

1994-2023: trent'anni di Quaderni acp

# quaderniacp

RIVISTA BIMESTRALE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI



## Editoriale

- 97 Il Laboratorio della conoscenza intitolato a Carlo Corchia prosegue il suo cammino  
Michele Gangemi
- 98 Il bilancio di salute digitale  
Paolo Siani
- 99 A che punto siamo con la protezione dell'allattamento?  
Sergio Conti Nibali

## Infogenitori

- 100 Come stimolare il linguaggio nei primi mesi di vita  
Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Salvati

## Research letter

- 101 Le comunicazioni orali presentate dai giovani dottori al meeting Parmapediatría 2023

## Osservatorio internazionale

- 107 Adolescenti e suicidio: qualcosa è cambiato durante e dopo la pandemia?  
Enrico Valletta, Martina Fornaro

## Salute mentale

- 110 Il terapeuta della neuro e psicomotricità  
Intervista di Angelo Spataro a Enza D'Ippolito

- 111 Telemedicina e salute mentale  
Massimo Molteni

## I primi mille

- 112 L'Iniziativa Baby Friendly in Provincia di Trento: l'esperienza della certificazione dei punti nascita e della comunità  
Anna Pedrotti, Giancarlo Ruscitti, Giuliano Mariotti, Marisa Dellai, Stefania Solare, Stefania Sani, Elise M. Chapin

## Traiettorie e orizzonti familiari

- 117 Omogenitorialità e pregiudizi  
Federico Ferrari

## Focus

- 122 Cure Palliative Pediatriche (CPP) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): la necessità di una ridefinizione e integrazione  
Mario Renato Rossi, Patrizia Elli

- 124 Crisi climatica: diritti dei bambini, diritti umani  
Vincenza Briscioli

## Esperienze

- 126 Il sogno di Carlo: il progetto del Polo Pediatrico del Salento dieci anni dopo  
Assunta Tornese

## Il bambino e la legge

- 128 Riforma del diritto di famiglia  
Augusta Tognoni

## Farmacipi

- 130 Una guida per un utilizzo appropriato degli antibiotici  
Antonio Clavenna

## Vaccinaci

- 131 Le vaccinazioni nei bambini e nelle bambine con malattie infiammatorie croniche immunomediate (IMID)  
Massimo Farneti

## 134 Libri

## 136 Film

## 137 Info

## 139 Lettere

## Congressi in controluce

- 143 Parma Pediatria... dove si balla  
Maria Tolu

- 144 Zero-Due. Dati alla mano, c'è davvero molto da fare  
Leonardo Speri

## 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](http://www.cierrenet.it)

*Quaderni acp* aderisce agli obiettivi di diffusione gratuita online della letteratura medica ed è disponibile integralmente all'indirizzo [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)

Pubblicazione iscritta nel registro nazionale della stampa n. 8949

© Associazione Culturale Pediatri ACP

Edizioni No Profit

REDAZIONE

[redazione@quaderniacp.it](mailto:redazione@quaderniacp.it)

AMMINISTRAZIONE

[segreteria@acp.it](mailto:segreteria@acp.it)

DIREZIONE

[direttore@quaderniacp.it](mailto:direttore@quaderniacp.it)

UFFICIO SOCI

[ufficiosoci@acp.it](mailto:ufficiosoci@acp.it)

IN COPERTINA: Mirco Marchelli, *Giardino giocoso* (2022), stoffa, carta, tempera e cera su tavola, 29 x 34 x 5 cm, foto di Enrico Minasso (courtesy MARCOROSI 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.

# Il Laboratorio della conoscenza intitolato a Carlo Corchia prosegue il suo cammino

Michele Gangemi  
Direttore Quaderni acp

*Vengono pubblicati online come supplemento a questo numero di Quaderni acp gli abstract dei lavori che saranno presentati e discussi a Fiesole durante le Giornate di Epidemiologia 2023 (8-10 giugno 2023). Questo editoriale vuole dare un'idea al lettore che non sarà presente a Fiesole del metodo di lavoro adottato, e sottolineare quanto rivista e Laboratorio si trovino in sintonia.*

*Il Laboratorio, intitolato a Carlo Corchia (sempre presente nella redazione della rivista, nonostante la prematura scomparsa), ha scelto Quaderni acp come luogo privilegiato per far conoscere il proprio percorso di confronto e di crescita "travalicando i confini disciplinari", come già riportato in un precedente editoriale di Vittorio Basevi (Quaderni acp 2021;28:2 supplemento).*

*La redazione della rivista si propone di pubblicare gli articoli completi dopo le osservazioni emerse dalla discussione che si svolgerà durante le Giornate, sempre caratterizzate da una forte interazione tra relatori e pubblico, favorita dal programma e dalla conduzione del dibattito. Gli autori avranno la possibilità, a partire dalle critiche e dai suggerimenti, di proporre l'articolo completo che sarà sottoposto a ulteriore referaggio prima della pubblicazione. In questo modo la peer review risulterà rinforzata e darà la possibilità agli autori di lavorare sulle criticità evidenziate rispetto ai quesiti preannunciati e discussi. Questo percorso condiviso offre, alla rivista e al Laboratorio, l'opportunità di lavorare valorizzando la mente allargata del gruppo.*

*Oggetto della maggior parte degli abstract è la salute perinatale, in linea con la sempre crescente attenzione dedicata ai "primi mille giorni" e alla cornice della nurturing care. Quaderni acp, che dedica una rubrica fissa ai "primi mille giorni", da sempre tiene in considerazione questa finestra dalle straordinarie potenzialità se adeguatamente promossa, anche alla luce delle nuove acquisizioni sull'epigenetica. L'Associazione Culturale Pediatri sta anche collaborando con l'Istituto Superiore di Sanità in programmi dedicati, in particolare nella formazione dei professionisti della salute che ne sono coinvolti, nella consapevolezza che l'intreccio di saperi diversi rende possibile un reale, utile confronto anche per il superamento di stereotipi e irrigidimenti di ruolo.*

*Il percorso del Laboratorio Carlo Corchia, come emerso nella giornata di confronto svoltasi a Reggio Emilia il 10 febbraio 2023 (grazie all'ospitalità di Giancarlo Gargano), testimonia un clima e un metodo di lavoro difficilmente rinvenibili in altre situazioni e in altri contesti dove anche momenti di stallo e disaccordo diventano occasione di confronto vero che non perde di vista l'obiettivo.*

*Il Laboratorio è attualmente impegnato in tre filoni principali: l'errore, la migrazione del bambino sud-nord, il neonato sano.*

*La tematica dell'errore, rimossa dalla comunità scientifica per tutte le implicazioni negative che possono riguardare i professionisti della salute, viene affrontata da varie angolature e utilizzando diversi ambiti del sapere. Partire infatti dall'errore può costituire un'importante occasione di riflessione dal punto di vista etico, deontologico, filosofico e relazionale, a vantaggio di una crescita professionale sia del gruppo sia del singolo (per esempio attraverso l'audit come strumento di formazione).*

*Il gruppo di lavoro dedicato alla migrazione del bambino sud-nord, tema anch'esso caro all'ACP, ha prodotto dati molto dettagliati che dovranno essere la base per una discussione nei territori coinvolti. Il fenomeno in ambito pediatrico, già documentato da M. De Curtis (Ital J Pediatr 2021 Jun 24;47(1):139) partendo dalle schede di dimissioni ospedaliere, è descritto dal gruppo di lavoro nei percorsi per patologie in alcune regioni del sud. La messa a fuoco di questa fotografia richiede un passaggio politico da condurre con grande sensibilità e attenzione, senza trascurare insidie e interessi che contrastano con quelli del bambino e della sua famiglia. Rileggere, a distanza di quasi quarant'anni, la discussione e le conclusioni della tavola rotonda ACP di Napoli del 3-4 marzo 1984 (Medico e Bambino 1984;10:654-689) può indurre a pensare che tutto è inutile e che le cose non cambieranno, ma rassegnazione e pessimismo non sono nelle corde del Laboratorio. Parlare di diseguaglianze (una delle quattro priorità ACP) e non cercare in concreto di porre rimedio a questa realtà non sembra più differibile, né sono accettabili ulteriori alibi.*

