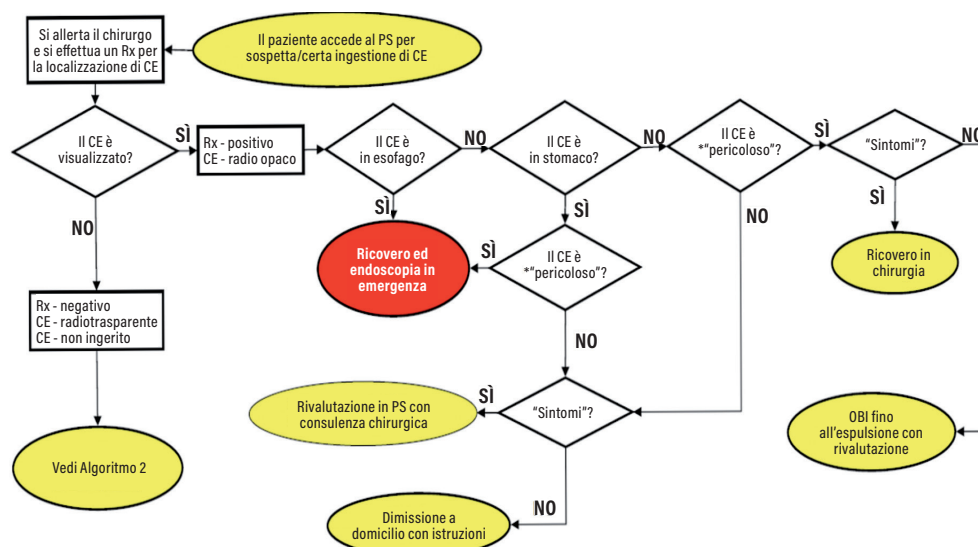
Il CE localizzato in intestino, se pericoloso e in presenza di sintomi necessita il ricovero in chirurgia pediatrica; se pericoloso e asintomatico ricovero in osservazione breve intensiva fino a espulsione; se innocuo sintomatico si rivaluta in PS in associazione alla valutazione chirurgica, se asintomatico si dimette al domicilio con istruzioni specifiche.

In caso di *CE radiotrasparente* e paziente sintomatico è necessario il ricovero e l'endoscopia in emergenza (entro due ore). Se asintomatico bisogna valutare se l'ingestione è certa o dubbia. Nel primo caso e il CE è pericoloso o non noto è necessario effettuare una TC, seguendo poi le indicazioni il CE radiopaco; se innocuo richiede osservazione in OBI per almeno 6 ore e poi dimissione con istruzioni per la gestione domiciliare come nel caso di ingestione dubbia.

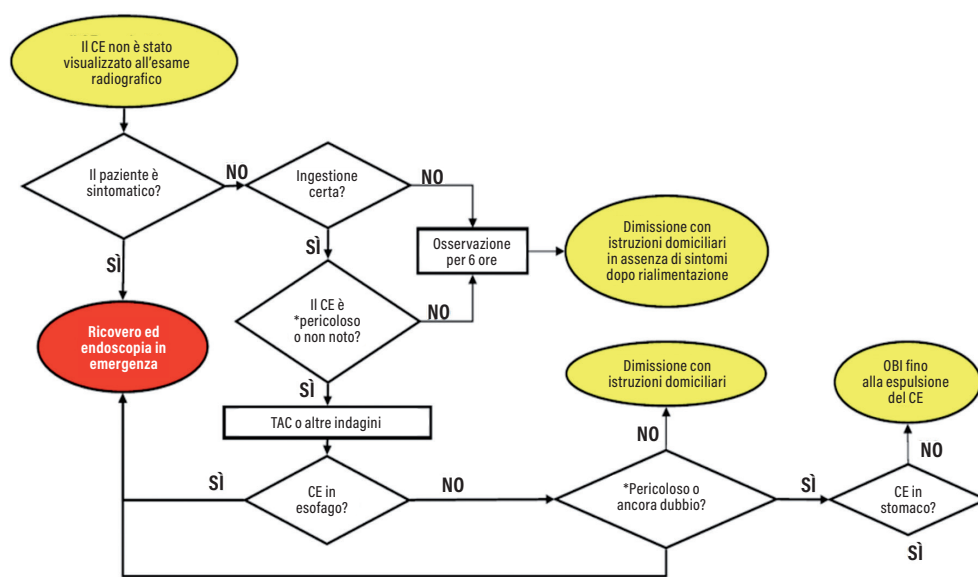
Ingestione di batterie a disco

Menzione a parte merita l'ingestione di batterie a disco (DB), note comunemente come pile a bottone. La pericolosità deriva dalla loro composizione che, a contatto con la mucosa del tratto gastrointestinale (principalmente esofagea), può cau-

Algoritmo 1. Gestione del corpo estraneo radiopaco



Algoritmo 2. Gestione del corpo estraneo radiotrasparente



sare una necrosi colliquativa con ustioni ulcerative già a due ore dall'ingestione [7]. A livello esofageo possono verificarsi conseguenze catastrofiche come perforazione, stenosi, fistole esofago-arteriose (aorta, succlavia), possibili emorragie digestive fino alla morte. Gli eventi avversi, in questo caso, possono verificarsi fino a 28 giorni dal momento dell'ingestione, a sostegno della gravità progressiva dell'evento, anche dopo la loro rimozione [1].

L'immagine radiologica tipica della DB [Figura 4] è rappresentata da un margine con il segno radiografico del doppio anello; in proiezione laterale si apprezza il margine dello "step-off" o bordo smussato [8].

La gestione dell'ingestione della DB dipende dalla localizzazione [Box 1]:

- *esofago*: se segni di allarme (pallore, emoftoe, ematemesi, melena), bisogna allertare il rianimatore e il chirurgo, eseguire angioTC torace e trasferimento in sala operatoria con cardiocirurgo. Se assenti ricovero in chirurgia ed esofago-gastroduodenoscopia (EGDS) in emergenza per rimozione. Se presenti lesioni gastroesofagee severe eseguire un angioTC per escludere la presenza di fistole [7];

Box 1. Gestione in relazione a sede di localizzazione di DB (RX positiva)

DB in esofago:

- presenza di sintomi (pallore, emoftoe, ematemesi, melena): allertare rianimatore e chirurgo, si esegue angioTC che se positiva (fistole aorto-esofagee) si trasferisce in sala operatoria;
- assenza di sintomi: ricovero in chirurgia per rimozione endoscopica.

DB in stomaco:

- presenza di sintomi: allertare rianimatore e chirurgo, si esegue angioTC che se positiva si trasferisce in cardiocirurgia;
- assenza di sintomi (e/o angioTC negativa): ricovero in chirurgia per rimozione endoscopica.

DB in intestino:

- presenza di sintomi d'allarme: allertare rianimatore e chirurgo si esegue angioTC che se positiva si trasferisce in ambito chirurgico-vascolare;
- presenza di sintomi (dolore, difesa addominale, distensione e vomito) si valuta un eventuale intervento chirurgico;
- assenza di sintomi: consulenza chirurgica e osservazione fino a 36 ore, superate le quali, in assenza di evacuazione, si ripete una RX diretta addome.

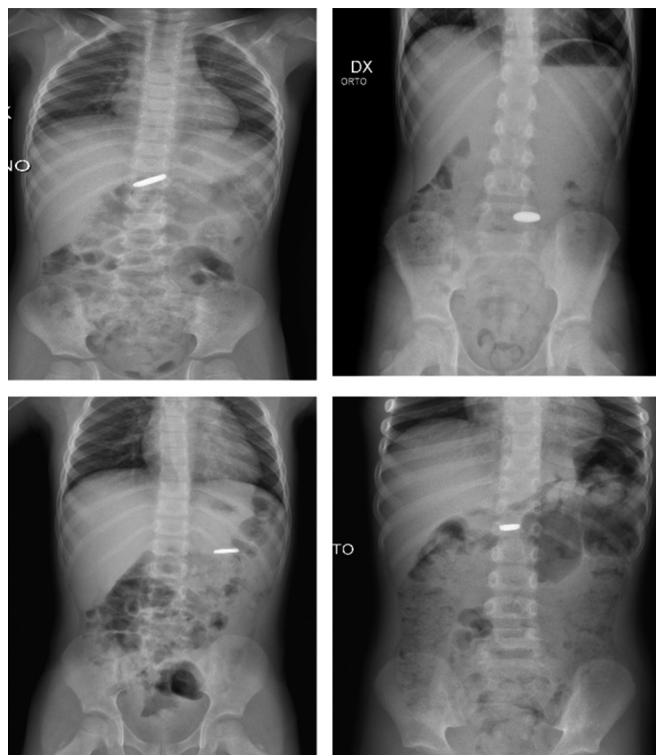


Figura 4. La "tipica" rappresentazione radiografica delle pile a bottone.

- *stomaco*: se segni di allarme si trasferisce in cardiocirurgia se angioTC positiva, in assenza di segni e sintomi di allarme e/o angioTC negativa si ricovera in chirurgia per rimozione endoscopica [9];
- *intestino*: se segni e sintomi di allarme, consulenza rianimatoria, chirurgica e angioTC, se quest'ultima è positiva si procede come nei precedenti casi; se negativa e/o in assenza di sintomi di allarme, ma sintomi quali dolore, difesa addominale, distensione e vomito si valuta un eventuale intervento chirurgico; se completamente asintomatico è opportuna una consulenza chirurgica e osservazione associata alla somministrazione di macrogol e inibitori di pompa protonica fino a 36 ore, superate le quali, in assenza di evacuazione, si ripete una RX diretta addome [7].

Nel caso presentato la piccola rientrava nella categoria di "sospetto DB a localizzazione gastrica in assenza di sintomi di allarme", pertanto si è proceduto con l'esecuzione di EGDS in sala operatoria con rimozione endoscopica. Questa ha però evidenziato, sorprendentemente e in contrasto all'immagine radiologica sospetta di DB, la presenza di due monete giustapposte tra loro tramite un film di muco gastrico.

Conclusioni

Il take home message del caso clinico è rappresentato dall'importanza dell'inquadramento clinico-radiologico del corpo estraneo ingerito. L'overtreatment del caso presentato è giustificato dall'immagine acquisita mediante radiologia tradizionale che sembrava essere dirimente nel configurare una classica DB; in tal caso, ci saremmo trovati di fronte a una vera e propria emergenza da dover gestire entro due ore e da dover rivalutare successivamente per le potenziali conseguenze lesive anche a lungo termine. Chiaramente la piccola non ha continuato la successiva gestione clinico-radiologica che invece sarebbe stata necessaria nel caso fosse stata confermata la presenza di DB a livello gastrico. Il caso clinico pone, inoltre, una riflessione sul rischio di una gestione domiciliare/territoriale nella sospetta ingestione di CE da parte dei piccoli pazienti. Si sottolinea, pertanto, l'utilità di eseguire un'indagine radiologica, fin da subito, preferibilmente in ambito ospedaliero per un approccio rapido e multidisciplinare. ■

Bibliografia

1. Oliva S, Romano C, De Angelis P, et al. Foreign body and caustic ingestions in children: A clinical practice guideline. Dig Liver Dis. 2020 Nov;52(11):1266-1281.
2. ESPGHAN Clinical Guidelines. JPGN. 2017; 64:133-153.
3. Linee Guida SIGENP. Progetto Airone 2008.
4. NASPGHAN Guidelines 2015.
5. Singh N, Chong J, Ho J, et al. Predictive factors associated with spontaneous passage of coins: A ten-year analysis of paediatric coin ingestion in Australia. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018 Oct;113:266-271.
6. National Capital Poison Center Battery Ingestion Triage and Treatment Guideline REVISED JUNE 2018.
7. Jatana KR, Rhoades K, Milkovich S, Jacobs IN. Basic mechanism of button battery ingestion injuries and novel mitigation strategies after diagnosis and removal. Laryngoscope. 2017 Jun;127(6):1276-1282.
8. Lee JH, Lee JH, Shim JO, et al. Foreign Body Ingestion in Children: Should Button Batteries in the Stomach Be Urgently Removed? Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2016 Mar;19(1):20-28.
9. PDTA Ingestione del corpo estraneo in età pediatrica (01/02/2021) ARNAS CIVICO.

Un bambino un po' troppo magro

Brunetto Boscherini¹, Salvatore Scommegna², Daniela Galeazzi³

¹ Già ordinario di Pediatria, Università di Roma, Tor Vergata;

² UOC Pediatria, Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma;

³ Pediatria USL Umbria 2

EM, 2 anni e 4 mesi, viene inviato dal pediatra di famiglia al pediatra endocrinologo con sospetto di lipodistrofia. Secondogenito di etnia araba-marocchina, nato a termine, da gravidanza regolare. Alla nascita peso 3.700 g, lunghezza 51 cm. Allattamento materno esclusivo fino a 6 mesi, proseguito parzialmente per altri 6-12 mesi. Fino a 6 mesi l'incremento ponderale è stato soddisfacente (75°-90° pc), successivamente è diventato molto scarso. La crescita staturale risultava invece molto buona: a 1 anno era poco sopra il 97° pc.

Le tappe dello sviluppo psicomotorio sono state regolari, la madre riferisce che è un bambino molto attivo dal punto di vista motorio ("non sta mai fermo"), la forza muscolare è buona ed è sempre di ottimo umore.

Si alimenta in maniera regolare. A 7 mesi ha contratto la sesta malattia.

Non risultano malattie importanti nell'anamnesi sia materna che paterna. Madre 160 cm, 61 kg, padre 179 cm, considerato dalla madre "robusto", iperteso. Il fratello primogenito di 5 anni sta bene ed è cresciuto, secondo la madre, in maniera regolare. Alcuni componenti del gentilizio paterno hanno ipertensione e non risultano parenti con magrezza patologica.

All'esame clinico: statura cm 91,5 (75°pc), peso kg 10,6, BMI 12,7 (-3 DS). Colpisce la estrema magrezza dovuta alla scarsità del sottocutaneo di tutto il corpo e l'aspetto generale che appare emaciato. Si nota un massiccio cranio-facciale apparentemente più sviluppato rispetto al corpo e agli arti [Figura 1]; tuttavia la circonferenza cranica è normale (cm 50,5, poco sopra al 50° pc), la circonferenza toracica è cm 46, la cir-

conferenza addominale è cm 43. Le mani appaiono grandi per aumento della loro larghezza [Figura 1-2].

Le masse muscolari sono ben delineate data la scarsità del sottocutaneo ma non prominenti [Figura 1-3].

Le vene superficiali degli arti sono ben visibili, apparentemente ingrandite data la scarsità del sottocutaneo. L'apertura braccia (arm span) è cm 92 (+1 DS); il rapporto apertura braccia/statura = 1.005 pari a circa +1 DS. Le mani risultano grandi, soprattutto per la loro larghezza, cm 5,5 (+2 DS), mentre la lunghezza è normale (cm 10,5 (25°-50° pc). Piedi di grandezza normale, lunghezza cm 14,5 cm (25°-50° pc). Pene di buon calibro, di lunghezza normale (cm 4,5), testicoli in sede, di normale volume (2 ml) e consistenza. Motilità attiva, passiva e riflessa sono nella norma, buono l'equilibrio, segni meningei assenti. Non si apprezza nistagmo, le pupille sono isocoriche e normo reagenti allo stimolo luminoso; anche l'acuità visiva è normale. Fegato e milza nei limiti. Il bambino è in continuo movimento, di umore molto allegro che può essere definito euforico, sviluppo psicomotorio e cognitivo nella norma.

Gli esami di laboratorio, in particolare quelli del metabolismo lipidico e glicidico, risultano nella norma.

In definitiva il nostro bambino presenta una sintomatologia complessa di cui il sintomo più evidente è la "lipodistrofia generalizzata".

Lipodistrofia generalizzata, come comportarsi?

In generale una lipodistrofia generalizzata (LDG) può essere definita come una condizione di deficienza consistente di tessuto adiposo sottocutaneo su tutto il corpo di regola associata a iperlipemia e alterazione del metabolismo glicidico di tipo diabetogeno con iperinsulinismo.

La LDG si osserva in alcune *sindromi dismorfiche*, che possono essere sospettate in base al caratteristico fenotipo associato ad anomalie corporee: quasi sempre solo l'indagine genetica permette la diagnosi definitiva.

Esistono delle sindromi, definite con *aspetto senile*, in quanto alla lipodistrofia generalizzata si associa una modificazione della cute il cui aspetto è identico a quello dell'individuo molto anziano; esempi sono la progeria e le sindromi progeroidi.

La *Sindrome di Barraquer-Simons (BSS)* e la *Sindrome di Laurence (SL)* sono due forme di lipodistrofie acquisite.

Nella BSS la lipodistrofia si manifesta nel bambino prepubere o nell'adolescente; è inizialmente parziale, interessando solo il volto per poi estendersi lentamente, nel corso di anni, a collo,



Figura 1 (a sinistra). Aspetto emaciato, apparente sproporzione tra massiccio cranio-facciale e corpo, con circonferenza cranica normale, masse muscolari ben delineate ma non ipertrofiche, mano sinistra grande. Figura 2 (al centro). Mano sinistra grande per aumento della sua larghezza. Figura 3 (a destra). Vene superficiali ben evidenti per scarsità del sottocutaneo.

spalle, arti e tronco. Alla lipodistrofia si associano manifestazioni di malattie autoimmuni, specie renali; il complemento serico è diminuito.

Anche nella SL la lipodistrofia è inizialmente parziale; compare a ogni età, in genere prima dell'adolescenza, con progressiva perdita del grasso sottocutaneo fino a diventare generalizzata. Zone di tessuto adiposo si possono accumulare al volto, collo e ascelle. I pazienti presentano in genere malattie autoimmunitarie.

La lipodistrofia generalizzata congenita, o *Sindrome di Berardinelli-Seip (SBS)* è un raro disordine, a trasmissione autosomica recessiva, in cui la perdita quasi completa del sottocutaneo può essere presente alla nascita o comparire precocemente, nei primi 2 anni di vita. Il volto, per l'assenza del sottocutaneo, può sembrare emaciato e nello stesso tempo i tratti del volto possono essere grossolani e le labbra ispessite. La crescita staturale è sempre avanzata, l'età ossea superiore a quella cronologica, ma la statura finale è normale. A volte la pubertà inizia precocemente. Il bambino presenta un appetito buono, le masse muscolari sono sempre apparentemente ipertrofiche; in realtà l'aspetto all'esame istologico è normale e si nota solo l'aumento del glicogeno muscolare. Altre manifestazioni sono: acanthosis nigricans, mani e piedi grandi, epatosplenomegalia, steatosi epatica con possibile esito in cirrosi epatica, addome protrudente fin dai primi anni di vita, ernia ombelicale, moderata ipertrofia dei genitali esterni nel maschio. Tipicamente sono sempre presenti alterazioni del metabolismo glicidico (con insulino resistenza e diabete mellito) e lipidico (ipertrigliceridemia che può causare una pancreatite acuta). I livelli di leptina sono bassi, ma non differenti da quelli delle altre sindromi con lipodistrofia generalizzata.

Esistono 4 sottotipi di SBS, ciascuno con differenti anomalie geniche e caratteristiche cliniche.

Data la carenza della leptina nei pazienti con SBS, è stata recentemente sperimentata la somministrazione di un analogo della leptina, la metreleptina; i risultati sono ritenuti soddisfacenti in quanto il farmaco ha diminuito il vorace appetito, attenuato le alterazioni metaboliche lipidiche e glucidiche, ridotto l'epatosplenomegalia e gli alti livelli serici delle transaminasi.

Infine una lipodistrofia generalizzata si osserva nella *Sindrome diencefalica (SD)* le cui caratteristiche principali, oltre alla lipodistrofia generalizzata, sono: insorgenza della lipodistrofia nei primi anni di vita, spesso anche nel primo, aspetto sempre emaciato di tutto il corpo malgrado l'appetito e la introduzione di cibo siano normali, velocità di crescita staturale solo inizialmente poco accelerata ma successivamente normale, masse muscolari ben visibili e delineate ma non protrudenti, mani e piedi grandi per aumento della loro larghezza, sviluppo psicomotorio e cognitivo normale, paradossale iperattività motoria e stato euforico, che contrasta con l'aspetto emaciato. Fegato e milza nei limiti, esame cardiologico negativo.

Anche l'esame neurologico è in genere negativo, in particolare sono assenti i sintomi dell'ipertensione endocranica. Solo in alcuni pazienti sono stati notati nistagmo orizzontale o rotatorio, ed eccezionalmente strabismo, diminuzione del visus, papilledema, riflessi tendinei aumentati, atassia.

Gli esami di laboratorio risultano del tutto normali, in particolare sono assenti le anomalie metaboliche (glicidiche e lipidiche) tipiche della SSB.

La RM encefalo evidenzia tumori della regione ipotalamica, in genere astrocitomi e gliomi. La terapia si basa sulla somministrazione di antitumorali, diversi a seconda del tipo istologico del tumore e sulla eventuale asportazione chirurgica del residuo neoplastico.

Ritorniamo al nostro caso

L'esame clinico aveva permesso anzitutto di escludere le sindromi lipodistrofiche generalizzate con dismorfie e quelle con aspetto senile, per l'assenza delle relative caratteristiche fenotipiche e per la normalità del metabolismo glicolipidico.

La diagnosi differenziale doveva essere posta essenzialmente con la SBS con la quale il nostro bambino aveva alcuni elementi in comune: la lipodistrofia generalizzata a insorgenza precoce, alcuni sintomi acromegalici (mani grandi), il normale sviluppo psicomotorio e cognitivo, la negatività dell'esame neurologico [Tabella 1].

Al contrario, a favore della SD, vi erano: la evidente emaciazione di tutto il corpo (la sindrome viene anche definita "sindro-

Tabella 1.

	S. di Berardinelli-Seip	S. diencefalica
Lipodistrofia generalizzata	sì	sì
Aspetto emaciato	solo del volto	di tutto il corpo
Facies grossolana, labbra ispessite	sì, a volte	no
Comparsa sintomatologia	neonatale o postnatale precoce	postnatale precoce
Crescita staturale	sempre avanzata	normale (solo inizialmente accelerata)
Mani e piedi grandi	sì	sì
Muscolatura apparentemente ipertrofica	sì	no
Vene prominenti	sì	sì
Acanthosis nigricans	sì	no
Epato-splenomegalia	sì	no
Esame neurologico	sempre negativo	quasi sempre negativo
Età ossea	avanzata	normale o avanzata
Cardiomiopatia ipertrofica	possibile	no
Nistagmo	no	frequente
Fondo oculi	negativo	eccezionalmente positivo
Stato euforico	no	sì
Iperattività motoria	no	sì
Sviluppo motorio e cognitivo	normale	normale
Età ossea avanzata	sì	sì
Metabolismo lipidico	ipertrigliceridemia	normale
Metabolismo glicidico	alterato, iperinsulinismo	normale
Etiologia	genetica	tumori diencefalici
Trasmissione	autosomica recessiva	sporadica
Terapia	metreleptina	antitumorale

me diencefalica con emaciazione”), l’aspetto apparentemente non ipertrofico della muscolatura, le mani grandi per la loro eccessiva larghezza, l’iperattività motoria, lo stato euforico, le normali risposte degli esami di laboratorio.

In realtà il sospetto della SD è sorto solo durante la presentazione del caso in una riunione online di un piccolo gruppo di endocrinologi pediatri per il caratteristico aspetto delle mani; in effetti, come ha evidenziato Gastrop nel 1967 e anche ricordato nel 2017 da Heikamp in *Journal of Pediatrics*, l’associazione di mani e piedi grandi con aspetto emaciato di tutto il corpo è fortemente suggestivo per la diagnosi di SD.

Il sospetto è stato confermato dalla RM encefalo che ha evidenziato un tumore regione ipotalamo-ipofisaria e il successivo esame istologico ha dimostrato un astrocitoma pilocitico. La terapia antineoplastica (vincristina e carboplatino) ha determinato una netta diminuzione della massa tumorale, la scomparsa della flebomegalia, l’attenuazione della lipodistrofia per un verosimile aumento del tessuto adiposo sottocutaneo come dimostrato dall’evidente aumento del BMI (da -3,05 a -1,45 DS nel giro di 7 mesi già durante la chemioterapia).

