

1994-2023: trent'anni di Quaderni acp

quaderniacp

RIVISTA BIMESTRALE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI



Editoriale

- 1 Trent'anni: facciamo "Il Punto"
Michele Gangemi

Infogenitori

- 2 Giochi e attività 9-12 mesi
Rubrica a cura di Antonella Brunelli,
Stefania Manetti, Costantino Panza

Osservatorio internazionale

- 3 Schistosomiasi e strongiloidosi:
perché e quando?
Melodie O. Aricò, Enrico Valletta

Salute mentale

- 7 Autismo, un ABC per il pediatra
Giovanna Gambino, Angelo Spataro
- 9 La psicotraumatologia in Psicologia
pediatrica: duplicità o integrazione
del trauma nelle emergenze pediatriche?
Un inquadramento teorico operativo
Giovanna Perricone, Antonio Carollo,
Concetta Polizzi

Saper fare in pronto soccorso

- 15 Il bambino con atassia acuta
Elena Cattazzo, Francesco Accomando,
Melodie O. Aricò, Giuseppe Pagano,
Giovanna La Fauci

Il punto su

- 22 Bambini, schermi e benessere.
Indicazioni dalla ricerca, motivazioni dei
genitori e ruolo del pediatra di famiglia
Marco Grollo, Sonia Zanon, Chiara Oretti,
Alice Di Leva, Tiziano Gerosa
- 26 La mastite neonatale
Francesco Accomando, Melodie O. Aricò,
Enrico Valletta

Occhio alla pelle

- 29 Una vescicola non fa varicella
Elisa Milan, Maria Ludovica Deotto,
Francesca Caroppo, Anna Belloni Fortina

Educazione in medicina

- 31 Metodologia formativa nella Scuola
di Medicina di Milano Bicocca. Ruolo
e obiettivi del docente/tutor
Gabriella Tornotti
Intervista a cura di Federica Zanetto

Esperienze

- 34 Il reparto pediatrico e la sfida dei disturbi
del comportamento alimentare
Marco Pandolfi, Laura Giordano, Marta Bonetti,
Gianfranca Martella, Cinzia Damato,
Angela Pavesi, Luca Bernardo

Narrative e dintorni

- 37 L'arcobaleno e dentro di lui la vita
e le emozioni
Momcilo Jankovic

Vaccinacipi

- 39 Eradicazione della poliomielite, un
traguardo raggiungibile?
Massimo Farneti

Info

- 41 Occhio alla Polio: un allarme dagli USA
43 Dati Istat sulla pratica dell'attività sportiva

Film

- 44 Maternità nei *Figli degli altri*

Libri

- 45 Bessel van der Kolk, *Il corpo accusa
il colpo*
45 Eric-Emmanuel Schmitt, *Paradisi perduti*
46 Byung-Chul Han, *Le non cose*
46 Jonathan Coe, *Bournville*

Congressi in controluce

- 47 È stato un bel congresso...
Stefania Manetti
- 48 Le tante facce della violenza.
Webinar ACP 19 novembre 2022
Antonella Brunelli

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

Melodie O. Aricò, 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

Fabio Capello, Rosario Cavallo, Francesco Ciotti, Antonio Clavenna, Massimo Farneti, 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

IN COPERTINA: Mirco Marchelli, *Tante belle cose* (2022), tempera e cera su tela, 48x59 cm, foto di Enrico Minasso (courtesy MARCOROSSO artecontemporanea, Verona)



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.

Trent'anni: facciamo "Il Punto"

Michele Gangemi
Direttore "Quaderni acp"

"Quaderni acp" compie trent'anni e prosegue il suo cammino con il necessario rinnovamento guardando ai giovani pediatri e a nuove collaborazioni. Questi due punti meritano di essere approfonditi per permettere al lettore di comprendere a fondo la linea redazionale.

La rivista, sempre più dedicata alla salute del bambino e non ristretta all'approccio strettamente pediatrico, ha come suoi riferimenti le quattro priorità dell'Associazione Culturale Pediatri (nostro editore che ringrazio per il sostegno e la fiducia) e il loro approccio multidisciplinare. Disuguaglianze nella salute dei bambini e degli adolescenti, Salute mentale nei bambini e negli adolescenti, Ambiente e salute nei bambini e negli adolescenti, Sostegno alla genitorialità non possono essere approfondite senza la ricerca di interlocutori portatori di diversi saperi.

"Quaderni acp" ha sempre dato molto spazio a queste tematiche sia in apposite rubriche (I primi mille; Salute mentale; Ambiente e salute infantile nelle Pagine elettroniche), sia con contributi di autori esterni all'ACP. Le nuove rubriche, sia nella versione cartacea della rivista che nelle sue Pagine elettroniche, vanno in questa direzione senza mai perdere d'occhio la clinica, a garanzia di un equilibrio che renda "Quaderni acp" di interesse anche per i pediatri più giovani. La rivista è oggetto di attenzione anche tra i non soci ACP, come documentato dal numero di download.

Inizieremo quest'anno un percorso gestito proprio da giovani colleghi e di cui daremo ampia documentazione in un apposito editoriale nel prossimo numero. Sottolineiamo l'importanza di questa scelta anche nell'ottica del ricambio generazionale in corso nell'Associazione.

Il titolo di questo editoriale rimanda al nuovo percorso di collaborazione con "Il punto.it". L'editoriale di Guido Giustetto (<https://ilpunto.it/il-nostro-nuovo-progetto-editoriale-ilpunto-it/>) ci aiuta a comprendere il progetto intrapreso dal presidente dell'Ordine dei Medici di Torino con la preziosa collaborazione del Pensiero Scientifico Editore: "Il progetto che sta alla base ha l'intenzione di raccogliere e rappresentare, con un taglio interdisciplinare e dialettico, una documentazione originale che aiuti il lettore a muoversi con consapevolezza e autorevolezza tra le molte questioni, non solo di tipo strettamente clinico, che la nostra attività di medici implica: l'etica e la deontologia, la politica sanitaria, i problemi della ricerca, il rapporto tra le professioni, la relazione di cura, la comunicazione di cura, la responsabilità professionale...". È dunque un progetto sicuramente ambizioso, ma in linea con "Quaderni acp" che, nell'ambito della salute materno-infantile, ha affrontato e declinato molte tematiche enunciate da Giustetto. Dal confronto tra le redazioni potranno nascere contributi che avranno spazio su entrambe le riviste. Pensiamo all'etica e alla deontologia che ci trovano allineati nell'affrontare il tema del conflitto di interessi in tutte le sue diverse sfaccettature. Ambiente e salute è un altro ambito che ci accomuna, così come l'attenzione alle disuguaglianze e agli interventi precoci che possono influenzare positivamente le traiettorie dei bambini meno fortunati non solo dal punto

di vista economico. Il tema della comunicazione/relazione (v. numero di "Il punto.it" dedicato all'empatia) può essere sviluppato con un focus sul contesto dell'età evolutiva: il bambino come interlocutore indiretto che via via trova spazio sempre maggiore con la sua crescita. Questi sono i temi principali che vorremmo affrontare insieme; altri potranno essere individuati e approfonditi grazie anche all'apporto attivo della comunità dei lettori.

Prosegue la formazione a distanza di "Quaderni acp" che ha raggiunto l'undicesima edizione e, anche quest'anno, sarà ospitata nei numeri pari della rivista con un ampio dossier. Per gli iscritti proseguirà con modalità interattiva sulla piattaforma del provider Motus Animi che ringraziamo per la disponibilità e professionalità. I costi della FAD rimarranno invariati, con la possibilità di iscriversi al pacchetto intero o al singolo modulo.

Dallo scorso anno le videointerviste agli autori e i casi didattici FAD, sviluppati da Laura Reali, hanno permesso un ulteriore salto nell'interazione con i partecipanti sempre numerosi. Nel 2022 complessivamente sono stati attribuiti venti crediti ECM di qualità e senza il ricorso a sponsor. Anche per l'edizione 2023 saranno individuati tre temi di interesse sia per l'ambito ospedaliero che territoriale. Vi invitiamo a iscrivervi per poter proseguire nel nostro percorso editoriale.

Per celebrare i trent'anni della rivista abbiamo chiesto una collaborazione a Mirco Marchelli (artista a tutto tondo dalla pittura alla musica) per poter usufruire gratuitamente delle fotografie delle sue opere, che saranno scelte dalla redazione in accordo col grafico. L'artista vive e lavora a Ovada in provincia di Alessandria e ha fatto parte dei musicisti che hanno accompagnato Paolo Conte nelle sue tournée alla tromba. Un ringraziamento va anche alla galleria Marcorossi di arte contemporanea e all'amico Francesco Sandroni che ha reso possibile questa collaborazione. Lo scorso anno "Quaderni acp" ha cambiato look e rinnovato la grafica oltre alla stampa su carta riciclata di alta qualità, coerentemente agli impegni dell'associazione e nella continua ricerca di coniugare la qualità dei contenuti con l'attenzione alla forma.

Un grande ringraziamento va al professor Biasini per aver permesso la crescita di una redazione che ha fatto del confronto continuo il suo metodo di lavoro. Non possiamo non ricordare Lori Olivieri e Giovanna Benzi che con i loro giusti rimproveri hanno permesso quella cura del particolare che continuiamo a perseguire (pur non sempre riuscendoci).

Ricordiamo i cari amici e compagni di viaggio Carlo Corchia e Peppe Cirillo per il loro sguardo critico necessario per la crescita di tutta la redazione e della rivista.

Ringraziamo inoltre la nostra filiera con Oltrepagina (Alessandra e Andrea) e Cierre grafica (Glaucio per tutti). È grazie a questa attenzione artigianale che riusciamo a contenere i costi senza sacrificare la qualità di contenuto e forma. Un ringraziamento particolare va a entrambe le redazioni e a Gianni Piras per il suo apporto indispensabile e la sua dedizione.

Attendiamo come sempre il riscontro dei lettori per continuare a crescere anche attraverso i loro consigli e le loro proposte. ■

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

GIOCHI E ATTIVITÀ 9-12 MESI

40 SETTIMANA

41 SETTIMANA

42 SETTIMANA

43 SETTIMANA

44 SETTIMANA

45 SETTIMANA

46 SETTIMANA

47 SETTIMANA

48 SETTIMANA

49 SETTIMANA

50 SETTIMANA

51 SETTIMANA

52 SETTIMANA



Proseguire con la routine quotidiana; creare un rituale per la nanna: al momento della nanna ripeti ogni sera gli stessi gesti in modo che il tuo bimbo possa riconoscerli e tranquillizzarsi



A tavola tutti insieme: mangiare da solo con le mani il cibo della tavola a pezzetti. Imparare a bere dal bicchiere. Iniziare ad usare il cucchiaino



Strisciare, gattonare o spostarsi sul sedere; passare da soli da una posizione all'altra; mettersi in piedi, imparare a cadere; per alcuni bimbi primi passi da fare senza scarpe. Mettetelo per terra e assicuratevi che non ci siano pericoli intorno

Librini illustrati letti dall'adulto e animati con suoni e gesti con il bambino; sfogliare insieme giornali e riviste presenti in casa per osservare lettere, numeri, colori. Cantare insieme, sentire/fare musica



Prendi una **PALLA** che piace al tuo bambino e falla rotolare avanti e indietro, poi alla sua destra e alla sua sinistra, digli: "Guarda la palla, vai a prenderla!" Sorridi e digli che è bravo se cerca di raggiungerla

GIOCO DEL TRAVASO. riempi uno scatolone o un cassetto di oggetti e stimola il tuo bimbo a svuotarlo e riempirlo; mentre estrae gli oggetti nominali e descrivili: ad es. questo è un cucchiaino, è di metallo e serve per mangiare la pappa; questo è un tovagliolo è bianco, spugnoso e serve per pulire la bocca



BOTTIGLIE SONORE E LUCCIGANTI
Prendi delle bottigliette di plastica da 500 ml, toglie l'etichetta e riempi ciascuna con materiale diverso per dimensioni, forma, colore: pasta, riso, ceci, coriandoli, acqua colorata, brillantini. Sigilla per bene il tappo con della colla tipo vinavil, poi dalle al tuo bambino per giocare: potrete usarle come percussioni oppure passare del tempo a osservare il contenuto della bottiglia che si rovescia da una parte all'altra nel girarla. Descrivigli al tuo bambino quello che succede; potrete anche usarle come birilli da far cadere con la palla. Può essere un'idea per realizzare un regalo per il primo compleanno!



Schistosomiasi e strongiloidosi: perché e quando?

Melodie O. Aricò, Enrico Valletta

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

Schistosomiasi e strongiloidosi sono parassitosi intestinali per le quali è indicato eseguire la ricerca in popolazioni a rischio (migranti e viaggiatori in aree endemiche) perché possono dare infezioni a/paucisintomatiche, tendono a cronicizzare e possono evolvere in quadri clinici gravi con danni a lungo termine o elevata mortalità. La classica ricerca diretta del parassita su feci e/o urine ha una bassa sensibilità per cui è elevato il rischio di falsi negativi. La disponibilità di esami sierologici affidabili permette, soprattutto in aree a bassa endemia, di incrementare le possibilità di diagnosi, riducendo così il rischio di esiti sfavorevoli a distanza.

Schistosomiasis and strongyloidosis are intestinal parasitosis for which research in populations at risk (migrants, travelers to endemic areas) is suggested because they can give a/paucisymptomatic infections, tend to become chronic and can evolve to serious clinical pictures with long-term damage or high mortality. The classic direct search for the parasite on faeces and/or urine has a low sensitivity and the risk of false negatives is high. The availability of reliable serological tests allows, especially in areas with low endemia, to increase the possibilities of diagnosis, thus reducing the risk of unfavorable outcomes.

A seguito di una comunicazione aziendale che informava circa la prossima disponibilità in laboratorio della sierologia per *Schistosoma spp.* e *Strongyloides stercoralis* abbiamo deciso di capire meglio quando e in chi fosse indicato ricercare questi parassiti. I perduranti flussi migratori di diversa provenienza, verso e all'interno dell'Europa, hanno indotto le autorità sanitarie (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC), a stilare un documento che indica le indagini più opportune per lo screening infettivologico dei soggetti in ingresso [1]. Le parassitosi emergono come una delle più comuni infezioni tra i rifugiati. Schistosomiasi e strongiloidosi si osservano con particolare frequenza tra chi proviene dal Sudest asiatico e dall'Africa subsahariana. Molte parassi-

tosì intestinali vanno incontro a risoluzione spontanea; la strongiloidosi e la schistosomiasi costituiscono un'eccezione perché possono dare infezioni a/paucisintomatiche, tendono alla cronicizzazione e possono evolvere in quadri clinici gravi con danni a lungo termine o elevata mortalità [2]. Per questi motivi rientrano nel programma di sorveglianza "Control of Neglected Tropical Diseases" del WHO e devono essere incluse nello screening delle popolazioni a rischio [3].

Strongiloidosi

Lo *Strongyloides stercoralis* (*S. stercoralis*) è un nematode che determina una parassitosi cronica. Si acquisisce per contatto diretto di cute integra con terreno contaminato da feci infette, tipicamente attraverso i piedi.

Epidemiologia

Si stima che nel mondo circa 370 milioni di persone siano infette [4]. È altamente diffuso nelle regioni tropicali e subtropicali, pur potendosi trovare anche in zone a clima temperato come l'Italia [Figura 1]. La sua diffusione è strettamente correlata alle condizioni igienico-ambientali: uno studio cambogiano sulla prevalenza in età pediatrica ha indicato come importanti l'esistenza di servizi igienici adeguati (toilette vs. latrine) e l'uso o meno delle scarpe [5].

In generale, quindi, le precarie condizioni igieniche o i lavori che prevedano contatto diretto con il terreno, come quelli agricoli, incrementano il rischio di contrarre l'infezione [6].

La persistenza di infestazioni anche prolungate nell'arco della vita, e che possono dare scarsi segni di sé, rende conto della difficoltà di stimare la prevalenza della strongiloidosi nel mondo. I casi autoctoni italiani riguardano per lo più pazienti anziani che hanno contratto l'infezione in gioventù, se non addirittura durante l'infanzia, in aree caldo-umide come la Pianura Padana dove erano diffuse le risaie [7].

Ciclo vitale

Il ciclo vitale di questo elminto è molto complesso: dopo la penetrazione tissutale attraverso la cute integra, le larve infestanti filariformi entrano nel circolo venoso e migrano a level-

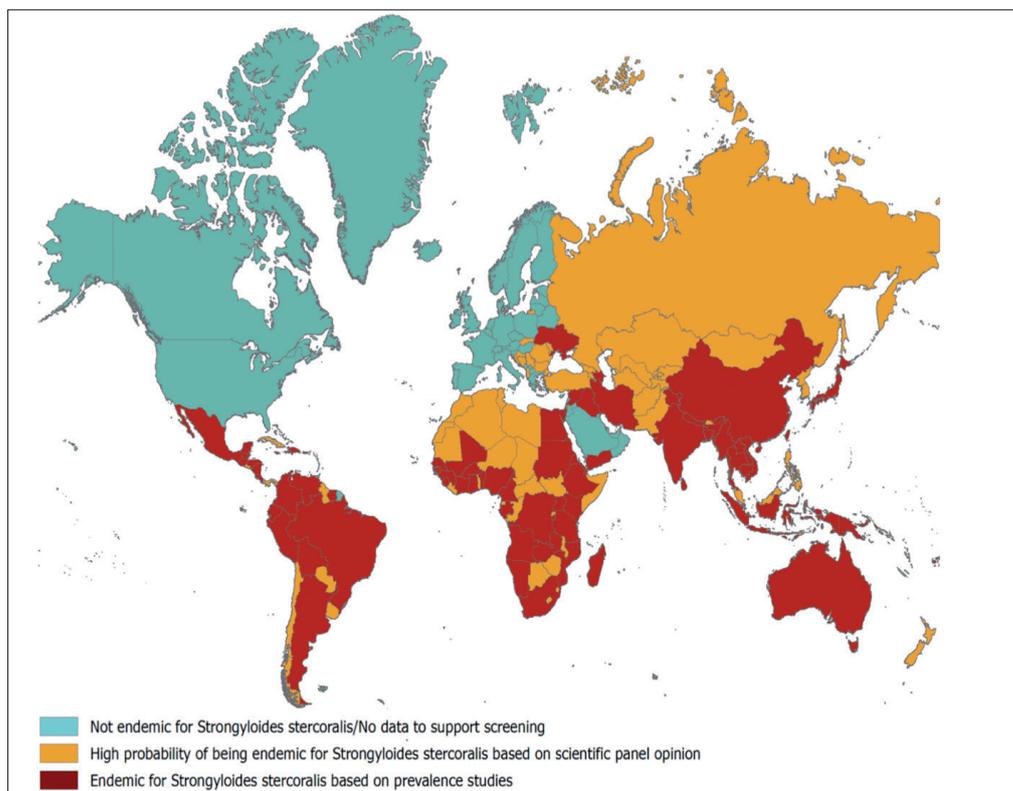


Figura 1. Diffusione di *Strongyloides stercoralis* nel mondo [1].

lo del cuore destro, dell'apparato respiratorio e infine del duodeno, dove maturano in femmine adulte che si riproducono per partenogenesi. A questo punto la femmina depone le uova che, nel lume intestinale, si trasformano in larve rabaditoidi che possono essere eliminate con le feci, andando quindi a contaminare il terreno, oppure si trasformano nella forma filariforme infestante, che ha la capacità di penetrare la mucosa intestinale o la cute perianale, dando avvio al cosiddetto "ciclo endogeno di autoinfestazione". Il ripetersi di questi cicli, caratteristica specifica del parassita, è il motivo per cui l'infestazione non trattata può durare tutta la vita dell'ospite dando segno di sé anche a decenni dall'originaria infezione.

Manifestazioni cliniche

Il quadro clinico della strongiloidosi è differente nella forma acuta rispetto alla forma cronica.

Infezione acuta:

- può essere presente irritazione cutanea immediata nel sito di infezione. Dopo circa una settimana insorge tosse stizzosa. A tre settimane, in concomitanza con la colonizzazione intestinale si manifestano i sintomi gastrointestinali (diarrea, stipsi, dolore addominale e iporessia). A 4 settimane ha inizio il ciclo di autoinfezione.

Infezione cronica-ricorrente:

- può rimanere asintomatica, associata a ipereosinofilia isolata;
- sintomi gastrointestinali: dolore periombelicale o epigastri-co, generalmente lieve, diarrea, stipsi, vomito intermittente e borborigmi;
- sintomi cutanei: *larva currens* (lesioni rilevate, rosa, pruriginose, evanescenti lungo la parte inferiore del tronco, cosce e glutei date dalla migrazione delle larve nel sottocute), prurito, orticaria, angioedema;
- sintomi respiratori: tosse secca, dispnea e broncospasmo; in particolare forme asmatiche che peggiorano in terapia steroidea.

Forme gravi:

- sindrome da iperinfestazione: autoinfestazione accelerata. Segni e sintomi clinici dovuti a un aumento della carica infestante negli organi normalmente coinvolti nel ciclo di autoinfezione (gastrointestinali, polmoni e cute). Quindi, a livello intestinale, diarrea acquosa fino a forme di enteropatia proteino-disperdente, stipsi fino a occlusione intestinale; mentre a livello respiratorio quadri di broncospasmo ricorrente;
- strongiloidosi disseminata: sindrome da iperinfestazione con diffusione delle larve in organi e tessuti non normalmente coinvolti nel ciclo di autoinfestazione con evoluzione molto rapida in insufficienza multiorgano, con alta mortalità [8].

Le forme gravi si presentano quasi esclusivamente in condizioni di immunodeficit, sia esso congenito o acquisito (terapie immunosoppressive, neoplasie, infezioni da HIV e HTLV1); in contesti a possibile rischio di infestazione è indicato considerare la ricerca in pazienti che debbano essere sottoposti a terapia immunosoppressiva.

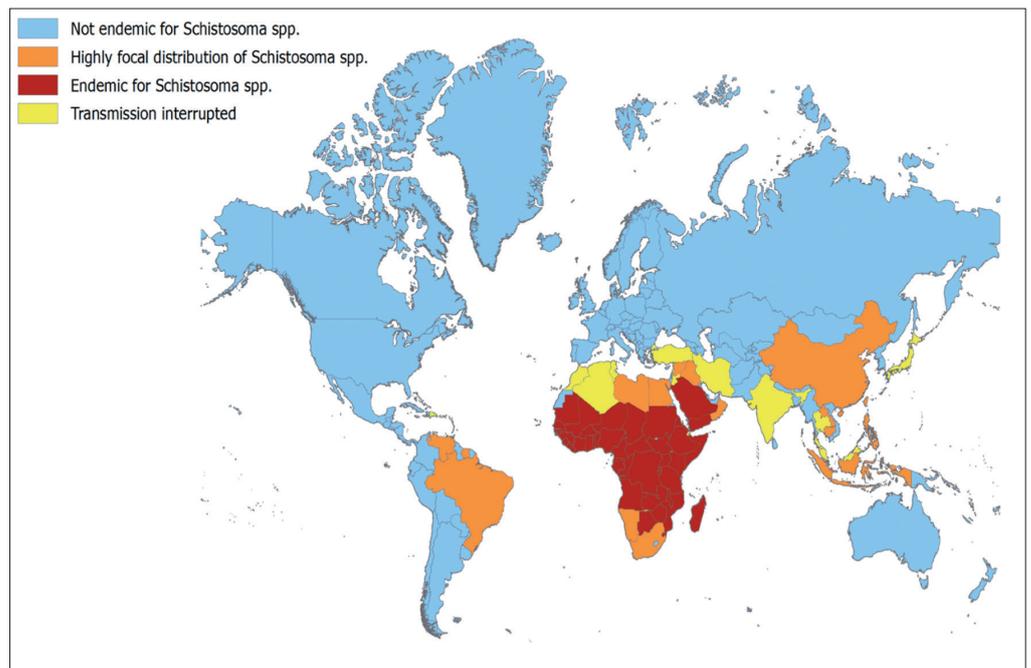


Figura 2. Distribuzione dello *Schistosoma* spp. nel mondo [1].

Schistosomiasi

La schistosomiasi è un'infezione data da trematodi con tropismo ematico, del genere *Schistosoma* di cui si conoscono 5 specie: *S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. intercalatum*, *S. mekongi*, *S. haematobium*.

Epidemiologia

Il WHO ha stimato che nel 2019 circa 236 milioni di persone avrebbero avuto bisogno di un trattamento per schistosomiasi. Questa infezione è documentata in 78 Paesi, tra questi circa 51 sono a moderato o alto tasso di trasmissione [Figura 2] [9]. Colpisce prevalentemente le popolazioni più povere e le comunità rurali (agricole e ittiche). La forma genitale femminile è ancora molto frequente nelle aree del mondo dove viene fatto il bucato in acque contaminate (es. fiumi).

Da considerare inoltre la diffusione del cosiddetto "eco-turismo" con viaggiatori che si recano in aree non usuali, con conseguente maggior rischio di esposizione ad ambienti contaminati.

Ciclo vitale

Il ciclo vitale dello schistosoma prevede una fase di riproduzione per partenogenesi, che ha come ospiti alcuni molluschi detti "lumache d'acqua dolce". Dopo la replicazione esponenziale le larve vengono rilasciate nell'acqua in forma di cercarie, in grado di penetrare la cute sana dell'uomo. Entrate nell'organismo si trasformano in schistosomuli che, in seguito a maturazione, migrano verso i vasi venosi differenti in base alla specie: mesenterici (*S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. intercalatum*, *S. mekongi*) o vasi perivescicali (*S. haematobium*). Nel circolo venoso completano il ciclo sessuato, con successiva produzione di uova che vengono poi rilasciate, tramite feci e urine dell'ospite, nell'ambiente.

Manifestazioni cliniche

Le manifestazioni cliniche sono date dalla reazione dell'organismo alla presenza delle uova nei vari distretti in cui vengono deposte.

Infezione acuta:

- circa 2 o 3 giorni dopo la penetrazione cutanea del trematode si può avere un quadro di dermatite nel punto di ingresso con prurito e rash maculopapulare, a risoluzione spontanea;
- Dopo circa 4-8 settimane dall'infezione si può avere la schistosomiasi acuta o febbre di Katayama, quadro dato da rea-

zione immunomediata alla presenza delle uova, che si manifesta con febbre, malessere, linfadenopatia generalizzata ed epatosplenomegalia, generalmente ad andamento benigno. In questa condizione è spesso presente ipereosinofilia periferica. È la forma clinica più frequente in chi viaggia in aree endemiche.

Infezione cronica:

- si manifesta diversamente in base alla specie di schistosoma coinvolto:
 - forma intestinale: dolore colico addominale, diarrea ematica, anemia, epatosplenomegalia, ipertensione portale e ascite;
 - forma urogenitale: ematuria, fibrosi vescicale e ureterale fino a insufficienza renale. Nelle forme tardive è possibile, inoltre, l'insorgenza di tumore vescicale. Il coinvolgimento genitale può essere presente sia nell'uomo, portando anche all'infertilità, sia nella donna con noduli vulvari, sanguinamenti vaginali, dispareunia.

In età pediatrica l'infezione cronica può determinare anemia, ritardo di crescita e difficoltà di apprendimento che generalmente regrediscono con il trattamento dell'infezione [9].

La mortalità da schistosomiasi è stimata in 200.000 morti/anno, anche se il dato reale è difficile da quantificare, considerato che alcune manifestazioni (insufficienza epatica e renale, tumore della vescica, gravidanze ectopiche, mieloradicolopatia) non sempre possono essere ricondotte all'infezione.

Diagnosi

Le metodiche tradizionali di ricerca microscopica diretta su feci e urine, per entrambi i parassiti, hanno una sensibilità bassa e variabile tra il 50 e il 70% poiché l'emissione è incostante e imprevedibile. La probabilità di visualizzarli direttamente in microscopia diretta è bassa, con l'eccezione dei quadri clinici con alta replicazione come la strongiloidosi disseminata e la sindrome da iperinfestazione, dove la carica parassitaria è molto elevata. La sensibilità degli esami colturali è un po' più alta, ma ancora insufficiente.

L'introduzione dei test sierologici (immunoenzimatico – ELISA, immunofluorescenza – IFAT, immunoprecipitazione – LIPS) ha permesso di aumentare la sensibilità diagnostica per entrambi i parassiti consentendo di identificare le infezioni asintomatiche o paucisintomatiche che potrebbero sfuggire alla diagnostica tradizionale. Va, peraltro, tenuta in conto la possibilità di falsi positivi per la presenza di coinfezioni parassitarie multiple e di falsi negativi nei casi di infestazioni molto recenti [10].

Trattamento

Il trattamento della strongiloidosi prevede l'utilizzo di ivermectina mentre per la schistosomiasi è indicato il praziquantel, in entrambi i casi con schemi posologici differenti a seconda della gravità clinica [Tabella 1].

Conclusioni

La possibilità di infestazione da *Strongyloides* e *Schistosoma* deve essere presa in considerazione nei soggetti provenienti da aree endemiche con storia di migrazione o di recente viaggio in zone non usuali e con quadri di ipereosinofilia isolata. Un atteggiamento attivo di screening per questi parassiti è giustificato dalla loro frequente asintomaticità e dalla tendenza a cronicizzare con forme di insufficienza d'organo o di malattia grave e fatale come nella strongiloidosi disseminata in pazienti immunodepressi. La classica ricerca dei parassiti su campioni biologici (feci e urine) con visualizzazione diretta ha una bassa sensibilità in entrambi i casi, essendo l'emissione dei microrganismi non costante. Per questo motivo, soprattutto nei Paesi a bassa endemia, lo studio del paziente a rischio può essere effettuato con indagini sierologiche di maggiore affidabilità complessiva.

Saranno quindi candidati all'indagine sierologica:

Per schistosomiasi:

- soggetti nati o vissuti per almeno 6 mesi in Paesi endemici o ad alta probabilità di endemicità;
- soggetti che, indipendentemente dall'origine (es. viaggiatori), abbiano visitato Paesi endemici anche per brevi periodi ma con esposizione a fonti di acqua dolce potenzialmente contaminate (fiumi o laghi).

Per strongiloidosi:

- soggetti immunocompetenti nati o vissuti (per almeno un periodo cumulativo di un anno) in Paesi endemici o ad alta probabilità di endemia;
- soggetti immunodepressi candidati a trattamento immunosoppressivo o candidati donatori di organo solido che abbiano vissuto/viaggiato in Paesi endemici o ad alta probabilità di endemia o con più di 60 anni in Paesi a rischio non nullo;
- pazienti con infezione da SARS-CoV-2 che necessitano di steroidei nei seguenti casi:
 - se provenienti da aree endemiche o ad alta probabilità di endemia;
 - se italiani (Paese a rischio non nullo) con fattori di rischio per esposizione (contadini, persone che hanno lavorato in miniera, militari, persone che hanno vissuto in cam-

Tabella 1. Trattamento di strongiloidosi e schistosomiasi

Infezione	Forma clinica	Schema terapeutico
Strongiloidosi	Asintomatica o manifestazioni intestinali	Ivermectina 200 mcg/kg in singola dose [11]
	Forma disseminata	Ivermectina 200 mcg/kg in una somministrazione da ripetere ogni 15 giorni fino a 1 mese dopo la negativizzazione delle feci [11]
	Sindrome da iperinfestazione	Ivermectina 200 mcg/kg/die 1 volta al giorno fino a 2 settimane dalla negativizzazione delle feci [11]
Schistosomiasi	Infezione iniziale	Terapia efficace solo su forma adulta, dopo 6-8 settimane dall'infezione
	Infezione asintomatica in viaggiatori o precedentemente residenti in aree endemiche, con basso rischio di reinfezione	Praziquantel 40 mg/kg in dose singola [12]
	Schistosomiasi acuta o febbre di Katayama	Terapia steroidea
	Mieloradicolopatia	Praziquantel 50-60 mg/kg diviso in due somministrazioni per 1 giorno + steroidei per 6 mesi [13]

pagna, persone che vivono/hanno vissuto in condizioni precarie di igiene, viaggiatori in aree endemiche o ad alta probabilità di endemia) nati prima del 1952. ■

Bibliografia

1. ECDC. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA, 2018.
2. I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli. Linee Guida Salute Migranti. Istituto Superiore di Sanità, https://www.inmp.it/lg/LG_Migranti-integrata.pdf.
3. <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/overview>.
4. Bisoffi Z, Buonfrate D, Montresor A, et al. Strongyloides stercoralis: a plea for action. PLoS Negl Trop Dis. 2013 May 9;7(5):e2214.
5. Khieu V, Hattendorf J, Schär F, et al. Strongyloides stercoralis infection and re-infection in a cohort of children in Cambodia. Parasitol Int. 2014 Oct;63(5):708-712.
6. <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/soil-transmitted-helminthiasis/strongyloidiasis>.
7. Abrescia FF, Falda A, Caramaschi G, et al. Reemergence of strongyloidiasis, northern Italy. Emerg Infect Dis. 2009 Sep;15(9):1531-1533.
8. Román-Sánchez P, Pastor-Guzmán A, Moreno-Guillén S, et al. High prevalence of Strongyloides stercoralis among farm workers on the Mediterranean coast of Spain: analysis of the predictive factors of infection in developed countries. Am J Trop Med Hyg. 2003 Sep;69(3):336-340.
9. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schistosomiasis#cms>.
10. Requena-Méndez A, Chioldini P, Bisoffi Z, et al. The laboratory diagnosis and follow up of strongyloidiasis: a systematic review. PLoS Negl Trop Dis. 2013;7(1):e2002.
11. Gilbert DN, Chambers HF, Saag MS, et al. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. Antimicrobial Therapy 2022.
12. Cucchetto G, Buonfrate D, Marchese V, et al. High-dose or multi-day praziquantel for imported schistosomiasis? A systematic review. J Travel Med. 2019 Oct 14;26(7):tazo50.
13. Lambertucci JR, Silva LC, Amaral RS. Guidelines for the diagnosis and treatment of schistosomal myeloradiculopathy. Rev Soc Bras Med Trop. 2007 Sep-Oct;40(5):574-581.

melodieolivialoredanarosa.arico@auslromagna.it

blister

Comportamento suicidario e autolesionismo dai 6 ai 12 anni di età

Siamo consapevoli della importante prevalenza del comportamento suicidario nell'adolescente: in USA, in una popolazione di 13-18 anni, il 12,1% pensa seriamente al suicidio, il 4% lo pianifica e il 4,1% tenta il suicidio prima di raggiungere l'età adulta; in Canada, in giovani tra 13 e 20 anni, il 21,7% ha una ideazione passiva al suicidio, l'11,9% lo pensa seriamente e il 6,7% lo tenta; in Germania il pensiero suicidario è presente nel 18% dei giovani tra i 14 e 21 anni e il comportamento suicidario nel 13,6%. In tutte le coorti studiate la prevalenza femminile è almeno il doppio di quella maschile.

Questi drammatici comportamenti sono tipici solo dell'età dell'adolescenza? In altre parole, cosa succede nell'età prepuberale, ossia in quei bambini che frequentano abitualmente i nostri ambulatori? La risposta a questa domanda l'ha data una revisione sistematica della letteratura sulla prevalenza del comportamento suicidario e dell'autolesionismo. La revisione ha raccolto 28 articoli (30 studi, 98.044 bambini) da tre continenti (Europa, America, Asia). La stima di prevalenza per l'ideazione suicidaria è risultata essere il 7,5%, per la pianificazione il 2,2%, per autolesionismo l'1,4% e per il tentativo di suicidio l'1,3%. L'autolesionismo non suicidario è risultato avere una prevalenza del 21,9% (range 6,2-54,%). La prevalenza di ideazione suicidaria è risultata essere più elevata se riferita dal bambino (10,9%) rispetto dal genitore (4,7%) e non sono risultati evidenti differenze nel comportamento suicidario o autolesionistico tra maschi e femmine [1]. Da sottolineare il fatto che non è stata trovata una variazione nella prevalenza in base all'anno di pubblicazione degli studi. La revisione non ha potuto raccogliere dati sulle differenze etniche, mancanti negli studi primari, e ha evidenziato una marcata eterogeneità tra le diverse stime (12 > 90%) non spiegabile dalle caratteristiche degli studi. Infine, uno studio qualitativo svolto in Australia ha stimato una prevalenza di autolesionismo del 6,5% in bambini al di sotto dei 13 anni di età (età media di 10,8 anni all'insorgenza) [2].

Questi numeri ci chiedono ad alta voce di porre attenzione a questo drammatico fenomeno, di comprenderne i motivi e di approcciarci in modo corretto verso questi bambini e le loro famiglie.

1. Geoffroy MC, Bouchard S, Per M, et al. Prevalence of suicidal ideation and self-harm behaviours in children aged 12 years and younger: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2022 Sep;9(9):703-714.
2. Townsend ML, Jain A, Miller CE, Grenyer BFS. Prevalence, Response and Management of Self-harm in School Children Under 13 Years of Age: A Qualitative Study. School Mental Health. 2022;14:1-10.