*Il terzo gruppo di lavoro, dedicato al neonato sano, dopo una fase di stallo e un sereno, ma serrato confronto tra i componenti, ha rimesso a fuoco l'obiettivo iniziale condiviso o apparentemente tale. Il lavoro fatto è stato comunque occasione per cercare e privilegiare un linguaggio comune e per crescere nel rispetto delle diverse professionalità coinvolte.*

*L'auspicio è che il lettore possa cogliere dalla lettura degli abstract i punti essenziali del percorso intrapreso e che gli autori portino a termine la pubblicazione degli articoli sulla nostra rivista.*

*In tal modo avremo lavorato in linea con gli obiettivi del Laboratorio e di Quaderni acp. ■*



# Il bilancio di salute digitale

**Paolo Siani**

Direttore Struttura complessa di Pediatria,  
Ospedale Santobono, Napoli.  
Già Vicepresidente Commissione bicamerale  
infanzia e adolescenza

*Bullismo e cyberbullismo rappresentano una piaga sociale, ma non è in cima ai pensieri della politica, che è come se non vedesse l'elevato e sempre crescente numero di vittime, specie adolescenti, dovute a questo fenomeno, che la pandemia ha reso ancora più evidente e drammatico.*

*Quando si registra il caso eclatante se ne parla, ma il fenomeno ha una quota enorme di vittime "silenziose" che subiscono senza avere il coraggio e la forza di denunciare. Me ne sono occupato in Commissione bicamerale infanzia e adolescenza nel 2019 con una ricca e aggiornata indagine conoscitiva (<https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1145759.pdf>).*

*L'attività conoscitiva della Commissione è stata avviata, il 7 febbraio 2019, con l'audizione della Garante nazionale dell'infanzia e dell'adolescenza, poi degli esperti in pediatria, psicologia e psichiatria, magistrati ed esperti in materie giuridiche, degli operatori di rete e delle piattaforme, dei rappresentanti di Save the Children e di Telefono azzurro, del Movimento italiano genitori (MOIGE), dell'UNICEF. Possono essere lette tutte le audizioni al link <https://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/docnonleg/39326.htm>.*

*L'Italia ha una legge molto avanzata (n. 71 del 2017), la cui ratio è che l'approccio corretto al fenomeno non può che essere quello educativo, formativo e di prevenzione.*

*E alle stesse conclusioni era giunta l'indagine conoscitiva, sottolineando però che non può essere soltanto la scuola a occuparsi del fenomeno ma anche le famiglie.*

*Per questo motivo è stata avviata una collaborazione tra la Società Italiana di Pediatria (SIP), la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), l'Associazione Culturale Pediatri (ACP), META (la società che gestisce Facebook e Instagram) e la Fondazione Carolina che raccoglie il messaggio di Carolina, una ragazza che non c'è più, e che offre supporto alle famiglie e a tutta la comunità perché anche la dimensione digitale delle relazioni deve ritrovare una sana autenticità.*

*Le società scientifiche di pediatria hanno nominato un comitato scientifico ed è stato preparato un bilancio di salute digitale per fornire ai genitori strumenti utili per tutelare la loro presenza online e quella dei loro figli.*

*Viene introdotto così nell'ambito dei normali bilanci di salute anche il **bilancio di salute digitale** che consiste nel rispondere, in forma assolutamente anonima, a un veloce quiz (diverso per le fasce di età: 0-2 anni; 3-5; 6-10; 11-15) per scoprire quanto i genitori conoscono le abitudini online dei ragazzi; vengono anche forniti gli strumenti per tutelarli dai rischi di un uso improprio della rete e indicati i comportamenti a cui prestare attenzione.*

*Infine, la cosa molto importante è che, al termine del quiz, si potrà vedere il grado di conoscenza del genitore sull'uso dei social e, contemporaneamente, accedere al materiale informativo gratuito sul tema, utile anche a un confronto con il pediatra.*

*Si tratta in sostanza di un vero bilancio di salute e guida anticipatoria [Box 1].*

## Box 1

Ecco alcune delle domande:

- Può succedere che suo/a figlio/a utilizzi il suo device da solo/a?
- Le succede mai di delegare ai device l'intrattenimento di suo/a figlio/a?
- Le capita di utilizzare i device per fare addormentare suo/a figlio/a?
- Le succede di usare lo smartphone (es. chattare/leggere/guardare video/lavorare online) mentre allatta/dà da mangiare a suo/a figlio/a?
- Conosce l'età al di sotto della quale è fortemente sconsigliato l'utilizzo dei device?
- Conosce il numero massimo di ore consigliato per l'utilizzo dei device digitali da parte dei bambini?
- Saprebbe riconoscere le manifestazioni dell'Internet Addiction Disorder (IAD: malessere dovuto a dipendenza da internet)?
- Conosce il significato del termine phubbing?
- Controlla la classificazione PEGI (classificazione dei videogiochi per fasce d'età) nei videogame che utilizza suo/a figlio/a?
- Controlla l'età adatta di visione dei video visualizzati da suo/a figlio/a online?
- Pensa che potrebbe essere utile un supporto nella gestione del rapporto dei suoi figli con il digitale?

<https://www.minorionline.com/connessioni-delicate/>

*Si è conclusa la fase pilota del progetto che è servita per testare le domande e verificare il grado di conoscenza dei genitori sul fenomeno. Sono stati coinvolti circa 800 pediatri che hanno sottoposto i questionari (tempo di compilazione circa 3 minuti) in forma anonima ai genitori che si recavano in ambulatorio per i consueti bilanci di salute.*

*Dai questionari raccolti sono venuti fuori i seguenti risultati: il 26% dei genitori permette che i propri figli utilizzino i device in autonomia tra 0 e 2 anni, percentuale che sale al 62% per la fascia 3-5 anni, all'82% nella fascia 6-10 anni e al 95% tra gli 11 e i 15 anni.*

*Inoltre una famiglia su quattro nella fascia 0-2 anni e una su cinque in quella 3-5 anni si affida all'intelligenza artificiale per far addormentare i propri figli, con ninne nanna prodotte dagli assistenti vocali.*

*Già in uno statement pubblicato nel 2018 sulla rivista Italian Journal of Pediatrics, la Società Italiana di Pediatria aveva messo in luce i rischi per la salute psicofisica di un uso precoce, prolungato e non mediato dagli adulti dei media device nei bambini da 0 a 8 anni. Erano state rilevate interferenze negative sul sonno, sulla vista, sull'apparato muscolo-scheletrico, sull'apprendimento e persino sullo sviluppo cognitivo. Da qui la raccomandazione di evitare smartphone e tablet prima dei due anni, limitare l'uso a massimo un'ora al giorno tra 2 e 5 anni e al massimo a due per quelli di età compresa tra 5 e 8 anni.*

*Pertanto è necessario informare precocemente le famiglie sui rischi di un uso improprio dei social e lo studio che rientra nel progetto "Connessioni delicate" ha proprio l'obiettivo di sensibilizzare i genitori rispetto all'utilizzo dei dispositivi digitali dei bambini e di promuovere buone pratiche grazie alla guida attenta dei pediatri.*

*È necessario e urgente investire di più in prevenzione, attuare in pieno la legge 71 del 2017 e coinvolgere le famiglie, oltre che la scuola, per una conoscenza profonda del fenomeno per poterlo contrastare efficacemente. ■*