Cosa abbiamo imparato

- Il riscontro di una lipodistrofia generalizzata deve sempre indurre a un approfondimento diagnostico.
- L’associazione di aspetto generale francamente emaciato di tutto il corpo con mani e piedi grandi in assenza di epatomegalia e di anomalie metaboliche fa sospettare la Sindrome diencefalica e giustifica la richiesta della RM encefalo.
- La discussione di casi clinici complessi, anche in piccoli gruppi online, è utile oltre che per l’arricchimento culturale dei partecipanti, a volte anche per arrivare a una diagnosi “difficile”. ■

Bibliografia

- Russell A. A diencephalic syndrome of emaciation in infancy and childhood. British Paediatric Association: proceedings of second general meeting. *Arch Dis Child* 1951;26:274.
- Gamstorp I, Kjellman B, Palmgren B. Diencephalic syndromes of infancy. Report of 3 children with emaciation syndrome and disproportionately large hands and feet. *J Pediatr*. 1967 Mar;70(3):383-390.
- Heikamp EB, Blaney SM. 50 Years Ago in The Journal of Pediatrics: Diencephalic Syndromes of Infancy: Report of 3 Children with Emaciation Syndrome and Disproportionately Large Hands and Feet. *J Pediatr*. 2017 Mar;182:113.
- Berardinelli W. An undiagnosed endocrinometabolic syndrome: report of 2 cases. *J Clin Endocrinol Metab*. 1954 Feb;14(2):193-204.
- Brown RJ, Araujo-Vilar D, Cheung PT, et al. The Diagnosis and Management of Lipodystrophy Syndromes: A Multi-Society Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016 Dec;101(12):4500-4511.
- Araújo-Vilar D, Santini F. Diagnosis and treatment of lipodystrophy: a step-by-step approach. *J Endocrinol Invest*. 2019 Jan;42(1):61-73.
- Gerver WJM, Gkourogiani A, Dauber A, et al. Arm Span and Its Relation to Height in a 2- to 17-Year-Old Reference Population and Heterozygous Carriers of ACAN Variants. *Horm Res Paediatr*. 2020;93(3):164-172.

brunetto_boscherini@fastwebnet.it

blister

La “caccia” al long-Covid, nei bambini e negli adolescenti, continua

L’OMS utilizza l’espressione “post Covid-19” ovvero “long-Covid” per definire una condizione che si verifica tra “individui con una storia di probabile o confermata infezione da SARS-CoV-2, di solito a 3 mesi dall’inizio della Covid-19 con sintomi che durano per almeno 2 mesi e non possono essere spiegati da una diagnosi alternativa”. A oggi, la letteratura disponibile sul long-Covid si riferisce ai sintomi sviluppati negli adulti, anche se una recente analisi che si è concentrata specificamente su bambini e giovani, seguiti per una media di 125 giorni, ha osservato una serie di sintomi, tra cui una maggiore incidenza di diarrea e affaticamento [1]. Tuttavia, la gamma completa e la frequenza dei sintomi del long-Covid che si sviluppano nei bambini e negli adolescenti rimane poco chiara ed è stata oggetto di questa metanalisi che ha preso in considerazione qualsiasi tipo di studio che includesse bambini con long-Covid, definito come la presenza di uno o più sintomi per più di 4 settimane dopo l’infezione acuta [2].

Ventuno studi, per un totale di 80.071 bambini e adolescenti, sono stati inclusi nella metanalisi. Il numero di pazienti in ciascuno degli studi variava da 53 a 57.763 e l’età dei partecipanti da 0 a 18 anni. Gli autori hanno identificato più di 40 manifestazioni cliniche a lungo termine includibili nella definizione di long-Covid.

La prevalenza complessiva del long-Covid nei bambini e negli adolescenti è stata del 25,2% (95% CI 18,2-33,0), anche se tra i bambini ricoverati in ospedale è salita al 29,2% (95% CI 17,8-41,9). È stata rilevata un’ampia gamma di sintomi: i più comuni (16,5%) sono stati i sintomi relativi all’umore (tristezza, tensione, rabbia, depressione e ansia), l’affaticamento (9,7%) e i disturbi del sonno (8,4%) che comprendevano insonnia, ipersonnia e scarsa qualità del sonno. Altri sintomi includevano cefalea (7,8%) e sintomi respiratori (7,6%). Gli autori hanno calcolato che, rispetto ai controlli, i bambini con long-Covid avevano un rischio maggiore di dispnea persistente (OR 2,69, 95% CI 2,3-3,1), anosmia/ageusia (OR 10,7, 95% CI 2,5-46,0) e/o febbre (OR 2,2, 95% CI 1,2-4,1). Sulla base di questi dati, gli autori suggeriscono l’opportunità che lo studio e il monitoraggio dell’impatto a lungo termine del long-Covid su bambini e adolescenti prosegua.

1. Behnood SA, Shafran R, Bennett SD, et al. Persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection amongst children and young people: A meta-analysis of controlled and uncontrolled studies. *J Infect*. 2022 Feb;84(2):158-170.
2. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Ayuzo Del Valle NC, et al. Long-Covid in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. *Sci Rep*. 2022 Jun 23;12(1):9950.

La piomiosite: non solo tropicali, non solo traumi

Carmela GL Raffaele¹, Alice Falcioni²,
Enrico Valletta¹

¹UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì; ²Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Ferrara

La piomiosite – inizialmente conosciuta come patologia prevalentemente tropicale e oggi ben presente anche nelle zone temperate – è un'infezione suppurativa del muscolo scheletrico che può originare da un traumatismo o da un'intensa attività fisica che determina un danno della struttura muscolare. Spesso sostenuta da *Staphylococcus aureus*, entra in diagnosi differenziale con l'artrite settica, l'osteomielite e la cellulite. La descrizione di un caso osservato in un giovane atleta ci consente di ripercorrerne gli elementi diagnostici e terapeutici fondamentali.

Pyomyositis – initially known as a predominantly tropical disease and now well present also in temperate areas – is a suppurative infection of the skeletal muscle that can originate from trauma or intense physical activity that causes damage to the muscle structure. Often sustained by Staphylococcus aureus, it enters a differential diagnosis with septic arthritis, osteomyelitis and cellulitis. The description of a case observed in a young athlete allows us to retrace the fundamental diagnostic and therapeutic elements.

La storia di Sergio

Sergio, ciclista dilettante di 11 anni, viene in pronto soccorso per la comparsa di dolore elettivo a livello della cresta iliaca di destra da circa quattro giorni, associato a zoppia e febbre (TC max 38,5 °C) da un giorno, scarsamente responsiva agli antipiretici. Riferisce inoltre alcuni episodi di vomito alimentare. Non riporta di avere subito traumi significativi. Il ragazzo è, complessivamente, in buone condizioni generali e a carico dell'articolazione coxo-femorale di destra non ci sono segni di infiammazione locale né limitazione ai movimenti di intra- ed extrarotazione. Lamenta dolore solo alla digitopressione della regione antero-superiore della cresta iliaca di destra. La restante obiettività è nei limiti della norma. Tra gli esami, emocromo, funzionalità epatica e renale sono nella norma con un incremento della PCR (58,1 mg/L) e negatività della sierologia per parvovirus B19, CMV, EBV, micoplasma, bartonella e Widal-Wright. Anche la radiografia del bacino non evidenzia lesioni ossee.

Nell'ipotesi di un'osteomielite acuta si avvia trattamento con oxacillina per via endovenosa. Dopo 72 ore di terapia antibiotica, persistendo la febbre e pervenuta la positività dell'emocoltura per *Staphylococcus aureus* multisensibile, si sostituisce la terapia in atto con la clindamicina per via endovenosa. In quarta giornata di ricovero la RM del bacino mostra estesi fenomeni di infiltrazione edematoso-flogistica con alcuni focolai ascessuali che interessano soprattutto il muscolo medio gluteo e in minor misura l'ala iliaca destra [Figura 1]. Il quadro è complessivamente suggestivo di piomiosite con iniziale coinvolgimento del periostio e dell'osso. Durante la degen-

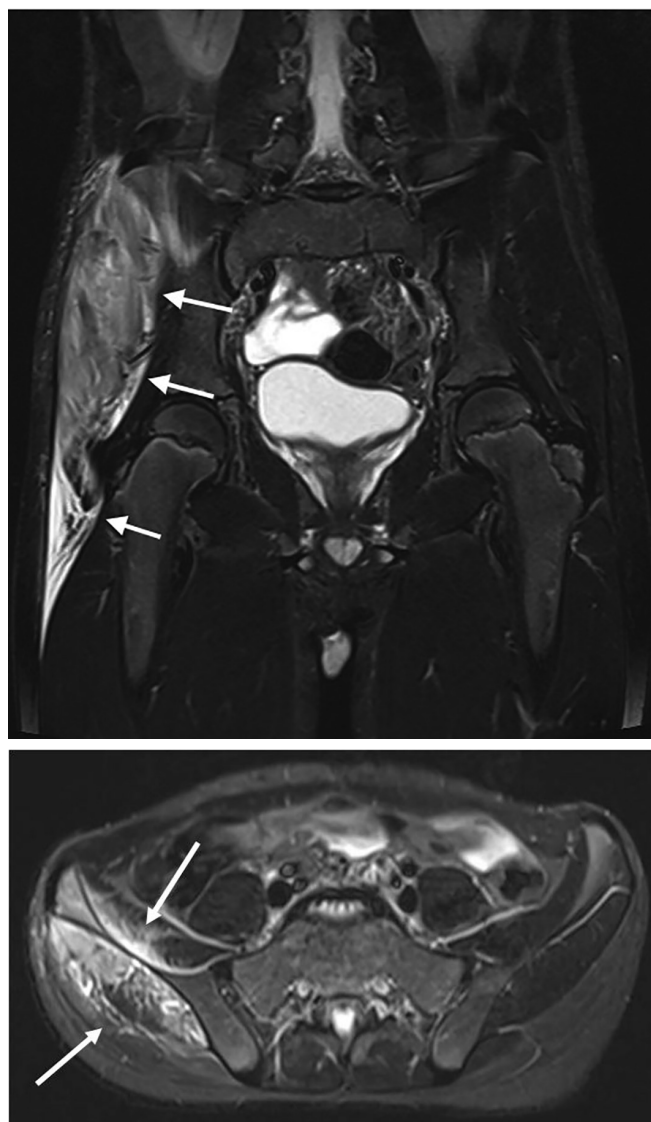


Figura 1. RM all'esordio che mostra l'interessamento infiammatorio del muscolo medio gluteo e dell'ala iliaca destra.

za Sergio migliora progressivamente riuscendo a deambulare seppure con gli ausili e resta apiretico dalla sesta giornata di trattamento. Dopo 16 giorni complessivi di terapia antibiotica endovenosa, gli esami mostrano la completa negatività degli indici di flogosi, l'ecografia muscolare rileva un' apprezzabile riduzione dell'area di infarcimento edematoso-flogistico senza più evidenza dei focolai ascessuali. Il ragazzo viene dimesso con indicazione a proseguire la terapia con clindamicina per via orale per un totale di 21 gg. La RM, eseguita a distanza di un mese dalla precedente, documenta un significativo miglioramento del quadro flogistico-suppurativo a carico del muscolo medio gluteo, rimanendo solo una circoscritta area di interessamento nelle porzioni più craniali in adiacenza dell'ala iliaca. La terapia antibiotica viene proseguita per altre tre settimane e l'ulteriore RM a due mesi dall'esordio conferma la pressoché totale risoluzione dell'interessamento muscolare e osseo [Figura 2].

Quello che c'è da sapere sulla piomiosite (PM)

Inizialmente descritta, alla fine dell'Ottocento, come miosite tropicale perché particolarmente frequente (1-4% dei ricoveri ospedalieri) nelle regioni tropicali subsahariane e in Brasile, Giappone e Uganda, la PM è una patologia che colpisce più frequentemente adolescenti e giovani adulti anche se può insorgere in tutte le fasce di età, con una maggiore incidenza nel sesso maschile. La sua crescente diffusione, anche nelle regio-



Figura 2. RM a due mesi dall'esordio che conferma la pressoché totale risoluzione del processo flogistico a carico del muscolo e dell'osso.

ni a clima temperato, è ormai testimoniata dai sempre più frequenti report della letteratura [1-4].

Si tratta di un'infezione suppurativa batterica del muscolo scheletrico che si presenta clinicamente con edema, dolore, impotenza funzionale e sintomi sistemici (febbre e malessere generale). Gli indici di flogosi sono generalmente aumentati [5-6]. Un precedente traumatismo o una vigorosa attività fisica aerobica possono (ma non sempre è indispensabile ci siano) determinare un danno muscolare e/o un ematoma localizzato e predisporre allo sviluppo di un'infezione che, a seconda delle situazioni e dello stadio della malattia, può restare confinata al muscolo oppure estendersi ai tessuti contigui o disseminarsi per via ematogena anche in organi distanti [7].

Il microrganismo più frequentemente coinvolto (50-95% dei casi) è lo *Staphylococcus aureus* con aumento dell'incidenza di ceppi di *S. aureus* meticillino-resistenti acquisiti in comunità [8-9]. Meno frequenti, ma comunque possibili sono le infezioni sostenute dallo Streptococco beta-emolitico di gruppo A, *E. coli*, *Enterobacter*, *Pseudomonas Aeruginosa*, *Salmonella enteritidis*, *Yersinia enterocolitica*, *Klebsiella*, virus (influenzali e Coxsackie virus), funghi (*Candida albicans*) e parassiti (*Trichinella spiralis*) [6,8-10]. È una patologia che colpisce prevalentemente soggetti giovani e atletici e tuttavia sono riconoscibili alcune condizioni a rischio quali gli stati di immunodepressione o di malnutrizione, il diabete mellito, l'insufficienza renale cronica, la terapia prolungata con corticosteroidi, l'infezione da HIV e la neoplasie maligne [5-6].

La PM può essere: *primitiva*, causata, cioè, dalla diffusione ematogena e localizzazione muscolare di un patogeno senza una sorgente nota e senza una porta di ingresso riconosciuta; *secondaria*, come conseguenza dell'estensione per contiguità di un processo infettivo che può inizialmente interessare l'appendice, il rene (ascesso), i tessuti molli (cellulite) o l'osso (osteomielite) [10-11].

A sua volta, la PM può essere responsabile dello sviluppo di un'osteomielite per diffusione diretta dal tessuto muscolare adiacente o, nei casi più gravi, di un'osteomielite multifocale per diffusione ematogena [12]. Circa due terzi dei pazienti con PM hanno emocoltura positiva, ma più comunemente il microrganismo patogeno viene identificato nelle colture del materiale purulento drenato chirurgicamente [8]. I gruppi muscolari più frequentemente interessati sono quelli pelvici e degli arti inferiori (coscia, polpaccio, glutei), ma anche braccio, spalla e parete toracica [6]. L'interessamento muscolare è generalmente unifocale, ma può presentarsi anche in forma multifocale nel 15-43% dei casi [6,8].

L'evoluzione del processo infettivo può procedere in tre fasi successive. La prima (*fase invasiva*) è quella dell'iniziale localizzazione dell'infezione con dolore, accompagnato o meno dalla febbre, e con segni di infiammazione ed edema del muscolo interessato. La seconda (*fase suppurativa*) è caratterizzata dall'evoluzione purulenta e ascessualizzata dell'infezione all'interno del corpo muscolare con il prevalere di sintomi sistemici [10]. Nel terzo stadio evolutivo (*fase settica*) possono comparire ascessi extramuscolari e l'interessamento settico delle articolazioni o dell'osso fino allo shock tossico [5,8].

Esame obiettivo e dati laboratoristici hanno una scarsa specificità nell'orientare la diagnosi differenziale tra PM, artrite settica e osteomielite. Spesso i pazienti risultano positivi ai criteri di Kocher per l'artrite settica (rifiuto del carico, febbre > 38,5°, VES > 40, GB > 12.000) e l'unico elemento dirimente è la differenza della limitazione alla mobilizzazione che è su un solo piano per la PM e globale per l'artrite settica. Nel caso della PM a carico degli arti inferiori, l'arto coinvolto sarà tendenzialmente mantenuto in flessione ed extrarotazione. Nei casi di PM della zona pelvica, andranno tenuti in considerazione anche la malattia di Perthes, la sinovite transitoria e l'artrite idiopatica giovanile. Altre condizioni possono, infine, mimare una PM: il trauma muscolare, la cellulite, l'ematoma, l'ascesso peri-renale, l'appendicite (quando è interessato il muscolo ileo-psoas), la sinovite, la rhabdmiolisi, il sarcoma dei tessuti molli [Figura 3] [9]. La radiografia convenzionale, l'ecografia e TAC sono utili a inquadrare la localizzazione del problema, ma è la RM che consente una diagnosi precoce, già dalle prime fasi del processo infettivo-infiammatorio, ed è in grado di identificare l'eventuale coinvolgimento delle strutture ossee e cutanee adiacenti. La scintigrafia ha scarsa sensibilità, ma può mostrare un'osteomielite associata o la presenza di piccoli ascessi muscolari.

L'avvio tempestivo di un'adeguata terapia antibiotica vale a scongiurare le più temibili complicanze infettive (polmonite, artrite settica, osteomielite, trombosi venosa, sepsi) e a ottenere una completa guarigione nella maggior parte dei casi [11-12]. La scelta del trattamento dipende dallo stadio della malattia al momento della diagnosi. Nelle fasi iniziali del processo infettivo, gli antibiotici somministrati per via endovenosa sono considerati il trattamento di scelta. Nelle situazioni più avanzate e con complicanze ascessuali, possono essere indicati il drenaggio percutaneo o l'incisione chirurgica in combinazione con la somministrazione di antibiotici ad ampio spettro [8]. Una volta isolato l'agente patogeno la terapia dovrà essere adeguata sulla base della coltura e dell'antibiogramma. Poiché l'agente causale più spesso coinvolto è lo *S. aureus*, in presenza di bassa incidenza di ceppi MRSA, il gold standard è l'oxacillina. In contesti epidemiologici con alta prevalenza di

Figura 3. Diagramma diagnostico (differenziale) della polimiosite (modificato da rif. 9).

ceppi meticillino-resistenti è preferibile puntare sulla clindamicina, in combinazione con un aminoglicoside nelle situazioni di maggiore compromissione generale. Vancomicina, teicoplanina e linezolid sono possibili alternative in caso di resistenza alla clindamicina. La terapia endovenosa va continuata fino all'evidenza di un miglioramento clinico e in genere proseguita per almeno 1-2 settimane. In seguito si può passare alla somministrazione per os per altre 2-3 settimane per una durata complessiva di circa 3-6 settimane di antibiotico-terapia [6,8-9].

Sergio, il ciclismo e la piomiosite

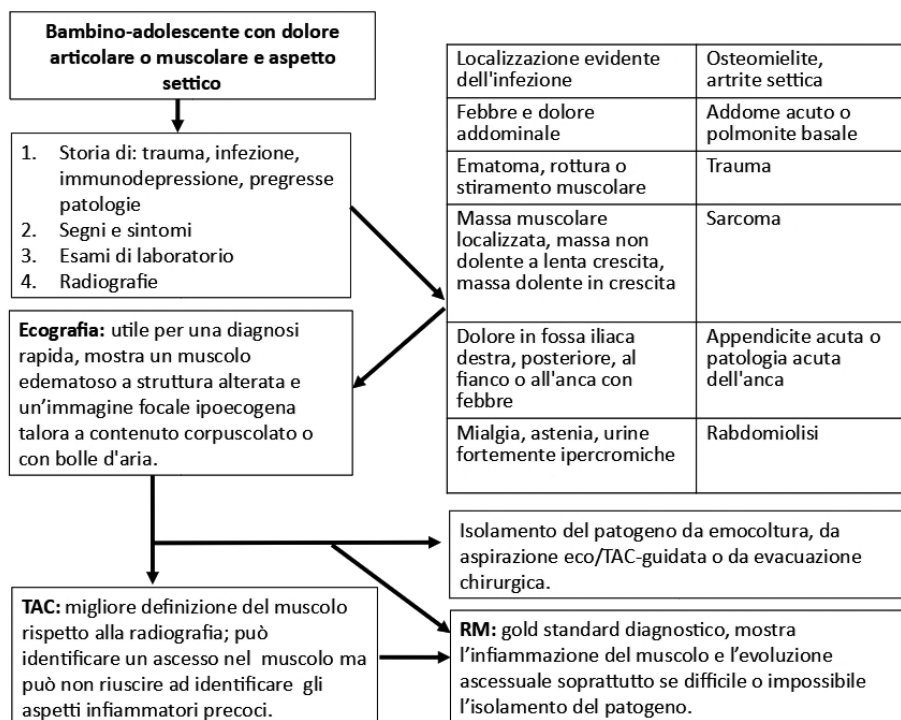
Il nostro ragazzo non viveva certamente in zone tropicali e, almeno apparentemente, non aveva subito traumi locali sufficienti a fare sospettare un ematoma intramuscolare come sito primitivo di localizzazione dell'infezione. Tuttavia praticava un'attività ciclistica abbastanza intensa e tale, crediamo, da avere posto – attraverso microtraumi ripetuti da stress muscolare – le premesse per la localizzazione dello *S. aureus*. Tutto questo conferma che la “miosite tropicale” è un problema che possiamo incontrare anche alle nostre latitudini e che l'avvio del processo infettivo può essere insidioso e senza eventi traumatici di rilievo. Dall'insorgenza dei sintomi alla diagnosi, la letteratura riporta come possibile un ritardo medio di 10 giorni [3,13-14].

L'ipotesi iniziale è stata quella di un'osteomielite dell'anca con il trattamento antibiotico avviato di conseguenza. In quarta giornata la RM ci ha meglio indirizzato verso la diagnosi corretta di PM con secondario interessamento osseo. Come da ipotesi più probabile, il responsabile è stato individuato in un ceppo di *S. aureus* meticillino-sensibile. Aggiustata e prolungata la terapia fino a sostanziale risoluzione del quadro ematochimico e di imaging, il risultato finale è stato un progressivo miglioramento della funzione muscolare con una prudente ripresa dell'attività fisica.

Il messaggio è, di conseguenza, piuttosto semplice: oltre alle più frequenti localizzazioni infettive “importanti” dell'osso, delle articolazioni e della cute, occorre avere presente che anche il muscolo può essere sede di infezione, con rischio concreto di diffusione per contiguità o di interessamento settico sistemico. ■

Bibliografia

1. Pedoto D, Diana A, Pennacchio ML, et al. Primary Pyomyositis in Children is No More a Rare Condition: Presentation of 2 Clinical Cases. *Pediatr Infect Dis J.* 2021 Jul 1;40(7):e276-e278.
2. Moriarty P, Leung C, Walsh M, Nourse C. Increasing pyomyositis presentations among children in Queensland, Australia. *Pediatr Infect Dis J.* 2015 Jan;34(1):1-4.
3. Comegna L, Guidone PI, Prezioso G, et al. Pyomyositis is not only a tropical pathology: a case series. *J Med Case Rep.* 2016 Dec 21;10(1):372.
4. Maravelas R, Melgar TA, Vos D, et al. Pyomyositis in the United States 2002-2014. *J Infect.* 2020 May;80(5):497-503.



5. Kiran M, Mohamed S, Newton A, et al. Pelvic pyomyositis in children: changing trends in occurrence and management. *Int Orthop.* 2018 May;42(5):1143-1147.
6. Verma S, Singhi SC, Marwaha RK, et al. Tropical pyomyositis in children: 10 years experience of a tertiary care hospital in northern India. *J Trop Pediatr.* 2013 Jun;59(3):243-245.
7. Troisi A, Mambelli L, Graziani G, et al. Piomiosite del cingolo scapolare con focolai polmonari multipli e iniziale stato settico da *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente. *Medico e Bambino.* 2021;24:e9-e14.
8. Mitsionis GI, Manoudis GN, Lykissas MG, et al. Pyomyositis in children: early diagnosis and treatment. *J Pediatr Surg.* 2009 Nov;44(11):2173-2178.
9. Elzohairy MM. Primary pyomyositis in children. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2018 May;104(3):397-403.
10. Pannunzio ME, Praino ML, Carballo CM, et al. Piomiositis en niños: experiencia en un hospital pediátrico de referencia en Argentina [Pediatric pyomyositis: Experience in a Pediatric Reference Center in Argentina]. *Rev Chilena Infectol.* 2019 Jun;36(3):371-375.
11. García Barrionuevo C, Croche Santander B. Piomiositis del músculo piriforme por *Streptococcus pyogenes* en un niño [Streptococcus pyogenes pyomyositis of the piriformis muscle in a child]. *Arch Argent Pediatr.* 2019 Apr 1;117(2):e167-e169.
12. Angelis A, Trellopoulos A, Kondylis AK, et al. Multifocal osteomyelitis localization after pyomyositis in children: importance of timely response. *Cureus.* 2019 Apr 16;11(4):e4463.
13. Ovadia D, Ezra E, Ben-Sira L, et al. Primary pyomyositis in children: a retrospective analysis of 11 cases. *J Pediatr Orthop B.* 2007 Mar;16(2):153-159.
14. García C, Hallin M, Deplano A, et al. *Staphylococcus aureus* causing tropical pyomyositis, Amazon Basin, Peru. *Emerg Infect Dis.* 2013 Jan;19(1):123-125.

Alienazione parentale: un concetto scientifico?

E come impatta nella tutela dei bambini e delle bambine coinvolti in situazioni di violenza domestica?

Maria Grazia Apollonio

Psicologa-psicoterapeuta, Centro Antiviolenza GOAP di Trieste, Gruppo lavoro ACP sul Maltrattamento all'Infanzia

Questo articolo è dedicato con affetto e stima alla dottoressa Carla Berardi, coordinatrice del Gruppo lavoro ACP Maltrattamento all'Infanzia, da sempre attiva nella tutela dei diritti delle bambine e dei bambini, promotrice di tante iniziative di formazione e di sensibilizzazione. Grazie a lei tutte e tutti noi siamo più attenti e sensibili ai bisogni dei più piccoli e delle loro famiglie.

L'articolo, partendo da un caso, analizza in che modo il concetto di alienazione parentale (AP) influisce sulla tutela e sul benessere dei bambini e delle bambine, soprattutto qualora coinvolti in situazioni di violenza domestica. Come evidenziato da una commissione parlamentare di inchiesta, non solo non si tiene conto della violenza nella determinazione dei rapporti genitoriali all'atto della separazione, ma spesso si impone ai figli il rapporto con un genitore che descrivono come maltrattante e che affermano di temere.

L'articolo spiega sinteticamente cosa si intende per alienazione parentale, quali sono le possibili conseguenze dell'utilizzo di questo concetto e cosa possono fare i professionisti sanitari a tutela dei diritti dei bambini e delle bambine.

Un caso clinico

“Dispone collocarsi il minore presso idonea struttura tipo casa-famiglia.

Affida il figlio minore al padre in via esclusiva.

Si interrompe per l'intera durata dell'inserimento in struttura ogni contatto con la madre e con la famiglia materna.”