Autismo, un ABC per il pediatra

Rubrica a cura di Angelo Spataro

Giovanna Gambino

Neuropsichiatra infantile, responsabile del servizio per la diagnosi precoce dell'autismo, ASP 6 Palermo

Angelo Spataro

Pediatra di famiglia, Palermo

Cos'è l'autismo

È un disturbo del neurosviluppo a eziopatogenesi mista, ambientale e genetica, che dà luogo a un'espressività sintomatologica di diverso grado e che configura uno "spettro" di condizioni che compromettono in varia misura le abilità socio-comunicative e socio-relazionali, cognitive, emotive e adattive, con interessi ristretti e ripetitivi e con disturbi sensoriali che possono riguardare tutti gli organi di senso (tatto, gusto, olfatto, udito, vista).

Le cause dell'autismo

L'autismo come disturbo della connettività cerebrale. Esiste nell'autismo un difetto delle connessioni (eccesso o difetto) tra diverse regioni funzionali del cervello dovuto principalmente a un processo anomalo di apoptosi, di pruning, di migrazione neuronale, di eliminazione e formazione di sinapsi e di mielinizzazione

L'autismo come difetto della teoria della mente. Intorno ai **3 mesi** di vita i bambini sono in grado di percepire le altre persone come agenti animati, diversi dagli oggetti, e stabiliscono con essi un apporto "diadico" (madre-bambino) che consiste nell'osservare l'altro guardandolo negli occhi. In un secondo tempo, intorno a **6 mesi** di vita, il bambino percepisce che le altre persone sono agenti animati che compiono azioni e che sono in grado di condividere pensieri ed emozioni con un'altra persona in modo "triadico" (madre-bambino-oggetto) alla presenza di un oggetto (per esempio un giocattolo). Intorno ai **9-12 mesi** l'altro è visto come possessore di stati di attenzione, affettivi, emozionali e intenzionali che possono essere influenzati e condivisi. Il gesto deittico " richiestivo" (estensione del braccio, estensione del dito indice, flessione delle rimanenti dita nel palmo) compare intorno ai **9-12 mesi** di vita. Con esso il bambino indica un oggetto al fine di entrare in possesso di esso ("dammelo"). Il gesto deittico "dichiarativo" compare più tardi, tra i **12 e i 16 mesi**. Con esso il bambino in un primo tempo cerca di attirare l'attenzione dell'altro verso un oggetto (attenzione congiunta) e di stabilire con esso un dialogo (comunicazione intenzionale) al fine di condividere un piacere (mi piace) o un dispiacere (non mi piace). "Attenzione congiunta" e "comunicazione intenzionale" vengono definiti "precursori della teoria della mente" altamente deficitari nel bambino autistico. Nel bambino autistico tuttavia può essere presente il gesto " richiestivo" (gesto primitivo scritto nei geni necessario per la sopravvivenza) ma non è mai presente il gesto "dichiarativo".

Per **teoria della mente** si intende la capacità di capire gli stati mentali degli altri mettendosi nei loro panni. Grazie alla teoria della mente capiamo quello che gli altri pensano e prevediamo cosa faranno, capiamo le loro emozioni. Nel bambino

autistico esiste un deficit della teoria della mente con conseguente compromissione dei rapporti sociali, che si valuta anche in relazione alla fascia di età e alle competenze qualitative del linguaggio.

L'autismo come difetto di neuroni specchio

Esistono nel cervello, in molte aree della corteccia, dei neuroni che si attivano sia quando compiamo un'azione diretta a uno scopo, sia quando osserviamo la stessa azione svolta da un'altra persona (es. bere un bicchiere di acqua). Questo meccanismo neuronale permette l'imitazione (già il bambino di poche settimane imita la mamma protrudendo la lingua), la comprensione delle intenzioni associate all'azione e la comprensione degli stati emotivi altrui (empatia). La disfunzione dei neuroni specchio, presente nell'autismo, compromette la "comprensione dell'intersoggettività". I neuroni specchio intervengono istantaneamente quando si è in rapporto con un altro, al fine di capire in maniera istantanea l'intenzione dell'altro. La teoria della mente interviene in un secondo tempo, impegna circuiti nervosi più complessi, in un processo più articolato che ci conduce a definire con più esattezza e più precisione il pensiero e le emozioni di un'altra persona.

I bambini a rischio di autismo nel primo anno di vita

L'identificazione precoce sotto l'anno di età dei "bambini a rischio di autismo" permette l'inizio altrettanto precoce degli interventi terapeutici con il risultato di ridurre in modo significativo i sintomi dell'autismo fino a evitare la diagnosi di autismo a tre anni di età.

Domande che il pediatra deve rivolgere ai genitori dei bambini di età da 0 ai 12 mesi

1. Sei preoccupata per il tuo bambino? Constatì che è diverso dagli altri bambini della sua età? (il 50% dei genitori sospetta qualche problema prima del compimento dell'anno di età).
2. Il bambino ha recentemente perso capacità già acquisite come per esempio il linguaggio? (12-24 mesi).
3. Il bambino ha scoperto le sue mani e i suoi piedi e gioca con essi? (compare a 1-3 mesi).
4. Il bambino cerca i tuoi occhi, cerca di guardarti? Fissa lo sguardo e segue per pochi centimetri il movimento del tuo volto? ("aggancio visivo": compare a 1-2 mesi).
5. Il bambino vocalizza e imita i tuoi vocalizzi? (compare a 1 mese).
6. Sorride alle altre persone? (il "sorriso sociale" compare a 3 mesi).
7. Il bambino apre la bocca quando lo imbocchi (compare a 4 mesi).
8. Quando gli mostri un oggetto, il tuo bambino guarda l'oggetto e ti guarda negli occhi (compare a 6 mesi).
9. Il bambino indica con il dito un oggetto di cui vuole entrare in possesso, alternando lo sguardo verso l'oggetto e verso il tuo sguardo? (gesto deittico richiestivo; compare a 9-12 mesi).
10. Il bambino indica con il dito un oggetto che gli suscita piacere al fine di condividere con te questo piacere? (gesto deittico dichiarativo; compare a 12-16 mesi).
11. Il bambino risponde al suo nome quando lo chiami senza che tu sia vista? (compare tra gli 8 e i 10 mesi).
12. Il bambino balbetta? (la lallazione canonica (ma-ma-ma) compare a 6 mesi; la lallazione variata compare a 9 mesi (ta-da-ta-da)).

Autismo ad "alto funzionamento"

Quelli elencati sopra sono i sintomi rintracciabili in quei bambini che in seguito saranno diagnosticati come affetti da "autismo di grado 3" secondo la classificazione DSM5, di una forma

ciò grave di autismo. Ci sono bambini che hanno una sintomatologia assente o sfumata durante il primo/secondo anno di vita. Sono i bambini che in seguito saranno diagnosticati come affetti di autismo di grado 1 e 2 o ad “alto funzionamento”, di forme di autismo cioè più lievi ma più difficili da riconoscere in quanto i sintomi sono sfumati. Sono forme di autismo caratterizzate da linguaggio fluente ma che presenta delle caratteristiche peculiari, con sviluppo cognitivo nella norma (HFASD). La diagnosi si basa sulla osservazione del comportamento e sul supporto di alcuni test. I bambini con HFASD se non vengono diagnosticati possono avere, negli anni successivi, effetti devastanti. Infatti i bambini con HFASD spesso si comportano come gli altri bambini ma, a una attenta osservazione, mostrano spesso degli aspetti che ci possono condurre all'inquadramento del “bambino a rischio”. Il linguaggio e l'interazione sociale quasi sempre sono deficitari. In questi bambini il linguaggio apparentemente sembra normale ma, a un'attenta osservazione, è un linguaggio poco variabile in quanto caratterizzato da un tono spesso monotono, dal volume insolito, spesso alto. Le frasi sono a volte ripetitive, e solo raramente il bambino fornisce informazioni spontanee sui suoi pensieri, sentimenti ed esperienze. Il contatto oculare con l'interlocutore è scarsamente modulato, con un'espressione facciale che non sempre comunica stati affettivi e cognitivi. Ha un ristretto numero di relazioni sociali e spesso legati a interessi personali e con pochi tentativi di ottenere l'attenzione dell'interlocutore. Mostra a volte di avere interessi insoliti o soltanto per una sola cosa. L'individuazione precoce dei minori che svilupperanno nel tempo un disturbo di spettro autistico di grado lieve (ex sindrome di Asperger) è complessa e spesso sfugge alla valutazione sia del pediatra sia degli operatori sanitari o scolastici, a seconda della entità dell'espressività sintomatologica per cui si perviene molte volte alla diagnosi in momento tardivo (età scolare e oltre). Spesso il bambino in epoca precoce viene valutato come competente in quanto i ge-

nitiori sottovalutano le difficoltà adattive e sopravvalutano gli apprendimenti curricolari spontanei, sino a che non cominciano ad avere difficoltà di gestione quotidiana rispetto alle rigidità comportamentali che interferiscono in maniera importante con gli aspetti qualitativi dell'inclusione scolastica e della vita quotidiana anche in ambiente domestico. Ritornando sulle caratteristiche del linguaggio, in epoca precoce il linguaggio verbale può comparire in epoca normale ma con delle bizzarrie in quanto accanto all'uso di format verbali appresi a memoria da video o da conversazioni dell'ambiente circostante utilizzati in modo non sempre funzionale vi sono espressioni “adultizzate” con mimica monotona o esagerata; vi sono a volte turbe fonologiche e difficoltà espressive di tipo morfosintattico che li configura come minori o adolescenti o adulti con un'ingenuità sociale che li espone socialmente e li emargina. Spesso sono molto rigidi, assoluti nella capacità di aprirsi al punto di vista dell'altro, abitudinari e poco adattivi rispetto al gruppo di appartenenza restando emarginati o bullizzati. I disturbi sensoriali li rendono vulnerabili e ansiosi rispetto a contesti diversi da quello domestico o accentuano alcune rigidità comportamentali. La difficoltà sta nella individuazione precoce del disturbo autistico, non solo nella diagnosi ma anche nel progetto terapeutico che deve adeguarsi ai loro bisogni evolutivi complessi malgrado l'adeguatezza del profilo cognitivo. ■

Bibliografia

- Roccella M. Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Piccin, 2020.
- Soldateschi M, Narzisi A. Disturbi dello spettro autistico ad alto funzionamento. Quaderni acp. 2017;4:167-168.

spataro.angelo2014@libero.it

blister

E se PCR e leucociti non vanno d'accordo?

Nella valutazione del bambino febbrile, proteina C-reattiva (PCR) e conta leucocitaria (ma anche con formula, verrebbe da dire) sono spesso la base dalla quale partire per qualsiasi considerazione causale. La sensibilità della conta leucocitaria nel predire un'infezione batterica è, notoriamente, modesta. La PCR appare più attendibile e per livelli superiori a 15 mg/dl il sospetto comincia a diventare concreto. Nella pratica quotidiana non è infrequente trovare globuli bianchi (GB) normali in presenza di un'infezione batterica e può anche accadere che PCR (elevata) e GB (normali) non vadano d'accordo. Un lavoro retrospettivo israeliano ha considerato oltre 17.000 casi di febbre nei quali erano stati valutati i marker infiammatori. Il 3% di questi aveva PCR elevata e GB normali: i pazienti con PCR > 15mg/dl, > 25 mg/dl e > 35 mg/dl avevano rispettivamente i GB normali nel 40,2%, 31,3% e 29,3% dei casi. La concordanza tra PCR e GB (entrambi elevati) era più evidente nei casi di febbre elevata (> 39,5°C) e di recente insorgenza, mentre una discordanza tra PCR e GB era più frequentemente associata a sintomi gastrointestinali, febbre di durata ≥ 3 giorni e assenza di brividi. Rispetto alle diagnosi finali, il 74,5% dei pazienti con PCR e GB discordanti aveva un'infezione batterica; se entrambi i marker erano elevati la percentuale saliva all'86%. Nella polmonite e nelle infezioni delle vie urinarie, trovare una concordanza è più probabile, mentre le enteriti da salmonella o shigella possono decorrere anche senza dare leucocitosi. In sintesi, in un bambino con febbre, è meglio fidarsi di più di una PCR elevata che di una conta leucocitaria normale: i tre quarti di questi bambini avranno effettivamente un'infezione batterica.

1. Zuabi T, Scheuerman O, Dizitzer Y, et al. Elevated C-Reactive Protein With Normal Leukocytes Count Among Children With Fever. *Pediatrics*. 2022 Dec 1;150(6):e2022057843.

La psicotraumatologia in Psicologia pediatrica: duplicità o integrazione del trauma nelle emergenze pediatriche?

Un inquadramento teorico operativo

Giovanna Perricone

Autorità Garante dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Comune di Palermo, Past President Società Italiana di Psicologia Pediatrica, professore Università degli Studi di Palermo

Antonio Carollo

Psicologo, psicoterapeuta, Società Italiana di Psicologia Pediatrica

Concetta Polizzi

Professore, Università degli Studi di Palermo, Società Italiana di Psicologia Pediatrica

Il contributo vuole essere espressione del lavoro portato avanti dalla Società Italiana di Psicologia Pediatrica (SIPPed) e presenta l'inquadramento teorico operativo del trauma del bambino e dell'adolescente in emergenza pediatrica, attraverso uno specifico approccio della psicotraumatologia. I fondamentali di tale approccio sono:

- la tipologia di trauma, che si sviluppa mentre l'evento che lo ha determinato si compie e non dopo che si è concluso, tempo quest'ultimo che può perdurare inducendo atipicità dello sviluppo;
- la natura del trauma, come "aggregato" tra trauma organico e trauma psichico. In tal senso, il contributo sottolinea come tale aggregato dia vita a uno "sradicamento psiconeurobiologico";
- disturbo traumatico dello sviluppo, danno spesso irreversibile, che diventa focus prevalente rispetto al disturbo post-traumatico da stress, con cui semmai è in rapporto di comorbilità.

Il contributo presenta quindi il modello procedurale di azioni per la presa in carico integrata tra medico e psicologo pediatrico, anche attraverso la presentazione di condizioni pediatriche, e prevede una sequenza temporale dal qui e ora in cui si è determinato l'aggregato al tempo della degenza e/o delle cure.

The study is the expression of the work carried out by the Italian Society of Pediatric Psychology (S.I.P.Ped.) and presents the theoretical and operational framework of the child and adolescent trauma in Pediatric emergency, which is defined in Pediatric Psychology through the approach of the Psychotraumatology. In this sense, the fundamentals of this approach are:

- *the type of trauma that develops while the event that caused it takes place and not after it has ended. This time can persist and could cause an atypical development.*
- *the nature of the trauma is explained as an "aggregate" between organic trauma and psychic trauma. In this*

sense, the study underlines how this aggregate gives life to a "psychoneurobiological displacement".

- *the Traumatic Developmental Disorder as an often irreversible damage, which becomes the primary focus compared to the Post Traumatic Stress Disorder, with which it is in a comorbidity relationship.*

The paper then presents the procedural model of actions for the integrated care between physician and pediatric psychologist, including through the presentation of pediatric conditions, and provides a time sequence from the here and now in which the Aggregate was determined to the time of hospitalization and/or care.

Il trauma nelle emergenze pediatriche non è una forma di supporto "nella scena", ma, un supporto "alla scena", mentre si compie la scena (Giannantonio M., 2009)

Premessa

La generalizzazione della rappresentazione del trauma nelle emergenze pediatriche ha spesso condotto i professionisti di riferimento, inclusi gli psicologi, a riferirsi alla Psicologia dell'emergenza tout court, sovrapponendo tali condizioni a quelle create da eventi catastrofici naturali, conclusi, caratterizzate da uno stato di stress traumatico. In questi casi l'intervento viene orientato sul rapporto che il soggetto ha con il suo stato di derealizzazione, e quindi con la sua esperienza distorta, di estraneità e distacco dal mondo esterno [1]. Tale riferimento per altro ha indirizzato l'attenzione dell'intervento psicologico verso la focalizzazione esclusiva del disturbo post-traumatico da stress (PTSD); un'attenzione che, in Psicologia pediatrica, viene sostituita dalla focalizzazione del Disturbo Traumatico dello Sviluppo (DTS); tale disturbo può costituire il risultato di un trauma cumulativo, e quindi del sovrapporsi di micro e macro-traumi indotti dall'emergenza. Si tratta di un disturbo che, nel determinare compromissioni della complessità dei processi evolutivi (cognitivi, affettivi, relazionali), si manifesta nella sua pericolosità psicologica, e non solo, attraverso dei sintomi in età adulta e/o in tarda adolescenza. L'attenzione al Disturbo Traumatico dello Sviluppo è determinata dallo stesso know how della Psicologia pediatrica che, come Psicologia dello Sviluppo a vertice evolutivo clinico [2-6], ha sempre come oggetto di studio e d'intervento il processo di sviluppo del bambino. A partire da tale focus, la Psicologia pediatrica assume una particolare forma di psicotraumatologia [7-10] che definisce la "presa in carico" del trauma del bambino/adolescente, come "presa in carico del singolo campo di relazioni" con cui il know how della Psicologia pediatrica identifica ogni condizione pediatrica [Figura 1], comprese quelle che riguardano uno stato di emergenza. In tal senso, l'inquadramento circoscrive alcune di queste relazioni e, nello specifico, quelle che si sviluppano tra l'ontogenesi di questo "campo" rappresentato dal bambino con le sue risorse, le sue compromissioni, il suo stato di emergenza organica, e i caregiver, e ancora le relazioni tra il bambino e il sistema di cura dedicato a questa emergenza.

Il trauma nelle emergenze pediatriche non può allora essere considerato solo come esito di un rapporto diretto con un evento che risulta catastrofico [11], nel senso del danno che provoca come destrutturazione dell'equilibrio emotivo, cognitivo e relazionale, e che induce nel bambino un senso di "sradicamento" dal legame con la realtà, con le sue certezze e, ancora, che non gli consente di pensare l'evento, pena la frantumazione dello "spazio interno" [12]. Si tratta di uno "spazio" fatto di rappresentazioni, emozioni interiorizzate dal bambino, che gli impedirà di dare un significato adeguato, congruente e coerente all'accaduto (il danno organico).

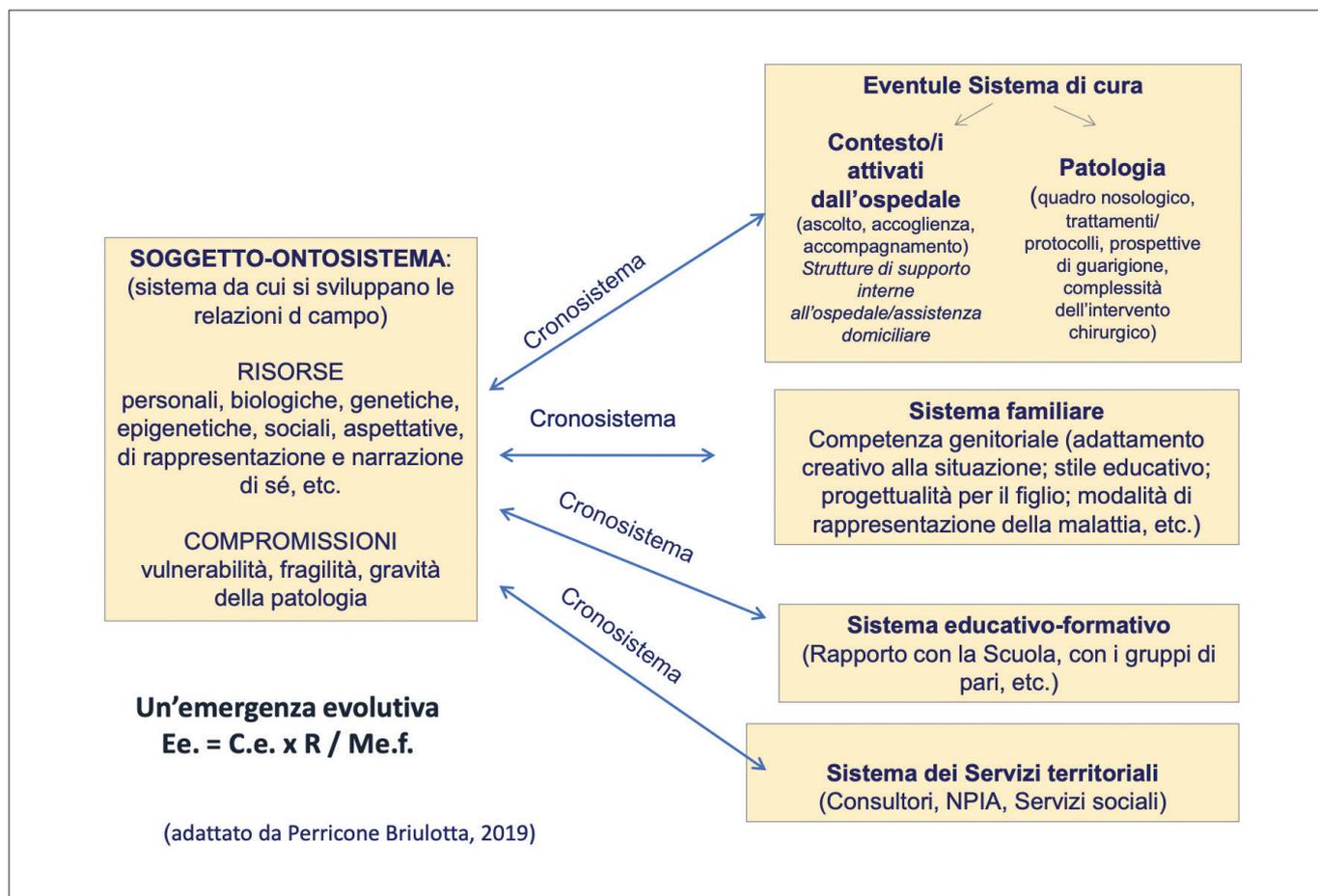


Fig. 1. La condizione pediatrica.

Il know how della Psicologia pediatrica [2-3] non focalizza questo rapporto diretto, ma, invece, circoscrive il trauma nelle emergenze pediatriche come espressione di un intreccio tra questi fattori attivati direttamente nel bambino dall'evento catastrofico di natura organica e le relazioni che egli ha con i vertici della condizione pediatrica, primo tra tutti il sistema famiglia; *come in una bolla sospesa nel vuoto il bambino vive una dimensione alienata dai contesti relazionali.*

Parlare di trauma del bambino all'interno di una condizione pediatrica di emergenza vuol dire allora pensare a uno "sradicamento psiconeurobiologico" [13-15]), in cui il bambino è solo con se stesso, in una forma di ripiegamento sulla propria emozionalità negativa, sulle compromissioni di ordine cognitivo, ma nello stesso tempo è egli stesso fonte, con il suo danno organico, del blackout e/o della disfunzionalità del funzionamento mentale e comunque evolutivo. Si tratta quindi di un vero e proprio stato di blocco di tutta la complessità della traiettoria evolutiva, che dà vita a una vera e propria forma di atipicità dello sviluppo [16-18] proiettata oltre il qui e ora dell'emergenza pediatrica.

L'inquadramento del trauma in Psicologia pediatrica

L'“aggregato” che sostanzia il trauma [8] all'interno di questa condizione, si concretizza nel bambino come impensabilità dell'evento, dissociazione [19-21], iperattivazione dei sistemi di difesa, iper/ipoarousal come tipologia di attivazione dei meccanismi di allerta, disperazione/annichilimento, disfunzionale sovrapposizione di pensieri e emozioni; ancora, questo “aggregato” è caratterizzato da un corpo che subisce il dolore e con cui il bambino perde il contatto [22]. Tutti correlati neuropsicologici questi, che alterano la produzione dei neuropeptidi che, come fattori recettori alla base della biochimica delle emozioni, attraversano il corpo del bambino, creando l'intreccio mente-corpo [23]. Parte del corpo recepisce

l'aggregato traumatico e tale percezione, attraverso l'amigdala, sentinella delle emozioni, avvia il senso indistinto di minaccia rispetto alla propria identità e ai rapporti con i vertici del “campo”, che dà vita alla condizione pediatrica di emergenza, andando a modificare così la memoria cellulare [24] e questa nel bambino ridefinirà la percezione della propria identità e gli stessi rapporti con i vertici del “campo” (es. chi sono diventati questi medici che non gli fanno scomparire il dolore). Ancora come fattori dell'aggregato che costituisce il trauma in emergenza pediatrica: la mentalizzazione del fatto in termini di risposte di fuga o inevitabilità del soccombere, annichilimento di pensiero e di emozioni davanti alla fisicità della “ferita organica” [25]; l'assenza di “gancio sociale” (es. non c'è nessuno che mi sa fermare questo dolore...); il senso di “prosciugamento” delle risorse, o quantomeno della percezione e dell'attivazione delle proprie risorse organiche.

In Psicologia pediatrica l'inquadramento di questa condizione traumatica, che integra la duplicità trauma organico e trauma psichico, focalizza quindi l'emergenza disfunzionale che sovverte il funzionamento dei “domini” [6,26] di riferimento delle funzioni esecutive, identità, emozioni, relazioni, dando vita a una sicura condizione di fragilità [6], persistente nel ciclo di vita; in tal senso, alcuni importanti studi sottolineano come emergenze organiche, quali i tumori infantili, possano orientare la disfunzionalità dell'immagine di sé in età adulta [27]. A tali compromissioni vanno aggiunte quelle che attengono allo stesso trend dello Sviluppo, rappresentato dalla “traiettoria evolutiva”. In modo particolare vanno indicate le compromissioni relative alla mentalizzazione dell'esperienza della stessa condizione traumatica, che il bambino ha elaborato e che orienterà l'andamento dello Sviluppo [3], tanto da potere parlare nel tempo di un trauma cumulativo che può indurre il disturbo traumatico dello sviluppo [22,28-29] [Figura 2]. Questo è da ritenere, come indicato, molto più rilevante del

I "criteri di consenso" proposti per la rilevazione del DTS [22,28-29] vanno sinteticamente rintracciati in:

- A. Esposizione.** Il bambino/adolescente con patologia ha vissuto o ha assistito a eventi avversi molteplici e cronici, per un periodo di almeno un anno, con inizio nell'infanzia o nella prima adolescenza.
- B. Disregolazione psicologica ed emotiva.** Il bambino/adolescente presenta compromissioni in rapporto alla regolazione dell'arousal, come per esempio, incapacità di modulare, tollerare o superare stati emotivi negativi e disturbi della regolazione delle funzioni corporee.
- C. Disregolazione comportamentale ed emotiva.** Il bambino/adolescente presenta compromissioni in relazione all'attenzione sostenuta, all'apprendimento, o alla gestione dello stress.
- D. Disturbi nella percezione del Sé o nelle relazioni interpersonali.** Il bambino/adolescente presenta una compromissione in rapporto al senso dell'identità personale e al coinvolgimento relazionale, in almeno tre delle aree seguenti: disturbi nella relazione di attaccamento, senso di sfiducia nei propri confronti o nei confronti degli altri, comportamenti aggressivi (verbali e fisici) verso i pari, gli adulti e i caregiver.
- E. Sintomatologia dello spettro post-traumatico.** Il bambino/adolescente manifesta almeno un sintomo in riferimento al PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) e per almeno sei mesi.

Volendo, poi, fare riferimento alla possibilità di ricondurre la "maladattività" che si può sviluppare da un cumulo di traumi a cominciare dall'aggregato trauma organico, trauma psicologico indotto dall'emergenza pediatrica, a quadri diagnostico nosografici si può fare riferimento al **disturbo dell'adattamento** che, secondo il DSM 5, prevede i seguenti criteri diagnostici, che qui contestualizziamo rispetto alla condizione di emergenza pediatrica:

- A.** Lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali in risposta a uno o più eventi stressanti identificabili, che si manifesta entro tre mesi dell'insorgenza dell'evento/i stressante/i.
- B.** Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi, come evidenziato da uno o da entrambi i seguenti criteri: 1. marcata sofferenza che risulti sproporzionata rispetto alla gravità o intensità dell'evento stressante, tenendo conto del contesto esterno; 2. compromissione significativa del funzionamento in ambito sociale e scolastico.
- C.** Il disturbo correlato con lo stress non soddisfa i criteri per un altro disturbo mentale e non rappresenta solo un aggravamento di un disturbo mentale preesistente.
- D.** I sintomi non corrispondono a un "lutto" tipico (es. si evidenzia un senso di catastoficità continuo verso il futuro).
- E.** Una volta che l'evento stressante (es. un'aritmia acuta transitoria) o le sue conseguenze sono superati, i sintomi non persistono per più di altri sei mesi, o con ansia e umore depresso, con alterazioni della condotta.

Quando la "maladattività" legata all'esperienza traumatica si presenta anche nei bambini più piccoli, con alterazione mista dell'emotività e della condotta, il disturbo dell'adattamento viene diagnosticato secondo quanto indicato dalla classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'Infanzia, DC: 0-5 (op. cit.): questa descrive tale disturbo come "una condizione in cui il bambino sviluppa dei sintomi in risposta a uno o più fattori di stress (esordio, diagnosi, avvio dei trattamenti, ndr), che possono essere acuti, cronici, o causati da circostanze durature e il quadro sintomatico deve essere presente per meno di tre mesi".

Fig. 2. Il Disturbo Traumatico dello Sviluppo (DTS).

Disturbo Post-traumatico da Stress, con cui sembra esserci comunque un rapporto di comorbidità [30] per il rischio che comportano entrambi di un vero e proprio black out dello sviluppo nel ciclo di vita.

Il frame teorico che caratterizza l'approccio della Psicologia pediatrica al trauma in emergenza pediatrica, si identifica quindi con quello della psicotraumatologia, nella logica di promuovere nel bambino l'attraversamento del trauma, come possibilità di consentire alla parte adattativa del funzionamento mentale del bambino, e quindi dei processi che orientano i comportamenti adattivi, di prendere il sopravvento sugli evitamenti. Il trauma quindi viene considerato come un "evento catastrofico" in una condizione di caos, un "salto" cognitivo/emotivo che mina in modo violento l'equilibrio dinamico dei "domini" che presiedono al funzionamento mentale, rendendo lo stesso evento impensabile, indefinibile, un pensiero da cui fuggire o a cui soccombere [31].

Secondo tale inquadramento, il trauma come "aggregato" sviluppa un rapporto dinamico tra psichico e organico, che dà vita a un nucleo olistico disfunzionale, che però è orientabile in senso riparativo "dissipativo" [32], consentendo che la frammentazione delle risorse evolutive che caratterizza questo "aggregato" possa essere orientato verso una riconfigurazione più complessa e positiva. In tal senso la psicotraumatologia in Psicologia pediatrica individua un modello procedurale di azioni per la presa in carico integrata tra medico e psicologo pediatrico che prevede una sequenza temporale, dal qui e ora in cui si è determinato l'"aggregato" fino al tempo della degenza e/o delle cure ecc.

Questo modello, a cui si perviene evidentemente con il contributo che le neuroscienze apportano alla Psicologia pediatrica, si traduce operativamente attraverso: la *stabilizzazione psico-*

logica, come possibilità di riconnettere al pensiero del bambino il processo di interiorizzazione delle esperienze; *l'immaginazione guidata* [33], aiutandolo quindi a pensare e ipotizzare possibilità alternative alla situazione che sta vivendo; *l'orientamento di queste esperienze in senso "dissipativo"* [32] promuovendo la possibilità che dall'esperienza traumatica si possano trarre aspetti positivi; *l'anticipazione degli eventi* percorrendo con il bambino tutti gli step delle cure che si stanno attivando e si attiveranno; *l'incentivazione delle relazioni*; *la promozione della "guarigione sociale"*, come promozione nel bambino di possibilità che gli consentano di riappropriarsi di ruoli e compiti (*sono un bambino che sa come bisogna curarsi*). Le direzioni di queste azioni sono allora la promozione del radicamento nella realtà (es. *orientare la presa della lettiga e fare esperire a lungo il contatto*), l'orientamento a ricontattare il corpo con il suo dolore fisico (es. *ti fa molto male nella gamba? Vedi è successo che... Dove ti fa più male?*), il controllo dell'esposizione all'anticipazione percettiva di ulteriori eventi traumatici (microtraumi/terapie invasive), l'orientamento a recuperare le mentalizzazioni dell'esperienza che il bambino sta vivendo, in modo che egli possa dare senso e significato all'evento (cos'è, perché accade). Ancora tra le direzioni: l'incentivazione delle relazioni con se stesso per integrare il dolore con gli altri "donando" il dolore [34] e consegnandolo (es. *come potremmo raccontare alla mamma di questo dolore forte nel torace, quando il dottore ha inserito l'ago*). Tra le direzioni dell'intervento di psicotraumatologia, vanno ancora indicati l'evitare che il trauma diventi un "nemico" che va a distruggere tutto il potenziale di conoscenze, rappresentazioni, emozioni di quel mondo che è lo spazio interno [12], così come la creazione di momenti in cui il bambino cominci a esperire la ricerca delle possibilità di essere al sicuro rispetto al dolore e

alla paura di stare con..., di essere sostenuto da..., di potersi riconoscere, di essere visibile anche per chi è rimasto fuori dalla sala dove egli si sta sottoponendo alla risonanza.

Tutte direzioni queste che lo psicologo pediatrico mette in campo per aiutare il bambino a vedere oltre, a recuperare una dimensione intima di condivisione della complessità di dolore e sofferenza, e a potere produrre un cambiamento (piccolo o grande che sia).

Le tecniche per la traduzione esecutiva dell'intervento dello psicologo pediatrico vanno identificate in: *grounding*, facendo esperire il contatto con la realtà fisica immediata; *tecniche di stimolazione vagale*; *tecniche cognitivo-comportamentali*; *tecniche psicoeducative* di esplorazione del corpo con gioco a bascule tra immagini corporee, pensieri, emozioni relative al qui e ora e al dopo evento catastrofico; *tecniche esperienziali*; *tecniche di contatto*. Questo modello d'intervento viene evidentemente ricondotto al criterio di minimizzazione degli aspetti traumatici, e quindi di riduzione della paura e delle preoccupazioni, attraverso la valutazione e il trattamento del dolore, la promozione del controllo e delle scelte, così come delle informazioni a misura di bambino, la rassicurazione e la speranza realistica (Protocollo D-E-F Distress-Supporto emotivo-Famiglia – Center for Pediatric Traumatic Stress presso il Children's Hospital of Philadelphia).

L'intervento nelle emergenze pediatriche: alcune condizioni

Quanto sopra esposto, in riferimento al trauma come intreccio tra fattori a cascata attivati direttamente nel bambino dall'evento catastrofico di natura organica, e le relazioni che egli tesse con i vertici della condizione pediatrica, rimanda a una prospettiva di lavoro integrato inclusivo che si espliciti in una pratica di interventi congiunti tra più operatori (strategicamente condivisi sul piano concettuale metodologico e tatticamente articolati nella concretezza dell'agire) focalizzati nella presa in carico (tra cure e care) della traiettoria del bambino/ preadolescente e della famiglia, nella dinamica (sovente conflittuale) insita tra bisogni indotti dalla patologia organica, in condizioni di emergenza/urgenza, e bisogni tipici dello Sviluppo, nella consapevolezza del pathos vissuto e nella sfida di declinare in modo funzionale le procedure sviluppate in riferimento all'originalità e irripetibilità di ogni condizione pediatrica.

Si propongono tre condizioni pediatriche, che, nella loro diversa natura e nella loro diversa operatività, evidenziano proprio l'unitarietà metodologica presentata.

La condizione pediatrica di Marta

La prima condizione ci riporta a Marta, 13 anni, che giunge in pronto soccorso pediatrico per episodio lipotimico avvenuto a scuola, nel corso della prima ora di lezione. Il primo intervento è la visita congiunta pediatra-psicologo, che permette di non stare esclusivamente sul piano clinico organico, ma accoglie la narrazione complessa della ragazza e della famiglia da cui si evidenzia che pochi mesi addietro la ragazza era stata vittima, insieme ad altre due amiche, di ripetuti tentativi di aggressione a sfondo sessuale da parte di un gruppo di compagni di classe; lei era stata l'unica a sporgere denuncia e i compagni erano stati sospesi dalla scuola. Era vivida nelle parole sue e dei genitori l'immagine dell'aggressione fisica vissuta, il senso di impotenza, la percezione di diversità rispetto alle coetanee e il sotterraneo senso di colpa che non di rado si genera in chi è vittima di abuso, come se in qualche modo il proprio comportamento avesse incentivato i tentativi di violenza. Nel giorno dell'accesso al pronto soccorso pediatrico lei aveva avuto l'episodio di mancamento proprio perché era tornata a rivederli nella stessa aula. La reazione vissuta è proprio ciò che prima si è descritto come "sradicamento psiconeurobiologi-

co", con la iperattivazione dei sistemi di difesa e la risposta in termini di fuga o inevitabilità del soccombere. La prima visita integrata in questi casi permette un assessment complesso, aperto al pensiero narrativo della famiglia e in cui si mettono in gioco sin dall'inizio tutte le relazioni con i vertici del campo, dando parola non solo al dolore dell'urgenza, ma al dolore stratificatosi nel tempo. In tale senso aprendosi all'ottica, non meramente sommativa, ma cumulativa complessa insita nel disturbo traumatico dello sviluppo. Proprio l'esperienza dolorosa di questa ragazza e la sintomatologia descritta, riportano chiaramente al processo di esposizione al rischio di disregolazione emotiva-alterazione della percezione di sé e delle relazioni con altri. Il percorso di supporto si è declinato tra una prima fase di intervento durante l'emergenza in accesso, focalizzata sulla promozione di una capacità di autoregolazione emotiva, attraverso la costruzione di un contatto sia sulla dimensione verbale, sia non verbale, trasmettendo un senso di vicinanza, rispetto a quello di solitudine profonda percepito dalla ragazza e dalla famiglia. Va sottolineato che l'intervento ha assunto una prospettiva dissipativa nella misura in cui un lavoro sulla frammentazione delle risorse ha accompagnato la ragazza verso lo sviluppo di una maggiore complessità di queste risorse. Ugualmente è stato fondamentale un lavoro di facilitazione della comunicazione tra la famiglia e l'équipe sanitaria, nella duplice dimensione di supporto al ragionamento evolutivo-clinico, in ottica di assessment complesso e di implicito contenimento emotivo, incrementando la percezione di un supporto sociale attivato. Il lavoro è poi proseguito attraverso incontri di follow up, nei quali più approfonditamente Marta ha potuto guardare alle sue risorse e, attraverso la presa di contatto con queste, sentire la forza di guardare al trauma vissuto con più energia, con meno vergogna, esprimendo le emozioni a lungo trattenute attraverso la "tecnica della sedia vuota" e l'immaginazione guidata rispetto al fronteggiamento degli eventi. I colloqui si sono sempre più focalizzati da un piano di espressione e ristrutturazione emotiva, costruzione di un'attitudine positiva agli eventi, a uno più centrato sul ritorno alle amicizie, agli impegni, alla pianificazione e risoluzione dei problemi. Proprio in riferimento all'aspetto relazionale, l'intervento si focalizza sul "gancio sociale".