# A che punto siamo con la protezione dell'allattamento?

Sergio Conti Nibali

Pediatra, Messina

A nome del Gruppo nutrizione Acp

Sono trascorsi quasi dieci anni dall'appello [1] rivolto ai pediatri italiani e alle loro multivariate sigle ad attivarsi per intraprendere azioni concrete per proteggere l'allattamento dal marketing delle formule artificiali, architettato dalle industrie per aumentare i profitti e minare l'allattamento, riconosciuta priorità nell'ambito della salute pubblica. Da queste pagine chiedevamo un impegno comune per sostenere una campagna mediatica per fare pressione per adeguare la legislazione italiana (D.L. 9/2009 n. 82) al Codice Internazionale OMS sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno. Nessuna sigla ha mai risposto all'appello; anzi, a dire il vero, nel corso di questi anni alcune di loro hanno progettato iniziative che riguardano l'allattamento, escludendo del tutto la "protezione" tra gli obiettivi da perseguire; il più recente esempio è il Progetto inter-societario Policy Aziendale sull'Allattamento (PAA) [2], a tratti in franco contrasto con le strategie OMS/UNICEF e con il Codice Internazionale. Progetti di questo genere, infatti, non tengono minimamente conto delle incontrovertibili evidenze scientifiche che confermano che la sola adozione di una politica per la promozione dell'allattamento non ne fa aumentare i tassi; che i rapporti con l'industria contribuiscono, invece, a ridurli e che la valutazione delle competenze raggiunte dagli operatori, per essere tale, dev'essere esterna, con dati raccolti secondo gli standard internazionali. C'è una grande differenza, sull'esito finale, se non si applicano misure di protezione; se, per esempio, nella lotta al fumo di sigaretta si fosse investito solo nella promozione (educando a non fumare in scuole, ambulatori, media, messaggi sulle confezioni...) e non si fosse legiferato contro il fumo (con divieti assoluti in tutti i locali chiusi, con la proibizione della pubblicità diretta e indiretta...), certamente oggi avremmo ben altri risultati in termini di salvaguardia della salute pubblica. In questa cornice, per certi versi desolante, l'8 febbraio irrompe la Lancet Breastfeeding Series 2023 [3] che è da considerare un vero e proprio manifesto politico e che, speriamo, possa contribuire a innescare quantomeno un dibattito tra coloro che finora hanno mostrato poco interesse, se non addirittura avversione, nei confronti della protezione dell'allattamento dalle pratiche di marketing scorrette. Un commento esteso agli articoli sarà pubblicato sulle pagine elettroniche di Quaderni acp a cura del Gruppo nutrizione dell'ACP; in estrema sintesi il primo articolo [4] del Lancet ha l'obiettivo di analizzare le strategie di marketing diretto a genitori e operatori sanitari: tra le principali c'è quella di far passare per anormali condizioni del neonato e della madre che sono invece assolutamente fisiologiche e indurre a credere che la soluzione a questi falsi problemi sia la formula artificiale. Il secondo [5] analizza in dettaglio le strategie di marketing dell'industria dei sostituti del latte materno, facendo riferimento a due rapporti pubblicati dall'OMS nel 2022 [6,7]; vengono riportate le tendenze rispetto a vendite,

consumi e profitti. Le vendite sono aumentate di 37 volte dal 1978 al 2019 (da 1,5 miliardi di dollari a 55,6 miliardi); il mercato è controllato al 60% da sei multinazionali (Abbott, USA; Danone, Francia; Feibe, Cina; Freisland Campina, Olanda; Nestlé, Svizzera; Reckitt Benckiser, Gran Bretagna); le stime del marketing rispetto alle vendite variano dall'1% al 33%. Gli autori sottolineano che gli operatori sanitari sono un target privilegiato del marketing, con finanziamenti per ricerche di qualità discutibile, sostegno allo sviluppo di linee guida e sponsorizzazioni di congressi e altre attività educative. Il terzo articolo [8] analizza l'aspetto politico dell'intera vicenda, addentrandosi nei legami che l'industria ha creato a tutti i livelli decisionali per fare i propri interessi e, alla fine, penalizzando la salute, l'ambiente e l'economia globale. Le alleanze sono da un lato quelle con le multinazionali del marketing e delle pubbliche relazioni, dall'altro quelle con l'industria lattiera e degli altri prodotti necessari a fabbricare la formula. Questi legami servono a rafforzare e a rendere più efficaci le attività di lobby a livello sia nazionale sia sovranazionale (Commissione e Parlamento europei, per esempio).

Tutto nero, dunque? Ci dobbiamo rassegnare? Assolutamente no! Ci sono, per fortuna, esempi, neppure troppo rari, di amministratori e operatori sanitari che hanno deciso con consapevolezza di intraprendere percorsi virtuosi, applicando protocolli basati su pratiche validate dalla letteratura scientifica, e ampiamente applicati in molti parti del mondo. L'articolo di Anna Pedrotti e colleghi in questo numero fornisce a tutti gli operatori sanitari e agli amministratori un chiaro esempio di una risposta possibile ed efficace per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento e la genitorialità attraverso la puntuale applicazione dell'iniziativa Baby Friendly Hospital (BFHI) e Baby Friendly Community (BFCI) promossa dall'OMS e dall'UNICEF dal 1991. Gli autori riconoscono nella BFI una "cornice di riferimento per scardinare ostacoli e reticenze, migliorare le pratiche assistenziali, adottare linguaggio e competenze comuni, più rispondenti ai diritti, bisogni e competenze dei genitori e dei bambini". È ovvio che tutto questo non basta; come viene sottolineato negli articoli del Lancet bisogna rivedere le politiche e le leggi sull'alimentazione infantile, pensare al controllo o alla proibizione del marketing e ai conseguenti conflitti di interessi, al rispetto dei diritti fondamentali di donne, genitori e bambini, al rafforzamento dei sistemi sanitari (con politiche fiscali progressive) nel settore materno infantile e al riconoscimento del lavoro di cura delle madri. A proposito di quest'ultimo aspetto, se debitamente calcolato, costituirebbe una grande percentuale del PIL globale, probabilmente tra il 20% e il 40%. Si può fare una stima anche della percentuale di PIL attribuibile all'allattamento. Nei Paesi a reddito medio e basso, per i bambini fino a due anni di età si stima una produzione di latte materno di circa 23,3 miliardi di litri; se tutte le mamme allattassero come raccomandato dall'OMS, questo volume aumenterebbe del 40%. Ciò equivale, applicando il costo medio attribuito a un litro di latte materno dalle banche del latte umano, a 3,6 trilioni di dollari! Per finire, occorre pensare a come mobilitare e finanziare alleanze tra gruppi e organizzazioni che si occupano di allattamento, alimentazione, salute delle donne, sistemi sanitari affinché promuovano campagne a favore dell'applicazione delle raccomandazioni efficaci nel produrre salute. ■

**La bibliografia di questo articolo è consultabile online**

## Come stimolare il linguaggio nei primi mesi di vita



Fin dalla gravidanza il bambino impara a riconoscere ascolta la voce, la lingua e le parole dei genitori pur senza comprenderne il significato. Infatti, alla nascita e nei primi 2-3 mesi di vita, il bimbo risponde e si eccita alla voce dei genitori, si calma con la ninna nanna, sorride e interagisce con l'emissione di vocalizzi e imitazioni dei suoni che sente.

Nei primi mesi parlate in mamese, un linguaggio cantilenato, con frasi semplici e brevi, molte ripetizioni, ritmo lento, tonalità acuta e con uno spiccato tono emotivo della voce; stimolate la sua attenzione con vocalizzi, aiutando nell'apprendimento delle parole.

È molto importante parlare col bambino fin dai primi giorni di vita, guardandolo negli occhi, anche se lui non è in grado di parlare, perché la lingua si sviluppa dapprima nella mente, per poi prendere forma espressiva nei primi 2-3 anni di vita, spiegando ad esempio quello che si sta facendo durante le attività quotidiane e durante il gioco: "Piangi e ti agiti: andiamo a cambiare il pannolino?" Osservate quello a cui è interessato il bambino e parlate nominando e descrivendo l'oggetto che il bambino sta guardando.



È importante utilizzare con chiarezza il nome corretto delle cose, senza storpiature "infantili" (ad esempio, "baubau" per cane): ciò aiuterà il bambino a imparare correttamente i termini e a conoscere più parole, e gli eviterà lo sforzo, negli anni successivi, di dover reimparare, associando i nomi alle rispettive cose. Anche l'utilizzo di libri può rappresentare un grande aiuto, il suo vocabolario sarà più ricco e il piccolo sarà stimolato a imparare a leggere e a scrivere con entusiasmo.