Questo legge Sara nella sentenza del tribunale civile e nella relazione della psicologa consulente: suo figlio Simone di 12 anni verrà prima collocato in comunità e poi presso il padre, quello stesso padre che dice di temere, quello stesso padre del quale ha ripetutamente riferito i maltrattamenti. Quello stesso uomo che lei stessa ha denunciato per reiterate violenze.

Oggi Sara pensa di aver sbagliato tutto, sbagliato a sopportare così a lungo, sbagliato a denunciare, sbagliato a credere in una giustizia che l'ha ripetutamente tradita... sbagliato comunque. Simone ha raccontato le violenze subite e alle quali ha assistito alla psicologa incaricata dal tribunale di valutare l'idoneo collocamento per il bambino, ma non importa: ha comunque deciso di affidarlo al padre previo collocamento in comunità.

Non importa se nella sua relazione questa stessa psicologa scrive: “Non si può escludere che una significativa quota della sofferenza presentata dal minore (e quindi del suo rifiuto alla frequentazione con il padre) sia il risultato dell'esposizione a scene drammatiche di aggressione/violenza intraconiugale” e non importa se descrive la capacità protettiva paterna “come estremamente carente nei confronti del figlio”.

Non importa se descrive il padre come “poco ricettivo, poco empatico, distanziante, poco disponibile verso il figlio, più centrato sui propri bisogni, con difficoltà a empatizzare”.

Adirittura, non importa se, mentre si svolge la consulenza richiesta dalla sezione civile del tribunale, è ancora aperto il procedimento penale per sospetti maltrattamenti: infatti secondo la psicologa consulente “il procedimento penale e quello civile non possono in alcun modo sovrapporsi” e “il presunto condizionamento della madre sul figlio è da valutare a prescindere dall'accusa di violenza e di maltrattamento nei confronti del padre”.

In sintesi, una madre che ha subito violenza, che ha visto il figlio subire violenza non deve ostacolare il rapporto padre-figlio, pena il risultare “alienante ai danni del padre”.

La storia di Simone potrebbe essere la storia di tanti bambini e bambine affidati a un genitore violento e che dicono di temere, sulla base di un concetto ampiamente discusso dalla comunità scientifica, quello dell'alienazione parentale. Potrebbe essere la storia dei tanti bambini le cui voci non vengono ascoltate e cui viene negata volontà e autodeterminazione.

La storia di Sara potrebbe essere la storia di tante donne dibattute nel conflitto tra una società che le invita a denunciare le violenze anche per tutelare i figli e la stessa società pronta a considerarle alienanti quando non favoriscono il rapporto tra il figlio e l'uomo che hanno denunciato, realizzando, così, la tanto paventata e ricorrente minaccia “lasciami, denunciarmi e ti porterò via i figli”.

Non si tratta di casi isolati: una commissione parlamentare istituita nel 2018 [1] e una recente indagine condotta dalle avvocate della rete dei centri antiviolenza [2], evidenziano quanto la violenza sia considerata irrilevante dai tribunali civili nella determinazione dei rapporti genitoriali, e quanto spesso, attraverso il concetto di alienazione parentale, vengano negate e considerate poco credibili le dichiarazioni e le paure espresse dalle mamme e dagli stessi bambini.

Ma come si è arrivati a questo disconoscimento della violenza e dei suoi esiti sui minori che vi assistono o che la subiscono?

La sindrome di alienazione parentale (PAS) e l'alienazione parentale (AP)

La sindrome di alienazione parentale (PAS) viene definita da un medico statunitense, Richard Gardner, nel 1985 [3-4].

Gardner definisce l'alienazione parentale come “un disordine che si manifesta soprattutto nel contesto di procedimenti per la custodia dei figli”, una patologia nella quale un genitore mette il figlio contro l'altro genitore utilizzando tecniche di manipolazione emotiva tali da indurlo a escludere o a voler escludere il genitore “alienato” [5].

Le raccomandazioni “terapeutiche” [6] – denominate “terapia della minaccia” – consistono nell'obbligare il bambino a frequentare il genitore che rifiuta, collocandolo presso di esso, a volte previo inserimento in comunità al fine del “decondizionamento”, e allontanandolo dal genitore “alienante”, inibendo con quest'ultimo ogni contatto anche solo telefonico.

In seguito alle numerose critiche di asciticità [7], dopo il rifiuto da parte dell'American Psychological Association [8] di inserire tale “sindrome” nelle varie edizioni del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* e dopo alcune sentenze di Corte di Cassazione che ribadiscono l'impossibilità di fare riferimento a un concetto non riconosciuto scientificamente [9-14], i sostenitori della PAS abbandonano il termine “sindrome” e parlano piuttosto di “alienazione parentale”.

Con tale espressione non si fa più riferimento a un disturbo psicologico a carico del bambino, bensì a un problema relazionale che coinvolge la triade madre-figlio-padre, un disfunzionamento familiare al quale contribuiscono il genitore escludente, o “alienante”, quello escluso, o “alienato”, e il figlio/la figlia, ciascuno con le proprie responsabilità e con il proprio contributo che può variare di caso in caso [15].

Di fatto, però, i concetti alla base dell'alienazione parentale non si discostano da quelli alla base della PAS. Si continua a fare riferimento a Gardner come a un eminente psichiatra infantile e forense, senza chiarirne le posizioni espresse di tipo pro-pedofilo [7]; si continua a fare riferimento ai criteri diagnostici da lui formulati; si continua di fatto ad applicare quella che Gardner definiva "terapia della minaccia", indicando come risolutiva una temporanea "parentectomia" e nei casi in cui "il bambino non può essere trasferito nella residenza del padre poiché su quest'ultimo pende l'accusa (da dimostrare) di violenza sessuale nei confronti del figlio [...] una soluzione, la più drastica, potrebbe essere quella di trasferire temporaneamente il minore presso una struttura dedicata in cui poter effettuare visite protette con entrambi i genitori" (intervista rilasciata da Giovanni Battista Camerini, Marco Pingitore e Giovanni Lopez al sito *La legge per tutti - Informazione e consulenza legale*, del 26 novembre 2016). Si realizza, così, quanto accaduto a Sara e a Simone.

Le critiche da parte della comunità scientifica

Senza negare l'esistenza di casi di condizionamento e di manipolazione dei figli da parte di un genitore contro l'altro nei casi di alta conflittualità (casi sui quali è bene approfondire le dinamiche e arrivare anche a sanzionare il genitore manipolante e a tutelare il bambino), l'utilizzo del concetto di "alienazione parentale" implica il rischio di mistificare la realtà degli abusi sessuali e dei maltrattamenti diretti o indiretti a danno dei bambini, inducendo il sistema giudiziario a non prendere sufficientemente in considerazione l'ipotesi di un reale comportamento negligente, quando non addirittura maltrattante o abusante, da parte del genitore e di non attribuire al bambino credibilità, diritto di ascolto e di tutela, lasciandolo in balia del genitore maltrattante e privandolo della protezione dell'altro genitore. Tutto ciò, ignorando i numerosi studi che evidenziano la non scientificità del concetto di "alienazione parentale" [16-20] e che denunciano l'assenza di etica dei provvedimenti terapeutici coercitivi, tanto da definirli una violazione dei diritti civili fondamentali [21]. O le ricerche di follow-up effettuate sui

bambini esposti al trattamento coercitivo, le quali dimostrano che forzare e imporre il rapporto con un genitore non fa altro che rendere più rigidi e stabili nel tempo il rifiuto stesso e i vissuti di rabbia e astio [22-23], nonché gli esiti dannosi di tali provvedimenti forzosi sul benessere e sulla salute dei bambini (vissuti di impotenza, sintomi di ansia, depressione, dissociazione, PTSD, fughe, autolesionismo e suicidio) [24-25]. Vengono addirittura ignorate le dichiarazioni dell'ONU [26] che definisce l'alienazione parentale una teoria pseudoscientifica e regressiva che viola il diritto dei bambini a essere liberi dalla violenza e il diritto delle donne alla non discriminazione. Tanto che il Parlamento europeo [27] rimprovera all'Italia di gestire la prosecuzione dei rapporti genitoriali post separazione senza tenere conto della violenza domestica, con conseguenze disastrose per le donne e i bambini, rischi per la loro tutela e il loro benessere che possono sfociare in femminicidio e/o infanticidio. Nei casi di violenza da parte del partner, il diritto delle donne e dei bambini a essere protetti e a vivere una vita libera dalla violenza fisica e psicologica dovrebbe prevalere sulla preferenza per la custodia condivisa, nel rispetto della Convenzione di Istanbul [28] – convenzione purtroppo troppo spesso disconosciuta e disattesa [29] – che vincola a tenere in considerazione, nel momento di determinare i diritti di custodia e di visita dei figli, gli episodi di violenza diretta o indiretta e la sicurezza dei bambini e delle loro mamme.

Cosa può fare il pediatra

Il pediatra ha un ruolo fondamentale nel garantire la tutela e il rispetto dei diritti dei bambini e delle bambine. Conoscendo i documenti citati può esercitare il proprio potere e il proprio ruolo affinché vengano correttamente applicati e implementati. Per esempio, il pediatra e ancor più le associazioni professionali devono impegnarsi affinché venga rispettata la Convenzione di Istanbul [Box 1], segnalando all'autorità giudiziaria e all'autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza eventuali trasgressioni della norma. Inoltre, è importante conoscere e impegnarsi affinché venga rispettata la legge n. 69 del 2019 che, oltre a inasprire la pena

Box 1. La convenzione di Istanbul

La **Convenzione del Consiglio di Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica** [28], sottoscritta a Istanbul nel 2011 e per questo meglio conosciuta come **Convenzione di Istanbul**, rappresenta il principale riferimento normativo (**legge n. 77 del 27 giugno 2013**) a tutela delle donne e dei bambini e delle bambine coinvolti in situazioni di violenza di genere. In relazione alla **tutela dei minori**, La Convenzione di Istanbul afferma che:

- i diritti e i bisogni dei bambini testimoni di ogni forma di violenza devono venir debitamente presi in considerazione nell'ambito dei servizi di protezione e di supporto alle vittime (art. 26);
- a questi minori vanno offerte consulenze psicosociali adattate all'età e che tengano debitamente conto dell'interesse superiore del minore (art. 26);
- questi minori devono poter usufruire di misure di protezione specifiche (art. 56).

Enuncia, inoltre, alcuni dei principi fondamentali della **regolamentazione dei rapporti genitori-figli nelle situazioni di violenza domestica**:

- al momento di determinare i diritti di custodia e di visita dei figli, vanno presi in considerazione gli episodi di violenza (art. 31);
- l'esercizio dei diritti di visita o di custodia dei figli non deve compromettere i diritti e la sicurezza della vittima di violenza e dei bambini (art. 31);
- gli autori dei reati possono venir privati della responsabilità genitoriale se l'interesse superiore del bambino (che comprende anche la sicurezza della madre) non può essere garantito in nessun altro modo (art. 45).

Purtroppo il gruppo di esperte e di esperti nominato dal Consiglio d'Europa – GREVIO [29] – segnala che la Convenzione di Istanbul rimane poco conosciuta dai giudici e dagli operatori sociosanitari e ampiamente disattesa, soprattutto in relazione ai diritti e alla tutela dei bambini nelle decisioni relative agli affidamenti. Il GREVIO evidenzia che l'applicazione nei procedimenti di affidamento dei figli del concetto di alienazione parentale rappresenta una violazione dell'art. 31 della Convenzione di Istanbul.

Pertanto, il GREVIO sollecita lo Stato italiano a:

- investire nella formazione affinché ogni figura professionale operi riconoscendo la violenza di genere;
- offrire ai bambini testimoni di violenza servizi adeguati e specifici;
- tenere in considerazione a livello civile gli episodi di violenza (denunce, procedimenti penali in corso, ma anche segnalazioni di altre fonti quali servizi di supporto e professionisti...) per determinare l'affidamento dei bambini, considerando come loro supremo interesse quello di essere protetti da ogni forma di violenza;
- proibire l'uso di concetti quali "alienazione parentale" e chiedere che i tribunali nominino solo consulenti adeguatamente formati sul tema della violenza di genere.

per il reato di maltrattamenti in famiglia (art. 572 c.p.), prevede un'aggravante (pena aumentata fino alla metà) quando il delitto è commesso in presenza o in danno di minore e di donna in stato di gravidanza e impone sempre di considerare il minore che assiste ai maltrattamenti come persona offesa dal reato. Questo determina per il professionista sanitario l'obbligo di segnalare all'autorità giudiziaria i casi sospetti di minori che assistono o sono coinvolti in situazioni di violenza domestica e di richiedere a loro favore le misure di protezione previste dalla legge (es. l'ordine di allontanamento del reo dall'abitazione e la misura del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalle persone da proteggere).

Infine, il pediatra deve conoscere gli articoli 315-bis e 336-bis del Codice Civile che determinano il diritto del minore che abbia più di 12 anni, ma anche di quello infradodicesimo capace di discernimento, a venir ascoltato direttamente dal giudice in relazione a provvedimenti relativi al suo collocamento e al suo rapporto con i genitori.

Ovviamente, al fine di esercitare il proprio potere di richiamare la società civile e la comunità professionale al rispetto delle norme esistenti a tutela dei diritti dei bambini, il pediatra deve collaborare e lavorare in sinergia con la rete dei servizi territoriali, osservando e segnalando gli stati di malessere psicofisico dei bambini, richiedendo la valutazione e il sostegno psicologico di cui questi minori hanno diritto e richiedendo una valutazione complessa e integrata del contesto nel quale sono inseriti. Le norme e le buone prassi necessarie a evitare il ripetersi di casi come quello di Simone esistono: è necessario conoscerle e farle rispettare. ■

Bibliografia

1. Senato della Repubblica. Commissione Parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere – Rapporto sulla violenza di genere e domestica nella realtà giudiziaria – 23 giugno 2021 e 11 maggio 2022. <http://senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1300287.pdf>; <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/372013.pdf>.
2. Di.RE. – Rete Centri Antiviolenza. Il (non) riconoscimento della violenza domestica nei Tribunali civili e per i Minorenni, luglio 2021. https://www.direcontrolaviolenza.it/wp-content/uploads/2021/07/Di.Re_Il-non-riconoscimento-della-violenza-domestica_compressed.pdf.
3. Gardner RA. Child Custody Litigation. A Guide for Parents and Mental Health Professionals. Creative Therapeutics, 1986.
4. Gardner RA. The Parental Alienation Syndrome and the Differentiation Between Fabricated and Genuine Child Sex Abuse. Creative Therapeutics, 1987.
5. Gardner RA. Parental Alienation Syndrome (PAS): sixteen years later. Academy Forum. 2001; 45 (1).
6. Gardner RA. Recommendations for dealing with Parents Who Induce a Parental Alienation Syndrome in Their Children. Journal of Divorce & Remarriage. 1998;28:1-23.
7. Apollonio MG, Crisma M. La negazione della violenza. In Luberti R., Grappolini C. Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli. Erickson, 2020:231-250.
8. APA. Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and The Family, Issue 5. <http://web.archive.org/web/2005030325918/http://www.apa.org/pi/pii/familyvio/issue5.html>.
9. Sentenza Corte di Cassazione Civile n. 7041 del 20 marzo 2013. <https://www.altalex.com/documents/news/2013/03/21/affido-dei-figli-la-sindrome-di-alienazione-parentale-non-esiste>.
10. Sentenza Corte di Cassazione Civile n. 5757 del 23 marzo 2016. <https://renatodisa.com/corte-di-cassazione-sezione-i-sentenza-23-marzo-2016-n-5757-escluso-il-collocamento-della-minore-presso-il-padre-malgrado-gli-accertati-comportamenti-della-mamma-per-distruggere-la-figura-patern/>.
11. Sentenza Corte di Cassazione Civile n. 13274 del 16 maggio 2019. <https://sentenze.laleggepertutti.it/sentenza/cassazione-civile-n-13274-del-16-05-2019>.
12. Procura Generale della Corte di Cassazione, 16 febbraio 2021. https://www.procuracassazione.it/procura-generale/it/dett_quad_in-ter_norm.page?search=16+febbraio+2021&anno=2021&item=2&searchresults=true&contentId=QIN11170.
13. Sentenza Corte di Cassazione n. 13217 del 22 gennaio 2021. <https://images.go.wolterskluwer.com/Web/WoltersKluwer/%7B6c167a8>

- e-3c2c-477f-ao61-cdd967dc6912%7D_cassazione-civile-ordinanza-13217-2021.pdf.
14. Sentenza di Corte di Cassazione n. 9691 del 24 marzo 2022. <https://www.differenzadonna.org/wp-content/uploads/2022/03/Sentenza-della-Cassazione.pdf>.
15. Camerini GB, Di Cori R, Sabatello U, Sergio G (a cura di). Manuale Psicoforense dell'età evolutiva. Giuffrè, 2018:969.
16. Clemente M, Padilla-Racero D. When courts accept what science rejects: Custody issues concerning the alleged "parental alienation syndrome. Journal of Child Custody. 2016;13:126-123.
17. Meier JS, Dickson S. Mapping Gender: Shedding Empirical Light on Family Courts' Treatment of Cases Involving Abuse and Alienation. Law & Ineq. 2017;311.
18. O'Donohue W, Benuto L, Bennett N. Examining the validity of parental alienation syndrome. Journal of Child Custody. 2016;13:113-125.
19. Feresin M. Parental alienation (syndrome) in child custody cases: survivors' experiences and the logic of psychosocial and legal services in Italy. Journal of Social Welfare and Family Law. 2020;42:1-412.
20. Meier JS, Dickson S, O'Sullivan C, et al. Child Custody Outcomes in Cases Involving Parental Alienation and Abuse Allegations. GW Law School Public Law and Legal Theory Paper. 2019;56.
21. Kleinman TG, Kaplan P. Relaxation of rules for science detrimental to children. Journal of Child Custody. 2016;13:72-87.
22. Johnston JR, Goldman JR. Outcomes of family counseling interventions with children who resist visitation. Family Court Review. 2010;48:112-115.
23. Jaffe P, Ashbourne D, Mamo A. Early identification and prevention of parent-child alienation: A framework for balancing risks and benefits of intervention. Family Court Review. 2010;48:136-152.
24. Dallam S, Silberg J. Recommended treatments for PAS may cause children foreseeable and lasting psychological harm. Journal Child Custody. 2016;13:2-3.
25. Silberg J, Dallam S. Abusers gaining custody in family courts: A case series of over turned decisions. Journal of Child Custody. 2019;16:140-169.
26. <https://lavocedinyork.com/onu/2022/03/18/la-commissione-onu-sullo-status-delle-donne-unita-contro-lalienazione-parentale/>.
27. Risoluzione del Parlamento europeo del 6 ottobre 2021 sull'impatto della violenza da parte del partner e dei diritti di affidamento su donne e bambini (2019/2166(INI)). https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0406_IT.html.
28. Convenzione del Consiglio di Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica, Convenzione di Istanbul, 2011, ratificata in legge dallo stato italiano n. 77, 27 giugno 2013.
29. Rapporto GREVIO, 2020. Gruppo di esperti/e sulla lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica – Segretario dell'organismo di monitoraggio della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica – Consiglio d'Europa. <https://www.direcontrolaviolenza.it/cosa-deve-fare-lo-stato-italiano-per-attuare-la-convenzione-di-istanbul-secondo-il-grevio/>; <http://www.pariopportunita.gov.it/wp-content/uploads/2020/06/Grevio-revisione-last-08-06-2020.pdf>.

Uno sguardo “d’insieme”

Francesca Caroppo, Anna Belloni Fortina

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

Un pomeriggio di giugno, Silvia, la mamma di Aurora, una bambina di 8 anni, chiama preoccupata il pediatra chiedendo un appuntamento per una visita poiché da alcuni giorni ha notato alcune chiazze a livello della schiena della bambina, non associate a prurito o bruciore.

Visita pediatrica

Il giorno dopo il pediatra visita la bambina e all'esame obiettivo rileva diverse chiazze rotondeggianti, ipocromiche, a bordi netti, localizzate a livello della regione lombare.

Aurora è sempre stata una bambina in buona salute e nell'anamnesi familiare non emergono patologie dermatologiche.

La mamma riferisce inoltre che in casa hanno diversi animali (gatti e cani) con cui la bambina e il fratellino giocano spesso e volentieri per molto tempo durante il giorno.

Rassicurata la madre sull'entità del quadro cutaneo, nel sospetto di una micosi cutanea, il pediatra consiglia l'applicazione di un antimicotico topico una volta al giorno per tre settimane e raccomanda alla madre di farsi sentire dopo circa dieci giorni per informarlo sull'evoluzione del quadro.

Infatti le caratteristiche cliniche delle lesioni cutanee non deponevano pienamente per una micosi cutanea e il pediatra ci teneva a monitorare con attenzione il quadro.

Dopo due settimane, la madre torna dal pediatra per una visita, abbastanza preoccupata, poiché le lesioni sono rimaste sostanzialmente identiche alla volta precedente sia in aspetto sia in dimensioni.

A questo punto, vista la scarsa risposta alla terapia e l'evoluzione del quadro clinico, il pediatra consiglia una visita dermatologica pediatrica.



Visita dermatologica

Dopo circa dieci giorni, la dermatologa accoglie nel suo studio Silvia e Aurora e comincia a indagare la storia personale e familiare della bambina.

In anamnesi familiare non risultano esserci patologie dermatologiche ed emerge che la madre di Aurora è affetta da tiroidite di Hashimoto, attualmente in buon controllo clinico.

Fatta spogliare la piccola Aurora, la dermatologa osserva diverse chiazze (circa dieci), alcune in forma di placca, di colorito variabile dal rosa al bianco, a bordi abbastanza netti, localizzate a livello della regione lombare. Tali chiazze erano riferite ancora del tutto asintomatiche.

Al tatto, la consistenza di queste lesioni cutanee appariva molto particolare, differente dalla cute circostante, conferendo a queste aree un aspetto secco, raggrinzito, con una consistenza “a carta di sigaretta” e con una cute più sottile rispetto alle zone circostanti. [Figure 1-2].

A quale diagnosi pensare?

Le particolari caratteristiche cliniche di queste lesioni erano verosimilmente legate a una perdita di elasticità cutanea in quelle zone, correlata a un danno delle fibre elastiche a livello dermico. Per questo motivo, tra le possibili diagnosi differenziali, la dermatologa prende in considerazione la possibilità di una localizzazione extragenitale di Lichen Scleroso, sebbene questa patologia si localizzi prevalentemente a livello genitale, dove gran parte delle volte si manifesta con sintomi soggettivi quali prurito e bruciore, frequenti e recidivanti, sia negli adulti che nei bambini. A supporto di questa ipotesi diagnostica vi era la familiarità positiva per patologie autoimmuni (tiroidite di Hashimoto della madre).

Ai fini di indagare una possibile localizzazione genitale della patologia e di conseguenza a conferma della diagnosi, la dermatologa chiede quindi alla madre se vi fossero stati in passato degli episodi di bruciore o prurito a livello genitale o se la bambina si fosse mai lamentata di fastidi nella zona intima. La mamma riferisce che non vi erano mai stati episodi simili. Tuttavia la dermatologa chiede di poter valutare anche la regione genitale nella bambina per escludere una localizzazione genitale della patologia. All'esame obiettivo della cute emerge un coinvolgimento della regione vulvare, delle grandi labbra, con presenza di aree biancastre, lievemente traslucide, di consistenza atrofica, a bordi netti, con estensione a livello della regione perineale e perianale [Figura 3].

L'evidenza clinica di queste lesioni portava a confermare la diagnosi di Lichen Scleroso, con localizzazione genitale ed extragenitale.

Figure 1-2. Placche e macule di colorito bianco-rosato, con cute di consistenza sottile, atrofica (“a carta di sigaretta”), localizzate a livello della regione lombare.





Figura 3. Aree cutanee biancastre, traslucide, a bordi netti, localizzate a livello della regione genitale e perineale e perianale.

Lichen Scleroatrofico

Il Lichen Scleroatrofico è una rara dermatosi cronica, con una prevalenza di 1:900 in età pediatrica e variabile da 1:70 a 1:1.000 in età adulta.

Il Lichen Scleroatrofico è caratterizzato da una fase cutanea infiammatoria iniziale generalmente seguita dalla formazione di atrofia cutanea e possibili cicatrici.

È una patologia che colpisce prevalentemente la regione anogenitale sia nei maschi sia nelle femmine.

Il Lichen Scleroatrofico è più comune nelle femmine, con due picchi nella distribuzione per età: un picco riguarda i bambini in età prepuberale e il secondo picco riguarda le donne in post menopausa.

La precisa patogenesi del Lichen Scleroatrofico è sconosciuta, tuttavia sembra che alla base della patologia vi siano dei meccanismi autoimmuni in soggetti con una predisposizione genetica e con una possibile influenza di fattori ormonali. Infatti, nei pazienti con Lichen Scleroatrofico è frequente l'associazione con patologie autoimmuni e/o un'anamnesi familiare positiva per queste.

Clinicamente, oltre l'85% delle lesioni si localizza a livello della regione anogenitale, presentandosi nella forma di macule e placche bianche, atrofiche, secche con una frequente associazione di sintomi quali prurito, bruciore e talvolta dolore. In alcuni casi è possibile anche una localizzazione extragenitale. La terapia del Lichen Scleroatrofico in età pediatrica si basa sull'utilizzo di corticosteroidi topici e inibitori della calcineurina topici.