La condizione pediatrica di Alberto

La seconda condizione ci riporta ad Alberto, 11 anni, che giunge in Pronto Soccorso pediatrico per caduta accidentale al proprio domicilio e stato ansioso particolarmente accentuato, ricondotto tanto dal bambino, quanto dai genitori, alla necessità di una terapia invasiva da effettuarsi a casa per contrastare gli effetti di una patologia d'organo, che causava forte ritardo nella crescita, e alla mancata accettazione tanto del vissuto relativo alla condizione fisica (soprattutto per la percezione di diversità rispetto agli altri coetanei), quanto della terapia prescritta vissuta con paura di acuto dolore. Si evidenzia in tal senso proprio la dinamica insita tra bisogni in opposizione, quali la necessità di una terapia invasiva e il bisogno di avere una vita come i coetanei. L'intervento è stato orientato nel portare il bambino ad attraversare la conflittualità tra i bisogni, per esempio facendogli constatare la natura diversa delle due tipologie di questi, come anche attivando in lui un problem solving condiviso.

In questo caso, i colloqui con il bambino, volutamente di stampo motivazionale, sono stati integrati sin dall'inizio con colloqui con i genitori, soprattutto in ottica psicoeducativa, sempre avendo come fine ultimo la promozione dello Sviluppo del bambino, supportando i genitori stessi a superare la paura della somministrazione della terapia e dunque come sostegno alla competenza genitoriale. In questo caso, il supporto si è sviluppato attraverso due dimensioni complementari: gli incontri di follow up psicologico post dimissioni in ospedale e

le visite domiciliari. I primi si sono sviluppati attraverso l'uso del disegno e la narrativa metaforica sul tema della paura di crescere attraverso un percorso doloroso, mentre le visite domiciliari sono state condotte in ottica più formativa rivolta ai genitori, volutamente con un approccio da training, osservando le dinamiche familiari e favorendo correttivi funzionali nel qui e ora del contesto naturale.

La condizione pediatrica di Lucia

La terza condizione ci riporta a Lucia, 13 anni, che giunge in Pronto Soccorso pediatrico per trauma accidentale agli arti inferiori, con compromissione dei legamenti, durante allenamento sportivo. Anche in questo caso ci troviamo dinanzi a un evento traumatico che richiama le aspettative della giovane ragazza che mirava alla finale di campionato attesa per mesi e che attiva in modo emotivamente forte tutti i vertici del campo di relazioni della ragazza, considerato il fatto che l'allenatrice era la madre stessa, con inevitabile tendenza a reciproche recriminazioni.

Se ci ricollegiamo ai tre domini di riferimento delle funzioni esecutive (identità, relazioni, emozione), l'intervento è stato orientato a promuovere la riattivazione di processi relativi alla costruzione di un'identità di ragazza che può per esempio scegliere l'attività agonistica, come anche sceglierne un'altra. La presa in carico integrata in emergenza in questo caso ha mirato all'iniziale ascolto della sofferenza, poi alla promozione di una comunicazione più efficace tra i componenti della famiglia, con minori recriminazioni. In ottica funzionale, lo psicologo non si è limitato a facilitare la relazione comunicativa tra famiglia ed équipe socio-sanitaria dell'area di emergenza, ma ha promosso anche nessi e collegamenti positivi tra quest'area e l'area ortopedica, trasmettendo alla famiglia un continuativo senso di accompagnamento, che ha avuto effetti positivi in ottica di contenimento emotivo continuativo.

Nella voluta differenza delle condizioni pediatriche esposte, a titolo esemplificativo, si nota il processo di stabilizzazione emotiva, indispensabile nella prima fase, attraverso la trasmissione di un contatto empatico, ma ugualmente autorevole, che contempla sia il senso di ascolto, sia la trasmissione di regole che rappresentino una implicita e necessaria bussola nel caos emotivo dell'emergenza. Promozione di un senso di autoregolazione, quindi, che implica la necessità di un lavoro paziente di facilitazione della comunicazione, già in area triage, dove psicologo pediatrico e infermiere preposto, ancor prima della visita del pediatra, trasferiscono il segno e il senso di una presa in carico condivisa, obiettivo centrale del lavoro integrato inclusivo. Una prospettiva di lavoro di questa tipologia ha chiari criteri fondativi nei concetti di "visione comune" [35], di "reciprocità", di "messa in comune" [36], pur nella centralità della "stabilità della propria identità professionale", e si sviluppa attraverso un agire condiviso ben rintracciabile nel costante richiamo che ogni professionista compie rispetto al collega di altra professione (psicologo pediatrico rispetto a lavoro del pediatra e viceversa), trasmettendo alla famiglia il valore della presa in carico condivisa. Ed ancora, il riconoscimento reciproco, tra professionisti, come anche il vicendevole restituirsi, tra operatori, elementi del percorso di gestione del piccolo paziente e della famiglia, al fine di non tenerli slegati, ma anzi di rafforzare il senso di un processo unico di presa in carico, che ha come ricaduta la tutela, la "messa in sicurezza" non esclusivamente della famiglia, ma della stessa organizzazione.

Una presa in carico condivisa, dunque, che con naturale continuità prosegue dal ragionamento clinico che avvia l'assessment complesso al follow up post dimissioni, attraverso colloqui o metodiche che favoriscano la presa di contatto con le risorse al fine di rafforzare il bambino, l'adolescente, la fami-

glia, nella possibilità di guardare al trauma, con un senso di maggiore competenza, resilienza e agentività, e quindi promuovendo in lui la capacità di scegliere intenzionalmente modi e comportamenti per gestire la sofferenza, il dolore... [37], dall'espressione del dolore tramite gesti e parole, al pianificare realistico, al mettere in campo condotte funzionali alla qualità del proprio "stare" nella condizione di emergenza.

Considerazioni conclusive

La psicologia pediatrica, in tale logica, sembra tracciare dei confini specifici tra cui fare scorrere l'intervento nelle condizioni pediatriche di emergenza; confini che definiscono il percorso da una condizione di languishing a quella di flourishing. Con il languishing si fa riferimento a uno stato di disordine che, pur non essendo una vera e propria forma di psicopatologia, è una condizione di disorientamento, di senso di vuoto e di stagnazione, che blocca il poter fronteggiare e che è caratterizzato da indifferenza, rassegnazione, assenza di benessere; con il flourishing, invece, si fa riferimento a una condizione che indica un funzionamento compiuto e che orienta nel bambino soddisfazione, affettività positiva, visione ottimistica, consapevolezza di risorse, ecc. [38-39] In tal senso, l'intervento di presa in carico del trauma diventa un passaggio doloroso da uno stato di disordine, di fatigue, come prosciugamento dell'energia [40] spesso con implicazioni psicopatologiche, di disorientamento, di senso di vuoto, verso una condizione di funzionamento di "senso compiuto" (flourishing) che si definisce attraverso il senso di soddisfazione, di affettività positiva, di visione ottimistica, di consapevolezza delle proprie risorse, e di investimento su queste, e ancora di attivazione di resilienza; in una processualità che va dalla iniziale condizione caotica, con tentativi episodici e non organizzati, alla condizione florissante, che, invece, si definisce per ordine, creatività, intenzionalità, ecc. della resistenza [41]: una visione chiaramente sistemica e indirizzata. In tal senso, una pratica di psicologia pediatrica di questo tipo assume una funzione riabilitativa.

La difficoltà di un'applicazione del modello di psicotraumatologia qui descritto, nei contesti ospedalieri e ambulatoriali, va certamente ricondotta alla scarsa presenza degli psicologi in tali contesti. La riflessione sul modello presentato, sebbene faccia riferimento, come si evince dalla casistica rappresentata, a contesti in cui lo psicologo pediatrico era presente attraverso fondi relativi a progetti del piano sanitario nazionale, vuole essere in realtà proprio un elemento di motivazione affinché i pediatri, ospedalieri e non, promuovano l'inserimento della figura dello psicologo, non come possibile variabile, ma come elemento strutturale della stessa organizzazione di quel contesto di emergenza, considerata, per altro, l'importante ricaduta in termini di contrazione della spesa sanitaria, oltretutto, ancor prima, di qualità della presa in carico, e non ultimo della prevenzione di un trauma cumulativo che va a inficiare lo stato di salute dello Sviluppo del bambino e dell'adolescente/adulto che questi diventerà. ■

Bibliografia

- Colombini C, Panunzi S, Carratelli TJ. La dissociazione in età evolutiva: rassegna bibliografica [Dissociation in evolutionary age: bibliographical review]. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* 2010;30:46-51.
- Roberts MC, Steele RG. *Handbook of Pediatric Psychology*. The Guilford Press, 2017.
- Perricone Briulotta G. Il vento della psicologia pediatrica: l'esperienza di un know how oltre la psicologia applicata in pediatria. McGraw Hill, 2019.
- Bonichini S, Tremolada M (a cura di). *Psicologia pediatrica*. Carocci, 2019.
- Perricone G. *Pediatric Psychology*. *Pediatric Reports*. 2021;13:135-141.
- Perricone G. *Pediatric psychology in managing fragility of the child and adolescent in pediatric condition*. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*. 2022;11:e110221.

7. Alisic E, Jongmans MJ, Van Wesel F, et al. Building child trauma theory from longitudinal studies: a meta-analysis. *Clinical Psychol Rev.* 2011;31:736-747.
8. Kassam Adams N, Marsac ML, Hildembrand A, et al. Post traumatic stress following pediatric injury; update on diagnosis, risk factors, and intervention. *JAMA Pediatrics.* 2013;167:1158-1165.
9. Price J, Kassam Adams N, Alderfer MA, et al. Sistematic review: A re-evaluation and update of the integrative (trajectory). Model of Pediatric Medical traumatic Stress. *Journal of Pediatric Psychology.* 2016;41:86-97.
10. Giannantonio M. *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operative.* Centro Scientifico Editore, 2009.
11. Rosso C. Crisi della soggettivazione e "passaggi catastrofici" in adolescenza. Franco Angeli, 2013.
12. McCracken LM, Carson JW, Eccleston C, et al. Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain.* 2004;109:4-7.
13. Kazak AE, Schneider S, Kassam-Adams N. Pediatric medical traumatic stress. In Roberts MC, Steele RG. *Handbook of Pediatric psychology.* The Guilford Press, 2009:205-215.
14. Tonella G. Paradigms for Bioenergetic Analysis at the Dawn of the 21st Century. *Bioenergetic Analysis. Clin J of IIBA.* 2008;VI8:27-59.
15. Geloso MC, Corvino V, Michetti F. Trimethyltin-induced hippocampal degeneration as a tool to investigate neurodegenerative processes. *Neurochemistry international.* 2011;5:729-738.
16. Karmiloff-Smith A. Nativism versus neuroconstructivism: rethinking the study of developmental disorders. *Developmental psychology.* 2009;45:56-63.
17. Overton WF. A relational and embodied perspective on resolving psychology's antinomies. In Carpendale JJM, Muller U. *Handbook of child psychology, 1, Theoretical models of human re-evaluation and update of the integrative.* Wiley, 2004:18-80.
18. Knauer D, Palacio Espasa F. *Difficoltà evolutive e crescita psicologica. Studi clinici longitudinali dalla prima infanzia all'età adulta.* Raffaello Cortina, 2012.
19. Boon S, Steele K, van der Hart O. *Traumabedingte Dissoziation bewältigen: Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten Aus dem Amerikanischen von Elisabeth Vorspohl.* Junfermann Verlag GmbH, 2013.
20. Van der Hart O, Ellert RS Nijenhuis, Steele K. *Fantasma nel Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale.* Raffaello Cortina, 2011.
21. Speranza AM. *Disorganizzazione dell'attaccamento e processi dissociativi: il contributo di Liotti allo studio delle traiettorie di sviluppo.* *Cognitivismo clinico.* 2018;15:217-220.
22. Van der Kolk BA. *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche.* Raffaello Cortina, 2014.
23. Frattini I. *La regolazione affettiva tra funzionamento somatopsichico e psicosomatico: una prospettiva psicodinamica del rapporto corpo-mente.* Franco Angeli, 2022.
24. Lucangeli D. *A mente accesa.* Mondadori, 2020.
25. Hopper JW, Frewen PA, van der Kolk BA, et al. Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery. *Journal of traumatic stress.* 2007;20:713-725.
26. Fodor JA. *The modularity of mind.* MA MIT Press, 1983.
27. Deimling GT, Bowman KF, Sterns S, et al. *Psycho-Oncology. Journal of the Psychological Social and Behavior Dimensions of Cancer.* 2000;15:306-320.
28. Van der Kolk BA, D'Andrea W. *Verso una diagnosi di disturbo traumatico dello Sviluppo per il trauma interpersonal infantile.* In Lanius RA, Vermetten E, Pain C. *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia mancata.* Fioriti Editore, 2012.
29. Van der Kolk BA. *Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories.* *Psychiatric annals.* 2017;35:401-408.
30. Van Der Kolk B, Ford JD, Spinazzola J. *Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial.* *Eur J Psychotraumatol.* 2019 Jan 29;10(1):1562841.
31. Panksepp J, Wright JS, Döbrösy MD, et al. *Affective neuroscience strategies for understanding and treating depression: From preclinical models to three novel therapeutics.* *Clinical Psychological Science.* 2014;2:472-494.
32. Tronchin L. *Psicosomatica e Pensiero Complesso.* Google books, 2009.
33. Beck BD, Messel C, Meyer SL, et al. *Feasibility of trauma-focused Guided Imagery and Music with adult refugees diagnosed with PTSD: A pilot study.* *Nordic Journal of Music Therapy.* 2018;27:67-86.
34. Jankovic M, Vitellino S. *Ne vale sempre la pena. Il Dottor sorriso, i suoi pazienti e il vero valore della vita.* Baldini & Castoldi, 2018.
35. Walter J, Kellerman F, Lechner C. *Decision making within and between organizations-rationality, politics, and alliance performance.* *Journal of Management.* 2010;38:1582-610.
36. Ashforth B, Harrison S, Kevin G. Corley. *Identification in Organizations: An Examination of Four Fundamental Questions.* *Journal of Management.* 2008;34.
37. Crivelli D, Balconi M. *Agentività e competenze sociali: riflessioni teoriche e implicazioni per il management.* *Ricerche di Psicologia.* 2017;40:349-363.
38. Keyes CLM. *The mental health continuum: from languishing to flourishing in life.* *J Health Soc Behav.* 2002 Jun;43(2):207-222.
39. Westerhof GJ, Keyes CL. *Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan.* *J Adult Dev.* 2010 Jun;17(2):110-119.
40. Bogdanov S, Brookes N, Epps A, et al. *Fatigue in Children with moderate or severe traumatic brain injury compared with children with orthopedic injury: characteristics and associated factors.* *J Head Trauma Rehabil.* 2021 Mar-Apr;36(2):E108-E117.
41. Luthar SS. *Resilience in development: a synthesis of research across five decades.* In Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation.* Wiley, 2006:739-795.

Il bambino con atassia acuta

Elena Cattazzo¹, Francesco Accomando²,
Melodie O. Aricò³, Giuseppe Pagano⁴,
Giovanna La Fauci¹

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

L'atassia acuta in età pediatrica rappresenta in generale un evento poco frequente di accesso in pronto soccorso pediatrico ma l'ampia diagnosi differenziale che la riguarda richiede, partendo da anamnesi ed esame obiettivo, di escludere principalmente le cause che possono mettere in pericolo la vita del bambino. Per tali motivi la diagnosi di atassia cerebellare acuta post infettiva, forma benigna e autolimitantesi, che costituisce la causa sottostante nella maggior parte dei casi di atassia acuta deve rappresentare sempre una diagnosi di esclusione. L'ampia diagnosi differenziale impone inoltre di pensare correttamente in base al setting al ricorso verso tecniche di imaging proporzionate all'urgenza del caso per ridurre il rischio di un'inutile radioesposizione che costituisce un aspetto da considerare sempre in età pediatrica. Partendo da questo abbiamo cercato di sintetizzare i dati della letteratura in merito alla storia clinica, l'esame obiettivo e ai test diagnostici necessari per arrivare a una corretta diagnosi.

Pediatric acute ataxia generally represents an infrequent occurrence of pediatric emergency department access, but the broad differential diagnosis concerning it requires, starting with anamnesis and objective examination, to mainly exclude life-threatening causes in the child. For these reasons, the diagnosis of acute post infectious cerebellar ataxia, a benign and self-limiting form, which is the underlying cause in most cases of acute ataxia must always be a diagnosis of exclusion. The broad differential diagnosis also requires a correct approach that must consider the setting about the use of imaging techniques proportional to the urgency, in order to reduce the risk of unnecessary radio exposure. Starting from this, we have attempted to summarize the literature regarding the clinical history, physical examination, and diagnostic tests necessary to arrive at a correct diagnosis.

Il termine atassia fa riferimento a quelle condizioni in cui vi è una compromissione della coordinazione dell'attività motoria volontaria che spesso coinvolge, anche se non esclusivamente, l'andatura. Sebbene l'atassia venga solitamente associata alla classica deambulazione a base allargata con instabilità del tronco (quadro specifico di atassia cerebellare), le manifestazioni cliniche di mancata coordinazione motoria volontaria possono derivare dal coinvolgimento di numerose strutture nervose (vestibolo, corteccia frontale e prefrontale, afferenze spinocerebellari, trigeminali e reticolari) determinando quadri differenti di dismetria, disartria, disfagia e anomalie della motilità oculare estrinseca [Tabella 1] [1-4].

In base al tempo di comparsa dei sintomi e alla loro evoluzione, possiamo distinguere l'atassia in:

- acuta/subacuta: insorgenza da meno di 7 giorni, con acme dell'espressione clinica nelle prime 72 ore (es. tossici, cause vascolari o traumatiche, infettive, infiammatorie o paraneoplastiche);
- episodica: sintomatologia a insorgenza acuta che si risolve, ma che può ripresentarsi in situazioni specifiche (es. atassia parossistica familiare);
- cronica (stabile o progressiva): da sospettare quando i sintomi durano da più di 7 giorni (cause genetiche o neurodegenerative).

L'atassia è una manifestazione neurologica relativamente rara in età pediatrica con una prevalenza di circa 26:100.000 [5]. La forma più comune, l'atassia cerebellare acuta post infettiva (APCA) rappresenta fino al 50% delle AA (atassia acuta) ed è tipica della fascia d'età 1-6 anni [1,4,6-7]. Uno studio multicentrico italiano stima che l'AA possa essere la causa dello 0,02% degli accessi in pronto soccorso pediatrico (PSP) [7]. La frequenza delle principali cause di atassia è sintetizzata nella **Figura 1**. L'obiettivo di questa revisione narrativa verte sull'approccio al bambino con AA che giunge in PSP.

Eziologia

Dal punto di vista eziologico, possiamo distinguere diversi gruppi [Tabella 2]:

- forme infettive e parainfettive: sono le più frequenti, per lo più di origine virale o secondarie a vaccinazione e coinvolgono direttamente le strutture nervose. Gli anticorpi prodotti in seguito all'infezione cross-reagiscono contro epitopi cerebellari, determinando un'attivazione della risposta infiammatoria e conseguente demielinizzazione [2-4]. Il virus varicella zoster era (prima della vaccinazione) il principale patogeno coinvolto nelle APCA, mentre attualmente i virus più frequentemente responsabili sono coxsackie virus, EBV, echovirus, enterovirus, parvovirus B19, HHV6, morbillo e parotite. Fra gli agenti batterici si segnalano legionella, micoplasma e borrelia [1,4,6];
- encefalomielite acuta disseminata (ADEM): rara patologia infiammatoria autoimmune demielinizzante che insorge, generalmente, a distanza di circa due settimane da un'infezione virale delle alte vie aeree [4];
- cerebellite acuta: spesso considerata nello spettro dell'APCA, è una condizione che ha caratteristiche cliniche e neuroradiologiche distintive. Questi bambini appaiono molto compromessi e all'atassia acuta si associano vomito, cefalea, alterato stato di coscienza. Alcuni pazienti possono avere un decorso fulminante con edema cerebellare severo e, in questi casi, la risonanza magnetica nucleare (RMN) dimostrerà segni tipici di infiammazione cerebellare;
- sindrome opsoclonio-mioclonio: è caratterizzata dalla triade atassia, opsoclonio (movimenti coniugati oculari multidirezionali rapidi e caotici) e mioclonio (rapida contrazione muscolare). È una AA con tendenza alla cronicizzazione e si riscontra prevalentemente in un contesto di sindromi paraneoplastiche, spesso in associazione a neuroblastoma (50% dei casi) o come forma parainfettiva [2,4,8-9];
- sindrome di Guillain-Barré (GBS): è una condizione autoimmune, rapidamente progressiva, secondaria a un'infezione delle vie aeree o gastrointestinale da *Campylobacter*, *H. influenzae*, EBV o CMV. Può presentarsi con atassia (tipo sensoriale) o ipostenia, irritabilità e dolore, segni di compromissione del secondo motoneurone con riflessi tendinei profondi assenti o alterati. La sindrome di Miller-Fisher rappresenta una variante di GBS che coinvolge i nervi cranici e che si manifesta con atassia, oftalmoplegia, ipotonia e ariflessia [4];
- intossicazioni acute: rappresentano fino al 30% delle cause di AA più frequentemente da ingestione volontaria di so-

Tabella 1. Tipologie neurologiche di atassia

Tipo di atassia	Eziologia	Segni e sintomi caratteristici
Cerebellare	Lesione/disordine cerebellare o delle sue connessioni afferenti ed efferenti. Intossicazioni, cerebelliti acute, ADEM, neoplasie, atassie spino-cerebellari. Vista l'influenza del cervelletto a livello degli occhi, del linguaggio, a livello cognitivo, degli arti e del comportamento i sintomi e i segni possono essere motori e non motori.	Tremore intenzionale con dismetria, adiadococinesia, nistagmo, disartria, alterazioni della marcia, instabilità posturale, ipotonia.
Vestibolare	Labirintite/mononeurite vestibolare o patologie dell'orecchio medio, interno, dell'VIII nervo cranico o compromissione della trasmissione da parte di queste strutture al cervelletto.	Associata a nausea, vomito, ipoacusia, perdita dell'equilibrio, vertigine, nistagmo orizzontale coniugato controlaterale al lato affetto con fase rapida diretta verso il lato sano. Andatura barcollante con tendenza alla caduta verso il lato affetto.
Sensoriale (proprioceettiva)	Neuropatie sensoriali o patologie delle colonne dorsali spinali con alterazione della trasmissione proprioceettiva dai nervi periferici e tratti spinocerebellari al cervelletto (GBS).	Test di Romberg positivo a occhi chiusi. Perdita della propriocezione articolare. Marcia steppante "a soldato". Prova indice naso positiva a occhi chiusi.
Ipostenia muscolare	GBS, forme lievi di SMA.	Ipostenia muscolare significativa agli arti atassici.
Funzionale, altro	Causa non nota. Disturbo post-traumatico da stress.	Scarsi rilievi clinici, marcia instabile.

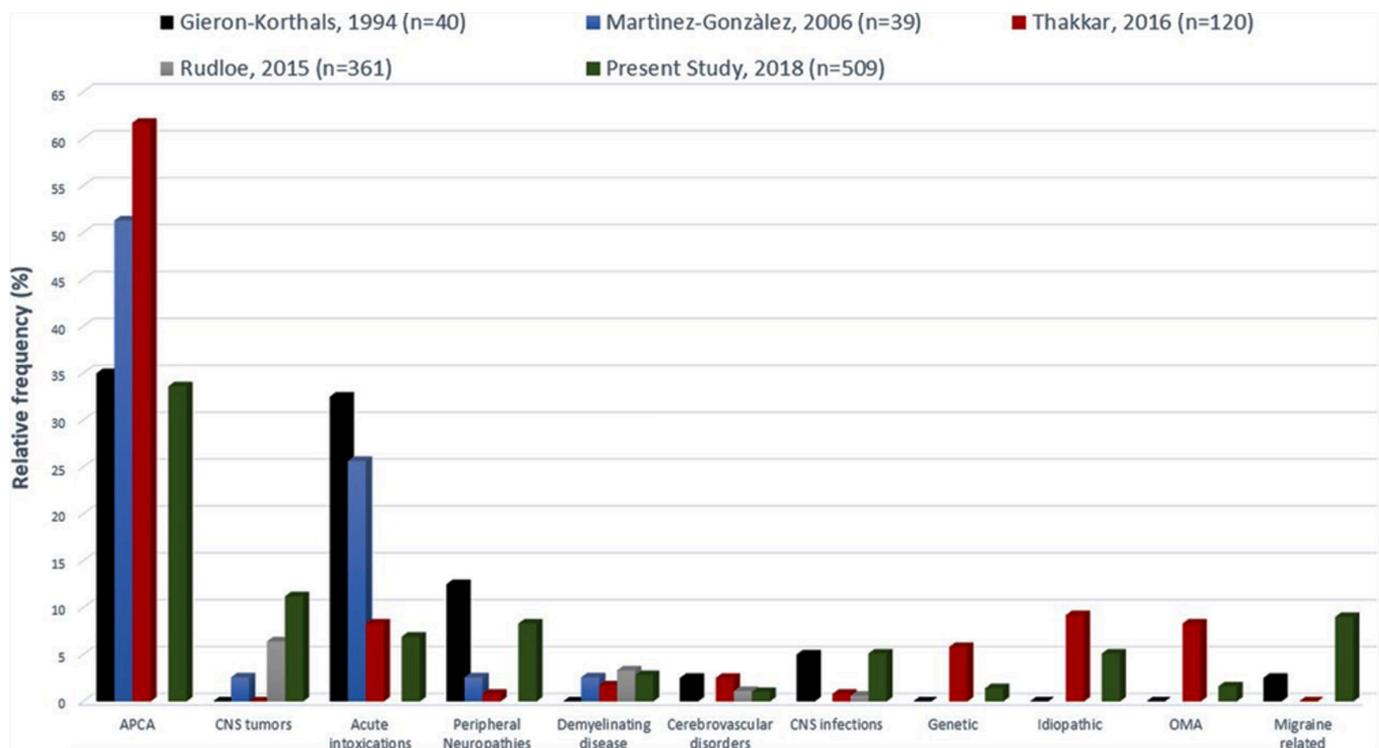


Figura 1. Frequenza delle principali cause di atassia in differenti coorti riportate in letteratura. APCA: atassia cerebellare acuta postinfettiva. OMA: mioclono-opsoclonato-atassia.

stanze illecite, alcol, composti organici (glicole etilenico) o di intossicazione accidentale per ingestione di farmaci (anticonvulsivanti, benzodiazepine, antistaminici, antineoplastici e immunosoppressori) [1,4,10]. Da ultimo, ricordiamo anche le intossicazioni da metalli pesanti (mercurio, piombo) [10];

- lesioni occupanti spazio(fossa cranica posteriore): si manifestano generalmente con atassia e, all'interno di questo gruppo ricordiamo, in particolare, le lesioni ascessuali, le neoplasie e le raccolte ematiche (ematomi, stroke emorragico, vasculiti, rottura di malformazioni arterovenose);
- trauma cranico: può dare atassia con diversi meccanismi. L'edema cerebellare post-traumatico può giustificare un complessivo malfunzionamento delle strutture coinvolte, i traumi cervicali possono invece determinare la comparsa di

ematomi con conseguente compressione cerebellare, oppure per alterazione della circolazione posteriore da dissezione dell'arteria vertebrale [4].

L'atassia può, inoltre, essere uno dei sintomi di esordio di disordini metabolici (ipoglicemia, iperammoniemia) nel contesto di malattie genetiche metaboliche.

Approccio clinico

L'atassia di per sé è un sintomo che può essere espressione di cause diverse [Figura 3]. I bambini con atassia presentano instabilità della marcia caratterizzata da base allargata associata a instabilità del tronco, ma anche movimenti goffi delle mani, difficoltà all'esecuzione dei movimenti fini, tremori intenzionali, disartria e nistagmo. Nei bambini più piccoli (sotto i 3 anni) si può manifestare come rifiuto della deam-

Tabella 2. Principali cause di atassia acuta in età pediatrica

Infettive/parainfettive	APCA Cerebellite acuta Atassia opsoclono-mioclono Mielite trasversa GBS Virus (coxsackie, echovirus, EBV, morbillo, HIV, VZV, <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , HIV, pertosse, polio, tubercolosi, <i>Borrelia burgdorferi</i> , sifilide)
Intossicazione	Alcol Benzodiazepine (diazepam, clobazepam, nitrazepam) Oppioidi Antistaminici Anticonvulsivanti (carbamazepina, lamotrigina, fenitoina) Antineoplastici (ciclosporina, tacrolimus, citarabina) Immunosoppressori Glicole etilenico (liquido antigelo) Encefalopatia da metalli pesanti (piombo, mercurio, litio, tallio)
Lesioni cerebellari espansive	Neoplasie (tumori cerebellari, frontali, pontini, midollo spinale, neuroblastoma) Lesioni vascolari Ascessi
Trauma	Edema cerebellare acuto
Vascolare	Malformazioni arterovenose Vasculiti Stroke ischemico Emorragia cerebrale
Psicogeno	Sindrome da conversione Funzionale
Miscellanea	Idrocefalo/disfunzione DVP Emicrania complessa Celiachia
Genetico/Metaboliche	Ipoglicemia Deficit vitamina E Iperammoniemia Iperalaninemia Leucodistrofia metacromatica Encefalopatia di Hashimoto Malattia di Whipple Malattia di Kawasaki

bulazione. Di fronte a un bambino con AA è importante distinguere se siamo di fronte a una atassia motoria o sensitiva così come valutare l'eventuale presenza di segni associati che possano contribuire a individuarne la causa [Tabella 3]. L'andamento temporale dell'atassia è un altro elemento molto utile dal punto di vista diagnostico: l'insorgenza recente o improvvisa dei sintomi è suggestiva di una causa vascolare, da tossici o infettiva mentre i tumori e le forme immuno-mediate hanno tipicamente decorso subacuto. Episodi simili precedenti sono suggestivi di processi cronici come emicrania, disfunzione vestibolare o crisi epilettiche mentre episodi ricorrenti possono essere determinati da malattie metaboliche [6]. Le cause potenzialmente pericolose per la vita interessano il sistema nervoso centrale (SNC) in particolare la fossa cranica posteriore e il tronco encefalico. La maggior parte dei pazienti con AA ha forme autolimitanti e a prognosi favorevole *ma queste rimangono pur sempre diagnosi di esclusione*. Un precedente evento atassico in bambino per altro sano può indicare un disordine parossistico (come nelle mutazioni dei canali ionici o nelle emicranie complicate) nel quale la frequenza e la durata degli attacchi può avere ampia variabilità [11]. L'anamnesi è volta a ricercare infezioni recenti o concomitanti: febbre, rash, sintomi respiratori o vomito suggestive per forme infettive, mentre in presenza di otalgia, vertigini, vomito e nistagmo è possibile sospettare una labirintite acuta. Infezioni/vaccinazioni recenti possono essere correlate ad APCA, GBS o ADEM.

In caso di anamnesi positiva per trauma cranico sarà imperativo escludere una possibile lesione intracranica e nei traumi cervicali andrà sospettato un ictus da lesione vascolare dell'arteria vertebrale o basilare.

Tabella 3. Segni e sintomi associati

Sintomi associati	Ipotesi diagnostiche
Cefalea ricorrente con o senza vomito, alterazioni del comportamento e/o della personalità	Ipertensione endocranica, tumori
Alterazioni dello stato di coscienza	Infezioni, masse, esposizione a tossici, traumi, emorragie
Otite media, vertigine, vomito, nistagmo	Labirintite
Trauma cranico recente	Lesioni intracraniche
Trauma nucale recente	Lesioni vascolari (dissecazione dell'arteria vertebrale o basilare)
Terapie farmacologiche in atto	Intossicazioni
Infezioni recenti	GBS, APCA
Episodi simili in passato	Emicrania, sindromi metaboliche, sclerosi multipla
Familiarità per patologie del SNC	Sindromi genetiche, malformazioni cerebrali

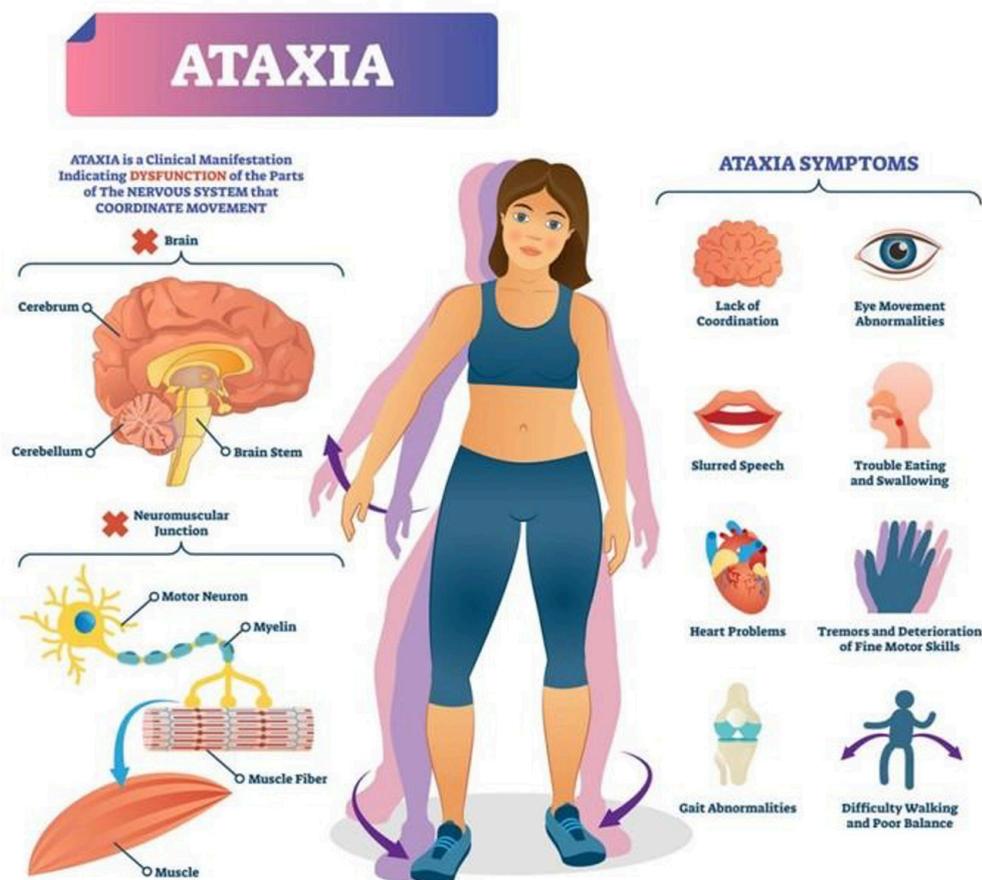


Figura 2. Esame obiettivo cerebellare.

La presenza di sintomi associati, può aiutare nella raccolta anamnestica: per esempio, così come l'APCA è caratterizzata da normale stato di coscienza, modifiche in tale stato sono da guardare con sospetto per una condizione sistemica (neoplasia cerebrale, cerebellite, ingestione di tossici, ascessi cerebrali). Cefalea, vomito ricorrente, perdita del visus o diplopia, con peggioramento dei sintomi in posizione supina, possono essere segno di ipertensione endocranica (IE) da idrocefalo (in caso di masse della fossa cranica posteriore); questi riscontri possono, tuttavia, essere tardivi o addirittura intermittenti e la loro assenza non esclude l'IE da altre cause [12-13].