La TV o la radio accesa distraggono dalla conversazione e riducono l'apprendimento delle parole da parte del bambino



### Parlare due lingue

In alcune famiglie i genitori provengono da nazioni diverse e parlano pertanto lingue differenti. Spesso c'è il timore che, parlando due diverse lingue, il bambino faccia confusione e sviluppi un cattivo linguaggio. Le ricerche scientifiche hanno provato che se ogni genitore parla nella propria lingua madre, ossia la lingua che ha imparato da bambino, il figlio crescerà apprendendo due lingue senza difficoltà ad esprimersi.



Video



# Le comunicazioni orali presentate dai giovani dottori al meeting Parmapediatria 2023

## Dolore in fossa iliaca destra: non sempre appendicite!

Luca Barchi<sup>1</sup>, Ilaria Bassoli<sup>1</sup>, Andrea Greco<sup>1</sup>, Michele Fastiggi<sup>2</sup>, Federico Bonvicini<sup>2</sup>, Lorenzo Iughetti<sup>3</sup>, Alessandro De Fanti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Modena e Reggio Emilia; <sup>2</sup>SOC di Pediatria, Dipartimento Materno-Infantile, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia;

<sup>3</sup>Unità Operativa di Pediatria, Dipartimento Materno-Infantile, AOU Policlinico di Modena

La piomiosite è un’infezione batterica acuta dei muscoli scheletrici solitamente accompagnata dalla formazione di un ascesso [1]. Il principale patogeno associato è lo *Stafilococco Aureus* (70-90% dei casi) seguito dallo *Streptococco Pyogenes* (4-16%) [2]. Lo *Streptococco Pneumoniae* raramente è causa di infezione invasiva ai muscoli scheletrici [3]. Di seguito riportiamo il caso di un’adolescente di 12 anni con piomiosite associata a formazione ascessuale da *Streptococco Pneumoniae*.

### Caso clinico

I.S. si presentava presso il nostro pronto soccorso per iperpiressia da circa 5 giorni associata alla comparsa di dolore a livello della fossa iliaca di destra. Non patologie di rilievo in

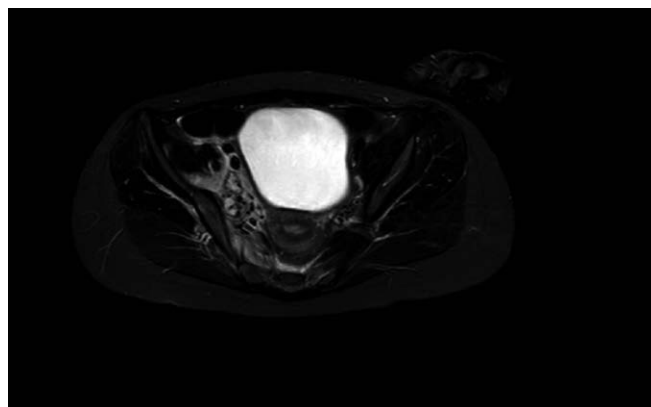


Figura 1.

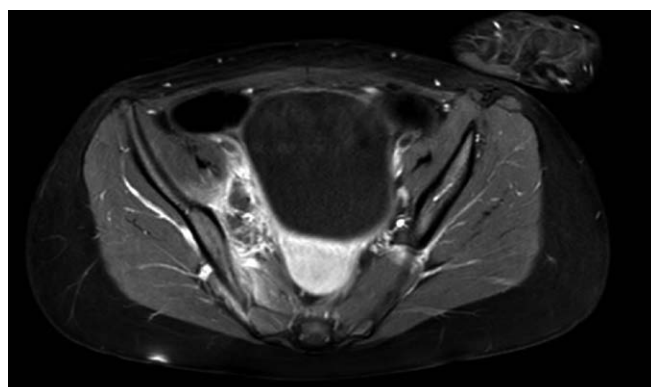


Figura 2.

anamnesi, non storia recente di traumi. All’esame obiettivo riscontravamo dolore alla palpazione superficiale e profonda in fossa iliaca di destra associato a una limitazione ai movimenti dell’anca di destra con dolore irradiato alla zona lombosacrale. Non altre obiettività rilevanti. Nel sospetto di appendicite acuta si eseguivano esami ematici urgenti con riscontro di leucocitosi (10770/mmc) neutrofila (9030/mmc) con associato netto aumento degli indici di flogosi (PCR 46,17 mg/dl; PCT 25,8 ng/ml); veniva inoltre inviato campione per emocoltura. Nel sospetto di quadro di appendicopatia veniva eseguita eco-

Tabella 1. Casi di piomiosite da *Streptococco Pneumoniae* in letteratura [4]

Anni	Sesso	Patologie associate	Condizioni sottostanti	Coltura ascesso positiva	Emocoltura positiva	Muscoli interessati	Terapia antibiotica	Tipo di antibiotico	Durata terapia antibiotica	Drenaggio ascesso	Complicazioni
22 giorni	M	Nessuna	Nessuna	Sì	No	Ileopsoas	Sì	Ampicillina	28	Sì	Nessuna
8 mesi	M	Meningite	Nessuna	Non conosciuta	Non conosciuta	Quadricepiti femorali	Sì	Penicillina + clindamicina	56	No	Nessuna
2	M	Otite media	Nessuna	Sì	No	Bicipite brachiale	Sì	Cefuroxime + clindamicina	30	Sì	Nessuna
3	M	Nessuna	Nessuna	Sì	No	Sottoscapolare	Sì	Cefazolina		Sì	Nessuna
4	M	Polmonite	Deficit fattore C3	Sì	No	Ileopsoas	Sì	Ampicillina	21	Sì	Nessuna
12	M	Nessuna	Nessuna	NO	Sì	Iliaco, piriforme, grande gluteo e medio gluteo	Sì	Clindamicina	21	No	Nessuna
13	F	Trauma	Non conosciuta	Sì	No	Ileopsoas	Sì			Sì	Nessuna
13	F	Trauma	Nessuna	NO	Sì	Iliaco, ileopsoas	Sì	Cefazolina	21	No	Nessuna



grafia addome completo, risultata non suggestiva per quadri patologici. Vista la persistenza del dolore, si eseguiva TAC addome con riscontro di ispessimento del muscolo ileopsoas di destra associato a raccolta ipodensa. Visto il sospetto di piomiosite veniva impostata terapia antibiotica ad ampio spettro con ceftriaxone (100mg/kg/die) associata a vancomicina (60mg/kg/die) e si eseguiva RM a completamento del quadro con riscontro di piomiosite a livello dei muscoli ileopsoas, piriforme e otturatore interno e dei tessuti molli contigui, associato a plurime piccole raccolte a grappolo tra i piani muscolari di 6 × 3,5 cm [Figure 1-2]. A circa 48 ore dall'inizio della terapia antibiotica, l'emocoltura è risultata positiva per Streptococcus Pneumoniae multisensibile; veniva quindi sospesa la terapia antibiotica con vancomicina e proseguita con solo ceftriaxone. La terapia antibiotica endovena è stata proseguita per 3 settimane seguita da terapia antibiotica per via orale con amoxicillina per un totale di 7 settimane di terapia. Il follow-up successivo ha mostrato un progressivo miglioramento del quadro infiammatorio con associata riduzione delle raccolte ascessuali.

**Discussione**

La piomiosite causata da Pneumococco è una patologia molto insolita in età pediatrica, con rari casi descritti in letteratura [Tabella 1; 4]. I principali fattori di rischio associati sono storia di traumi recenti e quadri di immunodepressione, non presenti nel nostro caso [2]. La terapia prevede utilizzo di terapia antibiotica associata a un possibile drenaggio della raccolta. Vi è molta discussione in letteratura sulla durata della terapia antibiotica, solitamente proseguita per circa 4-8 settimane, anche se non vi è ancora uniformità [2-4].

**Conclusioni**

La piomiosite in età pediatrica da Streptococco Pneumoniae è una patologia molto rara. Essa può mimare sintomi di altre patologie quali appendicopatie, osteomielite o artrite settica; pertanto non è sempre semplice da identificare. Una precoce diagnosi e un'adeguata terapia antibiotica, associata a un eventuale drenaggio della raccolta, sono fondamentali per ridurre la morbilità e la mortalità.