Discussione

Nella nostra piccola paziente viene quindi infine posta diagnosi di Lichen Scleroatrofico, grazie all'osservazione attenta delle lesioni, associata al rilevamento delle stesse lesioni a livello della regione genitale e considerando inoltre la familiarità positiva per patologie autoimmuni (madre con tiroidite di Hashimoto).

Management e terapia

Alla luce della diagnosi, la dermatologa consiglia di eseguire alcuni esami ematochimici di screening relativi all'autoimmunità, quali gli autoanticorpi tiroidei (anticorpi anti-tireperossidasi e anti-tireoglobulina), gli anticorpi antinucleo nonché il TSH. Tutti gli esami sono risultati nella norma.

Viene inoltre impostata una terapia locale con metilpredisolone aceponato 0,1% crema da applicare una volta al giorno per due settimane e poi a giorni alterni per altre due settimane, proseguendo poi con l'utilizzo di inibitori della calcineurina topici da applicare quotidianamente.

Il follow-up della patologia richiede visite dermatologiche di controllo frequenti (ogni 3-4 mesi) per valutare l'andamento clinico della patologia e regolare di conseguenza l'approccio terapeutico.

Di fondamentale importanza rimane il riconoscimento e la diagnosi precoce di questa patologia che talvolta, come in questo caso, può anche non associarsi a sintomi soggettivi e quindi portare a un ritardo nella diagnosi. ■

Bibliografia

- Kraus CN. Vulvar Lichen Sclerosus. JAMA Dermatol. 2022 Jul 6.
- Mauskar MM, Marathe K, Venkatesan A, et al. Vulvar diseases: Approach to the patient. J Am Acad Dermatol. 2020 Jun;82(6):1277-1284.
- Dinh H, Purcell SM, Chung C, Zaenglein AL. Pediatric Lichen Sclerosus: A Review of the Literature and Management Recommendations. J Clin Aesthet Dermatol. 2016 Sep;9(9):49-54.
- Bercaw-Pratt JL, Boardman LA, Simms-Cendan JS, North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology. Clinical recommendation: pediatric lichen sclerosus. J Pediatr Adolesc Gynecol actions. 2014 Apr;27(2):111-116.

I disturbi specifici dell'apprendimento: che ruolo può avere la figura del medico pediatra?

Aurora Vecchini, Michele Capurso

Università degli studi di Perugia, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione

In questo articolo vengono presi in considerazione alcuni punti cardine dei disturbi specifici dell'apprendimento, così come delineati dall'ultimo *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Si passa poi ad analizzare le linee guida che nel corso del tempo si sono succedute e hanno fatto chiarezza su definizione, criteri diagnostici ed eziologia; procedure e strumenti dell'indagine diagnostica; segni precoci, corso evolutivo e prognosi; epidemiologia e comorbilità; trattamento riabilitativo e interventi compensativi. Si evidenzia, così, un aspetto fondamentale, che ricorre in tutti questi documenti, ossia il concetto di segni precoci, sui quali può intervenire il medico pediatra che attraverso l'analisi dei segni predittivi può essere una figura determinante nell'ambito dei disturbi specifici dell'apprendimento. Per tali motivi, vengono suggeriti strumenti e strategie di intervento mirato nell'ambito dei disturbi specifici dell'apprendimento.

This article takes into consideration some key points of specific learning disorders, as outlined in the latest Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. We then move on to analyze the guidelines over time that have clarified the definition, diagnostic criteria and etiology; the diagnostic investigation procedures and tools; the early signs, the developmental course and prognosis; the epidemiology and comorbidities and the rehabilitation treatment and compensatory interventions. Thus, a fundamental aspect is highlighted, which recurs in all these documents: the concept of early signs through which the pediatrician can intervene and become a determining figure in the context of specific learning disorders. For these reasons, tools and strategies for targeted intervention are suggested in the context of specific learning disorders.

Introduzione. I disturbi specifici dell'apprendimento

Il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* [1], inserisce i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA, L. 170/2010), all'interno dei disturbi del neurosviluppo considerandoli di origine biologica. Viene specificato che l'interazione di vari fattori quali quelli genetici, epigenetici e ambientali, sarebbero alla base di una diversa percezione e di un diverso processamento di informazioni verbali o non verbali, che genererebbero, appunto, il disturbo nelle sue varie forme, o queste in comorbilità tra loro. Si ritiene, inoltre, che la manifestazione dei DSA non dipenderebbe da un'istruzione scolastica inadeguata o carenze di tipo culturale, sociale ed economico.

Dopo anni in cui molti scienziati, a livello internazionale, hanno dibattuto sul termine più appropriato per definirli, finalmente nell'ultimo DSM [1], per la prima volta, si è passati dall'etichetta di "Specific Learning Disability" a "Specific Learning Disorder", in quanto i DSA, come si è dimostrato, non sono disabilità, ma un disordine che si manifesta in un diverso modo di apprendere.

Una caratteristica, che da alcuni è stata criticata, è che all'interno del *Manuale* le varie tipologie di DSA non sono specificate con chiarezza. In effetti non si trovano i termini con cui si è canonicamente abituati a chiamarli (dislessia, disortografia, disgrafia, discalculia) ma vengono, comunque, specificate alcune caratteristiche peculiari di ogni disturbo [2]. Molto probabilmente l'unicità della definizione è dovuta al fatto che spesso i vari disturbi sono in comorbilità tra loro.

Perché si possa parlare di DSA occorre che il soggetto manifesti almeno un sintomo tra quelli riportati nella **Tabella 1** e che perduri per almeno sei mesi. In questa tabella sono rappresentati i sintomi più comuni per ogni specifico disturbo [1].

Tabella 1. Sintomi più comuni dei DSA (dal DSM-5, 2014, p. 77)

1. Lettura delle parole imprecisa o lenta e faticosa (es. legge singole parole ad alta voce in modo errato o lentamente e con esitazione, spesso tira a indovinare le parole, pronuncia con difficoltà le parole).
2. Difficoltà nella comprensione del significato di ciò che viene letto (es. può leggere i testi in maniera adeguata ma non comprende le sequenze, le relazioni, le inferenze o i significati più profondi di ciò che viene letto).
3. Difficoltà nello spelling (es. può aggiungere, omettere o sostituire vocali o consonanti).
4. Difficoltà con l'espressione scritta (es. fa molteplici errori grammaticali o di punteggiatura all'interno delle frasi, usa una scarsa organizzazione dei paragrafi, l'espressione scritta delle idee manca di chiarezza).
5. Difficoltà nel padroneggiare il concetto di numero, i dati numerici o il calcolo (es. ha una scarsa comprensione dei numeri della loro dimensione e delle relazioni, conta sulle dita per aggiungere numeri a una singola cifra piuttosto che ricordare i fatti matematici come fanno i coetanei, si perde all'interno di calcoli aritmetici e può cambiare procedure).
6. Difficoltà nel ragionamento matematico (es. ha gravi difficoltà ad applicare concetti matematici, dati o procedure per risolvere problemi quantitativi).

Questi sintomi possono essere osservati dai genitori e dagli insegnanti, e possono essere riportati ai professionisti del settore. Inoltre questi ultimi possono avvalersi, oltre che delle osservazioni condotte in prima persona, anche di colloqui clinici, scale di valutazione, colloqui con gli insegnanti, prendendo anche visione delle pagelle in quanto indicative di un certo andamento.

Il DSA è persistente nel tempo e un'adeguata istruzione non può cambiare di molto le cose. Anche gli aiuti scolastici, di cui si avvalgono spesso i genitori per aiutare i propri figli che mostrano problemi scolastici, in genere non sortiscono nessun miglioramento. Si ribadisce così l'importanza in primis di accertare il problema con professionisti specializzati nel settore dei DSA, i quali si avvalgono di strumenti standardizzati per una valutazione accurata e certa. Nel DSM-5 si sottolinea come sia una caratteristica fondamentale per dubitare di un disturbo di apprendimento il fatto che le abilità scolastiche mostrate dal bambino siano alquanto al di sotto della media per età, oppure un rendimento nella media ottenuto con sforzo e impegno elevatissimi. Sono aspetti che, come si è detto, vanno accertati attraverso test specifici.

Una caratteristica diagnostica fondamentale risiede nel concetto di "specificità": i DSA riguardano domini specifici e non vanno a intaccare il funzionamento cognitivo generale. Non dipendono da disabilità intellettive, da ritardo globale dello sviluppo, da disturbi sensoriali (uditivi o visivi), da disturbi neurologici o motori. Il DSA può presentarsi anche in individui identificati come intellettualmente "dotati" [1], e non può essere imputato a fattori come lo svantaggio economico o ambientale, l'assenteismo cronico o la mancanza di un'istruzione simile a quella della comunità di appartenenza dell'individuo. Il DSA può riguardare una sola abilità o ambito scolastico come leggere le singole parole o ricordare i numeri e saperli calcolare.

Per quanto concerne la diagnosi si raccomanda di eseguirla solo dopo alcuni anni dall'avvio dell'istruzione formale, in quanto si deve accertare che la difficoltà di apprendimento non sia dovuta a un semplice ritardo ma basarsi su un dubbio effettivo di un DSA che verrà poi, eventualmente, accertato con test standardizzati. La diagnosi può essere svolta anche in età adolescenziale o in età adulta. Come viene specificato nel DSM-5 "il disturbo specifico dell'apprendimento è una diagnosi clinica basata sulla sintesi della storia medica, dello sviluppo, educativa e familiare dell'individuo; della storia della difficoltà di apprendimento, comprese le loro manifestazioni passate e attuali; dall'impatto di tali difficoltà sul funzionamento scolastico, lavorativo e sociale; dalle pagelle scolastiche passate o attuali; dalla documentazione delle attività che ri-

chiedono abilità scolastiche; dalle valutazioni basate sul curriculum e dai punteggi passati o attuali ottenuti nei test individuali standardizzati sul rendimento scolastico. Pertanto, la valutazione complessiva coinvolgerà professionisti con esperienza nel disturbo specifico dell'apprendimento e nella valutazione psicologica/cognitiva" [1].

Nei vari periodi della vita si possono manifestare specifici sintomi. Nella **Tabella 2** vengono riportati in forma schematica, i problemi che possono presentarsi nelle prime età del bambino in quanto inerenti ai fini della tematica affrontata in questo articolo.

Da non sottovalutare è il fatto che, accanto al DSA, si possono sviluppare altri problemi di carattere psicologico. Soprattutto i fallimenti scolastici possono portare il bambino a sviluppare stati psicologici più o meno gravi. Egli può assumere atteggiamenti distaccati, evitando tutti quei compiti inerenti la scuola o che indirettamente richiamano l'apprendimento formale. Possono subentrare anche stati emotivo-affettivi di una certa importanza come disturbi dell'ansia, somatizzazioni, attacchi di panico. Gli adulti possono percepire questi bambini come disattenti, poco volenterosi, con problemi di socializzazione, atteggiamenti aggressivi, ma tutto ciò in realtà sta a denotare un profondo malessere e disagio. Il DSM-5 riporta addirittura che "il disturbo specifico dell'apprendimento è associato a un aumento del rischio di ideazione suicidaria e di tentativi di suicidio nei bambini, negli adolescenti e negli adulti" [1].

Tabella 2. Problemi caratteristici in base al grado scolastico frequentato secondo il DSM-5 (2014, p. 82)

Bambini in età prescolare

- Mancanza di interesse nel praticare giochi linguistici (ripetizioni, rime).
- Hanno problemi a imparare filastrocche.
- Usano un linguaggio infantile, pronunciano male le parole. Difficoltà a ricordare i nomi delle lettere, dei numeri o dei giorni della settimana. Possono non riconoscere le singole lettere che compongono il loro nome e avere lettere che compongono il loro nome e avere difficoltà a imparare a contare.

Bambini della scuola materna con disturbo specifico di apprendimento

- Possono non essere in grado di riconoscere e scrivere le lettere.
- Possono non essere capaci di scrivere il proprio nome, o possono utilizzare uno spelling inventato.
- Possono avere problemi nel suddividere le parole in sillabe (es. "fiore" in "fio-re").
- Possono avere problemi nel riconoscere parole che fanno rima (es. colore, signore, amore).
- Possono anche avere problemi nel collegare le lettere con i loro suoni (es. la lettera b ha il suono /b/).
- Possono non essere capaci di riconoscere i fonemi (es. non sapere riconoscere in un insieme di parole come mela, cane, sole, quale parola inizia con lo stesso suono di "casa").

Bambini della scuola elementare con disturbo specifico dell'apprendimento

- Marcate difficoltà nell'apprendimento della corrispondenza lettere-suono, della decodifica fluente delle parole, dello spelling o dei dati matematici.
- La lettura ad alta voce è lenta, imprecisa e stentata.
- Alcuni bambini fanno fatica a capire il valore quantitativo rappresentato da un numero pronunciato scritto.

Bambini dalla prima alla terza classe

- Possono continuare ad avere problemi con il riconoscimento e l'utilizzo dei fonemi.
- Non essere in grado di leggere parole comuni monosillabiche (come per o da).
- Non essere in grado di riconoscere parole comuni dalla pronuncia irregolare (es. glicine).
- Possono commettere errori di lettura che indicano problemi nel collegare suoni e lettere.
- Hanno difficoltà nel mettere in sequenza i numeri e le lettere.
- Possono avere difficoltà anche nel ricordare dati numerici o le procedure dell'addizione, della sottrazione ecc.
- Possono lamentarsi di come la lettura o l'aritmetica siano materie difficili ad evitare di applicarsi.

Bambini dalla quarta alla quinta classe

- Possono pronunciare in modo scorretto o saltare parti delle parole lunghe, multisillabiche (es. dicono "aminale" per "animale", "contibile" per "convertibile").
- Possono confondere tra loro parole con suoni simili (es. "mani" con "nani").
- Possono avere problemi nel ricordare dati, nomi e numeri telefonici.
- Possono avere problemi nel completare in tempo i compiti a casa e i test.
- Possono anche presentare una scarsa comprensione in assenza o in presenza di lettura lenta, faticosa e imprecisa.
- Possono avere problemi nel leggere piccole parole funzionali (es. il, un, che, in).
- Possono fare molti errori di spelling e avere una scarsa produzione scritta.
- Possono leggere correttamente la prima parte di una parola e indovinare il seguito in maniera arbitraria (es. leggere "commesso" anziché "commercio").
- Possono manifestare paura o rifiuto di leggere ad alta voce.

La consensus conference e nuove linee guida (ISS)

Nel panorama italiano, nel 2007 si comincia a far chiarezza su aspetti controversi concernenti i DSA, grazie alla formulazione e sottoscrizione delle *Raccomandazioni per la pratica clinica sui disturbi specifici dell'apprendimento*, redatte con il metodo della consensus conference (CC). Nel documento è presente una serie di raccomandazioni per tutti quei professionisti che lavorano nel campo dei DSA.

Nel documento si sottolinea che dal momento che i DSA necessitano di un approccio multidimensionale e multiprofessionale sia sul piano teorico sia sul piano clinico, le raccomandazioni offrono una prima risposta a una serie di problemi che si incontrano sia nella definizione teorica che nella gestione clinica dei DSA. Il lavoro svolto in concerto ha portato a un confronto diretto delle varie associazioni e a un lavoro di ricerca raggruppato in cinque aree tematiche:

1. definizione, criteri diagnostici ed eziologia;
2. procedure e strumenti dell'indagine diagnostica;
3. segni precoci, corso evolutivo e prognosi;
4. epidemiologia e comorbilità;
5. trattamento riabilitativo e interventi compensativi.

Aspetto molto importante, ribadito nelle raccomandazioni è che “la principale caratteristica per la definizione di questa ‘categoria nosografica’ è quella della ‘specificità’, con riferimento al fatto che il disturbo interessa uno specifico dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto, lasciando intatto il funzionamento intellettivo generale” [2].

Un punto su cui si è fatta chiarezza con la CC, inoltre, è il concetto di “discrepanza”: infatti come si sostiene nel documento, un criterio ritenuto principale e strettamente necessario per determinare una diagnosi di DSA è quello di discrepanza tra abilità nel dominio specifico interessato (deficitaria in rapporto alle attese per l'età e/o la classe frequentata) e l'intelligenza generale (adeguata per età cronologica) [3]. Riconoscere che il criterio di discrepanza è fondamentale per la definizione e la diagnosi di DSA, significa fare passi avanti notevoli sul piano della diagnosi. Con il documento, in particolar modo, si delineano due significative implicazioni:

1. la necessità di usare test standardizzati, sia per misurare l'intelligenza generale, che l'abilità specifica;
2. la necessità di escludere la presenza di altre condizioni che potrebbero influenzare i risultati di questi test, come:
 - menomazioni sensoriali e neurologiche gravi, disturbi significativi della sfera emotiva;
 - situazioni ambientali di svantaggio socioculturale che possono interferire con una adeguata istruzione.

La CC a tale proposito sottolinea anche un altro aspetto che può essere la causa di errore diagnostico e che può avere origine da particolari situazioni etnico-culturali come per esempio i bambini immigrati, i bambini adottati con lingua madre che sia diversa dall'italiano ecc. Quest'ultima condizione è estremamente particolare, in quanto si può incorrere in due rischi diagnostici: uno che è quello dei falsi positivi, ossia soggetti a cui viene diagnosticato un DSA che, invece, è spiegabile con la condizione etnico-culturale. L'altro rischio è quello di incorrere nei falsi negativi, ossia soggetti con DSA ai quali, proprio in virtù della loro condizione etnico-culturale, non viene diagnosticato un DSA.

Con il documento, inoltre, si viene a stabilire quali sono i parametri per definire il concetto di “discrepanza”, ossia:

1. la compromissione dell'abilità specifica deve essere significativa, operabile nei termini di una prestazione significativa inferiore a -2 DS (deviazioni standard, o al 5° percentile) dai valori normativi attesi per età o la classe frequentata (qualora non coincida con l'età del bambino);
2. il livello intellettivo deve essere nei limiti della norma, che operazionalizzato significa un QI non inferiore a -1 DS (di solito equivalente a un valore di 85) rispetto ai valori medi attesi per l'età.

La CC precisa altre caratteristiche del disturbo di interesse clinico ossia:

- il carattere “evolutivo” di questi disturbi;
- la diversa espressività del disturbo nelle diverse fasi evolutive dell'abilità in questione;
- la quasi costante associazione con altri disturbi (comorbilità), fatto questo che determina la marcata eterogeneità dei profili funzionali e di espressività con cui i DSA si manifestano e che comporta significative ricadute sul versante dell'indagine diagnostica;
- il carattere neurobiologico delle anomalie processuali che caratterizzano i DSA; si sottolinea anche l'importanza che i fattori “biologici” interagiscono attivamente nella determinazione della comparsa del disturbo, con i fattori ambientali;
- il disturbo specifico deve comportare un impatto significativo e negativo per l'adattamento scolastico e/o per le attività della vita quotidiana.

Nel documento finale redatto [3] si riconosce la consistente co-occorrenza tra più disturbi che, appunto, come si sostiene possono raramente presentarsi isolati e, invece, più tipicamente presentarsi in associazione. Si esplicita, inoltre, che sul piano della diagnosi e poi della terapia occorre fare una diagnosi differenziale valutando separatamente le manifestazioni psicopatologiche e/o le problematiche psicologiche che si possono presentare in concomitanza e come conseguenza dei disturbi specifici di apprendimento.

Un altro aspetto, importante da riportare, in quanto per la prima volta se ne parla con chiarezza, è che esistono oltre ai disturbi specifici di apprendimento, un alto numero di soggetti che presentano altri disturbi di apprendimento, denominati come “disturbi non specifici”, che non vanno confusi con i primi. In questa tipologia di disturbi, infatti, si possono avere cadute importanti nella lettura, nella scrittura e nel calcolo ma in presenza però di altre patologie o anomalie sensoriali, neurologiche, cognitive e gravi psicopatologie che devono, quindi, essere tutte escluse dai criteri specifici che definiscono i DSA.

La diagnosi nel documento è un punto focale, estremamente approfondito, al quale viene rivolta la massima attenzione. Si rileva infatti che, anche se vi sono definizioni chiare contenute nei sistemi di classificazione internazionale, la diagnosi di DSA spesso volte viene sottovalutata e quindi non viene effettuata. Inoltre, soprattutto in certe realtà italiane, ci sono molti bambini che ricevono una diagnosi estremamente tardiva, addirittura al termine della scuola primaria. Anche la letteratura scientifica, infatti, rileva questo aspetto come fondamentale, in quanto il ritardo può essere il motivo di seri problemi anche a carattere psicopatologico, con conseguenze gravi a lungo termine sul piano dell'adattamento sociale, scolastico e lavorativo. In altre parole, l'intervento precoce sui DSA risulta essere di fondamentale importanza in quanto tali disturbi possono influenzare quello che è il percorso di sviluppo di un bambino e in certi casi concorrere a situazioni di disagio, disadattamento e disturbo mentale.

Nell'introduzione al documento si sottolinea che molto spesso si assiste a una forte presenza di difficoltà scolastiche anche all'interno di altri quadri clinici come nei disturbi psicopatologici, e nelle situazioni di svantaggio socioculturale. Ciò porta molto spesso, ancora oggi, ad attribuire le difficoltà di lettura e di scrittura a fattori ambientali o a disturbi psicopatologici che non a un disturbo specifico di apprendimento.

A gennaio 2022, l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato nuove linee guida riguardanti i disturbi specifici dell'apprendimento [4] con lo scopo di aggiornare alcune questioni che non erano state trattate nella precedente CC e anche per migliorare i protocolli diagnostici e riabilitativi, basandosi, questa volta su un'attenta analisi di tutta la letteratura prodotta negli ultimi dieci anni. Nello specifico, sono state formulate

raccomandazioni relative alla valutazione e diagnosi dei soggetti bilingui, percentualmente sempre più numerosi, valutazione e diagnosi dei DSA nei soggetti frequentanti le Università, formulazione di nuovi criteri e procedure diagnostiche per disgrafia e disturbo del calcolo e nuove raccomandazioni per l'individuazione precoce e il trattamento dei DSA.

L'individuazione precoce resta uno dei temi al centro dell'attuale dibattito scientifico e che vogliamo qui sottolineare, in quanto aspetto basilare e direttamente coinvolgente la figura del medico pediatra.

Perché è importante la figura del medico pediatra?

Identificare precocemente e intervenire sui bambini che possono sviluppare problemi negli apprendimenti scolastici, significa svolgere una valutazione precoce in modo che abbiano più tempo per esercitare alcune capacità. L'intervento tempestivo è determinante anche per prevenire problemi psicologici e avere uno sviluppo psicosociale equilibrato. L'intervento tempestivo, come si è detto, è anche uno dei temi più approfonditi all'interno delle nuove linee guida redatte, anche questa volta, dopo un lungo lavoro svolto dai rappresentanti di varie associazioni e professionalità tra cui i medici pediatri. Questa figura, riveste notevoli potenzialità soprattutto per quanto riguarda l'intervento tempestivo sui DSA: è tra i primi a conoscere, osservare e curare il bambino fin dalla nascita e può quindi diventare un punto di riferimento determinante.

Il riconoscimento e la diagnosi dei DSA vengono svolti durante la scuola primaria ma certi segnali si manifestano nella prima infanzia prima dell'inizio della scuola, come riportato nella tabella 2, e possono essere segnali importanti anche per il medico pediatra. Molto spesso, infatti, bambini che vengono diagnosticati con un DSA possono aver manifestato, in età precoce, ritardi di attenzione, linguaggio e motricità. Inoltre, si possono manifestare anche scarso impegno verso tutto ciò che concerne certi giochi se basati, per esempio, sulle parole, ma anche verso tutto ciò che riguarda l'apprendimento, e anche comportamenti oppositivi. Questi aspetti vengono definiti nel DSM-5 "modificatori del decorso" esplicitando che "Problemi marcati legati al comportamento disattento in età prescolare sono predittivi delle successive difficoltà nella lettura e nella matematica [...]. Ritardi o disturbi dell'eloquio o del linguaggio o elaborazione cognitiva compromessa (per es. consapevolezza fonologica, memoria di lavoro, denominazione rapida seriale) in età prescolare sono fattori predittivi di un successivo disturbo specifico dell'apprendimento nella lettura e nell'espressione e nell'espressione scritta [1].

Il pediatra, accanto ai genitori e agli insegnanti, può essere il primo a osservare queste anomalie e a valutare se il bambino sta presentando un regolare sviluppo psicomotorio e linguistico. Ritardi in tali ambiti possono essere segnali di patologie neurologiche o sensoriali, ma anche segnali di alcune manifestazioni che possono rivelarsi in seguito come un DSA [5].

Il ritardo del linguaggio (es. un bambino che abbia iniziato a parlare tardi e che abbia un vocabolario ridotto e che mostra difficoltà fonologiche in età prescolare) può evolvere in seguito in dislessia [2] e in un disturbo della lingua scritta. La correlazione tra ritardo del linguaggio e sviluppo di DSA, è secondo alcuni studiosi all'incirca tra il 40-60%; altre fonti indicano addirittura l'80% [5], anche se vi sono studi che hanno dimostrato [6-7] che vi sono bambini che hanno avuto disturbi di linguaggio, ma non hanno in seguito dimostrato nessun DSA, come pure bambini che non hanno avuto nessun disturbo di linguaggio, ma in seguito, durante la scolarizzazione, hanno manifestato un disturbo di lettura e scrittura.

Quindi, identificare precocemente un ritardo di linguaggio permette comunque di prevenire disturbi più gravi nell'apprendimento della lettura e scrittura e anche quei problemi concomitanti inerenti la sfera emotiva e relazionale.