Esame obiettivo

L'EO del bambino con atassia parte dall'osservazione dei movimenti e dalle sue modalità di interazione con l'ambiente e con il caregiver [Tabella 4-5]. La priorità è escludere prima cause potenzialmente pericolose per la vita (infezioni/infiam-

mazione, neoplasia, stroke e intossicazioni), quindi in questi casi partire con l'approccio ABCDE (secondo le linee guida PALS/EPALS) [14-15], prestando attenzione al riconoscimento di alterazioni dei parametri vitali (es. asimmetrie del diametro pupillare, bradicardia, bradipnea e ipertensione arteriosa in caso di IE a rischio di erniazione imminente, convulsioni o depressione respiratoria). Osservare il bambino nel suo contesto naturale, mentre cammina in ambulatorio riducendo al minimo andature artificiali o innaturali indotte dall'osservazione intensa o semplicemente dalla richiesta di camminare. A tal proposito può essere utile lanciare una palla, chiedere al bambino di camminare, poi di correre per prenderla osservando in particolare quando torna indietro la presenza o meno della marcia a base allargata e qualora questa non sia evidente

provare a elicitarla con la marcia in tandem o con la corsa (nel caso di bambini più grandi e collaboranti) [6]. Un'andatura barcollante o la caduta laterale, soprattutto se scatenati da una rotazione improvvisa del capo, sono compatibili con disfunzione vestibolare. I bambini piccoli con debolezza acuta degli arti inferiori da GBS o miosite possono manifestare atassia e caduta (pseudo-atassia). L'atassia cerebellare include abasia (posizione eretta instabile), dismetria, adiadococinesia, dissinergia (scomposizione dei movimenti in sequenza) e atassia del tronco se è coinvolto anche il verme cerebellare.

L'andatura barcollante, tipica dei pazienti con debolezza muscolare acuta, detta anche atassia "paretica" può essere correlata a patologie quali GBS, botulismo, miastenia grave, mielite trasversa o tick paralysis. In questi pazienti un trucco del mestiere può essere la valutazione dei riflessi tendinei profondi, assenti in caso di GBS, botulismo e tick paralysis [6]. Importante anche la valutazione dell'EO cerebellare [Figura 2] [Tabella 6] e dei nervi cranici nell'atassia cerebellare il cui deficit può essere svelato da nistagmo e mioclono palatino.

Tabella 4. Esame obiettivo

Segni vitali	Bradycardia, ipertensione e anomalie del pattern respiratorio Febbre	Ipertensione endocranica Infezioni del SNC
Cute	Esantema virale o rash in fase di guarigione Evidenza di lesioni superficiali Presenza di zecca o morso	APCA Lesione intracranica da trauma Tick borne paralysis
Testa	Fontanella anteriore bombata, diastasi delle suture, aumento della circonferenza cranica nel lattante	Ipertensione endocranica (secondaria a tumori, idrocefalo, emorragia intracranica ecc.)
Postura cervicale	Meningismo, febbre e aspetto compromesso Torcicollo	Infezioni del SNC Tumori fossa cranica posteriore, malformazione di Chiari, compressione del midollo cervicale, sublussazione atlo-assiale
Orecchie	Otite media acuta con vomito, vertigini e ipoacusia	Labirintite
Apparato muscolo-scheletrico	Valutare schiena, arti inferiori specialmente le anche	Trauma, artriti o altri disordini muscolo scheletrici

Tabella 5. Esame obiettivo neurologico

Cosa guardo	Segni e sintomi	Cosa penso
Livello di coscienza, comportamento, sfera cognitiva	Confusione improvvisa, disorientamento o encefalopatia e atassia Estrema irritabilità Vigile con buona interazione	ADEM, stroke (ischemico/emorragico), cerebellite, intossicazione, disordini congeniti del metabolismo Meningite, encefalite e sindrome opsoclono-mioclono Atassia cerebellare acuta
Nervi cranici	Papilledema e paralisi dei nervi cranici Oftalmoplegia Anomalie pupillari-MOE alterata Nistagmo Opsoclono	IE, lesioni in fossa cranica posteriore, encefalite con interessamento del tronco encefalico, idrocefalo Sindrome di Miller-Fisher Intossicazioni (midriasi: sostanze atropinergiche; miosi: oppiacei). Compressione del III nervo cranico (ptosi palpebrale con midriasi e abduzione dell'occhio) Disordini cerebellari, vestibolari e del tronco encefalico Neuroblastoma
Esame obiettivo cerebellare	Segni cerebellari e normale stato di vigilanza Segni cerebellari e alterato stato di vigilanza Segni cerebellari e di IE	Atassia cerebellare acuta ADEM e intossicazioni Tumori della fossa cranica posteriore
Esame componente motoria	Debolezza Ipotonia e ROT pendolari Ipotonia e assenza di ROT Alterazioni acute della marcia	SGB, botulismo, miastenia gravis, tick borne paralysis o mielite trasversa Disfunzione cerebellare SGB, botulismo, tick paralysis Cause psicogene/disturbo da conversione
Esame componente sensitiva	Romberg positivo	SGB o coinvolgimento delle corna posteriori del midollo spinale

Ogni processo che causa dolore agli arti inferiori o alla schiena può dare alterazione della marcia (“marcia antalgica”) e per tale motivo devono essere ispezionati attentamente dita dei piedi, unghie, struttura del piede, tutte le articolazioni delle estremità inferiori, la colonna vertebrale e le sue anomalie strutturali [6].

Nei pazienti collaboranti si dovrebbe cercare la dismetria a entrambi gli arti superiori, se l'indice manca il bersaglio può

essere dovuto non solo a disfunzione cerebellare (associata ad adiadococinesia) ma anche a debolezza o alterazione del visus. Nei pazienti con diplopia, ciascun occhio e i suoi movimenti dovrebbero essere valutati in maniera individuale, coprendo un occhio alla volta. Una ptosi palpebrale è da ricondurre a una sindrome di Horner o a compromissione del terzo nervo cranico. Per identificare la debolezza dell'arto si può chiedere al paziente di eseguire la manovra di Mingazzi-

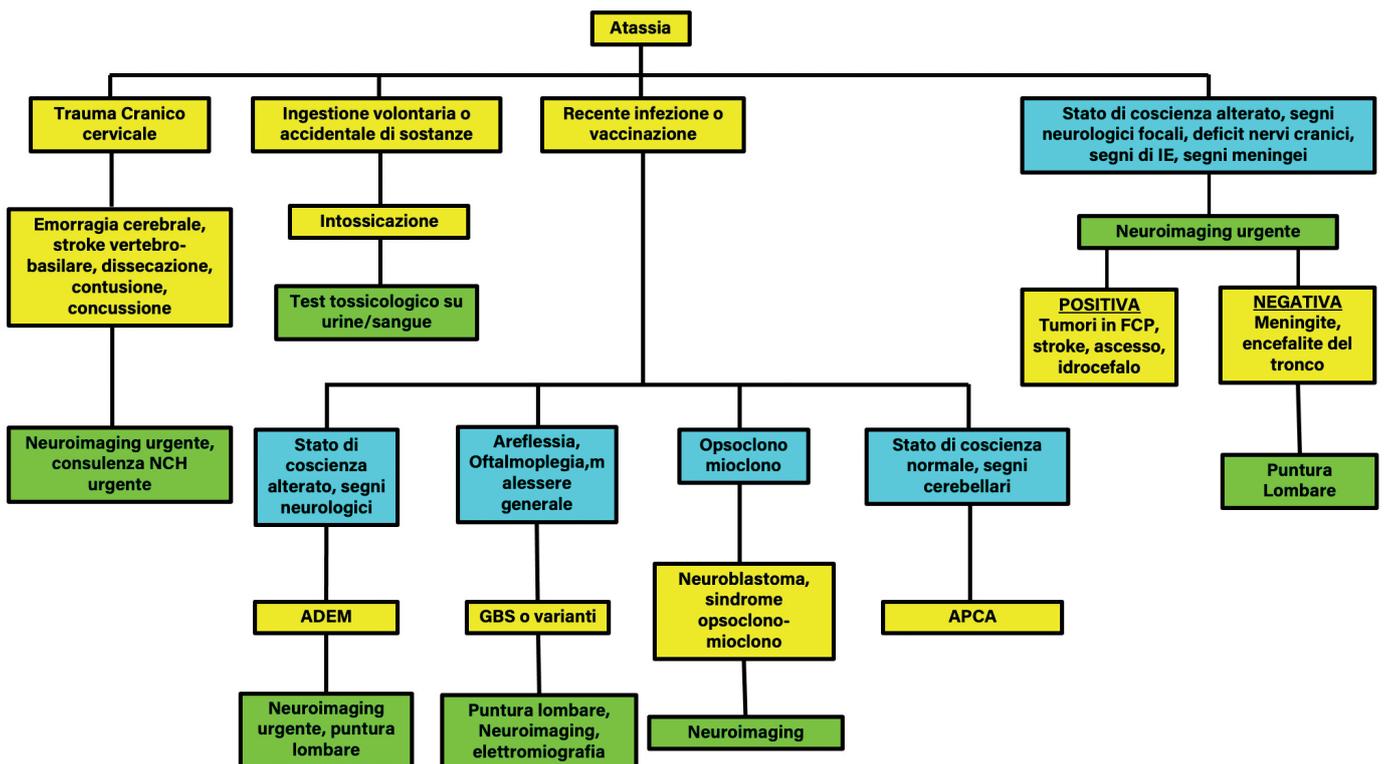


Figura 3. Algoritmo atassia acuta.

Tabella 6. Segni cerebellari

Marcia	Base ampia, barcollante, instabile
Linguaggio	Fluttuazioni della chiarezza, del ritmo, del tono, del volume e della scansione delle parole
Occhi	Nistagmo, dismetria delle saccadi, inseguimento a scatti
Postura sostenuta	Vacillamento del tronco e del capo, tremori ritmici agli arti
Movimenti degli arti	Tremore intenzionale: perpendicolare alla direzione dell'intenzione che peggiora all'avvicinarsi all'obbiettivo Dismetria: superamento o non raggiungimento del target (prova indice-naso e tallone-ginocchio) Adiadococinesia: espressa come difficoltà all'esecuzione rapida di movimenti alternanti (es. pronosupinazione delle mani)
Ipotonia e riflessi pendolari	Dopo l'elicitazione dei ROT si assiste a un'oscillazione dell'arto "a pendolo"
Modifiche comportamentali	Compromissione delle funzioni esecutive: pianificazione, cambiamenti delle impostazioni, fluidità verbale, ragionamento astratto e memoria di lavoro Compromissione della consapevolezza dello spazio: organizzazione e memoria visivo spaziale Cambiamenti della personalità: riduzione dell'affettività, comportamenti disinibiti o inappropriati Deficit del linguaggio: agrammatismo, disprosodia

ni (l'esame è positivo in caso di comparsa di slivellamento). L'esecuzione del test di Romberg, che si esegue facendo stare il bambino in posizione eretta con le braccia lungo i fianchi e i talloni uniti ci può indirizzare verso una atassia sensoriale (oscillazione o franca caduta da una parte all'altra a occhi chiusi) o un'atassia cerebellare (oscillazione o franca caduta sia a occhi aperti che chiusi). L'assenza dei riflessi osteotendinei profondi (ROT) deve far porre il sospetto di GBS; in generale la ricerca dei ROT come anche l'asimmetria dei riflessi e la capacità o incapacità a camminare sulla punta dei piedi richiedono cautela nella loro interpretazione e vanno usati a supporto dell'evidenza di sospetti processi sottostanti centrali o periferici, suggerendo inoltre la presenza di compromissione motoria o sensoriale. Per esempio, riflessi vivaci asimmetrici da soli possono essere patologici o possono essere artefatti legati alla posizione del paziente e ancora riflessi esagerati con atrofia e debolezza ipsilaterali suggeriscono coinvolgimento corticospinale cronico.

La diagnosi differenziale della scarsa coordinazione include disordini del movimento di origine extrapiramidale, ingestione di sostanze tossiche, effetti collaterali di farmaci, epilessia, debolezza muscolare, spasticità, patologie muscoloscheletriche, disordini psicogeni ricordando che l'atassia è solo una delle cause di scarsa coordinazione [13].

Esami di laboratorio

Quali	Quando
Emocromo con formula, ALT, GGT, creatinina, glicemia, urea, elettroliti, emogasanalisi	Esami standard in tutti i casi di atassia
Tossicologico su sangue e urine	Alterazione acuta dello stato mentale, depressione acuta dello stato di coscienza, segni/sintomi di toxidromes
Piruvato, lattato, ammonio, acidi organici plasmatici e urinari	Sospetto di malattia metabolica
Liquor	Iperprotidorrachia (ACA, ADEM e sclerosi multipla), sospetta infezione del SNC, dissociazione albumino-citologica (SBS e Miller Fisher)
Catecolamine urinarie	Sospetto neuroblastoma (sindrome opsiclono-mioclono)

Indagini strumentali

Quali	Quando
RMN encefalo e midollo spinale	Alterato stato di coscienza, segni neurologici focali, coinvolgimento nervi cranici, atassia asimmetrica, sosp neoplasie, anamnesi positiva per trauma
TC (solo in caso di patologie "life threatening")	Trauma cranico severo, segni di ipertensione endocranica, sospetto stroke, segni di erniazione (asimmetria pupillare), grave depressione dello stato di coscienza
EEG	Convulsioni, sospetta malattia metabolica o intossicazione acuta
Studio della conduzione nervosa	Non in acuto, utili per escludere SGB
Elettromiografia	Non in acuto, utili per escludere SGB
Fundus	Segni di ipertensione endocranica

Messaggi chiave

- Verificare la diagnosi di atassia.
- Localizzare la lesione. Segni unilaterali o prevalentemente cerebellari della linea mediana possono indicare una patologia del cervelletto. Considerare una RMN.
- Classificarne il decorso: acute, sub-acute, episodiche e progressive.
- Verificare la presenza di segni clinici extra cerebellari per restringere la diagnosi differenziale.
- Per le forme acute/subacute verosimilmente atassie acquisite valutare l'assunzione volontaria o involontaria di farmaci o tossici, segni di infezione o infiammazione.
- Per le atassie statiche, monitorarle clinicamente ed eseguire una RMN.
- Per tutte le altre forme di atassia che possono avere una causa genetica indagare la storia familiare esaminare anche genitori e fratelli.
- Richiedere solo i test che servono e se possibile indirizzare le indagini genetiche o molecolari verso uno specifico sospetto clinico anche con l'aiuto del genetista.
- Nel caso di un fenotipo neurologico non chiaro avvalersi della consulenza del neurologo.
- Atassia acuta con bandierine rosse (di solito per problemi nel SNC): alterato stato di vigilanza, vomito, cefalea, alterazioni del visus.

Trattamento

L'AA in sé non ha un trattamento specifico che dipende essenzialmente da quello della causa scatenante. Tuttavia si può presentare la necessità di instaurare un trattamento per sintomi associati (convulsioni, disturbi del sonno, depressione, ansia) e deve essere valutata anche l'utilità di un intervento riabilitativo. Generalmente, L'AA non richiede trattamenti prolungati ma, in tutti i casi, sarà utile prevedere un follow up di 2-4 settimane, tenendo a mente che la gran parte delle AA in età pediatrica sarà a prognosi favorevole.

Conclusioni

L'atassia è un sintomo relativamente comune in età pediatrica ma rappresenta solo una delle possibili cause di incoordinazione dei movimenti e di scarso equilibrio nel bambino. Riconoscere ed escludere altre cause e condizioni "simulatrici" di atassia così come caratterizzare i diversi tipi di atassia (cerebellare, vestibolare o sensoriale) sarà fondamentale per intraprendere un corretto e tempestivo trattamento della causa scatenante. ■

Bibliografia

1. Fogel BL. Childhood cerebellar ataxia. *J Child Neurol.* 2012 Sep;27(9):1138-1145.
2. Ryan MM, Engle EC. Acute ataxia in childhood. *J Child Neurol.* 2003 May;18(5):309-316.
3. Whelan HT, Verma S, Guo Y, et al. Evaluation of the child with acute ataxia: a systematic review. *Pediatr Neurol.* 2013 Jul;49(1):15-24.
4. Petley E, Prasad M, Ojha S, Whitehouse WP. Investigating ataxia in childhood. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2020 Aug;105(4):214-221.
5. Musselman KE, Stoyanov CT, Marasigan R, et al. Prevalence of ataxia in children: a systematic review. *Neurology.* 2014 Jan 7;82(1):80-89.
6. Overby P, Kapklein M, Jacobson RI. Acute Ataxia in Children. *Pediatr Rev.* 2019 Jul;40(7):332-343.
7. Garone G, Reale A, Vanacore N, et al. Acute ataxia in paediatric emergency departments: a multicentre Italian study. *Arch Dis Child.* 2019;104:768-774.
8. Caviness JN, Brown P. Myoclonus: current concepts and recent advances. *Lancet Neurol.* 2004;3:598-607.
9. Bhatia P, Heim J, Cornejo P, et al. Opsoclonus-myoclonus-ataxia syndrome in children. *J Neurol.* 2022;269:750-757.
10. Pavone P, Praticò AD, Pavone V, et al. Ataxia in children: early recognition and clinical evaluation. *Ital J Pediatr.* 2017;43:6.
11. Caffarelli M, Kimia AA, Torres AR. Acute Ataxia in Children: A Review of the Differential Diagnosis and Evaluation in the Emergency Department. *Pediatr Neurol.* 2016 Dec;65:14-30.
12. Agrawal D. Approach to the child with acute ataxia. *UpToDate* October 2022
13. Martin S, Salman MS. Assessing Children with Poor Coordination Can Be Tricky. A Review on Ataxia and Ataxia Mimickers and a Study of Three Children with Severe Epilepsy. *J Multidiscip Healthc.* 2021;14:3331-3341.
14. Topjian AA, Raymond TT, Atkins D, et al. Pediatric Basic and Advanced Life Support Collaborators, 4. Pediatric Basic and Advanced Life Support. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2020 Oct 20;142(16_suppl_2):S469-S523.
15. Van de Voorde P, Turner NM, Djakow J, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation.* 2021;161:327-387.

giovanna.lafauci@aovr.veneto.it

blister

Le guide scritte funzionano? Dai giochi magnetici una preoccupante considerazione

I magneti ad alta potenza, tra i tanti usi, sono tra i componenti di molti giochi per bambini. I danni gravi causati dalla loro ingestione hanno fatto sì che in USA i giochi con magneti siano stati ritirati dal commercio nel 2012, ma il legislatore ne ha permesso nuovamente la distribuzione nel 2016 con l'assicurazione da parte dei produttori che fossero ben visibili le scritte sulla pericolosità dei magneti se ingeriti.

Un'indagine retrospettiva ha indagato i bambini che hanno ingerito magneti in USA. L'età media dei bambini era 7,5 anni ma l'ingestione dei magneti è risultata sostanzialmente presente a ogni età pediatrica. Tuttavia la parte che ci preme sottolineare di questo studio è la non consapevolezza dei genitori del rischio dei magneti, nonostante l'obbligo di avvertenze scritte sulle confezioni indicanti il rischio per i bambini dell'utilizzo dei giochi di magneti: il 90% dei genitori o non aveva letto le indicazioni di rischio pur avendole viste o non sapeva se queste avvertenze erano presenti nella confezione. La maggior parte dei genitori era convinta che i magneti fossero un gioco valido e sicuro per bambini e non sapeva o non si ricordava del precedente periodo di ritiro dal commercio di questi oggetti.

Il punto che ci interessa maggiormente non è tanto la questione legale sulla permanenza in commercio dei magneti (le industrie erano riuscite a rimettere in commercio questi giochi convincendo il legislatore che le avvertenze scritte sulla confezione erano sufficienti a rendere sicuro il prodotto) ma la scarsa attitudine dei genitori a leggere. Per un genitore che legge i nostri consigli scritti – per stare a questo studio – abbiamo nove genitori che non riusciamo a raggiungere con questo mezzo. Le guide scritte, molto utilizzate per l'educazione del paziente, se utilizzate in un contesto universalistico hanno un'elevata probabilità di non essere lette. Insomma, offrire a tutte le famiglie un materiale scritto senza un adeguato colloquio vis-à-vis può non garantire il successo dell'obiettivo di raggiungere efficacemente i genitori con informazioni utili sull'educazione dei bambini.

1. Middelberg LK, Leonard JC, Shi J, et al. Warning Labels and High-Powered Magnet Exposures. *Pediatrics.* 2022 Nov 1;150(5):e2022056325.

Bambini, schermi e benessere

Indicazioni dalla ricerca, motivazioni dei genitori e ruolo del pediatra di famiglia

Marco Grollo¹, Sonia Zanor², Chiara Oretti², Alice Di Leva³, Tiziano Gerosa⁴

¹ Formatore e consulente, associazione Media Educazione Comunità; ² Pediatra di famiglia; ³ Pedagogista, Università di Torino; ⁴ Ricercatore e sociologo, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI)

Si riportano alcune evidenze scientifiche documentate sulle correlazioni tra utilizzo degli schermi e sviluppo del bambino, in particolare nei primi anni di vita e poi nella prima infanzia, derivanti dalle principali pubblicazioni disponibili nel contesto italiano ma anche da alcune recenti ricerche svolte in ambito internazionale. Si indagano le principali motivazioni dei genitori rispetto alle abitudini di utilizzo dei dispositivi digitali nell'ambito familiare e l'importanza per i genitori di avere delle indicazioni su questo tema. Si ribadisce il ruolo fondamentale che il pediatra di famiglia è chiamato a svolgere anche in questo campo, informando i genitori circa gli effetti che gli schermi possono avere sui bambini e promuovendo un utilizzo consapevole e attivo degli stessi.

Premessa

Gli schermi digitali fanno parte dell'ambiente di vita del bambino dalla nascita. I genitori utilizzano quotidianamente i dispositivi digitali, in particolare lo smartphone che è diventato un oggetto per tutti indispensabile, e dunque vengono indagati da sempre più numerose ricerche gli effetti di questa presenza nelle relazioni personali e familiari, in particolare rispetto alle prime fasi di sviluppo del bambino, data la tendenza all'anticipo dell'esperienza di utilizzo degli schermi fin dai primi anni di vita. Vedremo in questo articolo alcune recenti ricerche sulle correlazioni tra utilizzo degli schermi e le sue conseguenze in alcune aree dello sviluppo del bambino, in particolare nella fascia 0-6 anni; le principali motivazioni alla base dei comportamenti dei genitori in questo ambito; infine come il pediatra di famiglia può avere un ruolo nella promozione di un utilizzo critico e consapevole degli schermi nelle abitudini familiari.

Schermi e bambini: cosa dice la ricerca rispetto all'impatto sul benessere e sulle relazioni

Utilizziamo il termine "schermi" come riassuntivo di quanto la letteratura internazionale intende quando parla di tecnologie digitali, quindi includendo oggetti tra loro molto diversi, come smartphone, tablet, computer, e-book, ma anche televisione (ora smart-tv) o pc: tutti strumenti che comprendono comunque l'interazione con uno schermo.

Proprio in quanto oggetto che cattura lo sguardo, e quindi l'attenzione, lo schermo di per sé interviene nella relazione. Sia nella relazione con altre persone, quando utilizzato in pre-

senza di familiari, amici, conoscenti o persone comunque vicine fisicamente, sia nella relazione con l'ambiente esterno – chi guarda uno schermo tende a isolarsi e a non percepire più gli stimoli ambientali – sia nella relazione con se stessi – si viene catturati emotivamente e dunque distratti dal proprio mondo interiore, stimoli e bisogni compresi.

Ciò che dovrebbe, oggi, diventare assunto nel lavoro pedagogico e clinico con la prima infanzia è la dimensione del fenomeno nella nostra società:

- gli schermi sono presenti nel 98% delle case in cui vive un bambino al di sotto degli otto anni e questa ampia diffusione, definita addirittura "media revolution", ha conosciuto una notevole spinta negli ultimi quattro anni;
- l'84% dei bambini sotto gli otto anni utilizza uno schermo fin dalla prima infanzia [1].

Le conseguenze di questa presenza e gli effetti sullo sviluppo e sul benessere del bambino sono stati anche per questo oggetto di numerose ricerche, presenti in varie pubblicazioni che si sono susseguite negli ultimi anni, anche nel contesto italiano. Vediamo di seguito le principali correlazioni emerse, e alcuni contenuti significativi, in particolare rispetto alla fascia 0-6 anni, relativamente all'uso degli schermi da parte dei bambini, ma anche dei genitori.

Utilizzo dei device da parte dei bambini

Nel 2018, la Società Italiana di Pediatria, pubblicando le prime linee guida sull'uso dei media device (cellulare, smartphone, tablet, pc, ecc.) nei bambini da 0 a 8 anni, citava ricerche e studi che evidenziavano come l'esposizione precoce agli schermi produce effetti dannosi, in particolare rispetto alle interazioni con lo sviluppo neurocognitivo, con l'apprendimento, con il benessere generale ma anche con fondamentali fattori di sviluppo fisico come la vista, l'udito e le funzioni metaboliche e cardiocircolatorie [2]. Le indagini internazionali riportano un aumento costante negli anni dell'utilizzo dei dispositivi nella prima infanzia, e anche in Italia, per esempio, l'80% dei bambini dai 3 ai 5 anni è capace di usare lo smartphone dei genitori e il 30% dei genitori dichiara di utilizzare i media per calmare i bambini durante il primo anno di vita e il 70% durante il secondo anno [3].

In un recente studio realizzato in Inghilterra con bambini di età compresa tra i 3 e 5 anni, relativo all'utilizzo dei dispositivi mobili e alle applicazioni da loro più comunemente utilizzate (YouTube, YouTube Kids, Siri e servizi di streaming video) è risultato che l'utilizzo medio giornaliero di ogni bambino è 115,3 minuti al giorno, con il 14,9% dei bambini oggetto del campione che ha registrato una media di utilizzo di oltre 4 ore al giorno [4]. Da rilevare che questa ricerca è stata la prima condotta utilizzando i dati mobili dai dispositivi degli stessi bambini: i ricercatori hanno inserito un'applicazione di rilevamento passivo (Chronicle) nei dispositivi utilizzati dai bambini coinvolti nello studio e questo ha permesso una raccolta dei dati molto più accurata rispetto ai metodi di ricerca tradizionali.

Riassumendo, rispetto alla fascia 0-6 anni, le tendenze sembrano molto evidenti: anticipo dell'esperienza di utilizzo nei primi anni di vita, aumento del tempo di esposizione agli schermi dei bambini, genitori (come vedremo) spinti alla connessione permanente, conseguenze documentate nello sviluppo neurocognitivo e psicofisico dei bambini.

Nelle successive fasce di età, una esauriente e articolata sintesi delle evidenze scientifiche è riportata nel recente volume del neuropsicologo Michel Desmurget *La fabrique du Creten Digital* cui si rimanda. Sono infatti riportati oltre mille studi aggiornati sul tema, offrendo dunque un'ampia, aggiornata e robusta panoramica della ricerca riguardante gli effetti della presenza degli schermi, e dei media digitali in genere, nella vita di bambini e ragazzi. L'autore peraltro pone correttamente

questo argomento come tema di salute pubblica – approfondendo in particolare le correlazioni tra utilizzo degli schermi e tre argomenti centrali come il sonno (bambini e adolescenti che usano gli schermi ritardano il momento del sonno e dormono quindi meno ore), l'apprendimento (nonostante il multitasking, la capacità di attenzione e i risultati di performance cognitiva sono sempre più in diminuzione) e la sedentarietà (gli schermi impedendo il movimento sono causa di moltissimi problemi di salute) [5]. Vengono correttamente riportati anche studi relativi ad aspetti positivi che l'utilizzo degli schermi può introdurre (dai due anni in avanti); tuttavia si tratta di vantaggi che riguardano quasi esclusivamente la sfera cognitiva e che non sono comparabili né in termini quantitativi né in quelli qualitativi a quanto documentato come elemento di ostacolo in molti fondamentali ambiti dello sviluppo generale.

Utilizzo dei device da parte dei genitori

Già dal 2016 un'indagine del Centro per la Salute del Bambino di Trieste aveva evidenziato che i bambini vengono a contatto con gli schermi in età molto precoce, addirittura nei primi mesi di vita e che una percentuale rilevante di genitori, un terzo, dichiarava di utilizzarli per la regolazione emotiva (calmare il pianto del bambino, tenerlo buono) a partire dal primo anno di vita e in misura crescente in seguito. Gli studi riportati in questa indagine evidenziavano, in particolare nella fascia 0-2 anni, l'assenza di ogni tipo di vantaggio derivante dall'utilizzo degli schermi ma, al contrario, correlazioni a disturbi del sonno, disturbi socioemotionali (comportamenti aggressivi, ansia e irritabilità), riduzione dell'empatia, presenza di ritardi nello sviluppo del linguaggio [6]. Studi più recenti si sono concentrati sugli aspetti relazionali, centrali per lo sviluppo del bambino in particolare nei primi anni di vita.

Uno studio del 2020 ha rilevato che i genitori che usano lo smartphone sono meno reattivi nei confronti dei loro figli piccoli (0-5 anni) e che le probabilità che i genitori rispondano all'offerta di attenzione del loro bambino sono cinque volte inferiori rispetto a quando non lo utilizzano. Le risposte di questi genitori erano meno tempestive, più deboli, poco significative dal punto di vista affettivo [7].

Un'altra ricerca ha indagato l'interruzione delle relazioni mamma-bambino, utilizzando il paradigma classico del volto inespressivo della madre (Still Face Paradigm) con 50 bambini tra i 7 e i 23 mesi ma introducendo come variabile l'uso del cellulare, e riproducendo quanto accade comunemente nella vita di ogni giorno in molti contesti familiari. A una prima fase gioco libero tra madre e bambino, della durata di 5 minuti, seguiva una interruzione dell'attività da parte della madre che prendeva il cellulare e smetteva di giocare con il bambino, ignorandolo per due minuti, e una terza fase di ripresa della relazione visiva e relazionale della madre, la quale smetteva di usare lo smartphone e ricominciava a interagire con il bambino. Nella fase di "distacco digitale" della madre, le reazioni rilevate dei bambini sono state di forte disagio e disturbo, come nella situazione classica. I bambini, inoltre, anche nella fase di ripristino della comunicazione, rimanevano disturbati e a disagio per un tempo maggiore rispetto alla situazione classica. Le conclusioni dei ricercatori attestano che l'uso frequente di strumenti digitali da parte delle madri riduce la qualità della comunicazione madre-bambino e ha un forte impatto sulla regolazione emotiva dei bambini e sulla qualità della comunicazione espressivo-emotiva [8].

Attenzione, co-regolazione e responsività, che sono particolarmente significative nei primi anni di vita del bambino, sono alterate dalle continue e ripetute interruzioni nella relazione diretta tra bambino e caregiver; questo ha un impatto sullo sviluppo cognitivo, emotivo e anche sullo sviluppo del linguaggio [9].

Negli ultimi anni, infine, si è data particolare attenzione all'impatto degli schermi sui comportamenti genitoriali nei primi anni di vita: questo perché la comparsa degli smartphone nelle abitudini quotidiane dei neogenitori sta dando luogo a una serie di pratiche fino a pochi anni fa inesistenti. Molte ricerche indagano l'utilizzo dello smartphone durante l'allattamento, comportamento per il quale è stato coniato di recente il termine *brexting* – derivato dall'unione di *breastfeeding* (allattamento al seno) e *texting* (invio di sms o messaggi); altre sono dedicate alla *technoference* – altro termine che indica le interruzioni nelle relazioni causate dalla tecnologia. Viene documentato e studiato in modo via via crescente il tema sempre delle sempre più frequenti interruzioni delle relazioni faccia a faccia, causata dal richiamo costante delle notifiche dello smartphone e dalla necessità psicologica degli adulti (quindi anche dei genitori) di essere sempre connessi alla rete. Le ricerche documentano che questi comportamenti generano una diminuzione della qualità della relazione e un aumento del disagio infantile [10]. La ricerca documenta molto chiaramente che "il fattore più importante nello sviluppo sano di un bambino è un rapporto genitore-figlio positivo, caratterizzato da interazioni calde e amorevoli in cui i genitori e altri caregiver rispondono in modo sensibile alle indicazioni del loro bambino e forniscono attività adatte all'età che nutrono curiosità, esplorazione e apprendimento" [11].

Dunque l'utilizzo frequente e ripetuto degli schermi nei primi anni di vita del bambino, togliendo tempo alla relazione diretta e modificandone la qualità, diventa fattore di ostacolo alla sicurezza del bambino, al suo benessere psicofisico e in generale al suo sviluppo.

Comportamenti e motivazioni dei genitori

Indagare i comportamenti dei genitori e le loro motivazioni può essere molto utile soprattutto in un'ottica pedagogica, che è quella dalla quale muoviamo e che mira a trasformare i dati di ricerca in indicazioni utili a promuovere il benessere digitale dei bambini, non solo limitando l'esposizione agli schermi, ma cercando di sviluppare comportamenti di utilizzo attivo e consapevole dei dispositivi digitali. Pur non essendo una specifica area di ricerca dedicata all'analisi dei comportamenti dei genitori nell'ambito del digitale, possiamo dedurre le principali motivazioni dai numerosi studi esistenti.

Abbiamo visto che una percentuale di genitori ammette di usare le tecnologie per tenere buoni i bambini già nel primo anno di vita, e in misura crescente in seguito [6]. Quindi per farli smettere di piangere, per distrarli, per evitare di disturbare altri adulti in situazioni di socialità (mezzi pubblici, ristoranti, uffici pubblici, studi pediatrici, ecc.). I genitori inoltre danno ai loro bambini i dispositivi digitali quando devono occuparsi delle faccende di casa, a tavola e anche per metterli a letto [2]. Qui vengono chiamate in causa l'organizzazione familiare e in genere la mancanza di tempo, ma anche le abitudini degli stessi genitori – se sono soliti usare a tavola i loro smartphone, oppure se hanno abituato i bambini a mangiare davanti a un tablet o con la tv accesa. Infine, lo schermo viene anche utilizzato come oggetto di gratificazione (il video prima di andare a dormire), integrando o sostituendo la lettura della favola.

Su quest'ultimo tema, riguardante le routine di addormentamento, nel progetto *DataChildFutures* dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, è emerso che su un campione di bambini di età compresa fra 0 e 8 anni il 46% delle famiglie intervistate possedeva assistenti vocali (*smart speakers*) e che di questi il 43% li utilizzava per raccontare storie della buonanotte ai figli [12].

Dunque mentre stiamo ragionando di effetti degli schermi sul benessere dei bambini, la tecnologia ha già superato il tema e aperto un nuovo capitolo, tutto da esplorare: l'arrivo dell'in-

telligenza artificiale e la presenza di oggetti relazionali (gli assistenti vocali ma anche i giocattoli connessi, che ascoltano, e parlano) nelle case e nella vita domestica, e come questa nuova presenza impatti sulle relazioni e sui bambini. La ricerca sta muovendo in questo ambito i primi passi per indagare le interazioni tra i bambini e questi dispositivi relazionali [13].

A tutte queste motivazioni dei genitori, connesse ad aspetti organizzativi e gestionali delle routine familiari, si aggiungono quelle di ordine psicologico.

Per prima cosa i genitori riferiscono di utilizzare gli schermi per far fronte alle difficoltà relazionali, di alimentazione dei bambini, ma anche per rimanere produttivi anche durante i momenti di accudimento e poter restare connessi con altre persone. Inoltre dichiarano di usare le tecnologie per alleviare lo stress delle cure parentali e per ricavare del tempo per se stessi [14].

Quindi cercano di rendere meno pesante l'impegno (e la fatica) relazionale.

Dare da mangiare a un bambino può risultare più semplice mettendogli uno schermo davanti; far vedere un video, anche di pochi minuti, permette di avere quel tempo a propria disposizione; inoltre un bambino silenzioso è socialmente più accettabile di uno rumoroso, e crea meno imbarazzo.

Una volta consolidate, queste abitudini diventano molto difficili da modificare. Tendono inoltre a togliere al genitore stesso, insieme alla fatica, anche la bellezza della relazione e in particolare ridurre l'imprevedibilità delle reazioni dei bambini (con il cibo, con il gioco) potenzialmente molto gratificanti. Di questo, peraltro, il genitore si priva talvolta in modo inconsapevole.

In secondo luogo, emerge con forza per i genitori il richiamo sociale alla connessione continua e alla produttività. Restare attivi, per esempio anche quando si nutre il bambino, e dimostrarsi sempre disponibili e connessi sembra essere un imperativo sociale sempre più diffuso, soprattutto con l'avvento della connettività mobile. Il controllo dei dispositivi (quindi l'attenzione) deve essere frequente perché le risposte devono essere immediate, le persone sempre disponibili e presenti [15].

Da ultimo, queste motivazioni dei genitori (di ordine sia organizzativo/gestionale che psicologico/relazionale) vanno integrate con quelle generali e di contesto, sempre utili da tenere presente. La teoria degli usi e gratificazioni (Uses and gratification Theory, UGT) ci offre una buona sintesi di queste motivazioni generali di utilizzo dei media digitali, sintetizzandole in cinque grandi aree – nelle quali peraltro è abbastanza agevole riconoscersi:

1. area delle necessità cognitive (acquisire informazioni e conoscenze);
2. area delle necessità affettive (rinforzare legami ed esperienze di tipo affettivo ed emotivo);
3. area delle necessità di integrazione personale e dell'identità (rinforzare la propria credibilità e il proprio status);
4. area della necessità di integrazione sociale (mantenere i contatti con amici, familiari e con il mondo);
5. area della necessità di distrazione (rilassarsi, concedersi una pausa, allentare la tensione).

Dunque i media digitali sono sempre pronti a fornire una risposta immediata ad alcuni bisogni comuni assai radicati; la spinta a utilizzare in modo frequente i dispositivi è così sempre più forte, crea abitudini che tendono a consolidarsi, e soprattutto non viene meno con l'arrivo di un bambino.