**Bibliografia**

1. Christin L, Sarosi GA. Pyomyositis in North America: case reports and review. Clin Infect Dis 1992 Oct;15(4):668-677.
2. Crum NF. Bacterial pyomyositis in the United States. Am J Med 2004 Sep 15;117(6):420-428.
3. Steiner JL, Septimus EJ, Vartian CV. Infection of the psoas muscle secondary to Streptococcus pneumoniae infection. Clin Infect Dis 1992 Dec;15(6):1047-1048.
4. Wong SL, Anthony EY, Shetty AK. Pyomyositis due to Streptococcus pneumoniae. Am J Emerg Med 2009 Jun;27(5):633.e1-3.

luca.barchi94@gmail.com

**Quando il glutine dà sui nervi: un esordio atipico di celiachia**

Caterina Poli<sup>1</sup>, Laura Andreozzi<sup>2</sup>, Monia Gennari<sup>2</sup>, Marcello Lanari<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Pediatria, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna; <sup>2</sup>UO Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso, Osservazione Breve Intensiva, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

La celiachia è una delle condizioni gastroenterologiche più note in età pediatrica, con una prevalenza in Europa di 3-13/1000 [1]. Sebbene le manifestazioni cliniche comuni consistano in diarrea cronica, anoressia, distensione e dolore addominale,

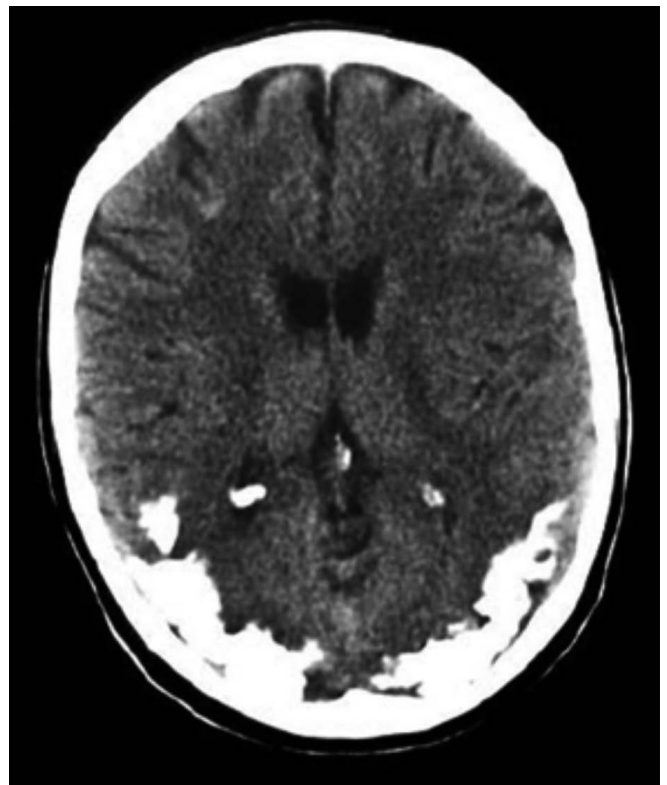


Figura 3. TC encefalo: pattern tipico di calcificazioni cerebrali nei pazienti con sindrome da celiachia, epilessia e calcificazioni cerebrali (CEC). Calcificazioni di forma serpiginosa a livello delle regioni parieto-occipitali, bilateralmente.

ritardo di crescita o perdita di peso, in alcuni pazienti questa patologia può presentarsi con sintomi atipici.

**Caso clinico**

Davide, 2 anni, viene portato in pronto soccorso pediatrico per un episodio critico in apiressia, caratterizzato da revulsione dei bulbi oculari, perdita di tono con caduta e clonie dei 4 arti. L'anamnesi patologica remota non rivela nulla di rilevante. All'esame obiettivo si presenta in buone condizioni generali, apiretico, parametri vitali ed esami ematici sostanzialmente nella norma. Nel corso della visita, Davide presenta due episodi di perdita di contatto, caratterizzati da non responsività e sguardo fisso della durata di circa 20-30 secondi. Viene quindi ricoverato per il proseguimento dell'iter diagnostico-terapeutico. Nella notte tra la seconda e la terza giornata di ricovero Davide si mostra particolarmente agitato e, la mattina seguente, presenta due episodi di tipo tonico-clonico ai 4 arti con associati movimenti oculari, masticatori e di suzione, risoltisi dopo somministrazione di diazepam endoretale. In fase post critica viene eseguito EEG, con riscontro di rallentamento nelle derivazioni posteriori di sinistra e anomalie tipo punta a livello parietale omolaterale. La RM encefalo esclude cause strutturali di epilessia. A un'anamnesi più approfondita emerge il dato di alvo con feci tendenzialmente poco formate dall'inizio dello svezzamento. Si esegue dunque il test di screening per la celiachia, che risulta positivo (IgA totali nella norma; IgA antitransglutaminasi > 128U/ml; positività per IgA anti-endomisio), con contestuale ricerca di virus su feci e coprocoltura negative. Data la sospetta diagnosi di celiachia, Davide esegue TC encefalo, che non evidenzia la presenza di calcificazioni cerebrali. A partire dal terzo giorno di ricovero, non sono più occorsi episodi critici. La polisonnografia eseguita in benessere mostra minima attività parossistica focale visibile solo in sonno. I controlli gastroenterologici clinico-laboratoristici successivi hanno confermato la diagnosi di malattia celiaca,



per cui è stata iniziata dieta senza glutine con regolarizzazione dell'alvo e scomparsa degli episodi critici.

### Discussione

Esistono manifestazioni neurologiche atipiche di malattia, caratterizzate da cefalea, crisi epilettiche, ritardo mentale, atassia, deficit di attenzione e iperattività [2-3]. È stata descritta un'associazione tra celiachia, epilessia e calcificazioni cerebrali Sturge-Weber-like, definito dall'acronimo CEC, associata al genotipo HLA-DQ2 e HLA-DQ8. Non è ancora noto se sia una condizione genetica o se il coinvolgimento neurologico sia una conseguenza di una celiachia non trattata. Risulta quindi importante, come è stato fatto nel caso di Davide, escludere la presenza di calcificazioni cerebrali con TC encefalo [Figura 3] in quei pazienti che presentino quadri di convulsioni associate a celiachia [4].

### Conclusioni

Il caso di Davide mostra come, di fronte a un episodio critico in apiressia, sia opportuno tenere in considerazione una possibile celiachia con sintomi atipici. Un'anamnesi mirata agli aspetti nutrizionali e a eventuali sintomi gastroenterologici è la chiave per indirizzare il paziente agli approfondimenti necessari alla diagnosi.

### Bibliografia

1. Gujral N, Freeman HJ, Thomson AB. Celiac disease: prevalence, diagnosis, pathogenesis and treatment. *World J Gastroenterol* 2012 Nov 14;18(42):6036-6059.
2. Sabino L, Marino S, Falsaperla R et al. Celiac disease and headache in children: a narrative state of the art. *Acta Biomed* 2020 Sep 7;91(3):e2020056.
3. Sel ÇG, Aksoy E, Aksoy A et al. Neurological manifestations of atypical celiac disease in childhood. *Acta Neurol Belg* 2017 Sep;117(3):719-727.
4. Gobbi G, Bouquet F, Greco L et al. Coeliac disease, epilepsy, and cerebral calcifications. The Italian Working Group on Coeliac Disease and Epilepsy. *Lancet* 1992 Aug 22;340(8817):439-443.

caterina.poli4@studio.unibo.it

### Una sepsi MASSIVA?

Irene Ferri<sup>1</sup>, Marta Penco<sup>2</sup>, Simona Rinieri<sup>2</sup>,  
Cristina Malaventura<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Ferrara;

<sup>2</sup>Sezione di Pediatria, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Ferrara

### Caso clinico

S., 3 mesi, nato da genitori consanguinei, accede al pronto soccorso pediatrico per febbre intermittente (TC max 38 °C) da 7 giorni, con flogosi delle alte vie aeree e ipoalimentazione non responsiva a terapia antibiotica. Clinicamente si presentava in buone condizioni generali, polipnoica con rantoli subcrepitanti alle basi; restante obiettività normale. Gli esami mostravano normale conta leucocitaria con lieve neutropenia (GB 11.760/mmc; N 1290), lieve anemia (Hb 10 g/dl), piastrinopenia (PTL 31.000/mmc), indici di flogosi negativi. Si ricoverava con diagnosi di bronchiolite, iniziava supporto respiratorio con HFNC e proseguiva antibioticoterapia (amoxicillina).