Il tempestivo aiuto che può offrire il medico pediatra gioca sulla prevenzione di problematiche ben più gravi in futuro, in particolar modo durante i primi anni della scuola primaria dove il bambino deve affrontare apprendimenti importanti. In questa prima fase, il pediatra può svolgere un certo ruolo, anche per quanto riguarda le decisioni da prendere, in base agli elementi che ha osservato, e decidere se occorrono degli approfondimenti inviando il bambino da specialisti come il logopedista; è inoltre in grado di tranquillizzare e supportare la famiglia, soprattutto se gode della sua fiducia. Consultare il pediatra, sia da parte dei genitori che da parte degli insegnanti, è importante anche nel caso in cui il bambino, nei primi mesi di scuola di fronte alle esperienze di apprendimento difficili, può manifestare una serie di disagi emotivi. Di fronte alla frustrazione dei primi fallimenti negli apprendimenti, i bambini possono manifestare scarsa motivazione, tristezza oltre che somatizzazioni come inappetenza, disturbi del sonno, mal di testa e disturbi gastro intestinali. Come sostengono Stella et al. [5] il pediatra "meglio di chiunque altro conosce la storia evolutiva e clinica del bambino; è in grado di valutare la presenza di un eventuale ritardo nello sviluppo del linguaggio o storie familiari di difficoltà linguistica; ha le conoscenze tecnico-scientifiche, se non per fare una diagnosi, per sospettare l'esistenza del problema e indirizzare la famiglia verso percorsi clinici appropriati, ha la capacità e l'autorità per interfacciarsi con gli operatori dei servizi sanitari specialistici che hanno visto il bambino, laddove la famiglia avesse ricevuto solo risposte evasive o poco informative. Per tutte queste ragioni può enormemente contribuire alla comprensione del problema, oltre che svolgere un ruolo di catalizzatore delle risorse necessarie per affrontarlo in modo corretto".

Stella et al. [5] hanno individuato alcuni strumenti di facile utilizzo da parte del medico pediatra per svolgere una prima valutazione in caso che abbia dubbi sul corretto sviluppo del linguaggio nel bambino, che, come si è detto, potrebbe essere il precursore di un futuro disturbo di apprendimento. Gli strumenti proposti, sono semplici, di facile somministrazione, non richiedono molto tempo nella loro applicazione e si possono usare durante la visita ambulatoriale. Sono strumenti, però, fondamentali per un primo screening, permettendo di individuare precocemente certe anomalie solo dubitate fino a quel momento, e poter in questo modo, eventualmente, inviare correttamente il bambino a visite specialistiche per una diagnosi precoce.

Il *Questionario del linguaggio per genitori (PCL) (Parent Language Checklist*, di Burden et al., 1996) è uno strumento consigliato per sondare alcuni aspetti del linguaggio in bambini dai 36 mesi ai 39 mesi. Il questionario permette di avere informazioni utili per decidere se il bambino deve essere inviato dal logopedista. Il questionario, anche se originariamente formulato per essere utilizzato dai genitori, può essere somministrato anche dai pediatri ai genitori, durante le visite, per individuare alterazioni del normale sviluppo linguistico e per individuare quei soggetti che potrebbero essere a rischio. Lo strumento si è dimostrato affidabile per quanto riguarda la previsione di anomalie future con elevati valori di sensibilità. La *Prova di ripetizione di parole* è un altro strumento che si è dimostrato efficace per individuare bambini a rischio di disturbo del linguaggio. Usato con bambini dai 3 anni fino ai 4 anni e 2 mesi, è stato formulato in collaborazione con l'Istituto di Psicologia del CNR di Roma. Questa prova, che può essere utilizzata con facilità dal medico pediatra e si basa sulla ripetizione di parole o di frasi, è "considerata una buona misura di predizione dello sviluppo del linguaggio in quanto significativamente correlata alla padronanza fonologica e grammaticale". Anche se la prova di ripetizione di parole può sembrare di scarsa sensibilità (in quanto per esempio bambini di età precoce potrebbero per timidezza non collaborare con

soggetti estranei), attuando piccoli accorgimenti si può ovviare a questo problema. È comunque ritenuto un test efficace, soprattutto per effettuare un primo screening avendo la caratteristica di anticipare se il bambino svilupperà un disturbo del linguaggio, in particolare un disturbo di tipo fonologico o di tipo espressivo. Può essere somministrato precocemente, a partire dai 3 anni, è semplice e breve (meno di 5 minuti), non sensibile alle valutazioni soggettive e alla fine della prova si può avere immediatamente il range percentile. Per renderlo efficace occorre che sia somministrato due volte, in quanto si è constatato che la prima volta quasi tutti i bambini risultano positivi e che solo dopo la seconda somministrazione non si rileva la positività.

Un altro strumento utile al medico pediatra è la prova di denominazione rapida di colori, che può essere somministrato a bambini dai 5 anni e 3 mesi ai 6 anni e 3 mesi.

Nelle prove di Rapid Automatized Naming (RAN), il bambino deve dire il più velocemente possibile il nome di colori, oggetti o numeri, presentati su matrici. I creatori, Denckla e Rudel (1976), hanno riscontrato che bambini che in seguito sono risultati dislessici, mostrano in questa prova un deficit nella velocità di esecuzione. La prova è stata poi riadattata da Stella [9] escludendo alcuni stimoli, in modo da renderla più veloce nella somministrazione anche da parte del medico pediatra, sempre come strumento di primo screening.

Oltre a questi strumenti, come si è accennato, il medico pediatra può attenzionare alcuni aspetti riguardanti la motricità: è importante porre l'attenzione per esempio al fatto che un bambino di 4 anni non sia in grado di infilarsi le scarpe, e contemporaneamente presenti difficoltà nel vestirsi da solo, sia goffo nei movimenti, inciampi spesso e faccia cadere gli oggetti. La letteratura scientifica mostra che questi segnali in ambito motorio possono essere i precursori di difficoltà future in ambito degli apprendimenti aritmetici. Non basta però avvalersi solo di tali elementi per dire che il bambino svilupperà un disturbo di apprendimento, o che tutti i bambini che manifestano un ritardo motorio svilupperanno un DSA: è importante comunque saperli osservare e monitorare nel loro insieme ed eventualmente, in base alla gravità, saper consigliare e indirizzare i genitori verso visite specialistiche per valutazioni approfondite e interventi preventivi [8].

Un altro aspetto da non sottovalutare concerne la storia familiare del bambino: sapere se uno o entrambi i genitori, i fratelli o qualche altro parente prossimo abbiano avuto qualche difficoltà in ambito scolastico [9]. Molti studi, infatti, hanno rilevato che la dislessia è un disturbo caratterizzato da un'alta percentuale di familiarità e che circa il 30-50% dei bambini piccoli a rischio familiare di dislessia diventerà dislessico [10]. Si è evidenziato inoltre che accanto a questo dato si evidenziano deficit in aree del linguaggio verbale e nella percezione del linguaggio in bambini che in seguito svilupperanno una dislessia [11].

Il medico pediatra potrebbe avere anche un ruolo determinante anche per quanto concerne gli approcci di intervento: egli può, infatti, scoraggiare i genitori a intraprendere interventi fantasiosi e non dimostrati scientificamente per non sprecare tempo prezioso e risorse verso terapie costose e inutili. Esempi di ciò sono interventi che comportano l'uso di occhiali da vista, esercizi per gli occhi, terapie visive comportamentale/percettiva e lenti colorate o coperte. Altri approcci fantasiosi sono l'uso di farmaci per la disfunzione vestibolare, la manipolazione chiropratica, esercizi fisici o particolari diete alimentari [12]. I pediatri, oltre che fornire nomi di professionisti qualificati nel settore dei DSA, dovrebbero riuscire a valutare se il bambino e la famiglia sono sottoposti a stress, e supportarli emotivamente e anche in questo caso dovrebbero riuscire a indirizzarli a un supporto psicologico. Questo non è un aspetto da sottovalutare, in quanto molto spesso i bambini

con DSA e in particolare con difficoltà di lettura, vanno incontro a molteplici sfide sociali ed emotive, sviluppando bassa autostima, ansia, depressione.

Conclusioni

Nel DSM-5 (2014), nella consensus conference (2009), nella revisione di questa nel 2011 (PARCC), come pure nelle nuove linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (2022), si sottolinea l'importanza dei sintomi precursori dei DSA, quali ritardi o deficit nel linguaggio, nelle abilità motorie e nel disagio psico-emotivo. Individuare questi sintomi precursori ha notevole importanza, in quanto permette un intervento tempestivo e mirato per facilitare l'apprendimento scolastico del bambino, ma anche per prevenire un disagio psicologico grave e che può anche portare nell'adolescenza e nell'età adulta a tentativi o a suicidi veri e propri. Coinvolgere il medico pediatra significa comprendere le notevoli potenzialità che ha per individuare i sintomi predittivi di un DSA. A tale proposito sarebbe importante un suo maggiore coinvolgimento per un primo screening quando alcuni segnali vengono osservati o riportati dai genitori e, come suggerito, usare alcuni strumenti di facile applicazione. Da non dimenticare che il medico pediatra può anche attenzionare quelle problematiche inerenti la sfera emotivo-sociale che sorgono in concomitanza o come conseguenza nei DSA, e che vengono molto spesso esperite da genitori estremamente preoccupati, indirizzandoli verso specialisti del settore. ■

Gli autori dichiarano che l'articolo non è stato sottoposto ad altra rivista. Non ci sono conflitti di interesse.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5. APA, 2013, APA; trad.it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Cortina, 2014.
2. Cornoldi C. I disturbo dell'apprendimento. Il Mulino, 2019.
3. Associazione Italiana Dislessia. Comitato Promotore Consensus Conference (a cura di). Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento. Raccomandazioni per la pratica clinica di dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia. Erickson, 2009.
4. Istituto Superiore di Sanità. Linee guida sulla gestione dei disturbi specifici dell'apprendimento. 20 gennaio 2022.
5. Savelli E, Stella G, Gallo D, Mancino M. Dislessia evolutiva in pediatria. Guida all'identificazione precoce. Erickson, 2011.
6. Bishop DVM, Snowling MJ. Developmental dyslexia and specific language impairment: same or different? Psychol Bull. 2004 Nov;130(6):858-886.
7. McArthur GM, Hogben JH, Edwards VT, et al. On the "specifics" of specific reading disability and specific language impairment. J Child Psychol Psychiatry. 2000 Oct;41(7):869-874.
8. Stella G. La dislessia. Quando un bambino non riesce a leggere. Il Mulino, 2004.
9. Fisher SE, DeFries JC. Developmental dyslexia: genetic dissection of a complex cognitive trait. Nat Rev Neurosci. 2002 Oct;3(10):767-780.
10. Gilger JW, Pennington BF, DeFries JC. Risk for reading disabilities as a function of parental history in three samples of families. Read Writ. 1991;3: 205-217.
11. Snowling M J, Gallagher A, Frith U. Family risk of dyslexia is continuous: Individual differences in the precursors of reading skill. Child Dev. 2003 Mar-Apr;74(2):358-373.
12. Handler SM. Pediatric ophthalmology role vital in detection, treatment of dyslexia: Involvement key in determining if vision problems may be interfering with learning, reading. Ophthalmol. Time. 2017;42:59-62.

La narrazione delle origini nella procreazione medicalmente assistita con donazione di gameti

Margherita Riccio

Istituto di Alta Formazione e di Terapia Familiare (IAF.F), Firenze

La domanda del pediatra

Da alcuni mesi seguo come pediatra la piccola Anna, nata da una coppia di genitori dopo una gravidanza frutto di fecondazione eterologa. Questa famiglia è stata una delle prime che fin dall'inizio del nostro rapporto professionale ha voluto rendermi edotto e partecipe della sua scelta: Elsa, la mamma, dopo i primi colloqui mi ha chiesto di parlare di una questione senza la presenza del marito, da lei definita "di importanza vitale". Difatti ha voluto confidarmi che la figlia è nata dopo continue ricerche di assistenza sanitaria, momenti da lei definiti "come si sta sulle montagne russe", un andirivieni di emozioni: speranze che si alternano a fallimenti.

Finalmente la decisione della coppia di affidarsi all'estero a cure fisicamente gravose ed economicamente dispendiose: alla fine della chiacchierata ha tenuto a precisare che ritiene il marito ancora "indietro" nella metabolizzazione della vicenda.

Quindi è nata Anna. La mamma come detto mi "inonda" di domande: Gianluca, quando dovrò dire ad Anna che il suo vero papà è un altro? Ci aiuterai, vero, a scegliere il momento e le parole giuste? Sai, io ho attraversato momenti complicati, ma ho tanta forza!

Mentre riflettevo su come agire ho conosciuto Alessia, nata anch'ella da fecondazione eterologa, la cui mamma si trova nella stessa situazione emotiva della prima: la coppia è stata negli Stati Uniti. Il marito ha eseguito un intervento per cercare un qualche spermatozoo sano, ma il tutto è naufragato in un nulla di fatto. I medici avevano però preparato lei dal punto di vista ormonale e la coppia aveva a priori già accettato di buon grado una fecondazione eterologa, qualora l'intervento chirurgico del marito avesse dato esito negativo, come poi è stato. Nella seconda coppia entrambi i genitori al primo appuntamento già mi chiedono come parlare alla bimba dell'evento e dei relativi strumenti comunicativi.

Entrambe le famiglie hanno creato dentro di me una tempesta di idee, molte delle quali in contrasto tra loro. Io mi sento di dover sostenere le due situazioni, in primis dal punto di vista emotivo. Ma ho tante domande: qual è il ruolo del pediatra in questo cammino di vita? Devo entrare per forza in queste dinamiche familiari? E come? Con entrambi i genitori? Quali strumenti devo adottare? E non parlo solo di strumenti comunicativi: mi si chiede di esplorare un mondo che non è il mio, che non ho studiato, e di toccare tasti così intimi e temo di sbagliare... D'altronde non voglio dare l'impressione di essere asettico, superficiale o addirittura "allergico" alle richieste di aiuto delle famiglie: per tenere i nostri canali comunicativi aperti con esse dobbiamo sforzarci di superare le nostre am-

bivalenze anche riguardo a scelte di campo così intime e personali.

La psicologa

Gli interrogativi sollevati dal pediatra riguardano una delle complessità più importanti della procreazione medicalmente assistita con donazione di gameti: la narrazione delle origini. Le coppie sono spesso impreparate ad affrontare questo argomento con i propri figli e frequentemente iniziano a riflettervi solo dopo la nascita del proprio bambino: da un lato, infatti, non è facile reperire informazioni attendibili al riguardo e dall'altro è difficile per i partner pensare a un aspetto così concreto della genitorialità, nel momento in cui non sanno ancora se riusciranno a coronare il proprio sogno.

Personalmente ritengo che sia molto importante che la coppia possa riflettere intorno a questo argomento prima di iniziare il percorso procreativo e che i due partner trovino un accordo sulla posizione da tenere come genitori; penso infatti che, vista l'importanza dell'argomento, idee molto discordanti in proposito, non espresse né discusse prima della scelta procreativa, potrebbero portare, dopo la nascita del bambino, all'emergere di una conflittualità importante nella coppia.

D'altronde spesso, complice il forte pregiudizio che grava sulla fecondazione eterologa, i partner non condividono il proprio percorso né con familiari, né con amici e questo isolamento non aiuta a rapportarsi serenamente con le specificità di questo tipo di scelta.

Inoltre sono purtroppo ancora troppo poche le coppie che decidono di narrare le origini al proprio bambino, nonostante la comunità scientifica in modo unanime nel mondo abbia preso posizione in proposito, raccomandando un atteggiamento di onestà e apertura da parte dei genitori ed evidenziando i rischi della tossicità del segreto e il diritto del bambino ad apprendere la propria storia per poterla iscrivere nella costruzione della propria identità.

La decisione in merito alla narrazione delle origini non è affatto facile da prendere, come dimostra una ricerca di Tallandini et al. (2016) che, analizzando 26 studi sull'argomento effettuati tra il 1996 e il 2015, mette in evidenza come solo una piccola percentuale di coppie racconta ai figli la verità sulle proprie origini (23%), a fronte di un gran numero di persone (44%) che esprimono l'intenzione di volerlo fare in futuro, di un 13% di incerti e di un 20% che scelgono consapevolmente di non rivelarlo.

Uno dei motivi principali per cui può rappresentare un argomento difficile da affrontare ha a che fare con quanto la scelta procreativa è stata elaborata. La letteratura ci insegna, infatti, che il momento della narrazione delle origini rimette in gioco la ferita narcisistica dell'infertilità che, se ancora sanguinante, non permette una narrazione chiara (Vegetti, Finzi, 1999). Se la differenza genetica non è stata sufficientemente integrata nel progetto generativo della coppia, non sarà possibile alcuna narrazione. Per questo motivo è molto importante che i partner possano riflettere prima di intraprendere il percorso nel merito di questo argomento, che non significa prendere una decisione su come e quando narrare le origini al proprio bambino, ma riflettere sull'importanza di questo argomento e, nel caso, elaborare meglio la propria scelta.

Presi in carico Sara e Luigi nel Centro Procreazione Assistita Demetra di Firenze, nel quale lavoro come consulente; avevo perso da appena un anno la loro bambina di 6, morta improvvisamente per una malattia genetica che non era stata diagnosticata precedentemente; motivo per il quale si erano rivolti a un centro di fecondazione assistita che aveva evidenziato la necessità di una donazione di gameti. Quando, durante il colloquio, abbiamo affrontato i pensieri in merito al tema delle origini, la coppia ha espresso posizioni opposte: mentre Luigi dava per scontata la decisione di mettere al corrente il

figlio sulla modalità con la quale era stato concepito, Sara si opponeva in maniera altrettanto decisa.

Sara era ancora troppo addolorata per la perdita della propria bambina, per essere pronta ad accogliere in modo libero un altro figlio; dopo quello che aveva subito, sentiva di non poter affrontare altri dolori, come quello che per lei rappresentava il dire al figlio che non era la “vera” madre: la donatrice era un “mezzo” di cui nessuno avrebbe dovuto conoscere l’esistenza. Non c’è nessun obbligo da parte della coppia di narrare le origini al proprio bambino e la posizione di Sara, al di là della necessità di un aiuto per elaborare il lutto subito, era legittima, ma il marito si rese conto dalla veemenza delle risposte della moglie che non erano ancora pronti ad accogliere un altro bambino.

Sara come la madre della piccola Anna, parla della figura del donatore, come una “vera madre” e un “vero padre”. È importante che i professionisti che accompagnano il nucleo familiare nel suo percorso possano aiutare a utilizzare termini adeguati, laddove siano usati in modo improprio.

Il donatore, pur rappresentando una figura importante dal punto di vista relazionale, non può definirsi un genitore. Genitore etimologicamente deriva dal latino e significa colui che genera, che dà vita, ma ciò non vuol dire che donare i propri gameti significhi essere padre o madre. La genitorialità rappresenta un processo complesso, che presuppone un insieme di funzioni dinamiche e relazionali che si evolvono insieme allo sviluppo del bambino: per essere genitori ci vuole una relazione, ci vuole uno sguardo.

Perché narrare le origini al proprio bambino?

Le parole sono importanti, soprattutto di fronte a un tema fondamentale per l’uomo come quello delle origini. Ho scelto appositamente di utilizzare il termine “narrazione” e non “rivelazione”, più d’uso comune.

La rivelazione infatti si riferisce all’unicità di un momento, caricato di solennità; la narrazione invece racconta un percorso che si dipana nel corso del tempo. Il termine è mutuato dall’adozione e dalla modalità con la quale i genitori adottivi affrontano il tema delle origini con i loro bambini; penso che sia necessario parlare di narrazione anche nel contesto della fecondazione con donazione di gameti.

La complessità del tema trattato, per le possibili implicazioni sul piano della costruzione dell’identità personale, non potrebbe infatti risolversi in una comunicazione della modalità del concepimento, in un unico momento, isolato nel tempo e slegato dal contesto relazionale di crescita del bambino. Il racconto della scelta della fecondazione eterologa è un percorso di cui i neogenitori hanno il compito di prendersi cura per accompagnare il proprio figlio nella definizione di un’identità stabile, coerente, integrata e coesa, nella quale sia possibile per il figlio riconoscere una linea di continuità tra passato, presente e futuro.

La costruzione dell’identità personale è un processo complesso, lungo tutta la vita, un lavoro senza fine di formazione e ridefinizione del proprio Sé, che inizia proprio dal modo in cui siamo pensati, desiderati, cercati e infine concepiti dai nostri genitori.

La clinica familiare ci insegna che il tema delle origini è molto importante nella costruzione dell’identità individuale e che “qualsiasi mistero riguardante l’origine si trasforma in una macchia scura della propria identità” (Scabini, Cigoli, 1999). Non possiamo quindi non riflettere in modo approfondito sulle implicazioni della narrazione della modalità del concepimento con fecondazione con donazione di gameti, nel processo di formazione dell’identità del bambino.

Le ricerche cliniche finora effettuate sul benessere emotivo dei bambini nati da fecondazione eterologa e sulla qualità della relazione genitore-figlio non evidenziano differenze significative tra le famiglie che scelgono di narrare la modalità del

concepimento e chi decide di non farlo (Golombok et al., 2013; 2015; 2017; Kovacs et al., 2015; Ilioi, 2016); i risultati mettono in risalto dal punto di vista psicologico le conseguenze positive della narrazione, ma non evidenziano problemi clinici rilevanti nelle famiglie dove non avviene.

Diversi approcci metodologici allo studio di bambini e adulti concepiti da donatori hanno messo in risalto d’altronde che scoprirlo più tardi nella vita può causare danni psicologici (Golombok, 2017, Pasch et al., 2017, Crawshaw et al., 2017).

Pertanto, sostiene la Golombok (2017), nel loro insieme, le prove empiriche indicano i vantaggi dell’apertura sul concepimento da donatore quando i bambini sono piccoli.

L’accesso alle informazioni è infatti sempre più riconosciuto come un bisogno psichico primario per la costruzione della propria identità, prima ancora che come diritto legittimo della persona a conoscere la propria storia: appare fondamentale per la costruzione di un’immagine positiva di se stessi.

Scabini e Cigoli (1999) sostengono che è impossibile non trattare delle origini, qualsiasi esse siano e che i vuoti delle origini si traducono in lacune gravi dell’identità personale, perché è resa impossibile la rappresentazione e, con essa, la narrazione: “c’è una responsabilità dei generanti rispetto ai generati e questo riguarda innanzitutto la gestione del tema delle origini”.

Il bambino nasce nel linguaggio e non possiamo privarlo di elementi indispensabili alla costruzione narrativa di sé, strumento psichico necessario affinché le informazioni diventino funzionali alla costruzione dell’identità.

Questo non comporta la necessità di rivelare l’identità del donatore, creando obbligazioni affettive artificiali, ma ammettere l’atto del dono che ha dato origine alla vita (Vegetti, Finzi, 1999).

Del resto le conseguenze psicologiche nefaste dei “segreti di famiglia” per il bambino sono state ampiamente messe in evidenza dal lavoro di Tisseron (1997), mostrando anche la possibilità dei danni per le future generazioni.

I bambini infatti sono attenti osservatori e percepiscono la presenza di ciò che è nascosto, di cui non si può parlare, che rappresenta un’area di incertezza, che può trasformarsi facilmente in un sentimento di sfiducia in se stesso; bisogna sempre ricordarsi che non è mai il dolore che non fa crescere, ma l’incertezza e per questo è importante poter dare un nome alle cose, anche le più spiacevoli, nelle modalità più opportune e offrendo gli strumenti per affrontarle.

Secondo Boszormenyi-Nagy l’importante è che i bambini non perdano la fiducia nei propri genitori e, quando fu interpellato sul momento giusto per raccontare ai bambini la verità sulle proprie origini, rispose: “un giorno prima dei vicini” (Catherine Ducommun-Nagy, in D’Amore, 2017). I segreti difficilmente rimangono tali per sempre e il sentimento di tradimento che può derivare dalla sua scoperta può invalidare la fiducia all’interno del nucleo familiare.

Come narrare le origini al proprio bambino?

Il tema delle origini si intreccia strettamente con il tema dell’identità. La ricerca di sé inizia alla nascita e continua per tutta la vita ma per i figli nati da fecondazione eterologa, in assenza di un volto, il processo di costruzione dell’identità può rappresentare un compito complesso.

Come evidenziato dalle ricerche fin qui indicate, la maggior parte degli esperti raccomanda un atteggiamento di apertura e onestà nei confronti del bambino rispetto alle proprie origini. Un’altra raccomandazione riguarda l’importanza di affrontare l’argomento in età prescolare con il proprio bambino, utilizzando le parole più appropriate a seconda della sua fase evolutiva (Benward, 2011).

Come ci insegna la letteratura sul percorso adottivo, la narrazione ha una natura processuale e, pertanto, non si riferisce al raccontare una volta sola (rivelazione) la modalità del concepimento ma al farla diventare parte della storia familiare.

L'obiettivo è quello di trattare la tematica all'interno della famiglia con normalità in modo che il bambino si senta libero di esplorare l'argomento e di fare tutte le domande che ritiene opportune, nel momento in cui lo desidera.

Il racconto della storia del concepimento diventa pertanto una narrazione spontanea e naturale che il bambino e la sua famiglia co-costruiscono e che diventa parte integrante della storia familiare.

Se nel corso del tempo, il ragazzo manifestasse curiosità nei confronti della figura del donatore, è importante accoglierla e non patologizzarla (Ferrari, 2015). È interessante notare che le percentuali di curiosità espresse dai figli sulla figura del donatore è più alta tra coloro che hanno un donatore conoscibile, molto meno se anonimo. Gli studi sulle famiglie omogenitoriali, infatti, ci rivelano che in genere i figli tendono a mantenere la prospettiva dei genitori (Ferrari, 2015).