Il compito dei genitori in questo contesto è duplice: devono trovare un equilibrio personale ottimale tra i vantaggi che l'utilizzo della tecnologia soddisfa e gli svantaggi (primo dei quali è l'isolamento dal contesto relazionale prossemico/fisico quando si usano) ma poi anche capire come conciliare le richieste del bambino – di accudimento, di attenzione, di re-

lazione – continuando a utilizzare gli schermi, di cui non possono fare a meno.

In questa sfida il pediatra è chiamato ad avere un ruolo di accompagnamento e orientamento decisivo e centrale.

Il ruolo del pediatra di famiglia nell'educazione digitale dalla nascita

Poiché la ricerca documenta un impatto dei media digitali sullo sviluppo del bambino, in particolare nella fascia 0-6 anni, il pediatra di famiglia è chiamato a svolgere un ruolo di accompagnamento e prevenzione anche in questo ambito.

Introducendo questo nuovo argomento nei colloqui con i genitori, che godono della fiducia del proprio curante (chiedendo le abitudini di utilizzo dei vari dispositivi digitali, nei primi anni di vita e nelle successive fasce di età), il pediatra veicola l'importante messaggio che l'utilizzo degli schermi è un tema di salute per i figli.

Risulta poi fondamentale proporre alle famiglie indicazioni sui rischi derivanti dalla sovraesposizione agli schermi e sulle corrette modalità di utilizzo degli stessi.

Alcune indicazioni di tipo generale sono già state pubblicate dalla stessa Società Italiana di Pediatria italiana nel 2018 [2], poi confermate dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità [16] ma a queste possono essere affiancati consigli più specifici per le diverse fasce di età.

Nei primi sei mesi di vita è fondamentale dire al genitore che ci sono dei momenti relazionali fondamentali (l'allattamento, il contatto oculare e lo sguardo) nei quali lo smartphone può essere un elemento di interruzione della relazione, quindi di ostacolo al benessere del bambino. Può essere utile, molto semplicemente, consigliare di utilizzarlo solo quando il bambino dorme. Nei successivi sei mesi ribadire l'importanza dell'approccio al cibo, nel momento dello svezzamento, che deve essere un'attività di scoperta che il bambino deve fare senza utilizzare schermi; così come nelle uscite con il passeggino, nelle quali si deve invitare il bambino a osservare l'ambiente naturale, comprese le persone che gli si avvicinano, quindi offrendogli un oggetto da tenere in mano ma non il proprio smartphone o un altro schermo portatile. Nella fascia di età che segue, da uno a tre anni, suggerire al genitore di continuare a evitare di utilizzare gli schermi a tavola, di privilegiare il movimento fisico e di inserire nelle routine di addormentamento la lettura e i libri (che significano relazione diretta e voce narrante del genitore) e non la visione di video. Dai tre ai sei anni le indicazioni saranno invece orientate all'importanza dei limiti del tempo-schermo – visto che in molti casi si consolidano le esperienze di fruizione di video (arrivano i cartoni animati, ma anche i videogiochi, l'utilizzo di alcune app) e che questo tempo-schermo non deve superare un'ora al giorno, e in ogni caso essere sempre accompagnato e supervisionato dal genitore. In seguito (dai 6 ai 10 anni età) gli argomenti di dialogo con il genitore potranno essere l'accesso a internet, i videogiochi, il possibile arrivo dello smartphone e la necessità dell'accompagnamento e del controllo in questo ingresso del bambino nel mondo digitale. È molto importante anche suggerire di chiedere ciò che viene visto, di commentarlo insieme, di farne oggetto di conversazione e di confronto. Fondamentale resta, infine, l'indicazione dell'importanza dell'esempio personale e delle modalità di utilizzo degli strumenti che il genitore trasmette. Qui si richiama la necessità di rivedere le proprie abitudini digitali, in funzione dei bisogni del bambino.

Un esempio di questi consigli, strutturato e più articolato, si trova nel progetto Custodi Digitali, il primo in Italia riguardante l'educazione digitale familiare, realizzato in collaborazione tra MEC e i pediatri di famiglia della provincia di Pordenone, e successivamente esteso a tutta la Regione Friuli-Venezia Giulia.

Nel sito dedicato al progetto si può visionare lo schema di guida per i pediatri [17] dove queste indicazioni fase-specifiche sono suddivise per sei fasce di età, partendo dalla nascita. Il sito contiene anche una serie di sezioni con articoli, video di approfondimento e percorsi formativi.

L'obiettivo di questo progetto, oltre a riportare l'attenzione sui rischi documentati dalla ricerca e sulla necessità di introdurre delle limitazioni per proteggere la qualità della relazione e il benessere del bambino, mira a promuovere un utilizzo attivo, creativo e condiviso degli schermi e dei dispositivi digitali. Quindi non vi sono solo limiti e divieti, ma anche indicazioni per i genitori per utilizzare tali strumenti per attività pratiche da svolgere insieme ai bambini (fare foto, fare video, registrare voci e suoni, ecc.) e tentare quindi di modificare l'approccio passivo, secondo il quale gli schermi sono soprattutto un luogo dove mettere i bambini per farli stare buoni. Adottare questo nuovo tipo di prospettiva significa mostrarsi favorevoli rispetto all'utilizzo degli schermi da parte dei genitori, promuovendo un utilizzo più intenzionale e consapevole di uno strumento, a disposizione sia dell'adulto sia del bambino, al pari di ogni altro strumento presente in casa. Correlare questa presenza alle fasi evolutive dello sviluppo, consente di collocare i dispositivi digitali nella corretta dimensione, nella quale diventano un oggetto che deve essere utilizzato partendo dai bisogni dei bambini, dalle loro competenze e secondo i compiti evolutivi della loro specifica fascia di età.

Per attuare questo fondamentale lavoro informativo e preventivo, è fondamentale un'attività formativa specifica sul tema. Serve quindi un progetto sinergico tra le competenze del pediatra di famiglia, che si occupa delle diverse fasi del neurosviluppo del bambino, e alcune figure che possiedono competenze specifiche sui meccanismi di funzionamento e di ingaggio degli ambienti digitali nei quali fanno esperienze i bambini (YouTube, videogiochi, Social Media, ecc.), sulla dipendenza da internet e il cyberbullismo, quindi degli esperti di media education e dell'approccio educativo alla gestione dei media digitali in famiglia.

In attesa di interventi e programmi di salute pubblica auspicati dalla ricerca [18], nei quali anche i pediatri di famiglia possano formarsi, segnaliamo tra le attività formative disponibili in Italia il modulo formativo del programma Nati per Leggere dedicato alle nuove tecnologie e il percorso formativo del progetto Custodi Digitali in programma a partire da febbraio-marzo 2023 [19]. ■

Bibliografia

1. Rideout V, Robb MB. The Common Sense Census: Media use by kids age zero to eight. Common Sense Media, 2020.
2. Bozzola E, Spina G, Ruggiero M, et al. Media devices in pre-school children: the recommendations of the Ital J Pediatr. 2018 Jun 14;44(1):69.
3. Genta ML. Bambini digitali? Cosa significa davvero mettere in mano ai nostri piccoli cellulari e device. Rischi e opportunità da 0 a 6 anni. Franco Angeli, 2021: 38-39.
4. Radesky JS, Weeks HM, Ball R, et al. Young Children's Use of Smartphones and Tablets. Pediatrics. 2020 Jul;146(1):e20193518.
5. Desmurget M. Il cretino digitale. Rizzoli, 2019.
6. Balbinot V, Toffol G, Tamburlini G. Tecnologie digitali e bambini: un'indagine sul loro utilizzo nei primi anni di vita. Medico e Bambino. 2016;35:631-636.
7. Abeele MMP, Abels M, Hendrickson AT. Are Parents Less Responsive to Young Children When They Are on Their Phones? A Systematic Naturalistic Observation Study. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2020 Jun;23(6):363-370.
8. Myruski S, Gulyayeva O, Birk S, et al. Digital disruption? Maternal mobile device use is related to infant social-emotional functioning. Dev Sci. 2018 Jul;21(4):e12610.
9. Morris AJ, Filippetti L, Rigato S. The impact of parents' smartphone use on language development in young children. Child Development Perspectives. 23 mar 2022.
10. Ventura AK, Levy J, Sheeper S. Maternal digital media use during infant feeding and the quality of feeding interaction. Appetite. 2019 Dec 1;143:104415.

11. Canadian Paediatric Society. Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. Paediatr Child Health. 2017 Nov;22(8):461-477.
12. Gazzotti E. Una generazione governata dagli algoritmi e dai dati. Secondo tempo. Università Cattolica del Sacro Cuore, 2021.
13. Druga S, Williams R, Breazeal C, et al. "Hey Google it it OK if I eat you?" Inizial exploration in Child Agent Interaction. ACM Digital Library, 2017.
14. Sarah M, Coyn S, Shawcroft J, et al. Digital distraction or accessible aid? Parental media use during feedings and parent-infant attachment, dysfunction, and relationship quality. Computers in Human Behavior. 2022;27.
15. Abeele MV, De Wolf R, Ling R. Mobile Media and Social Space: How Anytime, Anyplace Connectivity Structures Everyday Life. Media and Communication. 2018.
16. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. World Health Organization, 2019.
17. Grollo M (a cura di). Custodi Digitali. Schema di guida a uso dei pediatri per un dialogo coi genitori sull'utilizzo consapevole dei media. Associazione MEC, 2020.
18. Oh C, Carducci B, Vaivada T. Interventions to promote physical activity and healthy digital media use in children and adolescents: a systematic review. Pediatrics. 2022 May 1;149(Suppl 5):e20210538521.
19. Il programma del corso è consultabile nella sezione del sito dedicata alle iniziative formative, www.custodidigitali.it/formazione-educazione-ai-media/.

La mastite neonatale

Francesco Accomando^{1,2}, Melodie O. Aricò¹, Enrico Valletta¹

¹ UO Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì;

² Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Bologna

La mastite in età neonatale è un processo infiammatorio generalmente causato da un'infezione della ghiandola mammaria, spesso sostenuta da uno *Staphylococcus aureus*. È importante riconoscere e trattare l'infezione con terapia antibiotica parenterale per evitare le possibili complicanze. In caso di diagnosi tardiva, terapia non adeguata o ascessualizzazione della lesione, può essere necessario il trattamento chirurgico. Viene qui descritto il decorso clinico di tre casi di mastite neonatale.

Mastitis in neonatal age is an inflammatory process generally caused by an infection of the mammary gland, often sustained by a "Staphylococcus aureus". It is important to recognize and treat the infection with parenteral antibiotic therapy to avoid possible complications. In case of late diagnosis, inadequate therapy, or abscess, surgical treatment may be necessary. The clinical course of three cases of neonatal mastitis is described here.

La mastite è un processo infiammatorio a carico della ghiandola mammaria, per lo più sostenuto da un'infezione. Nelle ultime fasi della gravidanza, il tessuto mammario del feto è ben sviluppato ed esposto all'influenza ormonale materna: la caduta dei livelli degli estrogeni circolanti, a fine gestazione, porta al rilascio di prolattina dall'ipofisi del neonato che induce un aumento volumetrico della ghiandola [1]. Alla nascita, fino al 70% dei neonati a termine e late preterm può presentare un'ipertrofia mammaria. I neonati moderatamente o estremamente prematuri sono invece più raramente interessati da questa condizione [1-2].

L'ipertrofia mammaria può facilitare la risalita di microrganismi, naturalmente presenti sulla cute, attraverso il capezzolo e i dotti galattofori, fino al tessuto ghiandolare. Questo spiegherebbe l'incidenza significativamente maggiore di mastite nei neonati a termine e late preterm rispetto alle condizioni di maggiore prematurità nelle quali lo sviluppo mammario appare ancora ridotto [2].

La mastite neonatale si manifesta intorno alla seconda-terza settimana di vita con una frequenza comparabile nei due sessi; successivamente si fa più frequente nelle femmine (F:M=2-3,5:1) in ragione di una maggiore persistenza della fisiologica ipertrofia mammaria [2-3]. La possibile evoluzione verso un vero e proprio ascesso ha, invece, un picco di incidenza lievemente più tardivo, intorno alla terza-quarta settimana. Descriviamo di seguito tre situazioni cliniche di mastite che hanno avuto decorso e trattamento in parte differente ma, in tutti i casi, esito favorevole.

Una mastite particolarmente "resistente"

Ci viene portato in pronto soccorso un lattante di tre mesi – di origine nigeriana, nato a termine – con una tumefazione iperemica della regione mammaria destra [Figura 1], in assenza di febbre e in buone condizioni generali. Agli esami riscontriamo: GB 18580/mmc, N 7630/mmc (41,1%), L 8640/mmc (46,5%), PCR 16,6 mg/L. Si ricovera e, verificata la difficoltà nel repe-



Figura 1. Una mastite particolarmente "resistente".

rrire un accesso venoso, avviamo una terapia orale con amoxicillina-clavulanato. Il giorno successivo compare febbre non elevata con persistenza della tumefazione mammaria, per cui impostiamo una terapia con ceftriaxone intramuscolo. Al terzo giorno di trattamento, in assenza di apprezzabile miglioramento e avendo guadagnato un accesso venoso, aggiungiamo al ceftriaxone la clindamicina. Al sesto giorno di terapia, per l'organizzarsi della lesione in raccolta ascessuale, confermata all'ecografia, si procede a una ago-aspirazione con fuoriuscita di circa 5 ml di materiale purulento e immediata detensione della tumefazione. In attesa del risultato microbiologico e nel sospetto di un patogeno meticillino-resistente si sostituiscono gli antibiotici in corso – fino ad allora scarsamente efficaci dal punto di vista clinico – con la teicoplanina che porta alla sostanziale risoluzione del quadro in cinque giorni. Il coltura risulterà in seguito positivo per *Staphylococcus aureus* multi-sensibile. Il paziente proseguirà, a domicilio, la terapia antibiotica con amoxicillina-clavulanato per altri cinque giorni.

Una mastite che recidiva

Accede in pronto soccorso una neonata di 25 giorni di vita – di origine nigeriana, nata alla 41a settimana di gestazione – per recidiva di mastite in sede mammaria destra. Era stata precedentemente ricoverata per un quadro clinico analogo una settimana prima e trattata con ampicillina e gentamicina, seguite da antibiotico orale a domicilio per un totale di sette giorni con apparente risoluzione del quadro. Alla visita, si apprezza persistenza di una tumefazione calda e arrossata in regione mammaria con verosimile ascessualizzazione [Figura 2]. Agli esami ematici: GB 15630/mmc, PCR 1,1 mg/L.



Figura 2. Una mastite che recidiva.

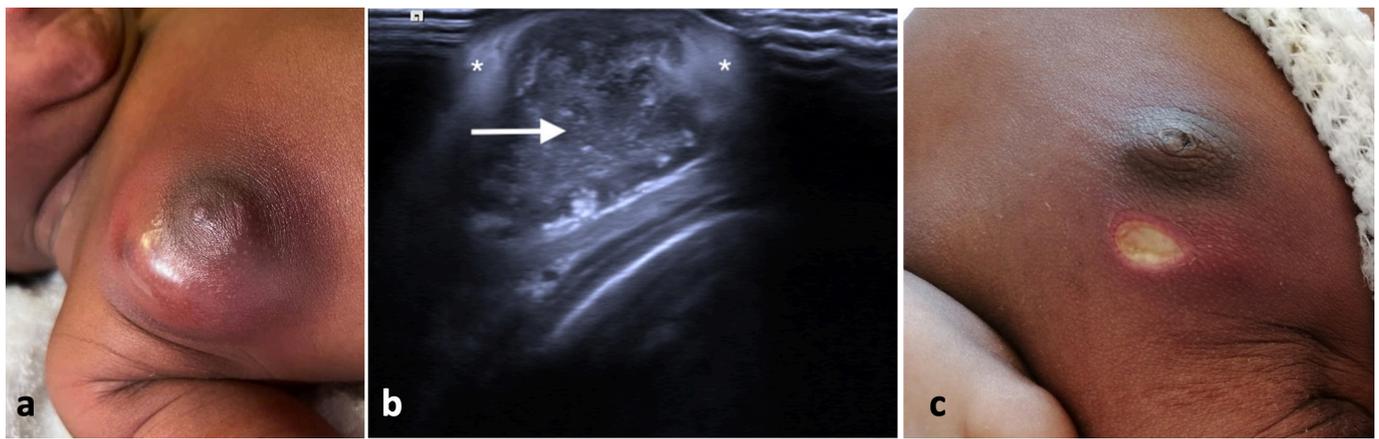


Figura 3. Mastite prima (a) e dopo (c) la fistolizzazione spontanea. Ecografia (b): raccolta con profilo irregolare a contenuto disomogeneo (freccia). Incremento dell'ecogenicità dei tessuti circostanti da reazione infiammatoria (asterischi).

La valutazione chirurgica conferma la presenza di un ascesso retro-areolare che viene inciso con evacuazione del materiale purulento, lavaggio della cavità e zaffatura. Viene trattata con teicoplanina per cinque giorni. Il colturale risulterà poi positivo per *Staphylococcus aureus* multi-sensibile. La neonata è dimessa in trattamento con amoxicillina-clavulanato per cinque giorni.

Una mastite con fistolizzazione spontanea

Si ricovera una neonata di 14 giorni di vita – di origine camerunese, nata a termine – con tumefazione in regione mammaria destra di circa 5 cm di diametro, di consistenza elastica con cute iperemica, lucida, sottile e in alcune zone più chiara come da raccolta purulenta sottostante [Figura 3a]. La temperatura corporea è 37,1 °C. L'ecografia [Figura 3b] mostra una raccolta sottocutanea a contenuto disomogeneo, non fluido, del diametro massimo di 3 cm e di spessore di circa 2 cm. Agli esami ematici: GB 14780/mmc, N 5460/mmc (36,9%), L 5670/mmc (38,4%), PCR 140,6 mg/L. Si avvia terapia antibiotica con clindamicina per via endovenosa. Qualche ora dopo il ricovero si assiste a fistolizzazione spontanea della raccolta [Figura 3c] con fuoriuscita di sangue e materiale sieroso che risulterà in seguito positivo per *Staphylococcus aureus* multi-sensibile. L'emocoltura è negativa. Già in seconda giornata di terapia, la neonata si presenta stabilmente apiretica. Al quinto giorno, gli indici di flogosi sono nettamente ridotti (PCR 14 mg/L). Il trattamento antibiotico viene sospeso in ottava giornata e la dimissione avviene senza ulteriore terapia a domicilio.

Discussione

I tre casi che abbiamo descritto sono esorditi tutti in epoca neonatale con obiettività sostanzialmente simile e decorso invariabilmente caratterizzato da evoluzione in ascesso. Nei primi due casi la raccolta è stata drenata per aspirazione o incisione, mentre nel terzo caso il drenaggio è avvenuto spontaneamente prima che si potesse provvedere all'evacuazione chirurgica. In tutti i casi, il trattamento antibiotico parenterale e il drenaggio del materiale purulento hanno risolto in pochi giorni il quadro clinico con un coinvolgimento sistemico complessivamente modesto.

In una casistica di 34 neonati con mastite, raccolta in Costa d'Avorio, è emerso che nel 79,4% dei casi, i genitori usavano massaggiare il petto dei neonati con burro di karité, pratica che, insieme alla spremitura del capezzolo per favorire il drenaggio delle eventuali secrezioni, è ritenuta a rischio di favorire l'infezione della ghiandola mammaria [4]. Non siamo in grado di dire se queste modalità di accudimento fossero state messe in atto anche nei nostri neonati che, peraltro, appartenevano tutti a etnie africane.

Lo *Staphylococcus aureus*, agente batterico isolato in tutti i nostri pazienti, è il principale patogeno (fino all'85% dei casi) responsabile di mastite neonatale. Meno frequentemente sono in causa streptococco di gruppo B, *E. coli*, *Shigella*, *Klebsiella*, *Salmonella*, *Pseudomonas* e, in ultimo, batteri anaerobi [1,5,6].

La mastite si presenta con i classici segni dell'infezione: tumefazione localizzata, di consistenza variabile in relazione alle possibili componenti ascessuali, dolente, calda e iperemica con eventuale linfadenopatia ascellare; più spesso monolaterale, può anche interessare entrambe le ghiandole mammarie. La presenza di un rash accompagnato da elementi pustolosi può essere un predittore di gravità dell'infezione, con maggiore rischio di sviluppare una mastite bilaterale [1].

La formazione di una raccolta ascessuale (fino a due terzi dei casi di mastite) può presentarsi come essudato purulento dal capezzolo (fino al 20% dei pazienti) o come "fluttuazione" alla palpazione in un'area circoscritta della tumefazione. Non è raccomandata la spremitura manuale che può essere un ulteriore fattore di rischio per l'ascessualizzazione del processo infettivo [1]. Raramente la mastite si associa a sintomi sistemici o a gravi complicanze (cellulite, fascite necrotizzante, osteomielite, sepsi e ascesso cerebrale) [7].

Nel sospetto di una mastite in un neonato in buone condizioni generali, anche se febbrile, non è indicata l'esecuzione dell'emocoltura e della rachicentesi che risultano, nella gran parte dei casi, negative. Queste indagini saranno riservate ai pazienti che presentino sintomi e segni di interessamento sistemico suggestivi per sepsi e/o meningoencefalite [2,5,7].

La sensazione tattile di un'area di fluttuazione non richiede necessariamente ulteriori indagini ecografiche, non aggiungendo generalmente informazioni tali da modificare il percorso diagnostico e terapeutico. Nel caso in cui si proceda comunque all'ecografia, il tipico aspetto è quello di un incremento di ecogenicità e vascolarizzazione del parenchima mammario, ispessimento cutaneo e possibili alterazioni a carico dei linfonodi loco-regionali. L'eventuale raccolta ascessuale si evidenzierà con un profilo irregolare, di dimensioni variabili, con ipoecogenicità o anecogenicità centrale e pareti ispessite e iperecogene. Al doppler si avrà un aumento della vascolarizzazione periferica con scarsa o assente rappresentazione centrale. L'obiettivo principale della valutazione ecografica risiede nella caratterizzazione della lesione per un eventuale drenaggio chirurgico [8].

Il trattamento antibiotico sarà inizialmente per via parenterale, generalmente con oxacillina. Nel sospetto di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente è indicato l'utilizzo della clindamicina o della vancomicina. Nel caso si isolino batteri gram-negativi, è consigliato l'aminoglicoside (gentamicina) o una cefalosporina di terza generazione (cefotaxime, ceftriaxone).

ne, ceftazidime). In presenza di emocoltura negativa a 48 ore, risoluzione dei sintomi sistemici e della febbre e, soprattutto, miglioramento della lesione è possibile valutare il passaggio alla terapia orale (de-escalation terapeutica). La durata complessiva della terapia antibiotica sarà di 7-14 giorni [1,5,9].

Il primo dei neonati che abbiamo descritto aveva iniziato il trattamento antibiotico per via orale per l'impossibilità di reperire un accesso venoso; considerata l'evoluzione clinica, riteniamo che questo potrebbe avere favorito la progressiva ascessualizzazione per il realizzarsi di un'insufficiente concentrazione antimicrobica nella sede di infezione.

In caso di mancata o scarsa risposta alla terapia antibiotica, o in presenza di una raccolta ascessuale, occorre valutare l'indicazione al trattamento chirurgico con incisione e drenaggio del materiale purulento [2-3,10].

Al di là delle complicanze immediate, locali e sistemiche in corso di infezione, la letteratura segnala anche possibili esiti tardivi della mastite. Alcune adolescenti, rivalutate a distanza di 10-15 anni dall'infezione neonatale, possono presentare una riduzione del volume – in alcuni casi con evidente asimmetria – della ghiandola coinvolta rispetto alla controlaterale. All'esame ecografico può esserci l'evidenza di lieve dilatazione intraduttale, fibrosi o calcificazioni del tessuto ghiandolare. Queste alterazioni ecografiche, obiettive e talora esteticamente rilevanti, sembrano essere più frequenti in caso di incisione o drenaggio chirurgico [10].

Conclusioni

La mastite neonatale è una patologia infettiva che deve essere riconosciuta e trattata tempestivamente con antibiotici per via parenterale. L'obiettivo è quello di prevenire la possibile organizzazione in ascesso che renderebbe meno efficace la penetrazione dell'antibiotico nella sede di infezione rendendo poi necessario l'approccio chirurgico. Nei casi che richiedono l'incisione e il drenaggio del materiale purulento, può essere opportuna una rivalutazione senologica in età peri-puberale per avere un monitoraggio precoce dei possibili esiti sfavorevoli sullo sviluppo della ghiandola mammaria. ■

Bibliografia

1. Masoodi T, Mufti GN, Bhat JI, et al. Neonatal mastitis: a clinico-microbiological study. *J Neonatal Surg.* 2014 Jan 1;3(1):2.
2. Walsh M, McIntosh K. Neonatal mastitis. *Clin Pediatr (Phila).* 1986 Aug;25(8):395-399.
3. Al Ruwaili N, Scolnik D. Neonatal mastitis: controversies in management. *J Clin Neonatol.* 2012 Oct;1(4):207-210.
4. Montague EC, Hilinski J, Andresen D, Cooley A. Evaluation and treatment of mastitis in infants. *Pediatr Infect Dis J.* 2013 Nov;32(11):1295-1296.
5. Jean Bertrand KA, Rose NK, Franck LG, et al. Mastitis and breast abscess in newborns and infants. *Afr J Paediatr Surg.* 2022 Oct-Dec;19(4):238-240.
6. Brook I. The aerobic and anaerobic microbiology of neonatal breast abscess. *Pediatr Infect Dis J.* 1991 Oct;10(10):785-786.
7. Kaplan RL, Cruz AT, Michelson KA, et al. Neonatal Mastitis and Concurrent Serious Bacterial Infection. *Pediatrics.* 2021 Jul;148(1):e2021051322.
8. Borders H, Mychaliska G, Gebarski KS. Sonographic features of neonatal mastitis and breast abscess. *Pediatr Radiol.* 2009 Sep;39(9):955-958.
9. Desideri E, Ventresca S, Lasorella S, Stella M. Una tumefazione mammaria. *Medico e Bambino.* 2020;39:117-118.
10. Panteli C, Arvaniti M, Zavitsanakis A. Long-term consequences of neonatal mastitis. *Arch Dis Child.* 2012 Jul;97(7):673-674.

francesco.accomando@studio.unibo.it

Una vescicola non fa varicella

Elisa Milan, Maria Ludovica Deotto, Francesca Caroppo, Anna Belloni Fortina

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

Alice nasce in una calda giornata di maggio a termine, da parto eutocico dopo una gravidanza normodecorsa. Il giorno seguente la mamma, ripresasi dal parto, nota una vescicola sulla fronte della piccola. Preoccupata segnala subito la lesione ai neonatologi del reparto.

Visita pediatrica

Il giorno successivo alla segnalazione la piccola Alice viene visitata e i medici notano la presenza di papulo-vescicole in espansione su cute sana e non più localizzate solo alla fronte ma a tutto il cuoio capelluto.

Per il resto, Alice si presenta in buone condizioni generali, senza febbre né sintomi associati.

Gli esami ematochimici sono nella norma e nel sospetto di varicella vengono inviate le sierologie virali.

Visita dermatologica

La mamma della piccola Alice, preoccupata per l'estensione progressiva delle lesioni a due settimane dalla dimissione, decide di recarsi a visita dermatologica.

Il dermatologo accoglie nel suo studio Alice e la mamma e facendo spogliare la piccola paziente nota la presenza di papule giallo-brunastre delle dimensioni massime di 3-4 mm, di consistenza aumentata, a livello di volto, dorso, addome e cuoio capelluto [Figure 1-3]. Le lesioni non sono desquamanti e non presentano sintomatologia associata. Annessi e mucose appaiono nella norma.

Il dermatologo, quindi, indaga familiarità per patologie dermatologiche, infezioni recenti e decorso della gravidanza ma tutto risulta negativo.

Anche le sierologie virali di Alice richieste durante il ricovero in ospedale risultano negative.

A quale diagnosi pensare?

Vista la singolarità della presentazione e l'età della piccola paziente il dermatologo preoccupato pensa immediatamente a quali possano essere le diagnosi differenziali includendo mastocitomi, molluschi contagiosi, xantogranulomi multipli o una istiocitosi a cellule di Langerhans.

L'ipotesi della mastocitosi non lo convince però vista la negatività del segno di Darier, il colore delle lesioni e la loro progressione così rapida.

Che possa trattarsi di molluschi contagiosi viene escluso dai reperti dermatoscopici, considerando anche l'età di Alice.

L'ultima ipotesi, ovvero che possa trattarsi di istiocitosi, convince di più il dermatologo considerando la presentazione clinica, l'aspetto delle lesioni, l'assenza di sintomatologia e la rapida diffusione.

Viene indicata quindi l'esecuzione di una biopsia cutanea con esame istologico a conferma diagnostica.

Biopsia cutanea

In sedo analgesia viene effettuata la biopsia cutanea su una delle papule dell'addome.



Figure 1-3. Papule giallo-brunastre diffuse a cuoio capelluto, fronte, dorso e addome della piccola Alice al momento della prima visita dermatologica.



Figura 4. Completa remissione delle lesioni cutanee con isolati esiti ipercromici.

L'anatomopatologo descrive la presenza di aggregati subepidermici e periannessiali di elementi istioidei con nucleo inciso e citoplasma chiaro nel cui contesto sono presenti granulociti eosinofili. Conferma quindi che i reperti istologici sono coerenti con l'ipotesi di istiocitosi a cellule di Langerhans.

Approfondimenti diagnostici

Vista la conferma del sospetto diagnostico, il dermatologo preoccupato di un eventuale coinvolgimento sistemico per Alice, richiede un Rx torace, un'ecografia addominale e una RM total body. Tutti i suddetti esami fortunatamente risultano negativi. Per Alice è stata quindi posta diagnosi di istiocitosi cutanea a cellule di Langherans, o malattia di Hashimoto-Pritzker.

Istiocitosi cutanea – forma di Hashimoto-Pritzker

La reticuloistocitosi congenita a cellule di Langherans o malattia di Hashimoto-Pritzker è una variante benigna di istiocitosi a cellule di Langherans. Si presenta alla nascita o durante i primi giorni di vita con lesioni papulari giallo-brunastre multiple in particolare a livello del distretto testa-collo e degli arti. Il meccanismo eziopatogenetico è sconosciuto e vi è tendenza alla regressione spontanea nell'arco di mesi delle lesioni. Sue caratteristiche peculiari sono il risparmio delle mucose, il non impegno sistemico e l'autorisoluzione.

Discussione e decorso

Nella nostra piccola paziente viene quindi posta diagnosi di istiocitosi cutanea a cellule di Langherans nella forma di Hashimoto-Pritzker in base alla presentazione clinica, al decorso e all'esame istologico.

Gli esami di approfondimento ci hanno consentito di escludere un coinvolgimento sistemico.

Sorprendentemente ai controlli successivi alla biopsia, la piccola Alice presenta completa remissione delle lesioni cutanee con permanenza solo di esiti ipercromici in sede di pregresse papule [Figura 4]. Dal punto di vista cutaneo il follow up della patologia richiede monitoraggi frequenti (ogni 3-4 mesi) per valutare l'andamento clinico e adeguare di conseguenza l'approccio terapeutico. Di fondamentale importanza rimane il riconoscimento e la diagnosi precoce delle istiocitosi cutanee in quanto la cute può essere, come spesso accade, la spia di una malattia sistemica. ■

Bibliografia

- Lima LPN, Amorim CV, Marinho RM, et al. Congenital solitary reticulohistiocytosis (Hashimoto-Pritzker). *An Bras Dermatol.* 2022 Nov-Dec;97(6):778-782.
- Hashimoto K, Bale GF, Hawkins HK, et al. Congenital self-healing reticulohistiocytosis (Hashimoto-Pritzker type). *Int J Dermatol.* 1986 Oct;25(8):516-523.
- Lau L, Krafchik B, Trebo MM, Weitzman S. Cutaneous Langerhans cell histiocytosis in children under one year. *Pediatr Blood Cancer.* 2006 Jan;46(1):66-71.

Metodologia formativa nella Scuola di Medicina di Milano-Bicocca

Ruolo e obiettivi del docente /tutor

Gabriella Tornotti

Pediatra, consulente per l'area didattica della Clinica Pediatrica Università di Milano-Bicocca, Fondazione MBBM, Ospedale San Gerardo, Monza

Intervista a cura di Federica Zanetto

Nel modello di apprendimento e formazione di cura nel corso di Pediatria della Scuola di Medicina dell'Università di Milano-Bicocca quali fattori incidono sulla progettazione educativa centrata sull'apprendimento per problemi a conduzione tutoriale?

Questo specifico ambito di metodologia di apprendimento è percorso dal 1986 dalla Clinica Pediatrica di Monza. La mia personale esperienza si è sviluppata sin da allora grazie alla proposta, guida e intuizione del professor Giuseppe Masera, a quel tempo titolare della cattedra di pediatria e direttore della clinica. Nella mia attività in qualità di tutor formatosi in Problem Based Learning (PBL), che prosegue a tutt'oggi in una continuità più che trentennale dell'applicazione metodologica, ho modulato i percorsi didattici sempre nell'ottica di un rinnovamento continuo, assecondando le fisiologiche variazioni nel regolamento didattico di Ateneo e le esigenze contingenti (es. l'adeguamento alla normative europee e, non ultima e decisamente molto significativa, la recente pandemia). Ne è derivata la necessità di modellare la metodologia alle situazioni reali a disposizione, partendo da un principio cardine della pedagogia che porta a modulare l'insegnamento a seconda delle risorse.

L'attività didattica ha richiesto di adattare la conduzione a seconda del numero degli studenti, della ripartizione in anni, della possibilità di lavorare in piccoli gruppi o dell'evenienza di trovarci in una grande aula o su piattaforma e-learning, sempre ai fini di garantire una coerente offerta formativa e la giusta sperimentazione periodica, nonostante le differenti condizioni.

Nella possibilità di sviluppare questa particolare continuità presso la Clinica Pediatrica (inizialmente facente capo all'Università di Milano), ho avuto modo di percepire i rinnovamenti, la nascita e la crescita della facoltà di Medicina di Milano-Bicocca, le difficoltà e gli entusiasmi di un percorso che si nutre di relazioni e impara strada facendo in reciproca interazione tra docente e studenti, che sono il reale nucleo del metodo grazie al loro lavoro, ai feedback, all'evoluzione verso le competenze cliniche.

Di riflesso si è realizzata un'evoluzione personale accresciuta non solo dagli anni di esperienza, ma soprattutto dalla qualità delle opportunità che ho incontrato.

Mi piace ricordare con leggerezza e orgoglio che, come studente, ho sostenuto l'esame di pediatria effettuato dal professor Masera nel suo primo appello a Monza nel 1985 e, al suo fianco e "dalla stessa parte", l'ultimo nel suo ruolo universitario nel 2009.

Puoi raccontarci il tuo percorso formativo di docente/tutor?

La mia formazione si è realizzata attraverso la partecipazione ad atelier ed eventi organizzati dalla Società Italiana di Pedagogia Medica proprio dal 1986, avviati da un incontro con i professori Nordio e Panizon di Trieste, icone della pediatria e della pedagogia medica. Ad avvicinarmi a questa disciplina fu la mia schietta obiezione all'indicazione di agire procedendo per dubbi e ragionamento metodologico piuttosto che per imposizione di nozioni, quando invece come giovane specializzanda avevo desiderio e necessità di certezze. Mi fu risposto che in realtà era la strada ideale e che occupandomene specificatamente avrei potuto verificare con mano.

Da allora ho fatto di questo assunto il leitmotiv della mia attività di formatore, della mia progressione professionale, nonché nella quotidianità, data l'universale applicabilità del metodo acquisito sia in termini di PBL che di problem solving.

Proprio per questo il reale auspicio è che questa tipologia di procedimento didattico possa estendersi sin dai primi anni della formazione degli studenti, a partire dalle scienze di base, richiedendo intenzionalità di cambiamento anzitutto da parte dei docenti, ma anche ricettività e proattività da parte degli studenti stessi, che spesso esprimono ancora il primordiale desiderio di un frontale dispensatore di informazioni.

Gli atelier dedicati, a cui ho avuto l'opportunità di partecipare nel corso di questi anni, hanno tra gli obiettivi eminenti proprio lo sviluppo delle capacità interattive del docente che, oltre al metodo e all'elaborazione dei contenuti, deve saper trasferire ai discenti questa attitudine alla relazione e al confronto, rinunciando ciascuno alla propria individualità per incoraggiare la condivisione e le diversità che arricchiscono e completano.

La necessità di applicare una metodologia rigorosa ma flessibile nella sua coerenza, si è resa cogente per le nuove normative che prevedono un carico e un impegno da parte degli studenti in termini di monte ore tra parti pratiche e teoriche, con lo scopo di rendere produttive le occasioni didattiche, in modo tale da trasformare lo studio individuale in un momento di rielaborazione dei contenuti proposti, piuttosto che in una assimilazione passiva a meri fini valutativi.

In questo senso il tutor, per definizione, deve saper facilitare questo processo, dedicando buona parte del tempo didattico all'enucleazione delle potenzialità dello studente messo a confronto con problematiche cliniche reali.