Nelle successive 24 ore si osservava impennata della TC (40,2 °C), scadimento delle condizioni generali, iporeattività, circolo iperdinamico (FC 200-220 bpm, PA 108/52 mmHg), e, a fronte di una FA normotesa, compariva rigidità nucale. Agli esami venivano evidenziati: un calo dei valori emocromocitometrici (GB 5100/mmc; N 1170 L2720; PTL 41.000/mmc;

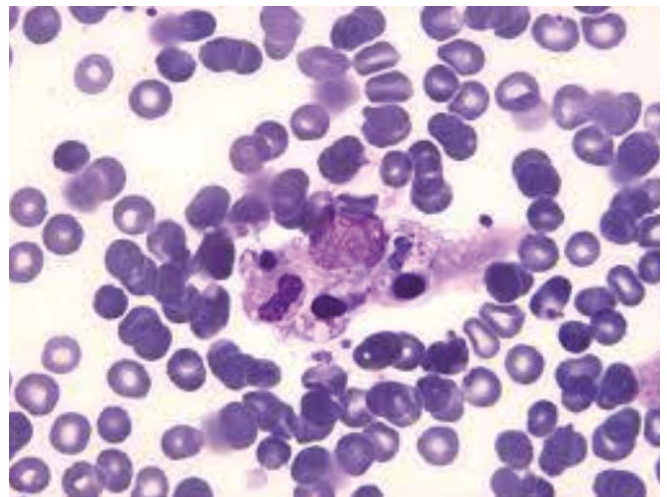


Figura 4.

Hb 8,5 g/dl), PCR negativa, PTC 2,6 ng/ml, PT e aPTT nei limiti, ipofibrinogenemia (102 mg/dl) e incremento degli XDP (16,88 mg/L). Iniziava terapia con ampicillina, gentamicina, cefotaxime e acyclovir. La RX del torace escludeva focolai in atto; l'ecografia addome evidenziava splenomegalia (diametro bipolare 8 cm). L'EEG escludeva segni di focalità. Previa trasfusione piastrinica, in regime di ricovero intensivo, eseguiva rachicentesi, risultata negativa. Negativi gli esami colturali su sangue, urine, feci, liquor. Veniva evidenziata positività su sangue di EBV-DNA.

Per peggioramento clinico con necessità di continue trasfusioni di globuli rossi e di concentrati piastrinici, nel sospetto di linfoistiocitosi emofagocitica, si eseguiva dosaggio di ferritina e trigliceridi, con riscontro di livelli aumentati di entrambi i valori (ferritina 3868 mg/dl, trigliceridi 385 mg/dl). Venivano eseguiti striscio periferico e aspirato midollare, con esclusione di forma leucemica ed evidenza di fenomeni emofagocitici. In considerazione dei criteri soddisfatti per una possibile linfoistiocitosi emofagocitica (febbre persistente, pancitopenia, splenomegalia, iperferritinemia, ipofibrinogenemia, ipertrigliceridemia) e considerate l'età e la consanguineità, veniva eseguita indagine genetica e si trasferiva S. presso il reparto di oncematologia pediatrica. L'analisi genetica evidenziava una mutazione del gene della perforina PFR1.

### Discussione

La linfoistiocitosi emofagocitica (HLH) è una rara condizione clinica causata da attivazione incontrollata dei macrofagi per mancata inibizione da parte dei linfociti TCD8+ e NK con conseguente iperproduzione di citochine. Ne esistono due forme, primaria e secondaria, con la stessa presentazione clinica e laboratoristica: febbre, splenomegalia, citopenia di almeno due serie, ipertrigliceridemia e/o ipofibrinogenemia, iperferritinemia, emofagocitosi midollare. La forma primaria è dovuta a disregolazione genetica con deficit di perforina e granzima granulare. La forma secondaria è reattiva a malattie infettive (EBV, CMV, etc), malattia reumatologiche o neoplastiche. L'EBV è la causa più frequente.

### Conclusioni

In presenza di un quadro settico con citopenia, non responsivo alla terapia antibiotica, non dimenticare un possibile esordio di HLH. Una tempestiva diagnosi e l'avvio di un'adeguata terapia sono fondamentali in considerazione della rapida evoluzione del quadro clinico e della prognosi infausta.

irene.ferri@edu.unife.it

**Le nostre schiene raccontano storie...**

Roberto Grandinetti<sup>1</sup>, Alberto Attilio Scarpa<sup>2</sup>,  
 Maria Beatrice Ruozi<sup>3</sup>, Susanna Maria Roberta Esposito<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Clinica Pediatrica, Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla",  
 Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma;  
<sup>2</sup>Chirurgia Pediatrica, Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla"  
 Università di Parma; <sup>3</sup>Pediatria Generale e d'Urgenza,  
 Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla", Università di Parma

**Caso clinico**

G., 16 anni, affetta da grave scoliosi idiopatica, giunge in Italia dalla Costa d'Avorio per eseguire correzione chirurgica di tale difetto. Dopo 9 giorni dall'intervento numerosi episodi emetici con addominalgia diffusa; non febbre, alcune evacuazioni diarroiche. All'arrivo in pronto soccorso: PV nella norma, paziente sofferente, pallida, diffusa dolenzia addominale, restante EO nei limiti. Agli esami ematici: GB 21.000/uL, N 91,4%, PCR 26,4 mg/dL; all'ecografia addominale distensione gastrica e intestinale a contenuto liquido. In seconda giornata, dopo iniziale miglioramento, ripresa dell'algia addominale con tre ulteriori episodi emetici. Nel sospetto di quadro occlusivo si eseguivano RX addome [Figura 5]: livelli idroaerei gastrici e in ipocondrio dx, in assenza di aria libera; TC addome [Figura 6]: marcata gastrectasia a contenuto fluido con dilatazione duodenale fino al Treitz. Si applicava sondino naso-gastrico con aspirazione di 400 ml di contenuto maleodorante; la successiva RX prime vie digerenti con m.d.c. confermava l'occlusione duodenale [Figura 7]. Alla laparotomia urgente, per evidenza di compressione ab estrinseco del duodeno da parte dell'arteria mesenterica superiore (AMS) [Figura 8], venivano eseguite resezione e anastomosi duodeno-digiunale. All'RX post-intervento con m.d.c. normale transito intestinale [Figura 9]. La causa del quadro occlusivo era data dalla sindrome del compasso aorto-mesenterico (SCAM) correlata alla recente artrodesi.

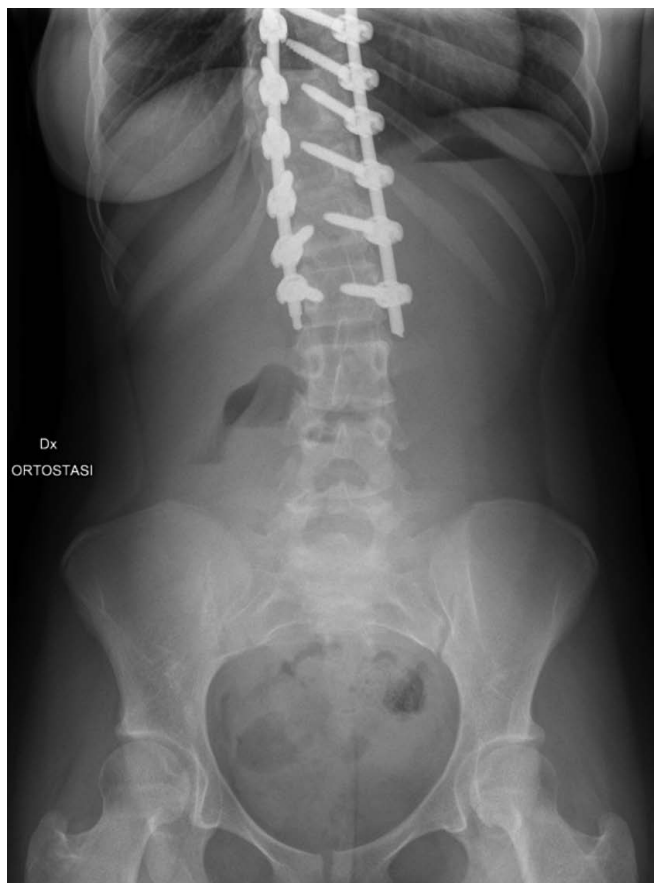


Figura 5. Esame radiografico diretto dell'addome pre-intervento



Figura 6. Tomografia assiale computerizzata dell'addome pre-intervento



Figura 7. Radiografia diretta dell'addome con mezzo di contrasto idrosolubile pre-intervento

**Discussione**

La SCAM è una condizione rara determinata dalla compressione della terza porzione del duodeno tra aorta addominale e parte prossimale dell'AMS [1], quando l'angolo fra questi due vasi si riduce al di sotto dei 25° (normalmente intorno ai 45°).