Potrebbe accadere in adolescenza che il "fantasma" del donatore assuma un aspetto mitico, diventando il rappresentante di ciò che manca nella relazione con i genitori. In questo caso, sarà importante riconoscere l'importanza attribuita dal ragazzo al fantasma del donatore ma aiutarlo al contempo a rispondere alle sue domande identitarie, attraverso la realtà della propria vita. Importante in questi casi capire, attraverso le aspettative che il figlio ripone sul donatore, quali sono i suoi bisogni e le mancanze che sente di avere nella relazione con i propri genitori (Ferrari, 2015).

Interessanti le riflessioni di Ferrari (2015) sulle famiglie omosessuali e sulla discriminazione a cui sono soggette che potrebbe spingere i figli all'iperadeguatezza, a una difficoltà a mostrarsi fragili fuori dalla famiglia o anche a entrare apertamente in conflitto con i propri genitori, per la paura che vengano valutati negativamente, in una sorta di conflitto di lealtà tra il proprio bisogno di autonomia e quello di difesa dell'identità della propria famiglia. Questa riflessione pone l'attenzione sul disagio causato dalla discriminazione sociale che potrebbe riguardare anche la fecondazione eterologa. In particolare è importante tenere presente le fasi evolutive infantili: è infatti verso gli otto anni che, acquisendo il pensiero operatorio causa-effetto e l'idea della morte, i bambini possono rivolgere i propri timori verso la famiglia e vivere in modo angosciante la consapevolezza che essa è oggetto di discriminazione sociale (Ferrari, 2015). Riguardo alla modalità della narrazione, sono interessanti le considerazioni di Forte e Faustini (2017), che, traendo spunto dal lavoro della Bernstein (1994) sulle sei tappe evolutive del bambino inerenti al processo di acquisizione sul tema della riproduzione, offrono valide indicazioni ai genitori su come affrontare l'argomento: i bambini molto piccoli (fase tre-sette anni) pensano dapprima di essere sempre esistiti e pian piano imparano che crescono nel corpo della mamma; quindi all'inizio non interessa loro né chi li ha messi al mondo, né come è avvenuto, ma può essere utile, per esempio, cominciare a raccontare loro una storia che parla del desiderio dei genitori di accogliere il bambino nella famiglia.

Successivamente il bambino (fase quattro-otto anni) capirà che non è sempre esistito ma che è stato creato e che per questo sono stati necessari un uomo e una donna; in questa fase possono già essere introdotte le figure del medico e del donatore, attraverso il concetto del bisogno di aiuto dei genitori per mettere al mondo il bambino da parte del medico e del dono del donatore.

In seguito (fase tre-dieci anni), si può iniziare a parlare della combinazione tra l'aspetto fisiologico e quello tecnologico nel concepimento del bambino: "si tratta di rendere loro familiare il messaggio che, qualche volta, la scienza e l'amore hanno bisogno di lavorare insieme per creare un bambino" (Forte, Faustini, 2017).

Successivamente i bambini (fase sette-dodici anni) cominciano ad avere bisogno di spiegazioni più accurate: per esempio si

può introdurre che si può essere un genitore senza un legame genetico e viceversa.

Tra i dieci e i tredici anni i ragazzi comprendono il rapporto sessuale e quindi hanno bisogno di informazioni più precise sul processo riproduttivo.

Nell'ultima fase, preadolescenziale e adolescenziale, la spiegazione può essere arricchita di tutti gli aspetti morali e sociali che riguardano la riproduzione, in modo da avere informazioni chiare sulla propria storia di origine, nel momento in cui il ragazzo si appresta alle complesse trasformazioni dell'adolescenza.

La co-costruzione della storia, tuttavia, a partire dalle proposte dei genitori, si svilupperà nella relazione con i figli e nel dialogo con loro.

Una possibilità interessante per i genitori è quella di ideare una storia per il loro bambino da poter raccontare ed eventualmente arricchire nel corso del tempo. La costruzione di una storia, infatti, permette di organizzare gli eventi in modo coerente, perché integrando pensieri ed emozioni si può dare un senso di controllo sulla propria vita e intervenire sulla rappresentazione di sé e della realtà (Vadilonga et al., 2012).

Personalmente ritengo che non sia utile indirizzare i genitori in modo direttivo verso la decisione di narrare le origini, perché penso che sia una scelta che la famiglia ha bisogno di maturare.

Spesso i partner non riescono a parlarne al proprio bambino, perché questa decisione riattualizza la ferita dell'infertilità e quella della connessione genetica e il rischio in questi casi è che la narrazione risulti ambigua e, anziché rasserenare il bambino, generi in lui un'ansia inconsapevole (Vegetti, Finzi, 1999).

È importante, a mio avviso, che il pediatra si informi su quanto la coppia ha riflettuto sull'argomento e che posizione ha in merito; che possa indicare i vantaggi della narrazione ed evidenziare i rischi dei segreti familiari sul benessere psicofisico del bambino e della famiglia ed eventualmente raccogliere il bisogno di aiuto dei partner nel processo di elaborazione della differenza genetica e trasformarlo in una richiesta di aiuto psicologica per il nuovo nucleo familiare.

Come nella genitorialità adottiva, anche nella fecondazione eterologa la differenza di patrimonio genetico pone ai partner il problema della legittimazione al ruolo genitoriale: il processo di entitlement, vale a dire il lavoro emotivo e intellettuale svolto al fine di acquisire un senso di diritto al genitore di un bambino geneticamente non correlato (Sandelowski et al., 1993).

La costruzione della genitorialità non biologica implica la legittimazione dei partner come genitori di *quel* bambino, nel riconoscimento della diversità di patrimonio genetico e del ruolo delle persone coinvolte: il medico, il donatore o la madre surrogata (Sandelowski et al., 1993). Questo processo può avere bisogno di tempo e un recente studio della Golombok (2020) mette in luce che potrebbe continuare per tutta l'infanzia.

Può essere utile altresì rasserenare i genitori, aiutandoli a capire in che modo è possibile narrare le origini al proprio bambino, anche dando loro qualche indicazione, quale leggere qualche libro in commercio o formulare un racconto sul modo in cui è avvenuto il concepimento, da poter raccontare, perché no, sin da subito, come storia della buonanotte. ■

La bibliografia di questo articolo è consultabile online

Sostegno all'allattamento nei primi giorni di vita: lo strumento del "semaforo"

Andrea Guala¹, Giuse Ballardini¹, Nicolino Grasso^{1,2}, Raffaella Visentin¹, Laura Maffina¹, Enrico Finale³, Luigina Boscardini¹, Michelangelo Barbaglia¹

¹SOC Pediatria, Ospedale Castelli, Verbania;

²Scuola di Specialità in Pediatria, Università del Piemonte Orientale, Novara;

³SOC Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Castelli, Verbania

L'allattamento rappresenta il metodo più sicuro, efficace ed economico per il nutrimento del neonato a partire dalla nascita fino al raggiungimento dei sei mesi di vita e oltre. I benefici dell'allattamento per mamma e bambino sono noti da tempo, come anche il ruolo primario che l'allattamento esclusivo riveste come determinante di salute a breve e lungo termine. Per questi motivi, a partire dagli anni Ottanta, istituzioni internazionali e nazionali, insieme ai responsabili dell'erogazione delle cure in ambito materno infantile, collaborano attraverso strategie di implementazione nella promozione, protezione e sostegno dell'allattamento. In questa ottica, a partire dal 2012, presso l'Ospedale Castelli dell'ASL VCO (certificato BFHI dal 2010) si è lavorato allo sviluppo di uno strumento di valutazione qualitativo dell'allattamento da poter utilizzare alla dimissione della diade mamma-neonato, con l'obiettivo di individuare le madri bisognose di un maggior sostegno e quindi di una rivalutazione clinica.

Breastfeeding is the safest, most effective and economical method for nourishing the newborn from birth to six months of life and beyond. The benefits of breastfeeding for mothers and babies have long been known, as well as the primary role that exclusive breastfeeding plays as a determinant of short and long-term health. For these reasons, since the 1980s, international and national institutions, together with those responsible for providing care in the maternal and child environment, have collaborated through implementation strategies in the promotion, protection and support of breastfeeding. For this reason, starting from 2012, at the Castelli Hospital of the ASL VCO (BFHI certified since 2010), we worked on the development of a tool for the qualitative assessment of breastfeeding that can be used at the discharge of the mother-newborn dyad, with the goal of identifying mothers in need of greater support and therefore of a clinical re-evaluation.

A partire dal 2015 ogni anno, la "scheda semaforo", che ricalca il codice colore del triage infermieristico, è stata utilizzata in un campione consecutivo di 100 coppie mamma-neonato che hanno partorito presso l'Ospedale Castelli di Verbania; ogni valutazione esitava nell'assegnazione di un colore in base al quale veniva programmato un follow-up con tempistiche diverse (controllo entro 24 ore per il codice rosso, tra 24 e 48 ore per il co-

dice giallo, 48-72 ore nei codici verdi e dopo 96 ore per i codici bianchi). Tale procedura ha permesso in primo luogo una stima delle esigenze delle madri a livello di informazione e sostegno mirato dell'allattamento e la conseguente analisi dell'organizzazione del lavoro in base ai bisogni assistenziali delle donne. In questi termini, la "scheda semaforo" presentata in questo lavoro si propone come uno strumento per la valutazione oggettiva della qualità delle poppate, analizzando le principali variabili comportamentali della madre e del bambino durante l'allattamento attraverso una metodica riproducibile e di facile utilizzo.

Introduzione

Il latte materno è il gold standard per la alimentazione esclusiva del neonato e del lattante per almeno i primi 6 mesi di vita. È specie-specifico, individuo-specifico, con caratteristiche nutrizionali e biologiche ottimali, senza parlare degli effetti a breve e lungo termine sulla salute fisica e psichica sia per il figlio che per la mamma [1].

I primi giorni di vita sono cruciali per l'inizio dell'allattamento e un buon inizio è propedeutico alla montata latte e al proseguimento dell'allattamento. Le cure che vengono erogate nei primi giorni di vita sono quindi cruciali per una buona partenza. E poiché la quasi totalità dei parti in Italia avviene in ambiente ospedaliero, il progetto dell'OMS e dell'UNICEF BFHI "ospedali amici dei bambini", con i suoi 10 Passi, fin dal 1989 è una delle buone pratiche di assistenza consolidate nel mondo [2].

La maggior parte dei dati di sorveglianza in Italia si concentra sui tassi di allattamento rispetto a quelli con latte formulato e sull'allattamento esclusivo e complementare, sia alla dimissione della degenza ospedaliera sia nei mesi successivi [Tabella 1] [3-5]. Poco invece si è indagato sulla qualità dell'allattamento nella coppia mamma-figlio, come punto di partenza per personalizzare il suo sostegno e identificare le donne che necessitano di aiuto [6-7]. Anche perché una dimissione dall'ospedale con un allattamento non ben avviato (integrazione con formula, ragadi al capezzolo, calo fisiologico in atto, ecc.) è presupposto per una sua rapida interruzione.

Tabella 1. Prevalenza di allattamento esclusivo in alcune aree italiane nel 2018-2020 (3-5)

	Dimissione dall'ospedale	1 mese	3 mesi	5 mesi	6 mesi
Friuli-Venezia Giulia	78,1%			46,7%	29,3%
PA Trento	79,3%	66,3%	64,2%		
Toscana	75,2%	67,6%	61,5%		14,7%
Emilia-Romagna			55,8%	44,6%	
Coorte NASCITA	71%	65%			30%
ASL VCO	89,2%	81%	73%	66%	

Scopo del presente lavoro è quello di proporre una metodica di facile esecuzione (che si rifà a quella dei colori del triage infermieristico) per valutare la qualità della poppata della coppia madre-figlio al fine di prevedere un tempo breve o lungo di richiamo dopo la dimissione ospedaliera per il sostegno dell'allattamento.

Obiettivi secondari sono:

- prevedere il carico di lavoro ospedaliero e territoriale conseguente al sostegno dell'allattamento;
- usare un metodo riproducibile al fine di monitorare nel tempo la "qualità" dell'allattamento all'interno del proprio ambiente organizzativo;
- permettere un paragone tra differenti realtà organizzative utilizzando criteri comuni.

Materiali e metodi

Nel 2012 e 2013, nel corso di diversi incontri tra i Direttori di Dipartimento Materno-Infantile della Regione Piemonte, sono stati affrontati vari argomenti relativi alla implementazione dei 10 Passi per l’Ospedale (BFHI) e dei 7 Passi per il Territorio (BFCT) OMS-UNICEF, con particolare riferimento alla promozione, protezione e sostegno dell’allattamento. Uno di questi argomenti è stato la transizione della coppia mamma-neonato dalla dimissione dall’ospedale al territorio, e in particolar modo ai consultori familiari del luogo di residenza. Una prima bozza della scheda di valutazione è stata provata e successivamente modificata nell’ASL VCO, dove ha sede l’Ospedale Castelli di Verbania certificato BFHI dal 2010. L’edizione della scheda che abbiamo ritenuto definitiva è stata chiamata “semaforo” [Tabella 2] per rappresentare con codice colore un differimento della dimissione programmata (o controllo a brevissimo tempo) nei codici rossi, controllo a 24-

48 ore nei codici gialli, controllo a 48-72 ore nei codici verdi e dopo le 96 ore per i codici bianchi. A tutte le puerpere viene fornito per eventuale consulenza il numero di telefono del punto nascita, che risponde 24 ore su 24, 365 giorni l’anno. Dal 2015 ogni anno, con inizio a gennaio, sono stati raccolti i dati di 100 mamme nutrici-neonati consecutivi presso l’Ospedale Castelli di Verbania al momento della dimissione ospedaliera dal nido; per ogni coppia è stata compilata la scheda “semaforo” da parte dello stesso operatore (AG). Non sono entrati nello studio le coppie che per scelta materna non hanno iniziato l’allattamento (2-3%). Ogni anno in primavera, alla fine della raccolta dati, si svolge una riunione con tutto il personale del nido-neonatologia per discutere dei risultati e cercare di intervenire con azioni migliorative nella organizzazione e nella formazione mirando ai problemi emersi.

Tabella 2. Scheda “colore” di triage per la valutazione dell’allattamento alla dimissione ospedaliera

CODICE ROSSO: fissare sostegno a 24 ore se presenza di uno dei seguenti criteri:			
Madre	1. capezzoli dolenti durante la suzione	SÌ	NO
	2. ragadi	SÌ	NO
	3. uso di parapezzolo con trasferimento non sempre presente	SÌ	NO
	4. montata lattea con parti di mammella non adeguatamente drenate	SÌ	NO
	5. pregresso intervento al seno (mastoplastica additiva o riduttiva)	SÌ	NO
Neonato	1. effettua meno di 8 poppate nelle 24 ore senza feci di transizione	SÌ	NO
	2. emissione di meconio ancora a 72 ore	SÌ	NO
	3. calo ponderale del 10% a 72 ore	SÌ	NO
CODICE GIALLO: fissare sostegno tra 24 e 48 ore se presenza di uno o più dei seguenti criteri:			
Madre	1. posiziona e/o attacca il neonato non sempre correttamente	SÌ	NO
	2. non risponde ai segnali precoci di fame del bambino, aspetta che pianga per attaccarlo al seno nella maggior parte delle poppate	SÌ	NO
	3. ha allattato un precedente figlio solo con latte formulato	SÌ	NO
	4. uso di parapezzoli con trasferimento	SÌ	NO
	5. emorragia post partum con perdita ematica ≥ a 1.000 mL	SÌ	NO
Neonato	1. assunzione di latte formulato nelle ultime 24 ore	SÌ	NO
	2. dimissione con latte spremuto	SÌ	NO
	3. dimissione con integrazione di latte formulato	SÌ	NO
	4. nato a termine con peso < 2.500 g anche se trasferisce colostro	SÌ	NO
CODICE VERDE: fissare sostegno tra 48 e 72 ore se presenza di uno o più dei seguenti criteri:			
Madre	1. madre sofferente	SÌ	NO
	2. parto distocico o taglio cesareo con difficoltà all’avvio dell’allattamento	SÌ	NO
	3. ripresa del lavoro prima dei 3 mesi	SÌ	NO
	4. esperienze negative in allattamenti precedenti	SÌ	NO
	5. ha allattato precedente figlio per < di 3 mesi	SÌ	NO
	6. assenza di aiuto nelle attività domestiche o nella cura di altri figli all’interno della famiglia	SÌ	NO
Neonato	1. effettua < di 8 poppate nelle 24 ore con feci di transizione	SÌ	NO
CODICE BIANCO: fissare sostegno tra 96 ore e primo bilancio di salute del pediatra dei 15 giorni:			
Madre	1. risponde ai segnali precoci di fame del bambino	SÌ	NO
	2. sceglie una posizione comoda per allattare	SÌ	NO
	3. posiziona il bambino in modo corretto senza aiuto	SÌ	NO
	4. attacca il bambino al capezzolo in modo corretto senza aiuto	SÌ	NO
	5. non prova dolore durante tutta la suzione	SÌ	NO
	6. sa riconoscere quando il bambino deglutisce	SÌ	NO
	7. conosce i segni attendibili di adeguata assunzione di latte: feci-urine	SÌ	NO
	8. accetta le poppate frequenti	SÌ	NO
Neonato	1. mostra segnali di fame e si attacca > 8 volte nelle 24 ore	SÌ	NO
	2. trasferisce colostro/latte a ogni poppata	SÌ	NO
	3. tra una poppata e l’altra è tranquillo	SÌ	NO
	4. a 48 ore evacua feci di transizione	SÌ	NO
	5. calo ponderale < all’8%	SÌ	NO

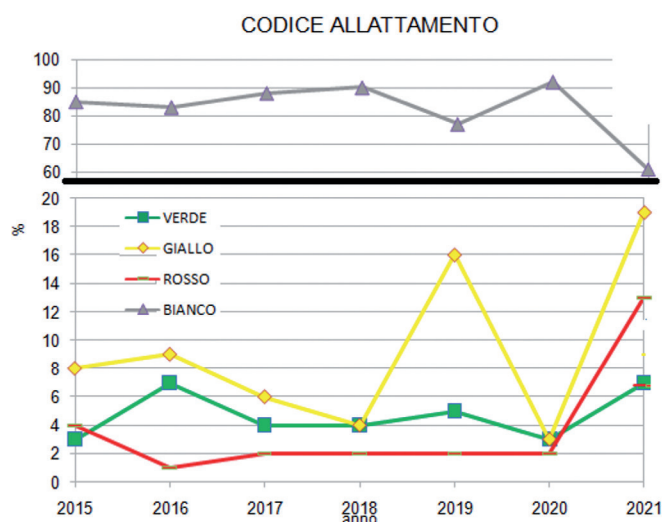


Figura 1. Problemi di allattamento di 100 coppie nutrice-neonato consecutive per anno dimesse dal nido di Verbania nel 2015-2021, classificati secondo lo schema "semaforo". Dati percentuali grafici. NB sulle ascisse il grafico è stato "tagliato" tra il 25% e il 55% per renderlo più leggibile.

Risultati

I risultati del monitoraggio sono riportati in **Figura 1** con rappresentazione grafica. Sono a disposizione su richiesta i risultati analitici per ogni coppia mamma nutrice-neonato. Per ogni codice colore attribuito a ogni coppia è specificato se il problema è legato alla mamma nutrice o al neonato.

Le dimissioni nel fine settimana sono abbastanza costanti, con variazioni tra l'1 e il 2% per i codici rossi, gialli e verdi per ogni venerdì, sabato e domenica (3-6% cumulativi) (dati disponibili su richiesta).

Discussione

La scheda che abbiamo utilizzato è di facile compilazione (meno di 60 secondi, di solito alla fine della visita pre-dimissione e del colloquio con la infermiera del nido) e la classificazione attraverso il colore è di facile e intuitiva comunicazione tra operatori.

Per esempio, nel 2016 l'unico codice rosso era dovuto a una "madre 4": cioè era presente una "montata latte con parti della mammella non adeguatamente drenate". Questo ha comportato una stretta consulenza relativa all'attacco del neonato, alla sua suzione, alla poppata, al drenaggio manuale mirato ai quadranti non drenati, ecc. con una dimissione nel pomeriggio e controllo in presenza al mattino successivo dopo circa 16 ore. Nel caso in cui la coppia avesse avuto domicilio distante dal punto nascita si sarebbe offerta una dimissione posticipata al mattino successivo oppure una consulenza in presenza al consultorio familiare, ma previo contatto telefonico diretto tra operatori ospedalieri e territoriali.

È per questo motivo che abbiamo valutato anche la dimissione nel fine settimana (dati disponibili su richiesta) quando i consultori familiari non sono attivi e quindi non potrebbero prendere in carico il problema della coppia. Se il codice rosso "mamma 4" fosse stata dimessa il venerdì o il sabato o la domenica non avremmo potuto inviarla al consultorio familiare perché chiuso il sabato e la domenica o non prenotabile per il lunedì mattina.

I due picchi di codici gialli riscontrati nel 2019 e nel 2021 (con aumento anche dei codici verdi e codici rossi) hanno cause differenti. Nel 2018 il pensionamento di alcune infermiere esperte ha portato alla loro sostituzione con personale OSS, peraltro formato con training di 2 mesi, e di conseguenza la "qualità" del sostegno alle mamme nutrici si è abbassata, soprattutto nei turni notturni. Nel 2020 la rilevazione è avvenuta prima della esplosione dell'epidemia di Covid-19, mentre nel 2021 le restrizioni organizzative legate alla seconda ondata hanno stravolto le routine assistenziali e solo grazie alla rete degli Ospedali Amici dei Bambini-UNICEF si è riusciti faticosamente e solo dopo qualche mese a recuperare le buone pratiche.

Dobbiamo poi tenere presente che i risultati raccolti per anno non combaciano perfettamente con i risultati della sorveglianza dei 100 casi consecutivi. I 100 casi sono un campione del totale delle coppie assistite dal nostro punto nascita (raccolti a gennaio-febbraio), mentre i risultati cumulativi per anno dell'allattamento sono riportati in **Tabella 3**.

Tabella 3. Allattamento esclusivo alla dimissione dall'Ospedale di Verbania dal 2009 al 2021; dati separati per nido e neonatologia

Anno	Dimessi da nido	Allattamento esclusivo	Dimessi da neonatologia	Allattamento esclusivo
2009	543	489 = 90%	134	61 = 45%
2010	510	440 = 86%	96	45 = 47%
2011	573	453 = 79%	92	30 = 33%
2012	590	401 = 68%	103	49 = 47%
2013	363	301 = 83%	79	35 = 44%
2014	370	310 = 84%	78	38 = 49%
2015	339	278 = 82%	51	22 = 43%
2016	310	271 = 87%	58	27 = 46%
2017	346	308 = 89%	84	45 = 53%
2018	382	340 = 89%	68	47 = 69%
2019	399	382 = 95,7%	78	45 = 57,7%
2020	472	398 = 84,3%	86	39 = 45,3%
2021	500	446 = 89,2%	121	81 = 67,2%

L'ottimo dato 2021 di allattamento esclusivo è legato al fatto che, causa le nuove modalità organizzative legate alla pandemia da Covid-19, abbiamo accorciato drasticamente le degenze e quindi i problemi che insorgono magari a 72 ore dal parto (come per esempio una aggiunta con formula in un calo ponderale eccessivo) li vediamo al domicilio ma non sono riportati "formalmente" sulla scheda di dimissione ospedaliera. Dei 3 neonati non allattati al seno (ma sempre su un campione di 100 nutrici-neonati), 2 sono stati allattati con formula per scelta materna, 1 per mamma Covid-19 positiva gravemente sintomatica.

Un altro limite dello studio è che la raccolta dati è stata effettuata sempre dallo stesso operatore; questo ha permesso però di avere un'uniformità di criterio nella compilazione di ogni singola scheda e mantenere costante un eventuale bias di interpretazione. Dal 2022 si è deciso di effettuare la compilazione da parte di almeno 2 operatori dello staff, anche per verificare la concordanza di compilazione.

La metodica è riproducibile anche in altre realtà, e in effetti è stata utilizzata, anche se in modo saltuario, in almeno 2 altri punti nascita piemontesi (Novara e Moncalieri). Ma se la raccolta dati diventasse sistematica si potrebbero facilmente paragonare le performance tra differenti realtà organizzative utilizzando criteri comuni.

In letteratura sono state proposte differenti griglie di valutazione della poppata, utilizzate come test di screening per la rapida identificazione dei neonati in difficoltà. In una revisione pubblicata su MAMI Project [8] sono stati messi a confronto i diversi strumenti di valutazione dell'allattamento, come per esempio l'Infant Breastfeeding Assessment Tool [6], che prende in considerazione lo stato di salute e la capacità del neonato ad avviare l'allattamento e a mantenere una suzione adeguata, oltre al grado di soddisfazione/gratificazione della madre nell'espletare l'atto. Un altro metodo di valuta-

zione è il LACH [7] che considera la presenza di deglutizione rumorosa, tipologia di capezzolo, il comfort della madre durante l'allattamento, la necessità di aiutare il neonato nell'attacco al seno. Un più recente metodo di valutazione è il Bristol Breastfeeding Assessment Tool [9] che, rispetto ai precedenti, conferisce un ruolo centrale alla posizione e supporto del neonato durante l'allattamento.