Nei primi anni della mia attività ho avuto modo di condurre con gli allora "interni" della clinica gruppi di didattica sperimentale che li vedeva protagonisti nell'affrontare problemi clinici semplici: il vantaggio del piccolo gruppo, in più motivato poiché all'interno di una disciplina scelta volontariamente, si è sempre tradotto in grande produttività e partecipazione che credo si possa rammentare come un momento formativo fra pari un po' unico, una forma di peer education data la brevissima distanza anagrafica tra tutor e discenti.

È prevista una formazione continua anche per il docente/tutor?

Come già accennato, primo passo verso un percorso formativo in questo senso deve sicuramente essere la motivazione al cambiamento, per affrancarsi dagli schemi tradizionali della didattica in un'ottica discentrocentrica, al meglio rinunciando alla propria tendenza all'imposizione, ma letteralmente conducendo gli studenti attraverso gli skill previsti.

Tale motivazione può essere di natura individuale, per personale *attitude* o implicito dovere deontologico, come dal Giuramento di Ippocrate – "insegnerò loro quest'arte se vorranno apprendere, senza richiedere compensi né patti scritti" – ma può e deve essere adeguatamente implementata dal confronto, da approfondimenti e partecipazione a eventi dedicati.

Ripercorrendo i lunghi anni di formazione presso la Clinica Pediatrica attraverso gli atelier, posso ora aggiungere la disponibilità dell'Università di Milano-Bicocca nel mettere a disposizione incontri di formazione sia per tutor clinici o in forma di eventi sulla didattica nella grande aula, o ancora in incontri in piattaforma (es. Digital Clinic), o nella possibilità di accostarsi alle proposte della Società Italiana di Pedagogia Medica attraverso atelier a tema o di più ampia trattazione.

Quali aspetti caratterizzano il modello didattico della Scuola di Pediatria a Milano-Bicocca?

Il modello didattico operativo della clinica pediatrica di Monza all'interno corso di laurea in Medicina e Chirurgia ha da sempre compreso, oltre naturalmente alla lezioni frontali, fasi di interazione diretta con gli studenti, a iniziare con il tirocinio professionalizzante, che si realizza al quinto anno di corso in parte con l'esperienza presso gli ambulatori dei pediatri di famiglia, consolidata da anni e di grande impatto e soddisfazione per gli studenti coordinati dalla dottoressa Ambrogina Pirola (v. Quaderni acp 2018;1:38-41), in parte con incontri tutoriali in aula basati sull'elaborazione di mappe concettuali. Seguono al sesto anno le esercitazioni in aula incentrate sulla presentazione e discussione di casi clinici reali attinti dalla casistica di reparto.

Oltre a progettare e attuare la realizzazione di questa porzione esercitativa-professionalizzante in aula, condividendo con l'attuale direttore della Clinica Pediatrica professor Andrea Biondi tutto il razionale formativo, incluso il versante di valutazione, da molti anni contribuisco alla programmazione del corso frontale di pediatria al sesto anno, strutturato nell'ottica di rivolgersi a futuri laureati non specialisti.

Maturata una precisa formazione nel campo nella conduzione tutoriale, il mio ruolo è sempre stato quello di guida, di facilitatore dell'apprendimento in forma attiva, incoraggiando quanto più possibile l'autonomia degli studenti, anche nell'ottica della futura gestione personale della formazione permanente.

Illustrato il razionale del metodo di insegnamento-apprendimento attivo che viene proposto, al quinto anno conduco in aula gli incontri di tirocinio professionalizzante partendo da un caso clinico confezionato ad arte, che ha insiti alcuni obiettivi di apprendimento curriculare indicati nel Syllabus del corso di Pediatria, incentrati sul bambino sano e che non verranno trattati nelle lezioni, eminentemente dedicate alla patologia.

Nello specifico, agli studenti viene affidato il compito didattico di elaborare mappe concettuali o mentali, inerenti la crescita e lo sviluppo, che presenteranno reciprocamente in aula, allo scopo di illustrare direttamente ai compagni i contenuti degli obiettivi di apprendimento identificati a priori, grazie a una preliminare disamina collegiale del caso clinico presentato che funge da trigger.

Il tutto realizzato da parte mia senza interferire direttamente nel processo di costruzione e di presentazione delle mappe, se non incanalando la discussione ed evidenziando red flag, assonanze e differenze di approccio e di contenuti delle mappe con la bella, stimolante, complicità degli studenti.

Questi stessi vengono incoraggiati poi a individuare focus finalizzati a "cosa devo sapere, saper fare e saper essere", sintetizzati in un'ulteriore mappa, più sintetica. Ho elaborato personalmente questo ultimo spunto, sulla scorta della necessità di fornire gli strumenti per convogliare al meglio le informazioni e non disperdere le conoscenze, soprattutto nelle fasi iniziali.

Nelle esercitazioni in aula, al sesto anno, presento casi clinici reali attinti dall'archivio della clinica e preparati dagli specializzandi, frammentandone la conduzione attraverso tappe successive in cui gli studenti vengono coinvolti nel processo differenziale, a partire dall'identificazione e chiarimento dei

termini/situazioni non immediatamente comprensibili e che divengono i primi obiettivi di apprendimento.

Grazie all'esperienza maturata negli atelier pedagogici seguendo il metodo dei *7 jump* inteso come un modello guida che in questo contesto "mima" e sistematizza il processo di pensiero e decisione che si verifica abitualmente al letto del paziente, il problema viene affrontato sintetizzandone la sostanza da subito in un'unica breve frase, come a fotografare la situazione in fase di accettazione, catturando e descrivendo l'esperienza per poi giungere a una prima scrematura delle ipotesi. Questo passaggio si ripete secondo la progressione clinica del caso, sino a una potenziale soluzione.

Scopo fondamentale degli incontri è la capacità di porre diagnosi differenziale attraverso i giusti ed efficaci interrogativi che portano a chiarire e identificare gli obiettivi di apprendimento utili allo studio e alla risoluzione del problema del caso. In entrambe le situazioni, il mio ruolo è da sempre quello di modulare e non dispensare i contenuti, che invece gli stessi studenti devono abituarsi a reperire.

Tale approccio di reciproco confronto consente di evidenziare gli strumenti per selezionare adeguatamente le informazioni, finalizzandole all'operatività clinica che è solo teorica in questi momenti didattici, ma che dovrà tradursi nella pratica al letto del paziente. Un'anticipazione del *reflecting in practice* che racchiude la sostanza del *sapere* e del *saper fare*.

Come si agganciano le nuove conoscenze in corso di apprendimento o acquisite a quelle già possedute?

Oltre a impiegare le mappe che sono per loro struttura un modello ideale per ancorare i concetti acquisiti nel corso di ogni tappa formativa complementare al percorso globale, è compito del tutor, in particolare nel tirocinio e nelle esercitazioni in aula con i casi clinici, dopo avere esposto il caso in oggetto, instaurare da subito una fase di brainstorming in cui convogliare da zero gli interventi degli studenti, per elaborare tutte le possibili spiegazioni degli eventi, metterle in ordine di priorità e cercare le soluzioni più appropriate per un problema.

Questo obiettivo educativo si realizza incoraggiando primariamente la diagnostica differenziale basata sull'evidenza e sul ragionamento clinico dettato dalle conoscenze di base o comunque pregresse. Tutto quello che non è noto al momento viene identificato come contenuto da conseguire attraverso lo studio individuale o tramite il reperimento di informazioni da fonti vive (quali, per esempio, figure competenti), che sono la via più efficace per contrastare la fredda consumazione di informazioni mnemoniche.

Tale approccio dialettico, in cui il tutor è come sempre un facilitatore e porge contenuti solo se necessario, porta il discente ad agire in prima persona per giungere a una conclusione, anche attraverso i mezzi che ritiene per sé più idonei, spesso suggeriti dal tutor; questo permette di rendere realmente proprie le informazioni e attuare con vitalità quel processo di interiorizzazione della conoscenza che fa parte degli obiettivi del metodo che viene proposto, costituendo quasi un circolo ermeneutico. Con questo atteggiamento proattivo lo studente può impadronirsi della materia e della sua funzionalità clinica, per fornire domande e risposte che nello scambio fra pari acquistano una valenza più efficace, duratura e cui consegue una formazione critico-trasformativa.

Le mappe concettuali sono da intendersi come elaborazione alternativa alla semplice memorizzazione di concetti avulsi da un contesto?

Le mappe concettuali sono un'elaborazione grafica della conoscenza che consente di ancorare i concetti tra loro attraverso parole-legame, dopo averne approfondito la comprensione attraverso quanto già appreso o lo studio *de novo* e riconducendo le informazioni al caso clinico in esame.

In tal modo la semplice meccanicità mnemonica lascia spazio a un approccio e revisione di concetti e ragionamenti successivi che sono la via più efficace per l'apprendimento in cui il discente è primo attore, utilizzando le fonti opportune o il bagaglio personale come strumento e non solo come contenuto. Ne risulta un sistema plastico induttivo e non semplicemente deduttivo, finalizzato all'interiorizzazione delle conoscenze e alla loro applicazione.

L'approccio in forma grafica, al meglio lasciando spazio alla fantasia, consente di affinare e incoraggiare il lato visivo della memoria, efficace perché di vivace impatto globale quale momento per l'assimilazione dei concetti.

Durante il lockdown, per l'impossibilità del confronto diretto tra studenti, il repentino necessario ricorso alla piattaforma e-learning di ateneo, seppur in quel momento non sfruttabile al pieno delle potenzialità, mi ha portato a divenire giocoforza portavoce dei lavori degli studenti cercando di interpretarne le finalità. È stata una formidabile occasione per mostrare loro un esempio di concatenazione di conoscenze attraverso un'ulteriore embricazione delle loro mappe. Tale processo non è di facile realizzazione per uno studente, ma un'esemplificazione ragionata è sempre un ottimo punto di partenza.

Ripresa la regolare attività didattica, dell'innovazione virtuale ho conservato anche questo modello: evidenziare e condividere in aula i contenuti chiave da loro proposti, quale esempio di selezione di apprendimento finalizzato.

Approccio evidence/based e approccio "medical humanities": quale spazio nella formazione di base al "prendersi cura"?

Nell'introduzione al metodo che viene proposto da sempre incoraggio ad analizzare anche la necessità di consolidare la propria esperienza di operatori della cura, frutto di inevitabili triangolazioni quali per esempio le relazioni tra medico-paziente-team di lavoro, quest'ultimo ormai parte integrante della quotidianità sia a livello ospedaliero che ambulatoriale. La volontà (la capacità si può acquisire) di esprimere le proprie esigenze, di comunicare in modo etico e di abituarsi alla gestione fluida delle relazioni è un punto di partenza fondamentale per le basi della rigorosa condivisione delle informazioni di reale valenza scientifica e in seguito dell'alleanza terapeutica.

Spesso il numero di studenti non consente una condivisione degli spazi che non sia frontale, quindi potenzialmente dispersiva: per questo, attraverso atelier di formazione per *didattica nella grande aula*, ho sviluppato tecniche che tendono a coinvolgere gli studenti anche attraverso forme alternative di comunicazione, catturando l'attenzione anche con elementi avulsi dal contesto prettamente medico, ma che possono comunque evocare l'attitudine al ragionamento e alla comunicazione delle proprie idee, convinzioni, ipotesi.

In questo modo le humanities possono essere funzionali in un contesto potenzialmente specialistico, per incoraggiare la proattività degli studenti, facendo breccia tra tematiche a loro più consuete o con appeal accattivante per poi condurli verso il ragionamento più rigoroso e specifico e verso una coscienza critica trasversale. Abituarsi al confronto in un ambiente dove nessuno interroga e tutti si spiegano, partendo da elementi generici, per poi avvicinarsi ai contenuti precisi, è un laboratorio riflessivo, una palestra ideale per allenarsi a esprimere concetti finalizzati al comprendere e al farsi capire, in un contesto quanto più possibile di cooperazione proiettato nella professione.

Dedico ampia sottolineatura della necessità del ricorso a fonti di letteratura autorevoli e certificate e ad ambiti di riferimento o di eccellenza che consentano l'abitudine a un approccio sempre legato al progredire delle conoscenze scientifiche: attraverso il confronto permanente all'interno del proprio ope-

rato si evidenzia la necessità di dedicare parte della propria attività alla condivisione e alle relazioni, sia tra pari che con i pazienti (o con il docente stesso).

Tramite la piattaforma di e-learning al momento del lockdown, unico media per la conduzione degli incontri, è stato per me possibile comunque gestire capillarmente le attribuzioni del compito didattico, nonché tutte le informazioni attraverso commenti e riflessioni, accentrando gli elaborati, in questo modo ampiamente condivisibili e raggiungibili da tutti, e trasformandoli in anelli di congiunzione tali da implementare le conoscenze degli studenti.

Per questo è mandatorio l'adeguamento alle nuove tecnologie didattiche che sono in continua evoluzione, accogliendo le interessanti proposte fruibili in forma digitale che possono anche vivacizzare di molto una (sempre in agguato) routine formativa. Le grandi potenzialità applicative ampliano il raggio di strumenti finalizzati alla formazione, includendo le humanities.

Tale preziosa innovativa esperienza viene da me tutt'ora utilizzata per la rapida e ordinata condivisione delle informazioni, particolarmente utile se il numero di studenti è ampio, anche per la possibilità di interazione continua tra me e loro offerta anche al di fuori della canonicità degli incontri.

La disponibilità del tutor è fondamentale: incoraggia la partecipazione e la restituzione, incrementando la fluidità nei processi di apprendimento

Sempre pronta al confronto, anche con scambio di mail in tempo reale, posso dire che una delle maggiori soddisfazioni che mi sia capitato di ricevere è stata l'espressione di gratitudine degli studenti formulata come un "raramente qualcuno ci ha dedicato tanta attenzione".

Anche l'importante momento di frequenza presso i pediatri di base rappresenta una grande occasione per integrare il lato tecnico specialistico con l'opportunità di accostamento alle medical humanities a completamento della formazione.

La tematica del conflitto di interessi è parte del percorso formativo?

Prima o poi i discenti si dovranno certamente confrontare con questa delicata problematica generale, cruciale in ambito scientifico. Tuttavia tale approfondimento non trova specifica applicazione in un corso di Pediatria per sua natura rivolto a futuri laureati che si trovano ad affrontare per la prima volta nel curriculum formativo la scienza pediatrica nella sua interezza.

In realtà, da sempre, con periodiche necessarie e soprattutto benvenute occasioni di rinnovamento, noi proponiamo il descritto metodo di apprendimento e di progressione (assolutamente estraneo agli studenti nonostante siano degli ultimi anni) nell'ottica anche di evidenziarne l'universale applicabilità a diversi campi del sapere o dell'agire, imparando a gestire le relazioni professionali, a lavorare in team e facendo preciso metodologico riferimento alla necessità di condividere eticamente e rigorosamente le informazioni, in particolare nell'ambito della ricerca, ma non solo.

Per ragioni di programmazione e progettazione le scelte didattiche si impongono individuando necessariamente delle priorità in funzione delle risorse di tempo, spazio e luogo oltre che al target formativo specifico della materia e dei fruitori, senza di certo precludere ampliamenti di visuale e rinnovamento. ■

Il reparto pediatrico e la sfida dei disturbi del comportamento alimentare

Marco Pandolfi¹, Laura Giordano², Marta Bonetti², Gianfranca Martella³, Cinzia Damato³, Angela Pavesi³, Luca Bernardo⁴

¹Medico pediatra adolescentologo, Associazione Eumenidi, Ospedale Fatebenefratelli Milano;

²Medico pediatra Casa Pediatrica ASST Fatebenefratelli-Sacco Milano;

³Coordinatrice infermieristica, Casa Pediatrica ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano;

⁴Direttore Casa Pediatrica, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono un evento clinico grave la cui frequenza è significativamente aumentata nel corso degli anni, con un ulteriore incremento durante l'isolamento sociale secondario alla pandemia da SARS-CoV-2 [1]; nell'età adolescenziale l'incremento è stato valutato attorno al 30%. Le modalità di manifestazione dei DCA, non immediatamente riconoscibili ma ingravescenti, rendono la diagnosi possibile quasi sempre allorché i segni clinici dei DCA sono conclamati. La prognosi ai fini del recupero della salute psico-fisica è notoriamente migliore quando la diagnosi è precoce e l'intervento terapeutico è appropriato e tempestivo [2].

Purtroppo vi è un'oggettiva discrepanza fra le richieste d'intervento e le possibilità offerte dai centri di riferimento multidisciplinari costituiti ad hoc. Le unità operative di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza che hanno competenze specifiche nella cura dei DCA incontrano varie difficoltà organizzative ai fini del ricovero e della necessaria continuità nel mantenimento del setting terapeutico.

Le strutture ospedaliere di pediatria possono invece offrire accoglienza e cure multidisciplinari più prolungate nel tempo e articolate nel rispetto delle esigenze dei giovani pazienti e dei loro familiari che possono condividere fisicamente il periodo del ricovero, alla condizione che il personale medico e infermieristico abbia acquisito competenze teoriche e maturato esperienze di assistenza e di coordinamento con le altre figure professionali coinvolte nel percorso di cura.

Il reparto "Casa Pediatrica" dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano ha, dal 2016, istituito un centro multidisciplinare dedicato al disagio adolescenziale (es. bullismo, cyberbullismo, gambling, tentati suicidi, baby prostituzione e DCA) e ai disturbi neuropsichiatrici adolescenziali codificati nel DSM-5 in stretta collaborazione con la UOC NPIA del nostro ente.

Il centro è nato con l'obiettivo di offrire una risposta concreta a forme di disagio giovanile sempre più diffuse e preoccupanti, non solo attraverso la realizzazione di attività di prevenzione, sensibilizzazione, formazione, ma anche e soprattutto garantendo supporto clinico e psicologico ai bambini, agli adolescenti e alle loro famiglie.

Per quanto attiene ai DCA il reparto ha sviluppato delle competenze nella cura di tali patologie nel tempo prendendo le mosse da una visione del bambino e dell'adolescente come persona caratterizzata non solo dall'unità psico-fisica, ma da

domande cosce e inconse di senso (ne è la prova l'ansia noogena di molti adolescenti) e da un'emotività e affettività spesso ferite dagli eventi esistenziali.

Accanto alla feconda collaborazione con altre figure competenti nell'ambito psicologico-psichiatrico, la sensibilità sviluppata verso le tematiche esistenziali ci ha consentito di dare la giusta rilevanza all'influenza dei fattori psico-sociali sulla salute, apprendendo le modalità di intervento nei confronti delle situazioni di disagio giovanile come il bullismo e le varie forme di dipendenza.

L'esperienza ha trovato una strutturazione nell'unità semplice di medicina dell'adolescenza, nel cui ambito l'ascolto ermeneutico dell'adolescentologo e delle psicologhe ha consentito al giovane di esprimere con la parola il disagio agito con il corpo, divenendo protagonista della sua storia grazie alla scoperta e all'utilizzo delle proprie risorse.

Pur dovendo apprendere e applicare modalità di approccio e di trattamento peculiari per i DCA, l'esperienza acquisita nella relazione con giovani pazienti affetti da problematiche psicologico-esistenziali ha favorito nel personale medico e infermieristico la possibilità di accoglienza e di cura in tempi e modi che si sono rivelati efficaci. Abbiamo così risposto a quanto sottolineato da un recente articolo (*Una necessità che è divenuta risorsa*) [3], trasformando in risorsa una necessità.

Lo scopo del presente articolo è pertanto quello di illustrare l'esperienza di un reparto di pediatria con i pazienti ricoverati per DCA a partire dal 2015, e vorremmo farlo presentando un caso emblematico:

Riceviamo a fine estate M., una ragazza di 15 anni, i cui occhi e la cui flebile voce esprimono ansia e paura, inviata per il riscontro avvenuto altrove di ipopotassiemia con alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione all'ECG, in presenza di magrezza accentuata e di edemi perimalleolari. L'esame obiettivo mostra un peso di 34,4 kg, non attendibile per i segni di ritenzione idrica, e un'altezza di 150 cm (BMI circa 15). M. presenta bradicardia (FC 40/min) con soffio sistolico 1-2/6 al mesocardio, normotensione (108/62 mmHg), cute giallastra, sottocute assente, importanti edemi perimalleolari, addome infossato, trattabile in ogni quadrante, fegato all'arco.

I suoi esami ematochimici documentano una grave ipopotassiemia (K 2,1 mmol/L) ma normali valori dell'emocromo e della funzionalità epatica e renale.

La supplementazione di potassio per via endovenosa, clinicamente pericolosa, viene effettuata presso il reparto di unità coronarica, monitorando continuamente i parametri cardiorespiratori; superata la fase più delicata, M. è rientrata nel nostro reparto, dove la terapia enterale ha consentito la normalizzazione della potassiemia e l'eliminazione della importante ritenzione idrica, rivelando il suo peso reale di 28 kg, con BMI appena superiore a 12).

L'anamnesi di M. rivela una perdita di peso progressiva, già presente prima del termine della scuola, aggravatasi durante una vacanza in Inghilterra. La storia personale della ragazza e la valutazione condotta con gli esami di laboratorio consentono di porre la diagnosi di anoressia nervosa restrittiva, senza condotte di eliminazione.

L'approccio terapeutico dal punto di vista nutrizionale ha utilizzato l'alimentazione enterale tramite sondino, ma contemporaneamente, fin dall'inizio, nei confronti di M. si è applicata una modalità relazionale già sperimentata con diversi altri adolescenti, basata sulla creazione di una franca e positiva comunicazione, al fine di stabilire un'alleanza terapeutica e di stimolare le sue capacità espressive per dare voce al suo profondo disagio interiore.

La scrittura, in particolare, e la produzione di immagini da parte dei giovani pazienti, sono strumenti utili ed efficienti

Box 1. Stralci dalla narrazione della paziente che scrive al pediatra

"Io non riesco a spiegare quello che ho dentro, che mi fa fare quello che faccio." "Mi sforzo tantissimo, vi prego venitemi incontro e aiutatemi a fare meglio. È come se volessi aprire quella finestra, che è chiusa a chiave, e non riesco neanche a spaccare il vetro, perché è spessissimo..." "Posso solo con il vostro aiuto. È come quando devo mangiare. Io da sola non ci riesco. Ho tanta paura di prendere peso e di cambiare... la mia mente è fissa lì..." "La prego, mi tranquillizzi un pochino. Io mi ero impegnata così tanto in questi giorni..." "Perché si è dovuti arrivare a tanto? Io sto impazzendo, tutto il giorno a letto o seduta e non ne posso più..."

per dare forma e significato ai vissuti e alle forme della loro sofferenza. Alcuni estratti della produzione di M., di chiaro valore catartico, sono riportati in dettaglio [Box 1-2].

La condivisione con il pediatra adolescentologo della sua storia personale scritta consente, nel caso di M., di evidenziare il nucleo della patologia anoressica, sostenuta da tratti di personalità ansiosa e da perfezionismo, e dalla percezione di voci interne "cattive" (dette voci di Schneider) che, con la loro componente ossessivo-compulsiva, concentrano l'attenzione della ragazza sulle immaginate conseguenze dell'assunzione del cibo [Box 2] e impediscono il normale funzionamento del pensiero razionale e della corretta consapevolezza del suo esserci nella vita reale. Ciò ha provocato una progressiva perdita delle emozioni e un'aridità interiore che rimanda, simbolicamente, alle Erinni di eschilea memoria: "E sulla vittima nostra / ecco questo canto: delirio, / follia che distrugge la mente, / inno delle Erinni / che l'anima lega, / inno senza cetra che i mortali dissecca [4-5].

L'importanza dei colloqui intercorsi con il medico di riferimento e del conseguente rinforzo della loro relazione si deduce dalla acquisizione di fiducia nella speranza di uscire dal DCA (definita e vissuta come helplessness e hopelessness disease), visto simbolicamente come un baratro senza fondo che aspira verso il nulla. Nel corso di due mesi di ricovero M. ha recuperato peso e soprattutto equilibrio psicologico e motivazione per guarire grazie a un lavoro di équipe multidisciplinare in particolare con i colleghi NPJA.

La famiglia è stata sempre informata e coinvolta nel percorso comunicativo e terapeutico.

M. ha mantenuto nel tempo il contatto con buono stato di salute; dopo aver superato l'esame di maturità frequenta il primo anno della facoltà di Lingue straniere.

L'incontro con M. e con la sua famiglia ha rappresentato una sfida che è stata accolta dal personale medico, infermieristico e di supporto: le difficoltà di natura culturale e organizzativa hanno evocato l'esigenza di approfondimento delle conoscenze dei DCA per raggiungere un'adeguata preparazione teorica e pratica nel loro trattamento.

La formazione del personale si è realizzata con il contributo dei referenti NPJA del nostro ente e territoriali, del team dedicato agli aspetti nutrizionali e della collaborazione culturale e di attiva presenza su base volontaria di due associazioni cittadine (associazione Eumenidi, referente il dottor M. Bosio, e ABA, referente la dottoressa S. Siani).

La stretta collaborazione con la NPJA presente nel nostro ente e le associazioni ha aperto la possibilità che i pazienti in condizioni critiche da loro seguiti venissero ricoverati nella nostra struttura. Ciò ha favorito il costante confronto e la collaborazione tra la cultura pediatrico-adolescentologica e quella psi-

Box 2. Le voci che sente la paziente sono qui riportate senza modifica alcuna, è un colloquio tra la paziente e la voce "cattiva" (da lei chiamata Ana)

Paziente: "Per favore smettila di parlarmi, la tua voce nella testa mi fa impazzire!"

Ana: "Guarda dove siamo arrivate ascoltando i tuoi consigli... Tu eri l'unica a esserci nel momento del bisogno, ma ora ci sono i dottori e S. [dietista]."

Paziente: "Io non voglio deludere nessuno, sono decisa a impegnarmi e tu sai che è vero che se voglio, ottengo sempre tutto con la determinazione."

Ana: "Ma S. ti fa molta paura e io ne sono consapevole, in più sei infuriata per il fatto che non conosciamo le calorie del nostro cibo..."

Paziente: "Io con lei mi sento bene, sì hai capito bene, mi sento un po' a casa, meno abbandonata a me stessa, lei è per me tutto, la figura materna, vuole il mio bene; tu invece agivi per te stessa, per la gioia di avere una schiava, una cavia da torturare; la seguirò, e mangerò quei terribili e spaventosissimi carboidrati, tu non hai capito che la S. ha detto che servono per il mio metabolismo..."

Ana: "E allora stupida, ti sei mai chiesta come mai e perché non ti vogliono far sapere quanto pesi? Stai ingrassando e non vogliono che tu te ne accorga, sveglia!!!"

Paziente: "No Ana non è così, non può essere!"

Ana: "Lo sai come finirà, comincerà ad aggiungere sempre più cibo e tu ormai infinocchiata ti fiderai di lei e mangerai e diventerai lo schifo che eri all'inizio prima di conoscermi... E quando se ne andrà ti lascerà sola, distrutta e grassa e senza ormai il mio appoggio. È questo che vuoi veramente?"

Paziente: "No, non è questo! Ma perché mi farebbe una cosa del genere?"

Ana: "Semplice, ti leveresti dalle scatole e lei avrebbe un problema di meno a cui pensare, lei si toglie un fastidio pietoso come te di torno."

Paziente: "Ma io non voglio essere un peso per lei, mi ha salvato la vita!"

Ana: "Ma cara, lei preferisce le altre, loro mangiano, la rendono orgogliosa, tu no, tu sei il solito fallimento!"

Paziente: "Ma Ana, io più di così non riesco, ho bisogno di tempo, incoraggiamento, amore soprattutto amore!"

Ana: "Senti ciccia, S. non è la tua mamma, non lo sarà mai."

Paziente: "E sì, lo so, sono un peso inutile, mi dispiace tanto tanto."

Ana: "Qualsiasi cosa succeda, ricordati che puoi contare su di me, nonostante tu mi stai voltando le spalle per la S., io non ti lascio."

Paziente: "Lasciami stare, mi fai star male, io non voglio credere a quelle brutte cose..."

Ana: "È inutile perché io sono parte di te e so che nel tuo cuoricino in fondo in fondo la paura dell'abbandono ti accompagnerà: baci amore mio."

Paziente: "Ho perso ancora, non ce la faccio, è troppo forte, mi conosce troppo bene, non so cosa fare, ho paura, tanta paura, ho deluso tutti! Anche con una stupida lettera non sono in grado di sconfiggerla, ho fallito come sempre... mi dispiace... mi dispiace troppo!"

cologica e neuropsichiatrica, anche mediante la discussione in équipe dei soggetti ricoverati una volta alla settimana, coinvolgendo anche i loro familiari. Nel corso degli anni abbiamo definito un link diretto di collaborazione con i servizi di NPJA territoriali afferenti alla nostra ASST e con i pediatri di libera scelta delle zone vicine al nostro ospedale. Con i colleghi pediatri di famiglia sono stati realizzati incontri di aggiornamento mensili su vari argomenti pediatrici compresi i DCA. Inoltre abbiamo mantenuto la collaborazione con le due associazioni. Tuttavia nei primi mesi di formazione dell'équipe multidisciplinare sono emerse criticità organizzative, strutturali e pratiche: discrepanza tra piano nutrizionale personalizzato e preparazione del pasto, difficoltà di continuità degli specialisti dell'équipe (cardiologo, nutrizionista, NPJA, dietiste dedicate), assistenza al pasto, gestione delle acuzie neuropsichiatriche delle pazienti in un reparto di pediatria e non da meno la conflittualità interfamiliare (genitori-paziente).

Tali difficoltà sono state in fase iniziale una sfida quotidiana che ci ha permesso però una crescita umana e professionale consentendo ogni giorno, e giorno dopo giorno, di acquisire capacità gestionali in patologie sconosciute per un pediatra ma che attualmente rappresentano un'emergenza sanitaria crescente nella quale la pediatria dovrà assumersi il compito di fare da ponte con i servizi NPJA al fine di garantire un adeguato percorso riabilitativo nel tempo.

Dal 2015 a oggi sono stati ricoverati presso la casa pediatrica 63 pazienti con diagnosi di anoressia nervosa restrittiva con e senza condotte di eliminazione di cui 3 di sesso maschile (4,7%).

Età media al momento dell'accesso al nostro ente 13,3 anni (mediana 14,2 anni). Media di degenza 8 settimane.

In 50 pazienti ricoverati (80%) si è reso necessario posizionamento di sondino nasogastrico al fine di garantire un adeguato e bilanciato intake calorico giornaliero.

Per gravi complicanze cardiologiche (allungamento del QTc e bradicardia severa, 25 bpm) 2 pazienti (2%) sono state trasferite per monitoraggio continuo in terapia intensiva pediatrica/UCIC per 48-72 h con completa regressione dei sintomi.

Per gravi comorbidità neuropsichiatriche 3 pazienti (4,7%) sono state trasferite presso reparti di NPJA.

Confrontando i dati del triennio 2015-2019, durante i quali sono stati ricoverati 25 pazienti (39%), con il triennio 2020-2022 durante/post pandemia da SARS-CoV-2 (triennio 2020-2022), con 38 pazienti (61%), si rende evidente l'aumento di tali disturbi complice la pandemia e pertanto, alla luce di tali dati, si è resa necessaria, al fine di un adeguato follow up medico e nutrizionale, l'attivazione di un ambulatorio dedicato (a cadenza settimanale) in stretta collaborazione con i referenti NPJA/psicologi e dietiste.

Abbiamo infine definito all'interno del nostro ente un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA), divenuto argomento di tesi di master specialistico, che ha permesso di garantire cure omogenee e strutturate secondo le più recenti linee guida nazionali e internazionali [6].

La nostra pluriennale esperienza nella gestione dei DCA dimostra che un reparto pediatrico con cultura adolescentologica e adeguata preparazione specifica su tali disturbi, in collaborazione attiva con i servizi di NPJA e con un team multidisciplinare di clinici, può avere un ruolo significativo nel rispondere alla pressante domanda di salute drammaticamente posta dalle richieste spesso urgenti, consapevoli o mascherate sotto altre patologie, dei pazienti. ■

Bibliografia

1. Miniati M, Marzetti F, Palagini L, et al. Eating Disorders Spectrum During the COVID Pandemic: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2021 Sep 29;12:663376.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. 23 May 2017.
3. Allegretti M, Valletta E. Una necessità divenuta risorsa. *Quaderni acp.* 2022;3:98.
4. Bosio M. La bellezza possibile. La ricerca del kalòn nella cura dell'anoressia-bulimia. La forma del cuore, 2012.
5. Bosio M. Eumenidi. Canale Arte, 2007.
6. Ministero della salute. Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale dei disturbi dell'alimentazione. *Quaderni del Ministero della Salute.* 2017;29.

marco.pandolfi@tiscali.it

blister

Nuovi anticorpi monoclonali contro il virus respiratorio sinciziale: per tutti?

Per la prevenzione dell'infezione da virus respiratorio sinciziale (RSV), malattia temutissima dai lattanti, soprattutto se nati pretermine o con patologie, abbiamo a disposizione il palivizumab. Questo anticorpo monoclonale è somministrato nei bambini nati con età gestazionale ≤ 29 settimane in quelli con cardiopatia grave, con broncodisplasia o altre particolari malattie in occasione della stagione a rischio, autunno e inverno, attraverso una somministrazione intramuscolare mensile per 5 mesi. A differenza del palivizumab, il nirsevimab (Beyfortus®, recentemente registrato presso l'EMA) è un nuovo anticorpo monoclonale che ha una più lunga durata d'azione: è sufficiente una sola iniezione per proteggere il bambino per tutta la stagione a rischio. Nello studio di fase III, pubblicato sul NEJM, sono stati arruolati quasi 1.500 lattanti sani di età gestazionale alla nascita ≥ 35 settimane ai quali è stato somministrato nirsevimab in un rapporto 2:1 verso placebo. Un'infezione del tratto respiratorio inferiore associata a RSV si è verificata in 12 neonati nel gruppo nirsevimab (1,2%) e in 25 neonati nel gruppo placebo (5,0%); un'efficacia del farmaco del 74,5% (IC 95% 49,6, 87,1; $p < 0,001$); l'ospedalizzazione per malattia da RSV si è verificata in 6 neonati (0,6%) nel gruppo nirsevimab e in 8 neonati (1,6%) nel gruppo placebo (efficacia del 62,1%; IC 95%, -8,6, 86,8; $p = 0,07$) [1]. Detto in altre parole, è necessario somministrare nirsevimab a 14 bambini (da 11 a 19) per avere un'infezione da RSV in meno, ed è necessario trattare 62 bambini (da 36 a 223) per avere un ricovero in meno. Il nirsevimab non è solo: sono già a buon punto gli studi registrativi per un altro nuovo anticorpo monoclonale a lunga emivita, il MK-1654, con stessa farmacocinetica e indicazioni d'uso [2]. L'obiettivo di questi nuovi farmaci non è solo quello di migliorare l'aderenza delle famiglie (un solo accesso in ospedale invece di cinque per l'esecuzione delle iniezioni) ma anche di offrire la possibilità di prevenzione della infezione da RSV ai neonati sani a termine o late preterm. Beyfortus sarà disponibile per i neonati e lattanti alla loro prima stagione RSV: prepariamoci dunque ad affrontare la gestione di questo nuovo farmaco con tutte le possibili novità di indicazioni d'uso e di rapporto rischio/beneficio che ciò comporta.

1. Hammit LL, Dagan R, Yuan Y, et al. Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants. *N Engl J Med.* 2022 Mar 3;386(9):837-846.
2. Esposito S, Abu Raya B, Baraldi E, et al. RSV Prevention in All Infants: Which Is the Most Preferable Strategy? *Front Immunol.* 2022 Apr 28;13:880368.

L'arcobaleno e dentro di lui la vita e le emozioni

Momcilo Jankovic

Clinica Pediatrica, Università di Milano-Bicocca, Fondazione MBBM, Ospedale San Gerardo, ASST-Monza

Questo breve articolo vuole promuovere una riflessione sulla "resilienza" degli adolescenti affetti da un tumore (nel testo sono riportati nomi di fantasia, ma gli eventi sono reali). Il merito di un giovane uomo o donna è quello di poter vedere "il bicchiere mezzo pieno, non mezzo vuoto".

This written work would like to promote a reflection on the "resilience" of adolescents affected by a malignancy (in the work are reported fictional names but real events). The merit of a young man or woman is to be able to see "the glass half full, not half empty".

Sofia ha sedici anni e ha imparato che il liceo è una giungla in cui vince il più forte, in cui non c'è spazio per la sua timidezza e insicurezza. Un po' di trucco, uno sguardo sfrontato e in un attimo fai parte del gruppo dei ragazzi che contano: superiori e vincenti. Ed è proprio lì che Sofia vuole arrivare. Perché essere diversi non porta da nessuna parte, se non a sentirsi sempre più soli. Perché quello è il mondo a cui appartiene Rodrigo, irraggiungibile, che non si lascia scalfire dai sentimenti: il più ammirato della scuola, il più temuto, il più prepotente. Lui così diverso dal ragazzo che Sofia avrebbe immaginato accanto a sé. Eppure vorrebbe solo perdersi nei suoi occhi blu cobalto. E quando Rodrigo le chiede di uscire, Sofia non riesce a credere che sia vero. Non c'è altro da desiderare, tutto sembra perfetto. Ma all'improvviso la vita la mette davanti alla prova più difficile, la malattia, e niente può essere come prima. La sua realtà si infrange in mille pezzi, come le sue emozioni a cui non sa dare un nome. Ogni cosa intorno appare falsa e inutile. Ogni persona è diversa da come la immaginava. Anche quelli che pensava fossero amici. Anche Rodrigo.