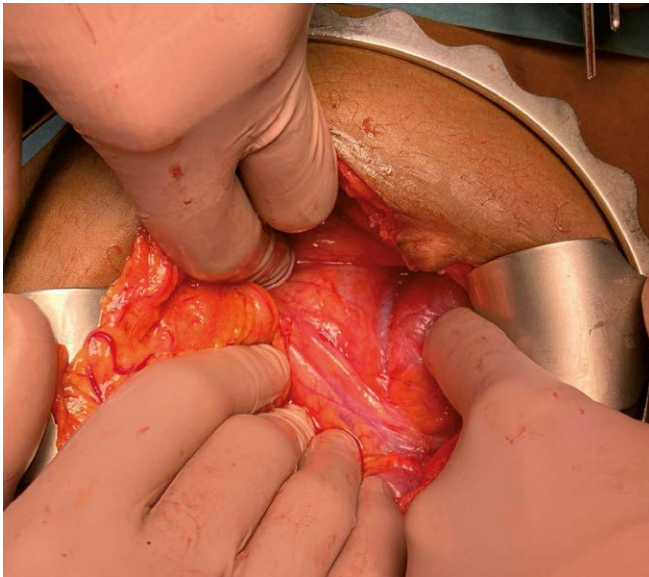


Figura 8. Immagine intraoperatoria dell'arteria mesenterica superiore che comprime il duodeno, durante la laparotomia urgente

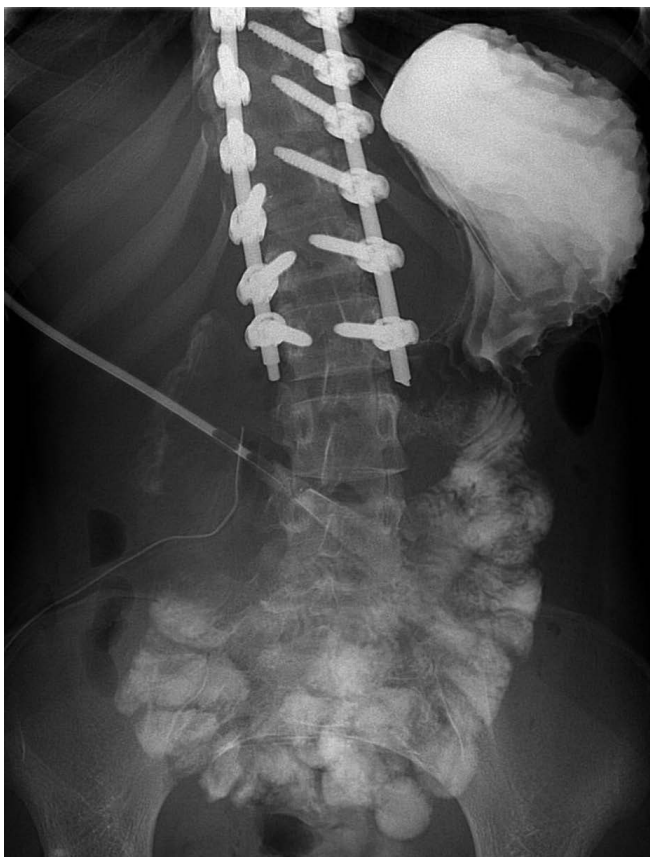


Figura 9. Radiografia diretta dell'addome con mezzo di contrasto idrosolubile post-intervento

Nel caso in esame la rettilineizzazione della colonna ha determinato un "effetto pinza" sul duodeno. Tra le cause principali: perdita di peso rapida e importante (anoressia nervosa); anomalie congenite dell'emergenza dell'AMS; eccessiva lordosi lombare; ptosi viscerale; trazione esercitata sull'AMS da un mesentere eccessivamente breve, ecc. La presentazione clinica tipica include: nausea, vomito, dolore e distensione addominale, ridotta intensità dei borborigmi [1]. Il sospetto clinico viene solitamente corroborato da esami di imaging (studi contrastografici con evidenza di blocco del transito intestinale a livello duodenale); lo studio angiografico è il gold standard nel definire con precisione l'angolo aorto-mesenterico [2]. Il trattamento è conservativo oppure chirurgico; le indicazioni

verso l'uno o l'altro approccio sono oggetto di discussione sia per i tempi sia per le modalità [2].

La SCAM è storicamente legata agli interventi chirurgici per scoliosi; analisi dettagliate della letteratura sono state condotte [3], ma solo di recente una review sistematica (52 casi in circa 50 anni) ha puntualizzato alcuni aspetti [4]: in particolare l'età media dei pazienti con SCAM post-intervento per scoliosi è  $14,7 \pm 2,9$  anni e vi è una netta prevalenza femminile (80,8%). L'intervallo tra l'intervento e l'inizio della sintomatologia relativa alla SCAM è di 9,6-9,5 giorni. I sintomi più comuni sono vomito (92,3%), nausea (50%), dolore (48,1%) e distensione addominale (40,4%).

Ulteriori studi devono essere condotti soprattutto per definire il migliore approccio terapeutico.

### Bibliografia

1. Oguz A, Uslukaya O, Ülger BV et al. Superior mesenteric artery (Wilkie's) syndrome: a rare cause of upper gastrointestinal system obstruction. *Acta Chir Belg* 2016 Apr;116(2):81-88.
2. Merrett ND, Wilson RB, Cosman P, Biankin AV. Superior mesenteric artery syndrome: diagnosis and treatment strategies. *J Gastrointest Surg* 2009 Feb;13(2):287-292.
3. Lam DJ, Lee JZ, Chua JH et al. Superior mesenteric artery syndrome following surgery for adolescent idiopathic scoliosis: a case series, review of the literature, and an algorithm for management. *J Pediatr Orthop B* 2014 Jul;23(4):312-318.
4. Fan Y, Cai M, Wang J, Xia L. Superior Mesenteric Artery Syndrome Following Scoliosis Surgery: A Systematic Review of Case Reports. *Ann Vasc Surg* 2021 Oct;76:514-535.