Con la nostra scheda "semaforo" abbiamo cercato di condensare la raccolta dati sull'allattamento alla dimissione con metodo analitico e di identificare con codice colore le coppie nutrice-neonato con più necessità di sostegno. Sicuramente l'utilizzo della scheda in altre realtà permetterà di migliorarla e di valutare formalmente la sua riproducibilità; inoltre potrebbe benissimo essere utilizzata in ambito non ospedaliero soprattutto come metodica di valutazione delle proprie performance organizzative e di trasmissione delle informazioni tra gli operatori. ■

Bibliografia

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanism and lifelength effect. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):475-490.
2. <https://www.unicef.org/documents/baby-friendly-hospital-initiative>
3. Di Mario S, Franchi F, Borgini B, et al. Prevalenza dell'allattamento in Emilia-Romagna. Rapporto. 2020:38. <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1542>
4. Guala A, Comaita F, Barbaglia M, et al. Soluzioni organizzative tra territorio e ospedale nell'ASL del Verbano, Cusio, Ossola. *Quaderni acp*. 2021;27:264-267.
5. Clavenna A. Coorte "NAscere e creSCere in ITALIA". 33° Congresso Nazionale ACP, 23 ottobre 2021.
6. Matthews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*. 1988 Dec;4(4):154-165.
7. Jensen D, Wallace S, Kelsey P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1994 Jan;23(1):27-32.
8. Saxton J. Review of breastfeeding assessment tools. MAMI Project, 2009:139-153.
9. Ingram J, Johnson D, Copeland M. The development of a new breastfeeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. *Midwifery*. 2015 Jan;31(1):132-137.

andrea.guala@aslvc.it

blister

Un maggiore sostegno all'allattamento a livello nazionale potrebbe far risparmiare all'economia globale 1,5 miliardi di dollari al giorno

L'insufficiente protezione, promozione e sostegno dell'allattamento da parte dei governi costa ai Paesi di tutto il mondo quasi 575 miliardi di dollari all'anno in perdite economiche e di capitale umano, secondo gli ultimi dati del *Cost of Not Breastfeeding*, sviluppato da *Nutrition International* e *Alive & Thrive*. Queste perdite, pari in media allo 0,7% del reddito nazionale lordo di una nazione, sono il risultato combinato di un aumento della mortalità infantile e materna, di perdite cognitive e di costi sanitari aggiuntivi.

"L'allattamento è l'elemento principale di un sistema alimentare sano e uno dei modi migliori per dare a un bambino il giusto inizio alla vita", ha dichiarato Joel Spicer, Presidente e CEO di *Nutrition International*. "Ma le donne di tutto il mondo non ricevono il sostegno, le risorse e la protezione di cui hanno bisogno per iniziare l'allattamento abbastanza presto e mantenerlo per il periodo raccomandato. I governi devono fare dell'allattamento una delle principali priorità delle politiche pubbliche, e con *Cost of Not Breastfeeding* i responsabili politici possono vedere i benefici reali che ne derivano".

Il *Cost of Not Breastfeeding*, pubblicato per la prima volta nel 2019, è stato rivisto nel 2022, con un nuovo database di facile utilizzo che include i dati di oltre 160 Paesi e, oltre ai tassi di mortalità e ai costi sanitari, offre nuovi calcoli per l'impatto del mancato allattamento sull'obesità infantile, sulla perdita del quoziente intellettivo e sull'istruzione. L'opzione *What If?* consente inoltre agli utenti di testare diversi scenari, per esempio confrontando l'impatto del raggiungimento dell'obiettivo nutrizionale dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 50% di allattamento esclusivo o anche di obiettivi più ambiziosi a livello nazionale. Lo strumento *Cost of Not Breastfeeding* calcola che più di 515.000 vite potrebbero essere salvate ogni anno se l'allattamento fosse protetto, promosso e sostenuto in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, tra cui l'avvio entro la prima ora dalla nascita, l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi e il proseguimento dell'allattamento insieme all'alimentazione complementare dai sei mesi ai due anni e oltre. L'allattamento funziona come il primo vaccino del bambino, rafforzando il sistema immunitario e offrendo protezione da malattie infantili come la diarrea e la polmonite e riducendo il rischio di obesità. L'allattamento apporta benefici anche alle madri, proteggendole dai tumori al seno e alle ovaie, nonché dal diabete di tipo 2.

A livello di popolazione, tassi inadeguati di allattamento esclusivo e prolungato possono portare a un aumento dei costi sanitari e a una diminuzione delle capacità cognitive dei bambini, con un impatto sulla loro istruzione e sul loro potenziale di reddito futuro. Per le famiglie, il mancato allattamento aumenta anche il costo della vita, dato che il reddito familiare viene reindirizzato verso la formula artificiale o altri sostituti del latte materno. Il *Global Breastfeeding Collective* raccomanda sette azioni politiche che i governi nazionali possono attuare per sostenere e promuovere l'allattamento, tra cui l'adozione di congedi retribuiti e di pratiche di allattamento sul posto di lavoro, il rafforzamento dei legami tra le strutture sanitarie e le comunità e l'applicazione del *Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno*.

Aumentare i tassi di allattamento attraverso azioni e politiche di sostegno può contribuire a salvare la vita di madri e bambini e a proteggere le economie da perdite evitabili", ha dichiarato Sandra Remancus, direttore di *Alive & Thrive*. "Sappiamo cosa si può fare per aiutare e, utilizzando *Cost of Not Breastfeeding Tool*, possiamo calcolare l'impatto del successo".

Lo strumento *Cost of Not Breastfeeding Tool* è stato sviluppato per la prima volta tra il 2017 e il 2019 dal dottor Dylan Walters e da *Alive & Thrive*, con il finanziamento della Fondazione Bill & Melinda Gates. Nel 2022, *Nutrition International* ha aggiornato e sviluppato la seconda versione dello strumento in collaborazione con *Alive & Thrive* e *Limestone Analytics*, con il finanziamento del Governo del Canada.

Il pediatra e i figli e le figlie di genitori che si separano

Patrizia Seppia¹, Giuseppina Di Cosmo²

¹ Pediatra, Gruppo di lavoro ACP Pediatria di genere;

² Pediatra di famiglia, Gruppo di lavoro ACP Pediatria di genere

Il pediatra è un osservatore privilegiato del bambino/ bambina e della sua famiglia. Come può sostenere una genitorialità affidabile e il benessere dei bambini durante la separazione della coppia parentale? Considerazioni sull'argomento.

The pediatrician is a privileged observer of child and his family life. How can he support reliable parenting and how can detect Signs of child being unwell in the event of parents' separations? Considerations on the subject.

La separazione della coppia è un evento molto comune: 200.000 famiglie in Italia si sono separate nel 2019 ed è molto facile che il pediatra di famiglia si sia trovato o si trovi coinvolto in situazioni familiari impegnative, vista la complessità e l'eterogeneità delle famiglie di oggi [1].

Negli USA sono circa un milione i bambini/e figli di genitori separati e il ruolo del pediatra viene ampiamente studiato [2]. Quando i genitori sono in grado di gestire un divorzio o una separazione amichevolmente tra di loro – o con l'aiuto di un consulente, un mediatore o un avvocato di famiglia – il pediatra potrebbe non essere nemmeno a conoscenza della rottura o venirne a conoscenza casualmente.

Ma quando una separazione diventa aspra, con i genitori che litigano per decisioni che riguardano il bambino, gli effetti della crisi vengono alla ribalta anche nell'ambulatorio pediatrico.

Un rapporto interessante [3] suggerisce che i pediatri dovrebbero essere formati per affrontare le tensioni familiari: essere osservatori privilegiati permette di sostenere una genitorialità responsabile e affidabile.

Considerazioni generali

I bambini dipendono dai genitori e sono svantaggiati quando i genitori si separano o divorziano perché la situazione è fuori dal loro controllo: non possono prevedere quanto tempo ci vorrà, quale ne sarà l'esito e le conseguenze; mutano i rapporti con i familiari stretti; è possibile un cambio di casa e di scuola; può mutare lo stile di vita e così via. Ai bambini spesso mancano informazioni e competenze per comprendere le relazioni conflittuali tra i genitori, che costituiscono il più grande ostacolo per affrontare con successo il nuovo equilibrio. La bambina, il bambino e i loro interessi dovrebbero essere al primo posto di ogni decisione.

Uno storico studio longitudinale, condotto negli Stati Uniti per 20 anni [4] ha mostrato come i figli di genitori separati si adattano in modo funzionale alla separazione in un tempo di circa 18 mesi (tempi più lunghi in situazioni difficili), così come è stato anche osservato che in circa l'80% dei casi di separazione i figli e le figlie non mostrano conseguenze psicologiche o comportamentali sul lungo termine, né particolari difficoltà a mantenere a loro volta legami affettivi stabili. Non c'è peraltro accordo su questi aspetti e in particolare sulla futura stabilità dei legami affettivi da adulti [5-6].

Il divorzio di un genitore non è necessariamente così negativo per i figli che possono superare la prova con successo, soprattutto se i genitori si comportano in modo adeguato.

La possibilità di accedere serenamente a entrambi i genitori; sapere che entrambi continueranno a rispettarli fra loro; la certezza che si occuperanno di figli e figlie con attenzione, mantenendo così la funzione genitoriale, senza strumentalizzazioni conflittuali, rendono tutto più sereno [7].

In Italia

I dati, non ancora definitivi, delle separazioni e dei divorzi nel 2020 evidenziano un ritorno ai livelli del 2019 dopo un rallentamento dovuto alla pandemia. Nei primi nove mesi del 2021 l'aumento rispetto allo stesso periodo del 2020 è +36,4% per le separazioni e +32,8% per i divorzi. Per le separazioni la crescita è più consistente nel caso dei provvedimenti presso i tribunali, in particolare per le consensuali (+49,3%). Nel confronto tra il 2021 e il 2019, quindi, si evidenzia un aumento dell'8,8%, in linea con quanto osservato tra 2018 e 2019 [8].

Carta dei figli/e di genitori separati

Nel 2018, l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza ha redatto la carta dei figli/figlie di genitori separati e la difesa nei procedimenti minorili.

L'iniziativa dà voce ai veri protagonisti della vicenda esistenziale, affettiva e giuridica che riguarda la cessazione della convivenza (o la non convivenza) dei figli dei genitori in crisi di coppia: coloro i cui diritti sono teoricamente al centro del sistema (artt. 2, 3, 30, 31 e 32 Costituzione; artt. 3 e 9 Convenzione ONU sui diritti del fanciullo; art. 24 Carta di Nizza) ma che poi, nell'effettivo articolarsi delle diverse dinamiche, sono molto spesso schiacciati o solo formalmente rispettati. La Carta ha prima di tutto un valore culturale, ponendo con forza al centro della vicenda i figli minorenni e il loro benessere: questo obiettivo deve essere preminente e determinante per tutti i decisori (prima di tutto i genitori, ma anche lo Stato nelle sue diverse articolazioni) in tutte le vicende separative tanto più se conflittuali.

D'altronde la legge istitutiva dell'Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza espressamente prevede tra i suoi compiti quello della promozione dei diritti di cui alla Convenzione ONU sui diritti del fanciullo (20 novembre 1989, rat. con l. 176/1991).

La Carta dei diritti dei figli dei genitori separati ha però anche valore giuridico di "ascolto" sociale delle esigenze dei figli nella separazione dei genitori: esprime una necessità profonda da parte delle persone di età minore di essere rispettate nei propri diritti nei quali si articolano in definitiva quelli di dignità della persona, di corretta costruzione della propria identità personale, di salute [9].

Come reagiscono i figli/figlie alla separazione dei genitori

Le conseguenze della destabilizzazione della famiglia sui figli sono legate a diversi fattori: età, sesso, temperamento, resilienza del bambino, rapporto fra genitori prima, durante e dopo la separazione, contesto culturale, sostegno del resto della famiglia e delle strutture sociali ed educative [10].

Talora l'allontanamento fra genitori è la soluzione migliore per la famiglia per ridurre tensioni e contrasti: in che modo è stata vissuta l'unione della coppia e come la coppia si comporta nella separazione sono altre condizioni che determinano le reazioni nei figli.

Fattori individuali, familiari, etnici e culturali moderano i rischi associati ai cambiamenti nella vita familiare dei bambini, sottolineando l'importanza di riconoscere la diversità familiare. Negli Stati Uniti, per esempio, la separazione dei

genitori è associata a più problemi socioemotivi tra i bambini bianchi rispetto ai bambini neri o ispanici [11].

Il pediatra può capire da segnali psicofisici gli eventuali problemi che il bambino e la bambina stanno affrontando.

Il disagio ha una differente espressione a seconda dell'età del bambino/a

Neonati

Sebbene i bambini non comprendano la separazione, possono reagire ai cambiamenti nella routine e alla presenza/assenza dei caregiver con rottura dell'attaccamento. Possono essere più esigenti, irritabili o svogliati e avere disturbi del sonno e dell'alimentazione. A circa 6 mesi di età, può aumentare l'ansia da separazione e può essere tollerata meno la presenza di un estraneo.

Primi anni di vita

L'ansia da separazione è una manifestazione frequente di angoscia a questa età e i bambini possono essere riluttanti a separarsi dai genitori anche in contesti loro familiari, come l'asilo nido, la scuola materna o la casa dei nonni. Non è rara la regressione dello sviluppo, inclusa la perdita dell'uso del bagno e delle abilità linguistiche. Anche i disturbi alimentari e del sonno sono comuni.

Bambini in età prescolare

A questa età i bambini non comprendono i motivi della separazione e chiederanno ripetutamente del genitore assente. Possono essere esigenti e ribelli e possono avere problemi di sonno e alimentazione, nonché regressione nelle tappe dello sviluppo. Spesso testano e manipolano le differenze nell'impostazione dei limiti e delle regole suggerite dai due genitori. All'età di 4-5 anni possono incolpare se stessi per la separazione, iniziare ad agire, avere incubi, avere più riluttanza a separarsi e timore di essere abbandonati.

Bambini in età scolare

Non è raro che il bambino a questa età si autocolpevolizzi, che chieda e fantastichi sulla riunione dei genitori. I cambiamenti di umore e di comportamento, come ritiro e rabbia, sono frequenti, il rendimento scolastico può diminuire e il bambino può sentirsi abbandonato dal genitore che non vive più in casa.

Adolescenti

Sebbene a questa età i ragazzi e le ragazze possano comprendere alcune delle ragioni della rottura della famiglia, talvolta idealizzano uno dei genitori e tentano di assumere comportamenti da adulti.

Se la situazione sfugge di mano si possono avere comportamenti esternalizzanti o internalizzanti, aggressivi, con riduzione del rendimento scolastico o comportamenti a rischio [12].

Il genere può condizionare le reazioni di figli e figlie di fronte a una crisi della coppia genitoriale?

La diversità di comportamento è più frequente in età adolescenziale. Nei maschi, forse come atteso, le reazioni sono prevalentemente esternalizzanti, con un'alta probabilità di sviluppare comportamenti delinquenti, aumento dell'aggressività, di conflitti e scontri fisici con i coetanei. Esiste un calo dell'autostima e del benessere psicologico [10,12].

Le ragazze adolescenti in famiglie divorziate risposate possono andare incontro a un inizio precoce della pubertà. Molte di queste ragazze non sono emotivamente pronte per i cambiamenti che si sommano alle difficoltà dell'adattamento alla nuova situazione familiare. Sembra che la crisi dei genitori le faccia maturare più velocemente. Alcuni sugge-

riscono che chi si separa abbia bisogno di qualcuno a cui rivolgersi per ricevere sostegno e comprensione. Purtroppo, in molti casi questi genitori (soprattutto le madri) si rivolgono ai figli, in particolare alle figlie giovani, per questo sostegno. Molte madri divorziate hanno descritto le loro figlie come un'amica intima o una sorella e sentivano di poter parlare con loro di qualsiasi cosa, compresi i loro problemi di appuntamenti e relazioni romantiche, depressione, solitudine e stress finanziari [13].

Ruolo del pediatra

Informarsi periodicamente di come siano i rapporti fra genitori, in modo semplice e non invadente può essere il primo passo per capire se il bambino vive in un clima di serenità. A separazione in corso, rimanendo neutrale, sarà essenziale mantenere la relazione positiva con ambedue i genitori, anche se questo può non essere sempre facile.

Il pediatra deve conoscere gli aspetti giuridici di separazioni e divorzi, perché può essere chiamato per essere ascoltato o testimoniare nel corso delle procedure.

In una recente pubblicazione aggiornata [3] sono sintetizzati i consigli che aiutano il pediatra a comprendere se vi sono problemi nella coppia e l'eventuale disagio dei figli:

1. Attenzione ai segnali di avvertimento di matrimonio disfunzionale e separazione imminente. Informarsi oralmente o tramite un questionario scritto sui cambiamenti familiari o sui problemi a ogni visita.
2. Discutere il funzionamento della famiglia e ricordare ai genitori che ciò che fanno durante e dopo il divorzio è molto importante per l'adattamento del figlio.
3. Sostenere sempre il bambino, offrendo supporto e consigli adeguati all'età in merito a reazioni al divorzio quali senso di colpa, rabbia, tristezza e perdita percepita dell'affetto. Il bambino ha bisogno di sapere che non è causa della separazione e che non può risolvere il problema.
4. Stabilire confini chiari e definire quale ruolo può svolgere un pediatra nel divorzio. Cercare di mantenere relazioni positive con entrambi i genitori non schierandosi dalla parte di uno o dell'altro genitore. Se c'è preoccupazione per una situazione di abuso o negligenza in corso o futura, è indicato l'invio ai servizi di protezione dell'infanzia. Se un pediatra non è sicuro che il suo obbligo legale di segnalazione sia stato rispettato, può essere prudente discutere la situazione specifica del caso con un pediatra che si occupa di abusi sui minori. Va incoraggiata una discussione aperta sulla separazione e il divorzio con e tra i genitori, sottolineando i modi per aiutare il bambino ad adattarsi alla situazione e identificando i materiali di lettura appropriati.
5. Se necessario, indirizzare le famiglie a strutture con esperienza in materia di divorzi e attente alla salute mentale dei minori.

Conclusioni

La separazione dei genitori è un momento delicato per i figli e figlie che, dopo un periodo di assestamento, nella maggioranza dei casi possono ritrovare un equilibrio stabile senza conseguenze a breve e a lungo termine.

Talora però lo stress incide sui comportamenti dei bambini e degli adolescenti determinando reazioni comuni ma anche differenziate secondo età e sesso.

Il genere influisce soprattutto in età preadolescenziale e adolescenziale con atteggiamenti più spesso internalizzanti nelle femmine e più esternalizzanti nei maschi.

Il pediatra che si trova coinvolto nella disgregazione della famiglia, deve essere formato sugli aspetti sanitari, sociali e giuridici per sostenere i genitori, per individuare precocemente i segni del disagio e intervenire sui problemi psicofisici dei mi-

norì, per inviare a consulenza e per gestire il follow-up della situazione familiare.

Percorsi di sostegno alla genitorialità, fin dal corso di preparazione alla nascita, informazioni sui ruoli parentali durante i bilanci di salute, potrebbero essere momenti di una strategia per preparare il nucleo familiare ad affrontare un'eventuale crisi o rottura del rapporto di coppia, a garanzia del benessere e dei diritti di bambini e bambine. ■

Bibliografia

1. Fruggeri L. Oltre il pregiudizio la specificità dei processi di sviluppo delle famiglie contemporanee. *Quaderni acp*. 2021;2:88-90.
2. Radcliffe S. How can Pediatricians help a family going through divorce. *Healthline*, 16 dicembre 2016.
3. Cohen GJ, Weitzman CC. Helping Children and families Deal with Divorce Pediatrics. Committee on psychosocial aspects of child and family health; section on developmental and behavioral pediatrics. *Pediatrics*. 2016 Dec;138(6):e20163020.
4. Wallerstein JS. Children of divorce: preliminary report of a ten-year follow-up of older children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1985 Sep;24(5):545-553.
5. Marquardt E. *Between two words: inner lives of children of divorce*. Crown Publishing Group, Random House, 2005.
6. Huurre T, Junkkari H, Aro H. Log term psychosocial effects parental divorce: a follow up study from adolescence to adult. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256:256-263.
7. Spremo M. Children and Divorce. *Psychiatr Danub*. 2020 Oct;32(Suppl 3):353-359.
8. Istat. Report 21. Febbraio 2022.
9. Carta dei diritti dei figli dei genitori separati dell'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza. <https://www.garanteinfanzia.org/landing2/Libretto.pdf>.
10. Teodori C. Lezioni e Box dal Master Salute e Medicina di Genere. Università di Firenze. 2018-2019.
11. D'Onofrio B, Emery R. Parental divorce or separation and children's mental health. *World Psychiatry*. 2019 Feb;18(1):100-101.
12. How Does Divorce Affect Girls and Boys differently? <https://yourdivorcequestions.org/how-does-divorce-affect-girls-and-boys-differently/>.
13. Tognoni A. Novità normative in tema di diritto di famiglia: informazioni utili per il pediatra referente prezioso per i genitori "nell'interesse esclusivo del minore". *Quaderni acp*. 2016;5:219-220.

seppiasino@gmail.com

blister Il pianto, questo sconosciuto

Il pianto è la forma di comunicazione più importante nei primi mesi di vita e il bambino la sfrutta con competenza per essere accudito e per essere alimentato. Il primo pediatra a dare una misurazione del pianto fu Berry Brazelton che nel 1962 pubblicò la curva del pianto nei primi tre mesi di vita, costruita sui dati di 80 bambini afferenti a un ambulatorio pediatrico in Massachusetts; questa curva indica un picco di pianto verso le 6 settimane con una graduale estinzione del pianto verso la fine del 3° mese. Dopo questo primo storico studio sono stati pubblicati numerosi altri trial sul pianto dei lattanti e nel 2017 è stata svolta una metanalisi (28 studi) che ha confermato il picco del pianto nelle prime settimane di vita, ma senza un picco unico a 6 settimane, con una diminuzione della quantità di pianto dopo le 8-9 settimane [1]. Dati consolidati? Una nuova metanalisi ha raccolto i dati di 57 studi misurando il pianto secondo due modelli matematici e raccogliendo i dati su tre tipi di pianto: a) il pianto e l'irritabilità (il fussing degli anglosassoni); b) solo il pianto; c) il pianto inconsolabile (indicatore di distress). Un'altra peculiarità di questo studio è che sono stati raccolte le misurazioni sull'intero primo anno di vita e non solo per i primi tre mesi. Una curva del pianto costruita secondo questa ultima metanalisi indica un picco di pianto del bambino dopo 4 settimane (double exponent model), mentre la seconda curva (change-point detection model) mostra che i bambini piangono molto e a un livello stabile durante le prime settimane di vita, dopodiché il livello diminuisce. Tuttavia, nessuno dei due modelli indica un forte calo dopo il "picco delle 6 settimane", come descritto nella curva originale di Brazelton [2]. Cosa ci dice quindi questa metanalisi? Primo, conosciamo ancora poco del pianto del lattante; i dati, raccolti quasi esclusivamente nel mondo occidentale, indicano una forte variabilità del pianto tra bambino e bambino e tra le diverse etnie (i turchi e gli italiani piangono di più, i messicani, gli indiani e i coreani piangono fino a quattro volte meno). Secondo, meglio non rassicurare i genitori garantendo che al terzo mese il bambino non piangerà più o quasi, un'aspettativa non sempre basata sui dati conosciuti. Infine questa importante metanalisi evidenzia che mancano i dati dei bambini di interi continenti e della maggior parte degli Stati a medio o basso reddito; inoltre è presente una marcata eterogeneità nella raccolta dei dati: i bambini danesi sembrano quelli che, tra gli occidentali, piangono di meno senza tuttavia una ragionevole spiegazione (maggiori cure prossimali o assenza raccolta dati del pianto notturno in quanto il bambino dorme in camera separata?). E il tipo di alimentazione? A differenza della metanalisi del 2017, questo studio non rileva un'associazione tra tipo di allattamento (al seno, artificiale, misto) con il tipo e la quantità di pianto.

1. Wolke D, Bilgin A, Samara M. Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants. *J Pediatr*. 2017 Jun;185:55-61.e4.
2. Vermillet AQ, Tølbøll K, Litsis Mizan S, et al. Crying in the first 12 months of life: A systematic review and meta-analysis of cross-country parent-reported data and modeling of the "cry curve". *Child Dev*. 2022 Jul;93(4):1201-1222.

Come un pacco, una bestia, un moscerino.

L'Arminuta

Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi di Roma

L'Arminuta

Regia: Giuseppe Bonito

Con: S. Fiore, C. De Leonardis, V. Scalera, F. Ferracane, A. Fuorto, E. Lietti, G. Beranek, S. Petruzzello, P. Fiorita, G. Vallozza A. Barulli

Italia, 2021

Durata: 110'

Quando, nel 1927, Alan Crosland sperimentò il sonoro nel *Cantante di jazz*, se alcuni registi sovietici (Ejzenstejn, Pudovkin, Aleksandrov) misero in guardia per il rischio di uno spostamento di interesse da ciò che si vede a ciò che si sente, Chaplin si esprime in modo decisamente negativo. Non esisteva ancora il doppiaggio ed egli, convinto assertore della potenza della mimica, disse che le parole complicano il messaggio.

Seguiamo il suo consiglio estrapolando tre sequenze mute (o quasi) dall'*Arminuta*, terzo lungometraggio di Giuseppe Bonito (4 candidature ai Nastri d'Argento e il David di Donatello).