Persino lei stessa. Senza più nessuna certezza, Sofia scopre che crescere vuol dire guardarsi dentro per davvero, senza falsi alibi. Vuol dire decidere chi si vuole diventare e tracciare il proprio percorso. Sicuri che c'è sempre la possibilità di sbagliare, di scegliere, di fermarsi e ripartire. L'importante è guardare sempre l'obiettivo, ascoltare il proprio cuore e non tradirlo mai.

Ed ecco quindi che la malattia diventa un'opportunità: di crescita, di riflessione, di convinzione dei propri mezzi, di quell'ARCOBALENO i cui colori sono simbolo di VITA e sono capaci di suscitare EMOZIONI precise. Ragazzi resilienti (termine molto caro al professor Masera), capaci di adattarsi a una realtà basata sulle difficoltà vissute, su quel cammino impervio che li ha portati a guardare anche l'abisso della morte ma nel quale, illuminato dalle STELLE (tutte le persone che sono state loro vicino e capaci di trasmettere qualcosa), il percorso è diventato un percorso di vita e di crescita. Tutti in fondo siamo alla ricerca della bellezza della vita, quella bellezza interiore che ci infiamma per tutto ciò che ci circonda, sinonimo di felicità. Ma che cosa è? Credo che molto semplicemente

sia un nuovo significato che sappiamo dare alla vita, uno scopo chiaro, qualcosa di assolutamente personale come il DNA, che si traduce in un'energia perenne. Penso sia questo il segreto dei ragazzi resilienti (Jankovic, *Ne vale sempre la pena*, Baldini & Castoldi 2018).

Sofia ha sedici anni, ma ha già alle spalle un vero miracolo: grazie a terapie ben programmate la malattia che le hanno diagnosticato è ora in remissione. Ha però anche imparato che i miracoli si pagano; mentre rimbalzava tra corse in ospedale e frequenti degenze, il mondo correva veloce, lasciandola indietro, sola e fuori sincrono rispetto alle sue coetanee, con una vita in frantumi in cui i pezzi non si incastrano più.

Un giorno il destino le fa incontrare non più Rodrigo ma Ivan, affascinante "compagno di sventure" che la travolge con la sua fame di vita, di passioni, di risate e le dimostra che il mondo non si è fermato, anzi insieme possono riacciuffarlo. Ma, come un peccato originale, come una colpa scritta nelle stelle avverse sotto cui Sofia e Ivan sono nati, il TEMPO che hanno a disposizione è un miracolo e in quanto tale andrà pagato... ed è allora che Ivan sussurra a Sofia questa bellissima poesia di Elli Michler, tratta dalla raccolta *Dir Zuggedacht (Dedicato a te*, Monaco 2004).

Ti auguro tempo

Non ti auguro un dono qualsiasi, ti auguro soltanto quello che i più non hanno. Ti auguro tempo, per divertirti e per ridere; se lo impiegherai bene potrai ricavarne qualcosa.

Ti auguro tempo, per il tuo fare e il tuo pensare, non solo per te stesso, ma anche per donarlo agli altri.

Ti auguro tempo, non per affrettarti a correre, ma tempo per essere contento.

Ti auguro tempo, non soltanto per trascorrerlo, ti auguro tempo perché te ne resti: tempo per stupirti e tempo per fidarti e non soltanto per guardarlo sull'orologio.

Ti auguro tempo per guardare le stelle e tempo per crescere, per maturare.

Ti auguro tempo per sperare nuovamente e per amare. Non ha più senso rimandare.

Ti auguro tempo per trovare te stesso, per vivere ogni tuo giorno, ogni tua ora come un dono.

Ti auguro tempo anche per perdonare.

Ti auguro di avere tempo, tempo per la vita.

Ivan ha saputo apprezzare l'arcobaleno e ha saputo leggere la vita e le emozioni che i colori dell'arcobaleno portano con sé... non significa essere ottimisti a tutti i costi ma significa CREDERE in quello che con fatica si sta facendo e camminare pensando all'obiettivo per cui stiamo camminando, la vittoria finale.

Due concetti fondamentali mi hanno insegnato i bambini e gli adolescenti che ho curato in 40 anni di vita "in trincea" con loro: *vivere il presente e capitalizzare il tempo*; per loro non esiste passato e futuro e per loro non esiste il limite di tempo.

Vivere il presente: sembra facile, è una frase che ricorre spesso nei nostri dialoghi, ma sappiamo veramente il suo significato? Abbiamo delle energie dentro di noi, a noi sconosciute, che emergono di fronte ai veri bisogni. Questa forza però può prendere delle strade sbagliate e ben poco utili: rabbia, collera, depressione, negazione... questa forza invece deve essere indirizzata potenziata verso un obiettivo di vita: gioia, convinzione, determinazione, coraggio... vivere alla giornata come fanno i giovani è dare tutto se stessi nella giornata che stai affrontando senza limitazioni legate al domani o a progetti che non sai neppure se si potranno realizzare. Il bambino è istintivo e quindi vero, l'adulto è "cervellotico" quindi programmatore...e programmare non significa vive-

re alla giornata, significa essere schiavi di un'aspettativa che spesso e volentieri diventa una chimera. L'essere umano è fatto così – mi si potrà dire – e questo è vero fino a un certo punto. Un ragazzo di 20 anni prima di morire mi ha dato una poesia di Martha Medeiros con preghiera di leggerla a casa da solo... e così ho fatto... Il ragazzo è morto 5 ore dopo e il suo "testamento" recita così: "Lentamente muore chi è schiavo dell'abitudine..." Ed è proprio vero! Ecco perché non sappiamo vivere alla giornata perché siamo schiavi di un'abitudine che ci costringe erroneamente a non rivedere criticamente certe prese di posizione.

Capitalizzare il tempo: il minore, soprattutto se malato, non ha limiti di tempo e quindi non si sente schiavo del tempo ma è ben preciso nel disegnare la sua giornata e nel far sì che il tempo possa avere un valore reale. Di fronte a una promessa fatta a un bambino con cui giocavo a carte in un turno di notte e la cui partita ho interrotto perché chiamato con urgenza in pronto soccorso, dopo due ore di lavoro intenso e ormai svuotato come energie e tensione e non avendo più voglia di tornare a giocare, mi sentivo prigioniero di una promessa galeotta che il bambino mi ha risolto brillantemente con la sua spontaneità e determinazione: a fronte del mio "dramma" interiore, tornando in studio prima di andare da lui, trovo un post-it giallo sulla porta con scritto: "ore 0.03 caro dott. Jankovic, ti ho aspettato fino adesso, vedo che non arrivi pertanto me ne vado a letto e ci vediamo domani..." Splendida spontaneità e soprattutto quella sincerità non legata a obblighi e a convenevoli. Noi siamo proprio schiavi di abitudini che rendono spesso innaturale e non spontaneo il nostro agire; i bambini no, sono diretti e ben consapevoli che il modo migliore è essere diretti e sinceri. Vivere alla giornata vuol dire dare tutto se stessi nei momenti che vivi senza risparmio di energie ma con quell'entusiasmo che spesso la paura del tempo frena. Le potenzialità ci sono, le forze ci sono, le energie ci sono e allora lasciamole emergere, diamo loro spazio per esprimersi... e il tempo le capitalizzerà, un tempo in cui dobbiamo condensare pazienza, obiettivi e determinazione.

Le relazioni umane possono essere complicate, difficili, faticose e nello stesso tempo fragili e delicate. Non esistono ricette per mantenere con tutti dei rapporti positivi e a volte bisogna anche litigare per ricucire una relazione in modo diverso, per assestarsi a nuovi eventi, ai cambiamenti che ci permettono di evolvere. Esiste però la possibilità di creare un humus fertile nei rapporti interpersonali attivando e applicando la gentilezza. Questo humus è nutrito dal grado di empatia, dall'approccio positivo e ottimista alla vita, dall'osservazione dell'altro come compagno di viaggio e dal rifiuto degli antagonismi.

Essere gentili ha un impatto diretto sui nostri geni? L'ottimismo ci fa vivere più sani e più a lungo? La felicità aiuta i processi antinfiammatori? A queste domande rispondono Immacolata De Vivo e Daniel Lumera mettendo a confronto scienza e coscienza in un approccio rivoluzionario alla salute, alla longevità e alla qualità della vita (*Biologia della gentilezza*, Mondadori 2020). Attraverso i loro studi sono riusciti a mettere in relazione il mondo interiore e la genetica del nostro corpo.

La consapevolezza che la gentilezza e in generale i sentimenti positivi di umanità e compassione svolgono un ruolo nel migliorare la salute è diffusa già da molti anni nel mondo scientifico, ma solo in tempi più recenti si è cominciato a impiegare queste risorse attivamente, con risultati molto significativi e incoraggianti.

Gioco e studio, spensieratezza e svago, amore e dedizione, proprio come Ivan e Sofia hanno espresso, sono binomi fon-

damentali per raggiungere ciò di cui un giovane ha bisogno per credere nuovamente in una vita che lo ha messo a dura prova. È bello veder sorridere un giovane malato, è bello che ciò avvenga attraverso il sorriso vero e la gentilezza di chi gli sta vicino. Erickson diceva: "Abbiamo avuto a immediata portata di mano per secoli pezzetti di vetro colorato, specchietti e tubi. Per alcuni sono stati semplici frammenti di vario materiale, per altri gli ingredienti per trasformare il loro mondo di colori e forme in fantasie e nuove visioni... Il caleidoscopio della vita" (Capurso, *Gioco e studio in ospedale*, Erickson 2001). ■

Eradicazione della poliomielite, un traguardo raggiungibile?

Massimo Farneti
Pediatra, Ravenna

Breve storia della poliomielite e dei vaccini antipolio

La poliomielite è una malattia a trasmissione prevalentemente oro-fecale causata da 3 diversi ceppi di Poliovirus (WPV), virus che colpiscono i motoneuroni delle corna anteriori del midollo spinale con possibilità di portare a paralisi flaccida. Fortunatamente solo circa 1% delle infezioni causa malattia.

La malattia è conosciuta sin dall'antichità, ma fino al XX secolo era una malattia endemica relativamente rara che colpiva quasi esclusivamente bambini di meno di 5 anni di età. Con il miglioramento delle condizioni igieniche e quindi con il contagio virale posticipato e di conseguenza più virulento sono comparse grandi epidemie periodiche che hanno colpito bambini più grandi e anche giovani adulti con migliaia di casi di paralisi flaccide e morti.

Negli anni Cinquanta del secolo scorso sono stati introdotti due vaccini antipolio chiamati con il nome dei due ricercatori che li hanno sviluppati. Il primo con i tre virus uccisi da eseguire con iniezione (vaccino Salk, IPV) e il secondo con virus vivi attenuati somministrabile per os (vaccino Sabin, OPV). Per la maneggevolezza, il basso costo e la miglior protezione (conferimento di immunità anche mucosale e spargimento del virus vaccinale nell'ambiente con conseguente possibile "vaccinazione" dei contatti) il vaccino Sabin è stato a lungo adottato in tutto il mondo nelle schedule vaccinali pediatriche.

L'OPV ha però un grave limite che è quello di poter retro mutare riacquisendo la patogenicità (cVDPV), questo evento è stato in passato causa di circa 1 caso di paralisi flaccida (fra vaccinati o contatti) ogni 3,5 milioni di dosi di OPV somministrate [1]. Tra il 2000 e il 2021, più di 20 miliardi di dosi di OPV sono state somministrate a quasi tre miliardi di bambini in tutto il mondo e durante questo periodo sono stati registrati solo 2.299 casi di paralisi da cVDPV (1 caso ogni 9 milioni circa di dosi).

Per questo motivo l'OPV dalla fine del secolo scorso è stato gradatamente sostituito, nella maggior parte dei Paesi a sviluppo avanzato, da una formulazione potenziata del vaccino IPV (eIPV), scelta che però ha indebolito notevolmente l'immunità di gregge poiché l'eIPV conferisce solo una debole immunità mucosale.

Verso l'eradicazione dei virus della polio

Dagli anni Novanta del secolo scorso grazie alle estese campagne vaccinali la circolazione dei WPV è stata via via limitata tanto che interi continenti hanno raggiunto la certificazione OMS di "Polio free" (Americhe 1994, Europa 2002, Sudest asiatico 2014, Regione del Pacifico e Africa 2020). Nella seconda decade del XXI secolo, prima il Poliovirus 2 (2015) e quindi il Poliovirus 3 (2019) sono stati certificati dalla OMS come eradicati, nel 2016 si è interrotta a livello mondiale la vaccinazione con OPV2 e il vaccino è divenuto bivalente (OPV1-3). Tale scelta che da una parte rispondeva a un razionale molto stringente: oltre il 90% delle poliomieliti da cVDPV è causato dalla

retromutazione del ceppo WPV2, per cui sospendere l'OPV2 significa interrompere il rischio di sue nuove retromutazioni, si è scontrata con la difficoltà di introdurre nei Paesi più poveri con sistemi sanitari più fragili l'eIPV (trivalente) lasciando di fatto molti milioni di bambini senza immunità contro il WPV2 e i cVDPV2.

Al momento quindi l'unico WPV ancora circolante è il WPV1. Questo ceppo virale è ancora presente endemicamente in due Paesi asiatici, Pakistan e Afghanistan. Al 1 novembre 2022 sono stati segnalati in Pakistan 20 casi di poliomielite e solo 2 in Afghanistan nonostante le gravi difficoltà di vaccinazione che hanno comportato anche l'uccisione nel 2022 di 17 addetti alle campagne vaccinali [2]. Purtroppo sono segnalati casi, importati dal Pakistan, anche in Mozambico e Malawi per un totale di 9 casi [3-5].

Nonostante gli sforzi effettuati e il forte contenimento dei casi di poliomielite da WPV1 questo ceppo virale "selvaggio" rappresenta ancora una minaccia, ma quello che attualmente preoccupa di più è la circolazione di cVDPV in particolare il tipo 2, dal 2017 si segnalano tutti gli anni più paralisi flaccide da cVDPV che da WPV1. Questi ceppi vaccinali retromutati trovano modo di trasmettersi in due situazioni:

1. popolazioni a bassa copertura vaccinale;
2. popolazioni con copertura vaccinale da eIPV.

In entrambi i casi è carente la protezione mucosale e il virus trova modo di replicarsi nel tubo digerente della persona infettata, la differenza sostanziale è che nelle popolazioni a bassa copertura vaccinale si possono avere vere e proprie epidemie da cVDPV mentre in quelle con copertura vaccinale da eIPV si possono avere solo casi isolati (normalmente in soggetti non vaccinati) e il ritrovamento, anche a livelli importanti, di cVDPV nelle fogne, segno di circolazione del virus nell'ambiente. Come accennato sopra la sospensione dell'OPV2 nei Paesi poveri ha paradossalmente fornito "carburante" al cVDPV2.

La tempesta perfetta: cadere all'ultimo ostacolo?

L'ottimismo della OMS espresso fino al 2019 sul possibile raggiungimento del traguardo dell'eradicazione dei virus della poliomielite si è infranto di fronte all'aumento dei casi soprattutto da cVDPV. La situazione epidemiologica è preoccupante. La pandemia ha temporaneamente interrotto le campagne di immunizzazione della Global Polio Eradication Initiative (GPEI), mettendo a rischio oltre 80 milioni di bambini, soprattutto nei Paesi poveri. Dal 2019 al 2022 è stata una escalation di segnalazioni. Le epidemie da cVDPV sono triplicate dal 2019 al 2020, con oltre 1.100 bambini paralizzati. Lo Yemen settentrionale, la Repubblica Democratica del Congo orientale e la Nigeria settentrionale rappresentano oltre l'85% del carico globale di casi da cVDPV2. Solo in Nigeria nel 2021 vi è stata un'ampia epidemia di 415 casi e nel 2022 sono stati segnalati ancora 42 casi. Nel febbraio 2022, cVDPV2 sono stati anche rilevati in campioni di acque reflue nel Regno Unito (Londra), e successivamente negli Stati Uniti (Stato di New York) con la comparsa anche di un caso clinico di polio in un soggetto non vaccinato. Il cVDPV rilevato era collegato a quello del Regno Unito segno che in poche settimane aveva "attraversato" l'Atlantico. Anche in Israele è stato segnalato un caso di polio ma da cVDPV3 e circolazione di cVDPV2. La Pan American Health Organization (PAHO) ha avvertito che Brasile, Repubblica Dominicana, Haiti e Perù sono ad alto rischio di reintroduzione della poliomielite, a seguito della diminuzione dei tassi di vaccinazione [5]. I tassi di vaccinazione nei bambini delle Americhe con tutte e tre le dosi del vaccino antipolio si sono attestati, nel 2021, al 79% che rappresenta il tasso più basso negli ultimi 14 anni, mettendo la regione a rischio di reintroduzione della malattia.

Su sistemi sanitari già deboli a causa delle crisi economiche in atto, degli effetti dei cambiamenti climatici e dei vari focolai di guerra si è abbattuta la pandemia da Covid-19 rallentando e talora bloccando completamente le attività di prevenzione, in primis quella vaccinale nei confronti dell'infanzia. Questa tempesta perfetta rischia di far naufragare gli sforzi per eradicare la poliomielite a un passo dal successo, tanto che recentemente si sono levate voci anche autorevoli che invitano la OMS ad abbandonare l'obiettivo dell'eradicazione per concentrarsi sul solo controllo della malattia [7].

La strategia per l'eradicazione della polio 2022-2026

L'eradicazione rimane comunque un risultato raggiungibile. Lo sviluppo tecnologico ci ha fornito un nuovo vaccino OPV2 stabile (nOPV2), tale nuovo ceppo vaccinale dovrebbe ridurre quasi del tutto il rischio di retromutazione conferendo un'ottima immunità (sia mucosale sia sierologica) [8-9]. Nel novembre 2020, il nOPV2 ha ricevuto dall'OMS l'autorizzazione per uso di emergenza e nel marzo 2021 è iniziata la sua distribuzione. Nella prima metà del 2022, sono state somministrate oltre 370 milioni di dosi in più di 20 Paesi [10]. Tale vaccino può svolgere una doppia funzione:

1. vaccinazione di emergenza nelle zone ove siano segnalati casi di cVDVP2 per creare una "barriera immunitaria" intorno ai casi;
2. vaccinazione di routine (insieme a OPV1-3) in attesa che vi siano le condizioni locali di passare a eIPV trivalente.

È urgente altresì abbandonare al più presto l'uso dell'OPV3, come già fatto per l'OPV2, poiché sono ormai passati tre anni dall'eradicazione del WPV3, la retromutazione dell'OPV3 in questa fase è un rischio reale certificato dalla comparsa sia di casi clinici sia dal suo ritrovamento nelle acque reflue in vari Paesi.

Rimangono aperti due problemi che richiedono un impegno stringente del comitato di emergenza polio dell'OMS e delle varie autorità statali:

1. portare le coperture vaccinali (possibilmente con eIPV) almeno sopra il 90% in tutti i Paesi;
2. mantenere/creare un'efficiente rete di sorveglianza sia delle paralisi flaccide, per permettere una pronta risposta vaccinale estesa alla comparsa anche del solo sospetto di una polio paralitica, sia, almeno a campione, delle acque reflue per l'individuazione di eventuali cVDVP circolanti.

Appare chiaro che in buona parte si tratta "solo" di investire risorse, gli strumenti tecnici sarebbero disponibili così come le strategie vaccinali, ma i recenti fallimenti nel reperimento di fondi internazionali per il fondo globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria non lasciano ben sperare [11], secondo le stime del GPEI sarebbero necessari "solo" 4,8 miliardi di dollari per raggiungere entro il 2026 l'obiettivo, basti pensare che si stima che per lo sviluppo del nuovo caccia militare italo-anglo-giapponese Tempest saranno necessarie alcune decine di miliardi di euro. ■

Bibliografia

1. Esteves K. Safety of oral poliomyelitis vaccine: results of a WHO enquiry. Bull World Health Organ. 1988;66(6):739-746.
2. <https://www.who.int/news/item/24-06-2022-statement-of-the-thirty-second-polio-ihf-emergency-committee>.
3. <https://www.afro.who.int/news/progress-polio-eradication-africa-21/10/22>.
4. <https://polioeradication.org/where-we-work/Mozambique/06/12/2022>.
5. <https://polioeradication.org/where-we-work/Malawi/06/12/2022>.
6. <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/06/12/2022>.
7. Chumakov K, Ehrenfeld E, Agol VI, Wimmer E. Polio eradication at the crossroads. Lancet Glob Health. 2021 Aug;9(8):e1172-e1175.
8. Te Yeh M, Bujaki E, Dolan PT, et al. Engineering the Live-Attenuated Polio Vaccine to Prevent Reversion to Virulence. Cell Host Microbe. 2020 May 13;27(5):736-751.e8.
9. Bessaud M. Le nouveau vaccin antipoliomyelique oral: un tournant décisif pour le programme d'éradication? Med Trop Sante Int. 2021 Dec 20;1(4):mts1.2021.191.
10. Keyser J. A new weapon against polio. Rotary magazine. <https://www.rotary.org/en/new-weapon-against-polio>.
11. Polio eradication: falling at the final hurdle? Lancet. 2022 Oct 1;400(10358):1079.

Info

Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

Occhio alla Polio: un allarme dagli USA

Il 21 luglio di quest'anno, i funzionari della sanità pubblica hanno annunciato un caso di poliomielite paralitica in un giovane adulto nella contea di Rockland, New York, a nord-ovest di New York City, il primo caso di poliomielite segnalato negli Stati Uniti dal 2013. Sebbene il caso sia stato causato da poliovirus di derivazione vaccinale, il paziente non era vaccinato e non aveva viaggiato in un Paese in cui la poliomielite è un rischio. Secondo i Centers for Disease Control and Prevention (CDC), il sequenziamento genomico suggerisce che il virus è circolato localmente in modo sommerso per un anno.

L'infezione da poliovirus, un enterovirus che infetta principalmente il tratto intestinale, è sintomatica solo nel 25% dei casi, causando in genere una malattia simile all'influenza. A seconda del tipo di virus, dall'1 al 5% delle persone infettate svilupperà una meningite. Secondo il CDC, circa lo 0,5-0,05% delle persone infette, da 1 su 200 a 1 su 2000, svilupperà una paralisi dopo che il virus avrà infettato il midollo spinale e una piccola percentuale di loro morirà a causa di problemi respiratori.

Sulla base di questi numeri, "un caso paralitico è un segnale di allarme che indica che nella comunità potrebbero esserci 100 o più persone che non mostrano sintomi", ha dichiarato in un'intervista a *JAMA* la ricercatrice sulla poliomielite Yvonne Maldonado, capo della divisione di malattie infettive pediatriche della Stanford University Medical School. In effetti, un poliovirus geneticamente simile è stato rilevato in diversi campioni di acque reflue raccolti nelle contee di Rockland e Orange a New York nei mesi di maggio, giugno e luglio, oltre che nelle acque reflue di New York, fornendo ulteriori prove della circolazione nella comunità.

"Il rilevamento di poliovirus in campioni di acque reflue nella città di New York è allarmante, ma non sorprendente", ha dichiarato il 12 agosto il commissario per la salute dello Stato di New York, Mary T. Bassett. "Il dipartimento della salute dello Stato – in collaborazione con i partner locali e federali – sta già rispondendo con urgenza, continuando le indagini sui casi e valutando aggressivamente la diffusione".

Il poliovirus "potrebbe potenzialmente diffondersi a macchia d'olio in un piccolo gruppo consolidato con una percentuale significativa di persone non vaccinate", ha detto Glatt, che è presidente di medicina e primario di malattie infettive al Mount Sinai South Nassau di Oceanside e professore di medicina alla Icahn School of Medicine del Mount Sinai di New York.

A partire da agosto, solo il 60% circa dei bambini di 2 anni nella Contea di Rockland aveva ricevuto le 3 dosi raccomandate di vaccino antipolio inattivato (IPV). Questo dato si confronta con una media a livello statale di New York di circa il 79% e una media nazionale di quasi il 93% per i bambini nati nel 2017 e 2018.

Poiché i tassi di vaccinazione nazionali e statali sono elevati, Glatt ritiene improbabile un'epidemia generale. "Un solo paziente non significa una pandemia, ma dobbiamo essere preoccupati per evitare che ci sia un secondo, un terzo e un centesimo paziente", ha dichiarato in un'intervista. Ha sottolineato che i focolai locali possono verificarsi ovunque: "Nessuno ha il coltello dalla parte del manico; ogni gruppo, ogni etnia, ogni regione del Paese ha le sue sacche di persone non vaccinate".

In genere, solo gli individui non vaccinati o vaccinati in modo incompleto sono a rischio di poliomielite sintomatica. Poiché non esistono trattamenti antivirali o di altro tipo per la polio, la vaccinazione è la chiave per prevenire la malattia. "Non si vedono casi in persone che sono state vaccinate", ha detto Maldonado. Ecco alcune misure aggiuntive che i medici possono adottare per valutare e affrontare il rischio di poliomielite tra i pazienti.

Conoscere i vaccini

Oggi nel mondo sono in uso due tipi di vaccini antipolio. Dal 2000, gli Stati Uniti somministrano esclusivamente l'IPV, che ha un'efficacia superiore al 99% dopo le 3 dosi raccomandate, secondo i CDC. L'IPV utilizza il poliovirus wild-type ucciso per indurre quella che si ritiene essere un'immunità a vita nel flusso sanguigno. Essendo inattivato, l'IPV non può causare l'infezione da poliovirus.

Il vaccino antipolio orale (OPV), utilizzato in precedenza negli Stati Uniti e ancora somministrato in molti altri Paesi, ha un'efficacia di circa il 95% dopo 3 dosi, ha osservato il CDC. Utilizza un ceppo di poliovirus indebolito per indurre l'immunità nel tratto digestivo e si ritiene che fornisca una protezione a vita. In rari casi, il virus indebolito dell'OPV riacquista la capacità di infettare il sistema nervoso. Questo provoca una poliomielite sintomatica in circa 1 su 3 milioni di vaccinati.

Essere consapevoli delle condizioni locali

Sebbene le infezioni da poliovirus negli Stati Uniti siano attualmente rare e non siano state identificate al di fuori dello Stato di New York, i fattori di rischio variano da regione a regione, quindi è prudente essere consapevoli di qualsiasi rischio o segnale locale della malattia.

I dipartimenti sanitari statali e locali generalmente emettono avvisi agli operatori sanitari, come ha fatto lo Stato di New York il 4 agosto. In collaborazione con il CDC, i dipartimenti sanitari gestiscono una rete di sorveglianza delle malattie a livello nazionale. Gli operatori sanitari sono tenuti a segnalare ai dipartimenti sanitari i casi sospetti di polio paralitico entro 4 ore e i casi sospetti di polio non paralitico entro 1 giorno.

Le agenzie sanitarie statali e locali collaborano anche con il CDC per condurre la sorveglianza delle acque reflue per alcuni patogeni, come SARS-CoV-2. Il campionamento delle acque reflue per la ricerca del poliovirus è stato avviato a New York dopo la segnalazione del caso paralitico.

Vaccinare i pazienti

"È molto triste vedere, dopo una pandemia globale di grande impatto, che una malattia prevenibile da vaccino che pensavamo di aver sconfitto riappare a causa della mancanza di vaccinazione", ha detto Maldonado.

Secondo Schaffner, per aumentare i tassi di vaccinazione contro la poliomielite è necessario raccogliere l'anamnesi vaccinale completa di ogni paziente, non solo di quelli che vivono dove è stato individuato il virus. La maggior parte delle persone che non è aggiornata con i vaccini antipolio dovrebbe essere immunizzata, compresi i neonati e i bambini più grandi, gli adulti di tutte le età e le persone incinte a rischio di esposizione, come quelle nello Stato di New York.

Oltre a esaminare la storia dei vaccini durante le visite, Hackell raccomanda di controllare di routine le cartelle cliniche dei pazienti per le vaccinazioni antipolio e di contattare i pazienti che sono in ritardo. I sistemi informativi statali sulle vaccinazioni e i registri scolastici sono fonti di informazioni sulle vaccinazioni. Questi sistemi consolidano i dati sulle vaccinazioni indipendentemente dal luogo in cui sono state somministrate. Tuttavia, potrebbero non essere completi.

Hackell ha detto che è sicuro che chiunque abbia frequentato le scuole pubbliche negli Stati Uniti negli ultimi 70 anni sia stato vaccinato. Ma se c'è qualche dubbio, offrire il vaccino antipolio, sia come richiamo che come ciclo completo di 3 dosi, è un modo a basso rischio per assicurarsi che i pazienti siano protetti. Per dirla con Schaffner: "Nel dubbio, vaccinare".

Per i pazienti non vaccinati o vaccinati in modo incompleto, la prima dose dovrebbe essere somministrata immediatamente, se possibile. Le dosi successive dovrebbero essere programmate secondo le raccomandazioni del CDC.

Le linee guida del CDC includono programmi specifici per bambini, adulti e persone vaccinate in altri Paesi con un OPV bivalente, che non protegge dal poliovirus di tipo 2. Sono inclusi programmi accelerati per le persone vaccinate in altri Paesi. Sono inclusi programmi accelerati per coloro che hanno in programma viaggi in aree in cui la polio è endemica, così come raccomandazioni di dosi di recupero per individui non ancora immunizzati.

Considerare le dosi di richiamo

Il CDC raccomanda un richiamo a vita per gli adulti che hanno ricevuto 3 dosi di IPV e sono ad alto rischio di esposizione alla polio. Tra questi vi sono le persone che viaggiano in aree in cui il virus è epidemico o endemico, i tecnici di laboratorio che maneggiano campioni di poliovirus e gli operatori sanitari e altre persone che si occupano di persone infette.

Nello Stato di New York, il dipartimento della salute raccomanda ora il richiamo per chiunque sia stato esposto a una persona con polio confermata o sospetta, o ai membri della famiglia di tale persona o ad altri contatti stretti. I richiami sono raccomandati anche agli operatori sanitari delle aree a trasmissione comunitaria, come le contee di Rockland e Orange, che potrebbero curare i pazienti o manipolare campioni provenienti da pazienti che potrebbero essere infetti da polio. Tra questi, gli operatori dei dipartimenti di emergenza, delle cure urgenti, dei laboratori di neurologia e di virologia. I richiami dovrebbero essere presi in considerazione per le persone esposte alle acque reflue di New York nell'ambito del loro lavoro.

Tuttavia, Glatt ha affermato che è importante ricordare che tutti gli sforzi della sanità pubblica dovrebbero essere concentrati sulla vaccinazione delle persone non vaccinate o parzialmente vaccinate. Le persone completamente vaccinate, anche in ambienti ad alto rischio, hanno un rischio molto basso, se non trascurabile, di contrarre la poliomielite paralitica, che non è stata segnalata nella popolazione completamente vaccinata.

Affrontare l'esitazione vaccinale

L'esitazione nei confronti del vaccino è in aumento e affrontarla è essenziale per proteggersi dalla polio e da altre malattie prevenibili con il vaccino. Hackell, che nel 2016 è stato coautore di un rapporto clinico dell'AAP sull'argomento, ha affermato che le ragioni dell'esitazione e la forza della resistenza variano e devono essere affrontate caso per caso. Alcune persone ritengono che i vaccini non siano più necessari, mentre altre non hanno fiducia nel sistema sanitario. Alcuni hanno semplicemente delle preoccupazioni sui vaccini e possono essere persuasi, mentre altri si oppongono fermamente. Altri ancora consentono le vaccinazioni richieste per la scuola, mentre ne rifiutano altre.

Hackell raccomanda di chiedere ai pazienti o, se minorenni, ai loro genitori, perché sono esitanti nei confronti della vaccinazione antipolio. Alla domanda sull'esitazione nei confronti del vaccino, "la maggior parte delle persone risponde: 'Non lo so' o 'Non sono pronto'", ha osservato. Ricordare loro il tributo che le malattie infettive hanno avuto prima che fossero dispo-

nibili i vaccini attuali può essere persuasivo. Un dato impressionante: all'inizio degli anni Cinquanta negli Stati Uniti si verificavano circa 15.000 casi di poliomielite paralitica all'anno. Durante l'epidemia di morbillo del 2019, che ha coinvolto anche la contea di Rockland, la comunicazione con i genitori esitanti ha convinto molti a far vaccinare i propri figli. "Ce l'avevamo sotto gli occhi, era una crisi e l'abbiamo sfruttata", ha detto Hackell. A suo avviso, la ricomparsa della poliomielite offre un'opportunità simile per aumentare la diffusione del vaccino.

Glatt è d'accordo: "Questa è una grande opportunità didattica per dire alle persone non vaccinate o ai genitori di bambini non vaccinati: 'Questo è un vero caso di polio con paralisi. È questo che volete per i vostri figli, quando si può prevenire in modo facile e sicuro con una serie di vaccinazioni?'".

Iroku-Malize ha sottolineato la necessità di ascoltare pazientemente e di rispondere con i fatti. Anche avere rapporti di fiducia costanti con i pazienti aiuta. In un avviso sanitario del 19 agosto, il dipartimento della salute dello Stato di New York (NYSDOH) ha raccomandato ai medici di usare la loro influenza: "In considerazione della disinformazione e delle voci che si stanno diffondendo nelle aree interessate, incoraggiamo fortemente gli operatori sanitari, che tendono a godere di grande fiducia, a parlare della realtà della minaccia e della presenza di poliovirus circolante nello Stato di New York".

Conoscere la procedura di lavoro

La diagnosi di infezione da poliovirus è complicata perché la maggior parte delle persone infette non sviluppa mai sintomi. Quelli che lo fanno hanno per lo più sintomi virali aspecifici come febbre, mal di gola, stanchezza, mal di testa, nausea e mal di stomaco. Lo screening clinico consiste nell'analizzare un campione di feci o di orofaringe per verificare la presenza di enterovirus. Per confermare l'infezione da poliovirus è necessario raccogliere campioni di feci nell'arco di 2 giorni e inviarli ai laboratori del dipartimento sanitario e del CDC. Si tratta di un'operazione complicata, costosa e poco pratica per una malattia piuttosto rara.

Tuttavia, lo screening di alcuni pazienti con sintomi virali non specifici può essere giustificato in aree con una diffusione comunitaria nota del poliovirus. Il NYSDOH lo raccomanda per i pazienti non vaccinati con almeno 2 di questi sintomi, tra cui febbre o mal di gola, che vivono nelle aree attualmente colpite. Anche i pazienti con meningite in queste aree dovrebbero essere sottoposti a screening.

Più specifica dell'infezione da poliovirus è la debolezza degli arti che progredisce nell'arco di alcuni giorni, chiamata paralisi flaccida acuta. Di solito, ma non sempre, è peggiore su un lato del corpo e progredisce dai muscoli prossimali a quelli distali. La forza e il tono muscolare sono compromessi e i riflessi diminuiscono, ma la sensazione non è compromessa, dice Maldonado. Possono verificarsi anche difficoltà a parlare o a deglutire e difficoltà respiratorie, il che fa pensare a una mielite anteriore.

La paralisi flaccida acuta è più spesso associata ad altre malattie, tra cui altri enterovirus, adenovirus, virus del Nilo occidentale, sindrome di Guillain-Barré e botulismo, secondo il CDC. Tuttavia, la polio dovrebbe essere presa in considerazione in presenza di altri fattori, ha detto Glatt. Questi includono la presenza di una malattia della polio nell'area, la mancata o incompleta vaccinazione, il viaggio o l'esposizione a persone provenienti da Paesi ad alto rischio di poliomielite o il contatto con qualcuno che è stato infettato.

Per Glatt: "Quando vedete un paziente non vaccinato che presenta sintomi potenzialmente compatibili con una diagnosi di poliomielite, inseritelo nella diagnosi differenziale".

Fonte: JAMA. 2022;328(11):1020-1022

Dati Istat sulla pratica dell'attività sportiva

L'Istat ha analizzato i dati provenienti dall'indagine Aspetti della vita quotidiana relativi all'anno 2021 che si è svolta nei mesi di marzo-maggio. L'indagine fa parte del sistema integrato di indagini Multiscopo sulle famiglie avviato nel 1993 e costituisce la principale fonte statistica sulla struttura familiare e sulle caratteristiche sociali delle famiglie. L'indagine è eseguita su un campione di circa 25mila famiglie distribuite in circa 800 Comuni italiani di diversa ampiezza demografica. Le famiglie vengono estratte casualmente dall'elenco dei nominativi coinvolti nelle rilevazioni censuarie del 2019, secondo una strategia di campionamento volta a costruire un campione statisticamente rappresentativo della popolazione residente in Italia. In questa edizione di indagine hanno risposto 19.829 famiglie e oltre 45.000 individui.

Nel 2021 crolla la pratica sportiva continuativa tra bambini e ragazzi di 3-17 anni. In queste classi di età vi è stato un vero e proprio crollo della pratica sportiva specialmente di tipo continuativo, diminuita di circa 15 punti percentuali (dal 51,3% al 36,2%) e compensata soltanto in parte dalla pratica di qualche attività fisica (dal 18,6% al 26,9%), svolta in modo destrutturato e quindi al di fuori delle palestre e dei centri sportivi interessati dalle chiusure. La sedentarietà è infatti aumentata dal 22,3% al 27,2%. Sul territorio, l'attitudine alla pratica sportiva è maggiore al Nordest dove vi si dedica il 41,6% della popolazione di tre anni

e più; segue il Nordovest (39,9%) e il Centro (36,7%). Le quote sono decisamente più basse nelle regioni meridionali (24,8%) e insulari (25,4%) con l'eccezione della Sardegna (31,9%). Le Regioni con i valori più bassi sono Campania (20,8%), Calabria (22,5%), Sicilia (23,2%), Molise (23,6) e Basilicata (24,7%).