La prima è quella di apertura. Un uomo è alla guida, al suo fianco c'è una ragazzina, l'auto si ferma nei pressi di una casa di campagna e l'uomo "scarica" la ragazzina. Non sappiamo ancora chi sono e quello che è successo; intuiamo però che qualcosa non va perché la ragazzina torna sui propri passi con l'intenzione di rientrare in macchina. Scopriremo che si tratta di zio e nipote e che la ragazzina, come si dice in dialetto abruzzese, è un'*arminuta*, una *ritornata* nel borgo natio, isolato alle falde dell'Appennino. Era partita ancora in fasce, quando i suoi genitori biologici avevano deciso di *consegnarla* a parenti "di città". Ora ha tredici anni e non conosce il motivo per il quale la donna che ha sempre chiamato "mamma" l'abbia rifiutata. La famiglia che adesso se la riprende è quanto di più estraneo le potesse capitare: il padre rozzo e manesco, la madre triste e avvilita, un fratello maggiore (Vincenzo) che scalpita e contesta. Se non fosse per la presenza della simpatica e spigliata sorellina Adriana che riesce persino a far da mamma all'ultimo arrivato, giurerebbe di essere stata catapultata dal paradiso all'inferno. Stava bene in città: era figlia unica, viveva in una famiglia borghese, frequentava la scuola, aveva le sue amichette; ma allora perché trattarla come un oggetto? Seconda sequenza: la famiglia biologica dell'*arminuta* è a tavola, ma nessuno parla. Si respira aria pesante e si intuisce che la tempesta è in arrivo. All'improvviso, il padre-padrone scatta in piedi, trascina il figlio Vincenzo in un'altra stanza e lo riempie di botte. Non deve essere una scena inusuale in quella casa,

perché la paura attanaglia i presenti e persino la mamma, pur visibilmente sofferente per quello che sta accadendo, resta inchiodata al suo posto. *L'arminuta* non capisce, è smarrita e terrorizzata: perché quel castigo? Che cosa ha fatto di grave suo fratello? È così che si educano i figli?

Terza sequenza: altro pranzo. Questa volta siamo in città, nella casa della ritrovata mamma adottiva. *L'arminuta* ora conosce la verità: dopo tredici anni è stata rispedita al mittente perché la donna che le ha fatto da mamma si è rifatta una nuova vita, ha un maritino e un bebè. Tuttavia, non le è bastato conoscere il vero motivo della sua esclusione; ha voluto anche vedere con i suoi occhi. È andata a trovarla trascinandosi dietro la sorellina Adriana. L'atmosfera di affettata accoglienza viene turbata dal pianto del neonato che arriva dalla stanza accanto. La mamma sta per alzarsi, ma il marito la inchioda: "No. Lascialo piangere! Prima o poi smetterà. Non si educa con le carezze!" L'aria è tesa. Il piccolo non smette di piangere e l'uomo continua a fulminare la moglie con lo sguardo. Allora interviene Adriana che sa come si culla un bambino: si alza, si allontana, sparisce. Si ripresenta con il piccolo che dorme tranquillo tra le sue braccia.

Stop. La storia, tratta dal romanzo di Donatella Di Pietrantonio premiato con il Campiello nel 2017, è ambientata nell'estate del 1975, quando l'introduzione della legge per il divorzio era già alle spalle (1970) e stava per arrivare la regolamentazione dell'aborto (1978). Se aggiungiamo anche gli echi del boom economico e delle contestazioni del Sessantotto abbiamo un bel po' di materiale per ampliare i temi che vanno oltre lo schermo – abbandono dei minori, violenza domestica, maschilismo, educazione – e per dare vita a un immaginario convegno. Invitati: psicologi, pediatri, pedagoghi, sociologi, maestri, politici, religiosi, genitori...

Lavoriamo di fantasia e, prendendo lo spunto dalle tre sequenze, diamo il via al dibattito. Chiediamo se c'è qualcuno che vuole intervenire. Facce smarrite, nessuno che alzi la mano. Allora si fa avanti una ragazzina della quale ignoriamo persino il nome, si schiarisce la voce e pronuncia una frase che ci riporta dal cinema muto al sonoro: "Non sono un pacco".

La raggiungono il fratello maggiore Vincenzo e la sorellina Adriana. Il primo dice: "Non sono una bestia da soma!"; la seconda: "Non sono un moscerino fastidioso!"

Gli *schiaffi* vanno oltre la vicenda filmica; gli attori hanno solo prestato i loro volti. Il vero bersaglio va cercato nella cronaca di tutti i giorni, nell'infanzia abbandonata e smarrita, nello sfruttamento dei minori, nell'ignoranza, nei diritti negati. Viene voglia di aggrapparci a un'immagine che stemperi l'amarezza e inviti alla speranza. La troviamo nel fotogramma che è diventato locandina.

L'arminuta è sulla spiaggia. Al suo fianco c'è Adriana. Hanno visto molte cose: il fratello morto in un incidente, la disperazione dei genitori, la mancanza di cultura, la povertà, l'egoismo dei grandi, il maschilismo... Ora, davanti a loro c'è solo l'immensa distesa del mare. Sanno che nel mare, come nella famiglia, non esistono certezze e che la calma, da un momento all'altro, potrebbe mutarsi in tempesta. Per questo conviene aggrapparsi a qualcuno che possa fare da salvagente.

Una sorella, per esempio. ■



Libri

Occasioni per una buona lettura

Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Premio Strega ragazze e ragazzi

7ª Edizione, Bologna 23 marzo 2022

Una nuova categoria del Premio: "La migliore narrazione per immagini"

Finalmente la Fiera del Libro per ragazzi di Bologna è tornata in presenza. Tutti felici di ritrovarci, tanta emozione e tanti abbracci, tutti rigorosamente con la mascherina ffp2, anche un poco frastornati dalla folla, dai colori, dalle immagini. All'ingresso il primo stand era quello dell'Ucraina per ricordare le ragioni dell'assenza di operatori e libri (pochissimi in mostra) di quel Paese, mentre gli stand russi presenti non erano governativi. Imperdibile l'appuntamento con il "Premio ragazze e ragazzi" giunto alla settima edizione. L'incontro è cominciato con i vincitori della sesta edizione, Alex Cousseau per *Murdo*, in collegamento video, Alessandro Barbaglia, libraio di Novara, con *Scacco matto tra le stelle* e Davide Morosinotto con *La più grande*. Per conoscere i vincitori del Premio Strega per ragazze e ragazzi categorie 6+, 8+, 11+ della settima edizione, dovremo aspettare l'autunno. Conduceva l'incontro Marcella Terrusi, docente dell'Università di Bologna, che si occupa in particolare di racconti per immagini. L'occasione era costruita per presentare una nuova categoria del Premio: partito infatti con libri fatti di parole, ha poi incluso un premio al traduttore, dall'anno scorso è stato inserito un premio al miglior libro d'esordio e da quest'anno comprende anche la migliore narrazione per immagini. Nonostante l'indicazione dell'età adeguata, i libri per immagini sono libri che possono "leggere" tutti, bambini e adulti. Oggi graphic novel, fumetto, silent book hanno sempre più successo tra i giovani e non potevano essere ignorati, così gli editori hanno indicato 42 titoli tra i quali la commissione scientifica ha scelto i tre finalisti.

Ho visto un bellissimo picchio

di Michał Skibiński, illustrato da Ala Brankroft (pseudonimo di Helena Stiasny), tradotto da Silvia Mercurio
Einaudi Ragazzi, 2021, pp. 120, € 13,90

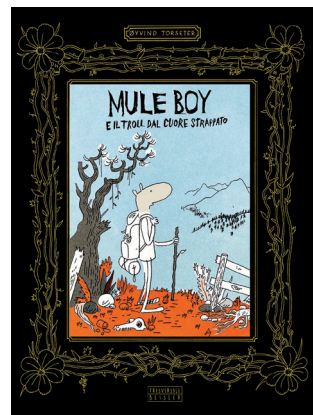
L'autore aveva dieci anni quando, durante l'estate del 1939, aveva come compito delle vacanze quello di scrivere qualcosa ogni giorno. Quel quaderno è diventato un libro e, grazie alle splendide tavole della illustratrice, ritroviamo le parole di Michał che, insieme alle immagini, raccontano con parole scarse, i giorni fino allo scoppio della seconda guerra mondiale. È indicato come libro per bambini di sei anni e introduce il tema della guerra con modalità interessanti per cui anche gli adulti lo apprezzeranno. Come ha raccontato l'autore, lui e l'illustratrice vengono dalla stessa città e questo ha facilitato il lavoro.



Mule Boy e il Troll dal cuore strappato

di Øyvind Torseter, tradotto da A. Tonzig
Beisler, 2021, pp. 112, € 22,80

È un racconto ispirato alle fiabe norvegesi: Mule Boy è un ragazzo e parte alla ricerca dei fratelli scomparsi. Incontra diversi e spaventosi problemi, una principessa che vuole salvare e che, forse, non vuole essere salvata, i fratelli pietrificati da un incantesimo e un Troll che abita la vetta della montagna. Anche in questo caso più delle parole, sono le immagini a raccontare la storia. Torseter, artista e fumettista molto noto, era a Bologna anche con una mostra dei suoi disegni. È indicato come libro per bambini dai nove anni.



Il viaggio

di Peter Van den Ende
Terre di Mezzo, 2021, pp. 96, € 18

È un silent book e già dal titolo si capisce che si tratta di una potente metafora della vita. Non è un libro semplice né immediato, tutto in bianco e nero con sfumature di grigio. L'autore racconta che, quando aveva dieci anni, a scuola trovò un libro di Julius Verne illustrato in bianco e nero. Si è innamorato di quelle immagini che hanno ispirato il suo segno grafico. Gli adulti, aggiunge, dicono che sono immagini paurose per i piccoli ma i bambini non reagiscono allo stesso modo e comunque la vita non è sempre colorata. Vince questa prima edizione del miglior libro per immagini *Il viaggio*. L'autore, a conferma di quello che aveva detto, si dice contento che ai bambini piaccia il suo libro.



Anna Grazia Giulianelli

Felici non basta. Educare bambine e bambini che sognano in grande

di Chiara Borgia
Uppa edizioni, 2022, pp. 240, € 26

La genitorialità è un processo e non un ruolo; non è nemmeno geneticamente predeterminata e si mostra attraverso comportamenti e interazioni con i figli così da esprimere la capacità di prendersi cura di un'altra persona al di fuori di sé stessi. E le cure verso i bambini non si limitano solo a quelle fisiche o materiali, ma contemplano la protezione, il sostegno allo sviluppo, la stimolazione didattica, sociale e linguistica svolte attraverso interazioni sensibili e responsive. Insomma l'essere genitore è lo svolgersi di una funzione che muta in continuazione in base alla variabilità di molteplici fattori. Ecco perché il mestiere di genitore è estremamente complesso e difficilmente racchiudibile in una delimitata cornice. Per fortuna (o grazie all'evoluzione?) la funzione genitoria-

le è sempre stata svolta da papà e mamma in modo spontaneo all'interno di una piccola comunità o della famiglia estesa. Oggi, con la scomparsa di queste reti sociali di prossimità, essere genitore richiede molto più impegno e attenzione. Quindi ben vengano libri intelligenti che affianchino i genitori nel loro processo educativo.

Felici non basta di Chiara Bergia è un testo che offre consigli e riflessioni per orientare il percorso di genitori e educatori con l'obiettivo di aiutare a crescere bambini curiosi e partecipi di quanto li circonda. Il libro si compone di dieci capitoli definiti da un verbo, un modo per sottolineare l'agire concreto dell'autrice. Il testo è inoltre arricchito da preziosi box con suggerimenti o approfondimenti e da proposte,



realizzabili da ogni genitore, segnalate da un hashtag: #daffareinsieme, #almenounavolta, #unabuonaabitudine. A fine capitolo sono segnalati alcuni stimolanti spunti di lettura. Perché un pediatra dovrebbe leggere questo libro? Primo, perché la maggior parte delle richieste dei genitori sono sull'educazione. Secondo, se non diamo noi le risposte giuste dove vanno i genitori a cercarle (rischiando di capitare in siti internet sciagurati)? Terzo, se il genitore riconosce l'utilità dei nostri consigli, avremo un valido alleato nella cura del bambino. Quarto, qui ci sono molti contenuti; infine, non tutti i genitori leggono e noi potremmo farlo per loro. Tra i temi affrontati vi segnalo il capitolo "Meravigliarsi" sulla conoscenza e "Incontrare" dove si discute sullo sviluppo sociale, la teoria della mente, l'amicizia e la diversità. Troverete anche alcune citazioni di libri per bambini come questa, tratta da *Quando sono nato* di I. Minhós Martins e M. Matoso: "Quando sono nato, non immaginavo ci fosse un cielo, e che il cielo cambia colore, e che le nuvole sono così belle. Quando sono nato, era tutto nuovo": da ululato.

Costantino Panza

34° CONGRESSO NAZIONALE ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

COLLEGA-MENTI ATTRAVERSO, DURANTE E OLTRE LA PANDEMIA DA SARS-CoV-2

GIOVEDÌ 20 OTTOBRE

14.00-14.15 • Apertura congresso e saluto ai partecipanti
 14.15-14.45 • Sandro Spinsanti, *Lectio magistralis: una diversa fiducia*

Sessione: attraversando il Covid...
Modera: Daniele De Brasi

14.45-15.00 • Alfredo Guarino, *Epidemiologia del Covid-19 pediatrico: dall'inizio della pandemia a oggi*

Sul territorio

15.00-15.15 • Giacomo Toffol, *La storia naturale del Covid-19 nel setting delle cure primarie pediatriche in Italia*

In ospedale

15.15-15.45 • Giulia Gortani, *La dimensione clinica e terapeutica del Long Covid nei bambini*

15.45-16.00 • *Discussione*

16.00-16.10 • Germana Nardini, *Le sindromi infiammatorie Covid correlate: il caso clinico*

16.10-16.30 • Francesca Orlando, *Le sindromi infiammatorie Covid correlate: clinica e terapia*

16.30-16.45 • *Discussione*

16.45-17.00 • *Pausa caffè*

Sessione diseguglianze: migrazione del bambino dal Sud al Nord
Modera: Maurizio Bonati

17.00-17.30 • Dante Baronciani, *A che punto siamo? leggiamo i dati...*

17.30-17.45 • Giuseppe Magazzù, *Ricadute nella pratica*

17.45-18.00 • Momcilo Jancovich, *Io mi curo al Sud*

18.00-18.20 • Assunta Tornesello, *L'esperienza leccese*

18.20-18.40 • Lucia Grazie Tricarico, *Cosa mi porto a casa*

18.40-19.00 • *Discussione*

VENERDÌ 21 OTTOBRE

Sessione: adolescenza
Modera: Franco Mazzini

09.00-09.20 • Cristina Vezzani, *Malattie sessualmente trasmesse: prevenzione, diagnosi e terapia*

09.20-09.30 • Claudia Schiavo, *Lue congenita: una malattia ancora attuale*

09.30-09.45 • Maria Corvese, *Eremiti sociali: storie di ragazzi e ragazze che non escono di casa*

09.45-10.05 • Maurizio Mascarini, *Come comunicare con gli adolescenti in situazioni di complessità*

10.05-10.20 • Moreno Crotti, *"Cosa è meglio per loro" - prima parte*

10.20-10.30 • *Discussione*

10.30-10.45 • *Pausa caffè*

Sessione: maltrattamento e violenza assistita, il bambino trascurato...
Modera: Antonella Brunelli

10.45-11.00 • Gloria Soavi, *Epidemiologia del fenomeno*

11.00-11.30 • Paola Facchin, *Casi clinici didattici*

11.30-11.45 • *Discussione*

Sessione: l'epidemia psichiatrica nella pandemia
Modera: Rita Marchese Ragona

11.45-12.00 • Laura Reali, *Position paper sull'emergenza psichiatrica in pandemia*

12.00-12.15 • Maria Luisa Scattoni, *I dati del gruppo di studio ISS*

12.15-12.30 • Angela Giusti, *Il Nurturing Care Framework: la formazione*

12.30-12.40 • Giovanni Saia, *Cosa mi porto a casa*

12.40-13.00 • *Discussione*

13.00-14.00 • *Pausa pranzo*

Sessione: la FAD di Quaderni acp compie 10 anni
Modera: Maria Francesca Siracusanò

14.00-14.15 • Michele Gangemi, *La FAD si rinnova*

14.15-14.35 • Martina Fornaro, *Polipi del tratto digestivo*

14.35-14.55 • Desire Caselli, *Uso appropriato degli antibiotici*

14.55-15.15 • *Discussione*

15.15-18.00 • *Assemblea*

SABATO 22 OTTOBRE

Lavori in corso/esperienze ACP
Modera: Laura Reali

09.00-09.15 • Antonio Clavenna, Mario Negri, *Nascita*

09.15-09.30 • Massimo Molteni, *"La nostra famiglia", Bosisio Parini, Real 2.0*

09.30-09.45 • Valeria Balbinot (CSB), *Cepell*

09.45-10.00 • Michele Gangemi, *Piper*

10.00-10.15 • Angela Pasinato, Annamaria Sapuppo, *Contaminazione ambientale da farmaci*

10.15-10.45 • *Discussione*

10.45-11.00 • *Pausa caffè*

Sessione: la presidente ACP, la Presidente SIP e il presidente FIMP dialogano con...
Modera: Federica Zanetto

11.00-11.15 • Giorgio Tamburlini, *"Senza confini": quali ricadute*

11.15-11.45 • Paolo Siani, *Mozione infanzia e pnrr*

11.45-12.30 • *Discussione*

12.30-12.45 • *Arrivederci a...*

12.45-13.00 • *Valutazione ECM*

Lettere

Device per l'individuazione precoce dei disturbi dello sviluppo

Caro Direttore,
 al link <https://www.disabilitycoop.com/2022/06/17/fda-approves-device-to-help-identify-autism-earlier/29906/> leggiamo una news relativa alla approvazione da parte della FDA di un device per medici e principalmente genitori per una precoce individuazione di sospetto disturbo pervasivo dello sviluppo. Il device utilizza una tecnologia che analizza il comportamento visivo nella sua componente normalmente impercettibile all'occhio umano e coinvolta nello sviluppo delle interazioni sociali significative da parte del bambino. Mi chiedo se può essere argomento di riflessione in ACP con i nostri esperti di riferimento – penso a Massimo Molteni – perché a livello internazionale se ne sta parlando molto e anche da noi si comincia un po' a ragionare con logiche simili. Per ora forse il SSN ci protegge ancora, e speriamo sia sempre così.

Stefania Manetti
 presidente ACP

È un modello di individuazione precoce che è stato messo a punto dopo molti anni di ricerca da un gruppo di ricercatori nordamericani molto noti e coinvolti soprattutto nella analisi della modalità di percezione visiva dei bambini ASD (avevano presentati i dati preliminari a un convegno circa 3 anni fa). Peraltro non dobbiamo mai dimenticare la logica organizzativa nordamericana molto diversa dalla nostra: per esempio, hanno "brevettato" un pacchetto diagnostico che è fatto da questionari on line + video dei bambini analizzati in remoto + eyetracking per arrivare alla diagnosi e da lì mettere in condizione la famiglia di scegliere rapidamente l'intervento abilitativo necessario.

Questo "pacchetto" non è ovviamente utilizzato da tutti, ma è un'offerta che può essere messa nel portafoglio diagnostico dei professionisti che vogliono investire in questa attività, e che poi ha una tariffa coperta dal sistema assicurativo.

L'eyetracking approvato va in questa direzione: tutta la sanità nordamericana tende a comprimere e tecnologizzare la parte diagnostica per attivare il prima possibile gli interventi di cura, intesi come "prestazioni" o pacchetti di prestazioni, in una logica coerentemente assicurativa, che la famiglia può acquistare o avere a disposizione se coperta dal sistema assicurativo pubblico: il loro modello non dà importanza alla "relazione di cura" medico-paziente, ma alla capacità di offrire prodotti per la cura che poi il paziente utilizza sostanzialmente a sua discrezione per la sua salute e i contenziosi medico-legali e assicurativi nascono dal fatto che il professionista è chiamato a rispondere della sua specifica abilità e competenza negli atti che compie: è un classico rapporto venditore/cliente, che è penetrato anche nella logica italiana un po' a macchia di leopardo.

Sono approcci antropologicamente molto diversi da quelli italiani: peccato che molti professionisti nostrani non se ne accorgono (o fingono di non accorgersi) sperando di avere una "relazione di cura" (che non è mai un rapporto venditore/cliente) all'interno di una logica assicurativa pubblica. Il guaio è che non se ne accorge nemmeno il programmatore nazionale che costruisce paradigmi di narrazione normativa sulla "rete curante" e sulla "relazione di cura" e poi la organizza concreta-

mente secondo le logiche assicurative a socio unico (lo Stato), che dispone delle tariffe senza alcuna concorrenza e inchioda poi i "liberi professionisti" in percorsi vincolati, all'interno di una narrazione di libertà di cura e di scelta... Non è un caso che la nostra sanità è a rischio tracollo, non principalmente per problemi economici...

Ho fatto chiedere all'azienda che produce questo eyetracking il costo del loro device – immagino tutt'altro che banale – appena ci risponde lo condivido con voi.

In una logica universale italiana questo genere di manovre possono essere ipotizzate solo comprimendo ancora di più il compenso ai professionisti eventualmente coinvolti, con il risultato di avere comunque un'esplosione di costi legati all'implementazione tecnologica e una contrazione dei compensi ai professionisti che lo usano... con naturale loro grande... soddisfazione.

Massimo Molteni
 Area Psicopatologia dello Sviluppo,
 IRCCS E. Medea, Bosisio Parini (LC)

RESPONSABILE SCIENTIFICO:

MICHELE GANGEMI

Direttore della rivista "Quaderni ACP".



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

X EDIZIONE

MODULO 1: I polipi del tratto digestivo

Martina Fornaro, Enrico Valletta

Accreditato per: Medici Pediatri e Pediatri di libera scelta.

Medici di medicina generale e di continuità assistenziale.

MODULO 2: Il bambino al Centro. La "rete curante" per il benessere del neurosviluppo: telemedicina - diagnosi precoce - interventi abilitativi"

Massimo Molteni, Paola Colombo, Silvia Busti, Noemi Buo

Accreditato per: Medici Pediatri e Pediatri di libera scelta. Medici di medicina generale e di continuità assistenziale, Neuropsichiatri infantili, Psicologi e assistenti sociali.

MODULO 3: Uso appropriato degli antibiotici e stewardship in pediatria

Melodie O. Aricò, Emanuela Birocchi, Desiree Caselli

Accreditato per: Medici Pediatri e Pediatri di libera scelta.

Medici di medicina generale e di continuità assistenziale.

Fad Asincrona



WWW.MOTUSANIMIFAD.COM

N. PARTECIPANTI: 500
CREDITI ECM MODULO 1: 5 ECM
CREDITI ECM MODULO 2 E 3: IN FASE DI ACCREDITAMENTO
CATEGORIE ACCREDITATE: CONTINUITÀ ASSISTENZIALE;
MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA);
PEDIATRIA: PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA).

Quote di iscrizione SOCI

€ 25 per singoli moduli

€ 60 per intero corso

Quote di iscrizione NON SOCI

€ 30 per singoli moduli

€ 80 per intero corso

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

IBAN: IT15T0101517216000035017181

Banca: Banco di Sardegna

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

Causale: QUADERNI ACP + NOME E COGNOME

Inviare distinta di bonifico a: segreteria@acp.it

MOTUS ANIMI

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER ECM

VIA S. TRINCHESE, 95/A - LECCE

TEL 0832/521300 - CELL 393/9774942

info@motusanimi.com

Editorial

- 193 Almost a year later...
Stefania Manetti
- 195 Carla: a special person
The Executive Board of ACP Umbria

Info parents

- 196 Games and activities 3-6 months
Edited by Antonella Brunelli, Stefania Manetti,
Costantino Panza

A window on the world

- 197 When "less" is enough: short antibiotic
therapy
Melodie O. Aricò

Know-how in the emergency ward

- 200 Approach to the child with hyperCKemia
and rhabdomyolysis in the Pediatric
Emergency Department
Melodie O. Aricò, Paola Belleri, Elena Cattazzo,
Lucia Del Vecchio, Mauro Guariento, Giuseppe
Pagano, Giovanna La Fauci

Learning from a case

- 206 Parental fragility and harm to the
children: a case of abusive head trauma
Sofia Chiaraluce, Lucia Colasanto, Floriana
Ferrari
- 208 The ingestion of a "Button Battery": when
appearances can be deceiving
Giuseppe Paviglianiti, Serena Mirea Piacenti,
Maria Antonietta Catania, Angelo Spataro

Practical endocrinology

- 211 A too thin child
Brunetto Boscherini, Salvatore Scommegna,
Daniela Galeazzi

Appraisals

- 214 Pyomyositis: not only tropics, not only
trauma
Carmela GL Raffaele, Alice Falcioni,
Enrico Valletta
- 217 Parental alienation: a scientific concept?
And how does it impact on the protection
of children involved in situations of
domestic violence?
Maria Grazia Apollonio

Keep an eye on skin

- 220 An overview
Francesca Caroppo, Anna Belloni Fortina

Focus

- 222 Specific learning disorders: what role can
the pediatrician have?
Aurora Vecchini, Michele Capurso

Family trajectories and horizons

- 227 The narration of the origins in medically
assisted procreation with the donation
of gametes
Margherita Riccio

Personal accounts

- 230 Breastfeeding support in the first days
of life: the "traffic light" tool
Andrea Guala, Giuse Ballardini, Nicolino
Grasso, Raffaella Visentin, Laura Maffina,
Enrico Finale, Luigina Boscardini,
Michelangelo Barbaglia

Around narration

- 234 The pediatrician and the sons and
daughters of parents who separate
Patrizia Seppia, Giuseppina di Cosmo

237 Movies

238 Books

240 Letters

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2022 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.