L'associazione tra le abitudini sportive dei genitori e la pratica sportiva dei figli è molto significativa. Sono soprattutto i bambini e i ragazzi di 3-17 anni con entrambi i genitori sportivi a dichiarare di praticare sport (75,2%). Livelli elevati di pratica sportiva si osservano anche quando è solo uno dei genitori a fare sport, in misura maggiore se si tratta della madre piuttosto che del padre (58,9% contro 54,1%) mentre si scende al 31,2% se nessuno dei genitori pratica sport.

I membri di una stessa famiglia condividono inoltre lo status socioeconomico a cui spesso sono associate diverse opportunità e propensioni ad assumere comportamenti e stili di vita. Nel 2021 praticano sport il 49% dei bambini e giovani che vivono in famiglie con ottime o adeguate risorse economiche e il 39,8% di quelli che hanno situazioni economiche familiari più svantaggiate. Anche il contesto culturale della famiglia incide sulla pratica sportiva. I giovani che hanno genitori con titolo di studio alto si dedicano allo sport nel 57,9% dei casi. La quota scende al 45,5% se i genitori possiedono un diploma di scuola superiore e si attesta ad appena il 29,6% quando i genitori non sono andati oltre la licenza di scuola media dell'obbligo.

I tropici in ambulatorio

ACP edizioni

In promozione a **14 euro**

Un volume che apre una porta verso mondi che la globalizzazione rende sempre meno lontani e impongono un'evoluzione della medicina anche nelle pratiche di ogni giorno.

Per informazioni e ordini: segreteria@acp.it

I tropici in ambulatorio

Il medico di fronte alle nuove sfide per la salute globale in età pediatrica

a cura di Fabio Capello e Costantino Panza

ACP

IL PEDIATRA CURIOSO 1

Maternità nei Figli degli altri

Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi di Roma

I figli degli altri

(titolo originale: *Les enfants des autres*)

Regia: Rebecca Zlotowski

Con: V. Efir, R. Zem, C. Mastroianni, M. Perrier, F. Wiseman, H.-N. Tabary, Y. Couture, V. Lefebvre

Francia, 2022

Durata: 104'

“È grave non avere figli?” Se lo chiede Rachel, la protagonista del film *I figli degli altri*, presentato alla Mostra del Cinema di Venezia 2022; se lo chiede lo spettatore seguendo una storia dei nostri giorni. La risposta ce la dà Rebecca Zlotowski, regista quarantenne nata a Parigi e di origini ebraico-polacche da parte paterna ed ebraico-marocchina da parte materna. Meglio: ce ne dà due. La prima l'affida a Rachel (sua alter ego?); la seconda la lascia all'interpretazione degli spettatori, dando al termine *figli* almeno tre valenze: la bambina del suo compagno, la figlia della sorella, un alunno.

Chi è Rachel? Una professoressa quarantenne senza figli che vive e insegna in un liceo di Parigi, ama la vita, la chitarra e il suo lavoro. Tra i suoi alunni c'è anche Dylan, un sedicenne per niente brillante e poco integrato, nei confronti del quale Rachel nutre particolare attenzione. Ha avuto un ex, ma tra coloro che, come lei, si diletta con la chitarra ha conosciuto Ali e il suo cuore è tornato a battere più in fretta. La simpatia reciproca diventa cortesie, sorrisi, battute, ammiccamenti e... bacio. La fiamma vacilla (ma non più di tanto) quando lei viene a sapere che lui è separato dalla moglie e ha una figlia di 5 anni. Sarebbe un ostacolo non proprio insormontabile, soprattutto oggi quando basta dare un'occhiata tra la cerchia di parenti e amici per vedere quante coppie sono diventate famiglie allargate, ma la conoscenza e la frequentazione della piccola Leila risveglia in lei il desiderio della maternità. Vorrebbe anche un figlio tutto suo, ma teme di essere ormai troppo avanti con l'età. Il vecchio ginecologo al quale ricorre (interpretato dal regista Wiseman) le dice che può ancora sperare, ma *non deve perdere altro tempo*. Con il tacito assenso di Ali, Rachel tenta di dare un fratellino alla figlia d'altri, ma i suoi tentativi sono vani e il “fallimento” sembra diventare disfatta generale quando Ali si riconcilia con la moglie *per il bene della bambina*, la sorellina minore si ritrova incinta senza volerlo e il consiglio di classe vorrebbe bocciare Dylan per scarso rendimento. Supererà gli ostacoli a piè pari, accettando la corte di un collega e facendo tesoro del consiglio del vecchio ginecologo: “La vita è lunga”. Un film come questo non è soltanto una storia raccontata, ma un saggio da leggere e rileggere facendo caso anche a quelle che sembrano pagine superflue. Quando si stende una sceneggiatura si è coscienti che, avendo a disposizione solo un'ora e mezza/due ore di tempo, è giocoforza affidare al montaggio il taglio e la cucitura dei tempi e dei luoghi e sfruttare l'eloquenza delle immagini. Non sempre e non da tutti gli spettatori, però, le sfumature vengono colte, come in questo film dove sarebbe opportu-

no porre l'attenzione almeno su cinque sequenze, solo apparentemente superflue, che potremmo intitolare così: la valigia, il disegnano, l'incidente, il *taled* e l'epilogo.

La valigia. Rachel, Ali e Leila sono in treno e, a un certo punto, la bambina dice che non vede l'ora di riabbracciare la sua mamma che, di certo, l'attende all'arrivo. Ali sa che non sarà così e cerca inutilmente di farglielo capire, ma quando i tre arrivano alla stazione Leila comincia a correre tra la gente e il padre per riprenderla è costretto a deporre la valigia a terra dicendo a Rachel “portala tu”. Rachel si blocca, si rattrista, ma accetta di trascinare il trolley. Non è una sequenza fuori posto e fa bene la Zlotowski a inserirla proprio quando Rachel è intenzionata a diventare la mamma numero due della bambina. È come se avesse voluto dire (a lei e a noi) che amare significa anche caricarsi dei pesi dell'altro. Il disegnano. Siamo a casa, Ali e Rachel stanno parlando tra di loro e, a un certo punto, Leila si intromette. Ha fatto un disegnano e lo vuole regalare a Rachel. Non sappiamo che cosa ha disegnato la bambina, ma notiamo sul volto di Rachel piacere e tristezza, felicità e preoccupazione. Stacco e inquadratura del disegnano: pupazzetti con didascalie: *papà, mamma, Leila e Rachel*. Famiglia allargata, come tante e perché no? Rachel, quando andrà via definitivamente, porterà questo regalino con sé; sarà, però, una foto sbiadita da conservare in un cassetto, non un quadro da appendere

alla parete di casa. Come dire: non ciò che è, ma ciò che poteva essere e non è stato.

L'incidente. Traffico impazzito, piove a dirotto e Rachel è in macchina con Leila che, però, si lamenta, sta per vomitare, piange, si toglie la cintura di sicurezza. Rachel è in preda al panico, urla alla bambina di stare tranquilla, riesce a trovare un posticino dove fermare l'auto. Il sollievo dello scampato pericolo dura poco: una terribile tamponata e lo scoppio dell'airbag. Ali le ritrova in ospedale (ma i suoi baci sono tutti per Leila) con piccoli danni e fortunatamente illese. Neanche questa è una sequenza fuori posto e lo sapremo dopo un po', quando verremo a conoscenza della tragedia che ha segnato la vita di Rachel e che, in parte, spiega la sua lunga attesa prima di decidere se e quando diventare mamma: un analogo incidente, con lei bambina e sua madre alla guida che urla prima di morire.

Il *taled* è uno scialle che riunisce e copre i fedeli ebrei nella sinagoga in particolari occasioni solenni. Nel film, l'ebrea Rachel raggiunge la sinagoga due volte e sempre un attimo prima che la cerimonia si concluda. La prima volta riesce appena in tempo a raggiungere suo padre e sua sorella; la seconda volta, invece, deve ricorrere alla benevolenza di una famiglia non sua che, vedendola in difficoltà, si *restringe*, le fa un po' di spazio e l'accoglie sotto il *taled*. Come non vedere in queste due sequenze la metafora di ciò che sta accadendo alla protagonista con il *taled* simbolo del tetto sotto cui si riparano famiglie naturali e allargate? Ultima riflessione sull'epilogo. Il film si chiude con un salto temporale di anni. Rachel è sola e sta consumando una colazione in un bar-ristorante. È lì che la vede Dylan, il suo ex alunno diventato caposala. La raggiunge e le dice che non l'ha mai dimenticata e che ha realizzato il suo sogno di svolgere un lavoro che gli piace solo grazie a lei. Rachel lo ascolta, sorride, lascia il locale, esce per strada, si mischia alla gente.

Non dice niente, ma chi ha dimestichezza con la storia del cinema non può fare a meno di leggere sulle sue labbra la frase che, in *Addio, Mister Chips*, un film di Sam Wood del 1939, il protagonista (Robert Donat), vecchio docente in punto di lasciare questo mondo, rivolge al medico che aveva sussurrato “Peccato che non abbia mai avuto dei figli”: “Vi sbagliate, io ne ho avuti, a migliaia, vi dico, sì, a migliaia!”



Libri

Occasioni per una buona lettura

Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

Il corpo accusa il colpo

di Bessel van der Kolk

Raffaello Cortina Editore 2015, pp. 501, € 33

Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche

Chiacchierando con un'arteterapeuta e un antropologo venne fuori il nome di Bessel van der Kolk. "Leggi il suo libro!", un imperativo piuttosto che un suggerimento. E così ho fatto. Ho letto e riletto le cinquecento pagine del *Corpo accusa il colpo*, ed è stata una lettura impetuosa, sempre più urgente, di quelle che non puoi interrompere. L'autore è un olandese (ecco il perché di questo nome impossibile) ma che ha sempre svolto l'attività professionale negli Stati Uniti, soprattutto Boston. *Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche* così recita il sottotitolo italiano, e infatti il libro parla del trauma psichico, della scoperta del vissuto traumatico da parte della medicina, della storia di questa malattia esistenziale e delle grandi difficoltà nell'essere accettata dal mondo accademico forse perché nel trauma non c'è solo l'individuo che soffre ma la persona a cui è stato disgregato il senso della propria vita. Ed è nel corpo che vive l'esperienza traumatica: le emozioni e le sensazioni fisiche che sono rimaste impresse durante il trauma sono vissute non come ricordi, ma come reazioni fisiche devastanti nel presente e vivono una vita propria dissociata dal senso di sé o di quello che ne rimane. Il libro è in parte il resoconto della propria storia di psichiatra e psicoterapeuta, in parte una storia della medicina che appropria corpo e mente, in parte un manuale sulle conseguenze del trauma nel cervello e nella mente e sui trattamenti utili per approcciarsi alla persona che soffre. Poiché il trauma è preverbale, difficilmente una cura basata sulla parola potrà dare frutti immediati e ogni trattamento deve essere individualizzato perché l'obiettivo non è curare il trauma, ma l'individuo che lo ha subito e che ha risposto a esso in un modo specifico e caratteristico del suo modo di essere, attingendo al proprio bagaglio di risorse e vulnerabilità. Yoga, EMDR, sincronizzazione, teatro, neurofeedback sono solo alcune tra le tantissime proposte di intervento offerte a questi pazienti e che van Kolk spiega con chiarezza facendoci capire che non ci sono limiti all'accoglienza della persona che soffre. Oggi è risaputo che più della metà delle persone che chiedono un aiuto psichiatrico è composta da pazienti che sono stati aggrediti, abbandonati, trascurati, o addirittura violentati, da bambini, o che sono stati testimoni di violenza domestica. Per questo l'autore si sofferma a lungo e con attenzione sulla mente dei bambini esplorando le distorsioni della relazione, le deviazioni dal proprio modello di sviluppo e quelle malattie pediatriche che in realtà sono solo un epifenomeno di un'esperienza a cui non si è riusciti a dare un senso. Il libro è ricco di precise e utili indicazioni bi-



biografiche e può essere letto come un romanzo o come un saggio; in qualsiasi modo lo abbia letto io, la passione di van Kolk mi ha toccato in profondità. Bellissimo, sconvolgente, necessario.

Costantino Panza

Paradisi perduti

di Eric-Emmanuel Schmitt

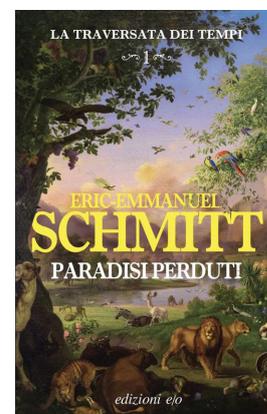
E/O 2022, pp. 491, € 19

Nessuno vive esattamente la sua epoca

La lettura di questo libro mi è stata consigliata in estate da un caro amico; periodo, quello estivo, in cui ci si scambia spesso opinioni su libri letti o non ancora letti che ci aspettano sul comodino. Alternando periodi di letture più saggistiche a quelli di romanzi e anche di gialli, ho intrapreso la lettura di *Paradisi perduti* con l'idea che forse iniziare un libro corposo non sarebbe stato vincente. In realtà non è andata così. *Paradisi perduti* è il primo volume della *Traversata dei tempi*, un'opera in 8 volumi scritta da Eric-Emmanuel Schmitt e nata da un'ambiziosa sfida, ossia raccontare in forma romanzata la storia dell'umanità. Nella presentazione del primo volume al pubblico francese in aprile 2022 questa notevole impresa letteraria è stata descritta come se "Yuval Noah Harari avesse incontrato Alexander Dumas".

Il protagonista della storia, Noam, attraverso un interessante e intelligente escamotage narrativo dello scrittore, accompagna il lettore stesso attraverso i tempi, a partire dal periodo neolitico fino ai giorni nostri, da evoluzioni a rivoluzioni mentre il presente "...nasce sulle radici di un passato che lo illumina." Noam, il narratore e protagonista, nasce 8.000 anni fa prima nel periodo neolitico in un villaggio sulle rive di un lago, un paradiso naturale dove ogni pianta, albero e creatura vivente ha un suo posto e un motivo per esistere e contribuire all'armonia del mondo. L'essere umano è parte di tutto questo e la sua presenza è vissuta come paritaria a quelli degli altri esseri viventi. Il titolo *Paradiso perduto* sottolinea ciò che Noam perde rispetto a questo primo periodo della sua lunghissima vita, l'idea che l'uomo sia un ospite della natura così come lo sono non solo gli esseri viventi ma tutti gli elementi naturali. I problemi nel villaggio di Noam non sono poi tanto diversi dai nostri: gelosie, rivalità, amori, tragedie tra clan e perdite. L'incontro con una donna che cambierà la sua vita e infine una catastrofe immane, il diluvio universale che porterà Noam, e forse non solo lui, nell'attraversamento dei tempi fino ai nostri giorni. Noam si trasforma per la lettrice o il lettore nella voce che narra la storia dell'umanità grazie alla sua presenza attraverso il tempo, a Noam viene concesso il privilegio o la sfortuna di osservare gli eventi e di ricollegarli al passato ma anche al prossimo futuro. In una nota a margine del testo Noam dice: "Nessuno vive esattamente nella sua epoca". A intermittenza, tutti noi viviamo i nostri sogni e le nostre aspirazioni in un'altra epoca rispetto a quella a cui apparteniamo. Sono gli spazi offerti dalla poesia e dall'immaginazione, afferma Eric-Emmanuel Schmitt. *Paradisi perduti* è un libro che racconta la storia dell'umanità attraverso personaggi reali, teneri e forti che accompagnano la lettrice o il lettore attraverso i tempi, in compagnia di Noam e della sua bellissima capacità di raccontare storie. Buona lettura,

Stefania Manetti



Le non cose

di Byung-Chul Han

Einaudi Stile Libero 2022, pp. 136, € 13,50

Una visione apocalittica della società digitale

Byung-Chul Han, di cui è già stato recensito un lavoro su queste pagine, e che riscuote un certo successo nel nostro Paese (ha appassionato anche Vasco Rossi) è nato a Seul, dove ha studiato metallurgia. Negli anni Ottanta si è trasferito in Germania dove ha seguito studi di filosofia, letteratura tedesca e teologia cristiana e ora insegna Teoria della cultura all'Universität der Künste (Università delle Arti) di Berlino, dove sfinisce i suoi studenti, portandoli sull'orlo della disperazione, con la sua visione apocalittica della società digitale. Questa volta il filosofo coreano se la prende con le informazioni (le non cose), e lo fa col suo stile abituale in cui spara brevi concetti a raffica, sintetici come aforismi. Le informazioni richiedono continuamente la nostra attenzione e si travestono da verità. In realtà il dominio dell'informazione, che si spaccia per libertà, non ci consente di indugiare sulle cose, così che le cose, che hanno la funzione di stabilizzare la vita, sbiadiscono. Inoltre la comunicazione digitale danneggia le relazioni umane: oggi siamo collegati, ma non legati. La comunicazione digitale è estensiva, ma la manca intensità, e connessione non è sinonimo di relazione. La riduzione del contatto fisico rende la percezione meno profonda. L'autore cita Hannah Arendt che riteneva la mano organo di lavoro e azione. Pertanto le opere d'arte (come la poesia) possiamo considerarle cose. L'opera d'arte non illustra nulla, ma significa più di tutti i significati che si possono evincere. "È proprio l'eccesso del significante a far apparire l'opera d'arte magica e misteriosa". Il mistero è un mormorio della lingua che non ha nulla da dire, e le informazioni distruggono il silenzio dell'opera d'arte. Il silenzio, d'altra parte, ha a che fare con la negatività, è esclusivo e nasce dall'indisponibilità, che accentua e approfondisce l'attenzione. Là dove ogni cosa è disponibile non si crea alcuna attenzione profonda, lo sguardo non indugia, ma vaga come quello di uno sciacallo. Siamo preda di un'infomania che fa sparire gli oggetti. Per questo l'autore si prende cura del suo orto dove trova la serenità di un monaco zen: "il giardino è assai ricco di mondo". I critici sostengono che le riflessioni di Han sono viziate da un certo reazionarismo e che non vi si trova mai una luce, una spinta innovatrice. In effetti Han fornisce molti flash suggestivi, ma li comunica in maniera perentoria e con una particolare stringatezza argomentativa. Anzi, è proprio la carenza argomentativa che allontana le sue teorie dal metodo filosofico e rende il suo pensiero incompleto e inquietante, tanto da fargli assumere l'aspetto oscuro delle profezie. Forse dovremmo leggere Han come un mistico, più che come un filosofo, e le sue stringate riflessioni come degli haiku. L'autore dice di non essere un filosofo romantico, ma un tecnico metallurgico, dice anche di non avere nulla contro la digitalizzazione in quanto tale, ma di sentirsi in dovere di mostrare non il lato angelico del nostro tempo, ma quello diabolico. Intervistato, chiarisce di non essere contro Skype e di usarlo per raggiungere la sua famiglia quando è lontano: "mi diverte molto lanciare loro una pioggia di cuori. Skype riesce a lenire il dolore della mia solitudine". Anche gli apocalittici hanno un lato poetico.



Claudio Chiamenti

Bournville

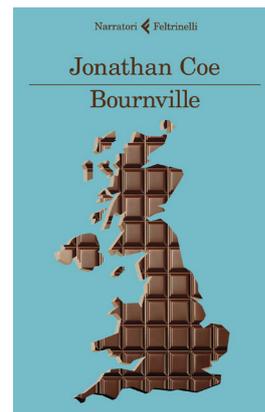
di Jonathan Coe

Feltrinelli 2022, pp. 432, € 22

La saga di una famiglia nella storia di un Paese

Bournville è un sobborgo di Birmingham cresciuto intorno alla fabbrica di cioccolato Cadbury, in cui lavorano tutti gli uomini. La storia della famiglia protagonista si snoda per quasi ottant'anni intrecciandosi con quella del Paese, dalle celebrazioni per la fine della guerra ai primi mesi della pandemia mondiale. Il personaggio guida è Mary, che incontriamo bambina durante i festeggiamenti per la fine del conflitto e che seguiamo nel suo diventare ragazza e poi donna, insieme ai suoi genitori, amici, poi il marito, i suoceri, i figli, i compagni e le compagne dei figli che incarnano le identità diverse, le diverse anime di quel paese e i cambiamenti che lo attraversano. La saga familiare, che si snoda dal 1945 al 2020, fa emergere una moltitudine di tematiche e spunti, perché le vicende si aprono alla riflessione sui rapporti, sulle relazioni, sulle scelte di vita, e sull'influenza che cultura e contesto sociale hanno su di esse. Nel sottofondo, la storia e la cronaca del regno in sette tappe, dal discorso di Churchill per la vittoria, l'incoronazione della giovane regina Elisabetta, la vittoria dell'Inghilterra ai mondiali del 1966 contro la Germania, la discussa incoronazione di Carlo principe del Galles, il matrimonio tra l'erede al trono e Diana, i funerali della principessa e, infine a chiudere il cerchio, il discorso della regina per i settant'anni di regno, nel pieno della pandemia. La famiglia è il luogo in cui le dinamiche della società, multiculturalità e discriminazione, nuove forme di diffidenza o di odio, il quieto vivere e la protezione si introiettano e determinano le dinamiche per nuove e vecchie relazioni tra nuove e vecchie generazioni. Coe ci racconta l'ascesa di un nuovo personaggio, Boris, in cui non è difficile individuare un noto politico, il sentimento europeista che implode e la Brexit, motivo di contrasto profondo anche all'interno della famiglia; l'orgoglio nazionale ma anche gli aspetti meno edificanti del Paese e dei suoi cittadini, dei familiari stessi. Alla fine, sarà Bridget, la nuora nera, accettata ma rimasta sempre estranea, ad avere il coraggio di fotografare la natura delle relazioni all'interno della famiglia per l'intera durata delle loro vite: "Ci siamo frequentati per trentadue anni. Trentadue anni. [...] E per tutto quel tempo voi altri... sì, certo, siete sempre stati carini, buoni, cordiali, ma sapevate. Avveniva tutto sotto i vostri occhi e voi non avete mai alzato un dito. Non avete mai fatto niente, cazzo. Avete serrato i ranghi. Non gli avete mai detto una parola e lo sapete cosa significa? Significa che stavate dalla sua parte". "Non penso che si possa rimanere sempre neutrali, tutto qui. Ci sono momenti in cui ciascuno di noi deve schierarsi."

Maria Francesca Siracusano



È stato un bel congresso...

Stefania Manetti
Presidente ACP

Il congresso nazionale ACP 2022 è stato frutto di un lungo lavoro e di una lunga gestazione, caratterizzato da intralci e improvvisi cambiamenti che non ci hanno consentito di incontrarci in presenza. Cambi di rotta che hanno indotto a ridurre le sessioni previste e a cancellarne alcune.

È stata un'organizzazione sofferta e incidentata, ma è stato un bel congresso.

La lectio magistralis di Sandro Spinsanti centrata sul suo libro: *Una diversa fiducia* ha aperto i nostri cuori e la nostra mente, e credo sia stato l'avvio necessario. Un grazie a Sandro Spinsanti per il suo modo di raccontare con grazia e ironia un tema complesso, ricordando come nel tempo la fiducia si sia sgretolata dando ampio spazio alla sfiducia. Il libro, che vi invito a leggere, offre infine una visione positiva del futuro basata sul ricambio di genere e generazionale.

Dalla lectio è stato fisiologico inoltrarci nella sessione sulle diseguaglianze e sulla migrazione Sud-Nord, tema caro all'ACP. Sono state presentate due esperienze basate su una visione sistemica: il progetto Mi curo a Sud e l'esperienza leccese del Polo pediatrico salentino, mirate a ridurre l'impatto della migrazione attraverso una migliore conoscenza e analisi della sua complessità.

La sessione sul Maltrattamento, la violenza assistita e il bambino trascurato, curata e costruita con cura e amore da Carla Berardi prima della sua scomparsa, si è aperta con il suo ricordo e grazie alla competenza delle relatrici si è svolta esattamente come lei avrebbe voluto.

L'epidemia psichiatrica in atto durante la pandemia da Covid-19 ha dato una visione allargata all'Europa del fenomeno della sindemia. Laura Reali, vicepresidente ECPCP e socia storica dell'ACP, ha presentato la position paper dell'emergenza psichiatrica, un documento esaustivo nato da un'attenta revisione della letteratura. Si sottolinea come sia necessario, nonostante molte nazioni abbiano cercato di rinforzare i servizi di salute mentale, un approccio integrato e community based. Sia l'EAP che l'ECPCP raccomandano azioni a livello dei decisori politici per promuovere, proteggere e prendersi cura della salute mentale dei bambini e degli adolescenti, già in situazione difficile prima della pandemia.

In tema di prevenzione, con Maria Luisa Scattoni (Servizio di Coordinamento e Supporto alla Ricerca ISS e coordinatore del Network italiano per il riconoscimento precoce dei disturbi dello spettro autistico) si è poi ragionato e discusso sui dati presentati dal gruppo di studio ISS centrati sullo sviluppo di una efficace rete curante territoriale. Sempre in tema di prevenzione e formazione Angela Giusti (ISS) ha presentato l'esperienza del percorso formativo per formatori che si è svolto in tre edizioni nel 2022, in collaborazione con ACP, CSB, FNOPO e Ordine della professione ostetrica di Roma e provincia, con l'obiettivo di accrescere la competenza per la promozione della salute nei primi 1000 giorni secondo l'approccio della Nurturing Care [1]. Una parte dei Lavori in corso in ACP hanno poi chiuso la mattinata con il progetto Real 2.0 e la sua diffusione in Lombardia, esempio di integrazione tra pediatri di famiglia e servizi di neuropsichiatria infantile grazie a un efficace lavoro di coordinamento e di organizzazione del gruppo di Massimo Molteni – Eugenio Medea [2].

Il progetto CEPPELL Curare con il libro, nella sua implementazione in contesti di grande fragilità (in TIN, in reparti di oncologia pediatrica e nei centri per la cura dei bambini con disabilità) ha rappresentato un esempio virtuoso dell'evoluzione possibile del programma NpL.

La sessione pomeridiana è iniziata con un focus sul Covid pediatrico secondo il punto di vista del centro HUB dell'Università Federico II di Napoli. Il professor Alfredo Guarino ci ha mostrato il lavoro svolto sul territorio e l'evoluzione del Covid in situazioni di maggiore complessità. Nel corso della sessione sono stati presentati i dati dello studio ACP sulla storia naturale del Covid nelle cure primarie pediatriche [3] e due relazioni sulle sindromi infiammatorie Covid correlate. Questa sessione ci ha consentito di avere uno sguardo attento sulla pandemia, in parte alle nostre spalle, focalizzando l'attenzione sulla sua evoluzione.

La sessione sull'adolescenza ha aperto una finestra sul mondo degli adolescenti parlando delle malattie sessualmente trasmesse, ma anche di adolescenti che si isolano prolungando il lockdown imposto con un proprio lockdown, in un momento della loro vita in cui le relazioni vere, fatte di abbracci, baci e comunicazione servono a crescere e a crearsi un'identità. Gli interventi successivi di Maurizio Mascarin e di Moreno Crotti Partel hanno aperto le porte al mondo degli adolescenti con malattie oncologiche. Anche in questo caso un isolamento forzato necessita del sostegno di una comunicazione competente ed efficace.

Il congresso si è chiuso con l'aggiornamento sullo studio di coorte NASCITA e la sua ramificazione sul neurosviluppo. Una ricerca sul campo che ormai va avanti da alcuni anni con una crescita culturale notevole. Abbiamo poi voluto aprire una finestra su un problema complesso e poco affrontato che riguarda la contaminazione ambientale da farmaci, tema quanto mai attuale nel mondo di oggi e di cui forse troppo poco si parla.

È stato un bel congresso, seppur in versione ridotta, frutto di un lavoro di squadra dove si è parlato di temi complessi, cercando di andare oltre i confini della nostra professione per promuovere la salute dei bambini, delle famiglie e della cultura pediatrica. Sono queste le finalità dell'ACP e i nostri obiettivi.

Il lavoro per l'organizzazione del prossimo congresso è già iniziato, l'evento sarà in presenza perché "abbracciarsi con lo sguardo" è stato utile e necessario in alcuni momenti che fortunatamente sono alle nostre spalle. ■

Bibliografia

1. Tamburlini G. La Nurturing Care nella pediatria internazionale e nazionale. *Quaderni acp*. 2022;29:241.
2. Colombo P, Buo N, Busti S, Molteni M. La telemedicina al servizio delle cure primarie. Evoluzione di un sistema web based per l'identificazione precoce del disturbo dello spettro autistico: dalla sperimentazione all'integrazione nel servizio sanitario regionale. *Quaderni acp*. 2022;29:269-273.
3. Toffol G, Buzzetti R, Reali L. Covid-19 nelle cure primarie pediatriche in Italia, uno studio osservazionale. Parte seconda: follow up. *Quaderni acp*. 2022;29:100-104.

Le tante facce della violenza

Webinar ACP 19 novembre 2022

Antonella Brunelli

Pediatra

Nella settimana di novembre compresa fra la Giornata sui diritti dell'infanzia e adolescenza e quella sulla violenza di genere si è svolto il webinar *Le tante facce della violenza* dedicato al maltrattamento in età evolutiva. È il quarto incontro che il gruppo di lavoro Maltrattamento all'infanzia dell'ACP ha prodotto in due anni, attraverso i quali ha trattato, come citato dal titolo di quest'ultimo, alcuni possibili aspetti della violenza: quella fisica, quella subita attraverso la violenza domestica, quella dovuta alla trascuratezza. L'incontro del 19 novembre ha ripreso i temi trattati nei precedenti webinar attraverso la discussione di tre casi clinici rappresentativi di ciascuna delle forme. La possibilità da parte degli iscritti di partecipare attraverso la risposta in tempo reale ai quesiti presentati dalle relatrici nel corso delle presentazioni (sempre grazie a Gianni Piras) ha dato una bella vivacità all'evento e, insieme alla possibilità di formulare domande nel corso di una discussione – peraltro molto competente – moderata dal direttore di *Quaderni* Michele Gangemi, lo ha reso davvero interattivo.

L'impeccabile presentazione di Monia Gennari riguardo alla capacità del pediatra ospedaliero di intercettare i segnali del maltrattamento fisico in pronto soccorso, i limiti che spesso si avvertono in ambienti dedicati alla gestione delle urgenze così come potrebbe verificarsi anche in un ambulatorio del pediatra di famiglia, l'approfondimento sistematico sulle lesioni cutanee e scheletriche e il percorso di presa in carico dopo la dimissione hanno sollecitato l'interesse in una ricca discussione. Alessandra Paglino si è addentrata con grande delicatezza e profondità nel complesso e sdruciolevole mondo della trascuratezza, delle manifestazioni cliniche meno frequentate fra le diagnosi differenziali da parte del pediatra, e nella preziosa funzione che può avere il pediatra di famiglia nel rianodare i fili di una rete di servizi che anch'essa, quando non presente, può essere trascurante.

Hanno chiuso la mattinata Maria Grazia Apollonio e Doriana Chiuchiù in una emozionante sessione sulla violenza assistita, che dobbiamo imparare a considerare vera e propria violenza subita, con gravi danni permanenti sulle sfere psichica e fisica dei bambini a partire già dalla vita intrauterina in caso di violenza in gravidanza. Hanno richiamato le norme giuridiche fondamentali per affrontare in modo corretto i diritti dei bambini, i rapporti nella coppia, la presenza di funzioni genitoriali, il ruolo della autorità giudiziaria nelle scelte finali. Hanno sottolineato come il rapporto del pediatra possa essere difficile con queste madri ferite e con bambini spesso ostativi, ma hanno ricordato che un terzo dei femminicidi avviene in corso di separazione: il pediatra, insieme agli altri professionisti, non può ignorare il proprio ruolo clinico e di advocacy. La giornata è stata condotta da Luciana Nicoli con una eleganza e un garbo che ricordavano le annunciatrici della prima Rai, e con perfetto rispetto dei tempi.

Nella discussione si avverte una corrente di emozione che, come commentato dalle relatrici, solo la conoscenza può incanalare nella giusta direzione. E se il problema culturale è uno

dei motivi alla base della violenza, il gruppo ACP Maltrattamento all'infanzia continuerà a lavorare in questa direzione: e di questo, in apertura, la presidente ACP Stefania Manetti ha ringraziato con affetto e a nome di tutti Carla Berardi, che ci ha lasciato questa grande eredità.

Se la conoscenza è uno degli strumenti che abbiamo a disposizione, l'ACP da oltre 20 anni si occupa di maltrattamento con un'importante produzione di articoli, libri, webinar e sessioni congressuali, la più recente all'ultimo congresso nazionale che ha ospitato due splendide relazioni di Luciana Nicoli e Melissa Rosa Rizzotto; ma, proprio in qualità di associazione culturale, lo ha fatto anche con interventi finalizzati a sollecitare la Politica a occuparsi di questo tema, attraverso l'intervento di Carla Berardi nella Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza su invito di Paolo Siani, che in Parlamento si è tanto battuto per i diritti dei bambini e dei ragazzi.

La violenza è di straordinaria, drammatica attualità: vediamo violenza fra i Paesi del mondo, nel nostro Paese, nelle nostre piccole realtà, nelle parole e nelle attività di svago quotidiani, col rischio che si assista a una progressiva "normalizzazione" del linguaggio della violenza. E se tutto questo come persone ci angoscia e ci stupisce, come professionisti non possiamo fermarci qui: abbiamo un dovere nei confronti dei bambini e dei ragazzi di intervenire sulla violenza in qualunque forma essa sia, per evitare che si tramandi, e produca e aumenti disuguaglianze e svantaggi specie nelle famiglie già fragili.

A noi non sta il giudizio: a noi la responsabilità di non ignorare questo argomento.

Tutto ciò per dire e ribadire che noi pediatri (e non solo) ci siamo, pronti a fare la nostra parte. ■

RESPONSABILE SCIENTIFICO:

MICHELE GANGEMI

Direttore della rivista "Quaderni acp"

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

XI EDIZIONE

MODULO 1: MARZO 2023

Le linfoadenopatie: dalla diagnosi alla terapia

Giovanna La Fauci, Sonia Morano, Melodie Aricò, Giuseppe Pagano

MODULO 2: GIUGNO 2023

Emogas: istruzioni per l'uso

Melodie Aricò, Giuseppe Pagano, Gina Pietrolati, Giovanna La Fauci

MODULO 3: NOVEMBRE 2023

L'alimentazione complementare.

Fra dubbi e certezze, buone e cattive pratiche

Maurizio Iaia

Fad Asincrona



WWW.MOTUSANIMIFAD.COM

N. PARTECIPANTI: 500
CREDITI ECM IN FASE DI ACCREDITAMENTO

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

MOTUS ANIMI
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER ECM

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

Quote di iscrizione

€ 25 per singoli moduli

€ 60 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

Editorial

- 1 30 years: let's make "The Point"
Michele Gangemi

Info parents

- 2 Games and activities 9-12 months
Edited by Antonella Brunelli, Stefania Manetti,
Costantino Panza

A window on the world

- 3 Schistosomiasis and strongyloidosis:
why and when?
Melodie O. Aricò, Enrico Valletta

Mental health

- 7 Autism, an ABC for the pediatrician
Giovanna Gambino, Angelo Spataro
- 9 Psychotraumatology in pediatric
psychology: duplicity or integration
of trauma in pediatric emergencies?
An operational theoretical framework
Giovanna Perricone, Antonio Carollo,
Concetta Polizzi

Know-how in the emergency ward

- 15 A child with acute ataxia
E. Cattazzo, F. Accomando, M.O. Aricò,
G. Pagano, G. La Fauci

Appraisals

- 22 The relationship between digital screens
and children's well-being. Indications
from research, parents' motivations
and role of the pediatrician
Marco Grollo, Sonia Zanor, Chiara Oretti,
Alice Di Leva, Tiziano Gerosa
- 26 Neonatal mastitis
Francesco Accomando, Melodie O. Aricò,
Enrico Valletta1

Keep an eye on skin

- 29 A blister does not make chickenpox
Elisa Milan, Maria Ludovica Deotto,
Francesca Caroppo, Anna Belloni Fortina?

Education in medicine

- 31 Training methodology in the Milan
Bicocca School of Medicine.
Role and objectives of the teacher/tutor
Gabriella Tornotti
Interview by Federica Zanetto

Personal accounts

- 34 The pediatric department and the
challenge of Eating Disorders
Marco Pandolfi, Laura Giordano, Marta Bonetti,
Gianfranca Martella, Cinzia Damato, Angela
Pavesi, Luca Bernardo

Around narration

- 37 The rainbow and within it the life
and emotions
Momcilo Jankovic

Vaccinacipi

- 39 Polio eradication, an achievable goal?
Massimo Farneti

Info

- 44 Movies

Books

Meeting synopsis

- 47 It has been a nice Conference...
Stefania Manetti
- 48 The many faces of violence. ACP webinar
november 19, 2022
Antonella Brunelli

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2023 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.