roberto.grandinetti@unipr.it

### Dexmedetomidina intranasale nelle cure palliative pediatriche... a domicilio!

Sara Solidoro

Università degli Studi di Trieste, Scuola di Specializzazione in Pediatria

### Caso clinico

Ginevra, 4 anni, è una bambina affetta da leucodistrofia metacromatica da deficit di saposina B (mutazione omozigote c.577-2 A>G del gene: PSAP), rara patologia genetica neurodegenerativa caratterizzata da una progressiva perdita di struttura e di funzione delle guaine che ricoprono i nervi e che porta ad una perdita delle autonomie e delle competenze acquisite. A giugno 2022, Ginevra viene ricoverata presso la clinica pediatrica del nostro Istituto per un progressivo deterioramento neurologico con comparsa di crisi distoniche, che aumentano di frequenza e d'intensità fino all'opistotono. All'ingresso in reparto, la bambina è alimentata per via enterale tramite gastrostomia percutanea per via endoscopica (PEG) per un quadro ingravescente di disfagia per i liquidi e dopo un vomito durante il pasto, si avvia terapia antibiotica nel sospetto di inalazione. In seguito, per un episodio di laringospasmo in corso di distonia parzialmente responsivo ad aerosol di adrenalina e beclometasone, la bambina viene trasferita in terapia intensiva, dove si avvia sedazione con dexmedetomidina per via endovenosa (ev) in infusione continua (i.c.) fino a 1 mcg/kg/h, in corso di ottimizzazione della terapia antidistonica. Per il controllo delle crisi si esegue terapia con gabapentin, lorazepam e clonidina cerotto e si apportano ulteriori modifiche terapeutiche, effettuando inoltre un infruttuoso tentativo di scalo della velocità di infusione della dexmedetomidina, con ricomparsa delle crisi. Al fine di valutare ed escludere qualsiasi causa curabile di dolore (reflusso gastroesofageo, lussazione dell'anca, fratture, stitichezza e calcoli biliari e renali) si eseguono diverse indagini, tra cui un RX transito che



evidenzia un episodio di reflusso gastroesofageo fino al terzo prossimale dell'esofago, con scarsa clearance esofagea. Per tale ragione, vista la compromissione generale della bambina, che rende troppo rischioso dal punto di vista anestesiológico la possibilità di un intervento di plastica antireflusso sec. Nissen, si decide per il posizionamento di un sondino nasodigiu-nale nel tentativo di riavviare una nutrizione enterale, mai ripresa per la permanenza dell'estremità del sondino in sede antrale. A questo punto, considerando la volontà espressa dai genitori di privilegiare una gestione domiciliare della bambina, la storia naturale della malattia senza possibilità di guarigione e la presenza di sintomi non responsivi a terapie standard, si decide di scalare progressivamente la dexmedetomidina in i.c. fino a sospensione e di trasferire Ginevra a domicilio in terapia con dexmedetomidina intranasale (3 mcg/kg/dose fino a 4/die) con eventuale dose rescue di 10 mcg in associazione a clonidina cerotto (7,5 mg), baclofene (10 mg × 2/die) e delorazepam (6 gtt × 4/die), attualmente in corso e con un buon controllo sulla sintomatologia.

### Discussione

La dexmedetomidina è un farmaco agonista del recettore alfa-adrenergico centrale, ad azione ipnoinducente ed ansiolitica. A livello del sistema nervoso centrale, attraverso la stimolazione dei recettori alfa-2 adrenergici del locus coeruleus, induce un sonno paragonabile agli stadi 2-3 del sonno non REM.

La principale caratteristica del farmaco, che ne determina la sua unicità rispetto agli altri sedativi comunemente utilizzati, è di non deprimere il centro del respiro durante la sedazione. Inoltre, la somministrazione intranasale risulta molto sicura riducendo la possibilità di comparsa di effetti collaterali secondari, quali ipotensione e bradicardia [1]. In letteratura, il suo utilizzo è stato già ampiamente descritto nel setting di terapia intensiva o nell'ambito di sedazione procedurale e nel 2018 l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ne ha autorizzato l'uso come farmaco off label anche al di fuori della terapia intensiva, nell'ambito delle cure palliative pediatriche, per il controllo di sintomi stressanti da patologia e disturbi del sonno refrattari a terapie standard [2-3]. Pertanto, l'uso della dexmedetomidina a domicilio può rappresentare una buona opzione terapeutica nei bambini con disturbi del sonno o stati distonici intrattabili.

### Bibliografia

1. Cozzi G, Morabito G, Caddeo G et al. Intanasal dexmedetomidine for procedural sedation. *Medico e Bambino* 2016;35:641-615.
2. De Zen L, Della Paolera S, Del Rizzo et al. Home Intranasal Dexmedetomidine for Refractory Dystonia in Pediatric Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2020 Jun;59(6):e3-e5.
3. De Zen L, Marchetti F, Barbi E, Benini F. Off-label drugs use in pediatric palliative care. *Ital J Pediatr* 2018 Nov 29;44(1):144.

ssolidoro250@gmail.com

## blister

### Credibilità, fiducia e vaccinazioni durante la pandemia Covid-19

Il rifiuto a vaccinarsi è un problema critico di salute pubblica. Le ragioni dell'esitazione a vaccinarsi sono state definite anni fa dal gruppo di lavoro dell'OMS in: mancanza di fiducia (nell'efficacia, nella sicurezza, nel sistema o nei responsabili politici); compiacimento (la percezione di un basso rischio di acquisire malattie prevenibili tramite il vaccino); convenienza (nella disponibilità, accessibilità e interesse verso i servizi di immunizzazione). Negli ultimi due anni, inoltre, la pandemia ha evidenziato ancor di più le perplessità dei genitori a vaccinare i propri figli verso il SARS-CoV-2. Quali sono i freni a vaccinare i bambini verso questo virus? Un trial svolto negli Stati Uniti ha dato una risposta sulla quale è necessario porre la nostra attenzione. Nel marzo 2020, quindi ben prima che si parlasse di vaccinazione contro il Covid-19 e del meccanismo d'azione e degli effetti collaterali dei vaccini a mRNA, è stato intervistato un campione di 809 adulti nell'ambito di uno studio longitudinale online sul benessere in occasione della pandemia Covid-19; altre interviste sono state raccolte fino al novembre 2021 con la rilevazione, in quest'ultima, dell'esito principale, ossia quante dosi di vaccino anti-Covid avevano ricevuto i partecipanti allo studio. Le variabili studiate erano la fiducia sulle fonti di informazione, l'accettazione delle norme sociali (per esempio l'utilizzo della mascherina), il rischio percepito di ammalarsi, la teoria del complotto ("la Cina ha di proposito diffuso il virus"), lo scetticismo sulla pandemia e l'ideologia politica.

Nei modelli aggiustati dei risultati, l'aumento dell'età era associato allo stato vaccinale positivo e l'essere di colore era associato allo stato vaccinale negativo, ma altre variabili demografiche non erano associate in modo significativo allo stato vaccinale. L'elevata fiducia nel CDC e nei notiziari (in occasione dell'intervista del marzo 2020) erano entrambe associate all'essere stati vaccinati, mentre l'elevata fiducia nella Casa Bianca (in altre parole alle dichiarazioni di Trump) era associata a uno stato di vaccinazione negativo (aOR = 0,24, IC 95% 0,11, 0,51). La convinzione che il virus fosse stato diffuso intenzionalmente dalla Cina è stata associata negativamente alla vaccinazione (aOR = 0,60, IC 95% 0,39, 0,93). Infine, sesso, reddito e norme sociali non erano significativamente associati allo stato vaccinale. Complessivamente i risultati sono coerenti con le ragioni dell'esitazione vaccinale definite dall'OMS, e alcuni dei più forti predittori della vaccinazione si sono rivelati essere le fonti credibili di informazione; inoltre, le persone che hanno poca fiducia nei dipartimenti sanitari statali, poca fiducia nei principali mezzi di informazione e alta fiducia nel leader politico alla Casa Bianca avevano minori probabilità di essere vaccinate più di un anno dopo. Insomma, le campagne vaccinali iniziano molto prima della disponibilità del vaccino.

- Latkin C, Dayton L, Miller J et al. Trusted information sources in the early months of the COVID-19 pandemic predict vaccination uptake over one year later. *Vaccine* 2023 Jan 9;41(2):573-580.

# Adolescenti e suicidio: qualcosa è cambiato durante e dopo la pandemia?

**Enrico Valletta**

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

**Martina Fornaro**

UO Pediatria e Neonatologia, Ospedale Generale Provinciale, AST3, Macerata

L'onda lunga delle conseguenze che la stagione del Covid ha lasciato sulla salute mentale dei più giovani è argomento di perdurante e preoccupante attualità che coinvolge i sistemi sanitari in ogni parte del mondo. Il timore che le misure di isolamento sociale e di chiusura protratta delle istituzioni scolastiche potessero avere imprevedibili – e quasi certamente sfavorevoli – effetti sull'equilibrio psicologico dei ragazzi si è dimostrato purtroppo fondato [1]. L'incremento di ansia e depressione tra i giovani durante il primo anno di pandemia è stato pari al 20-25% rispetto agli anni precedenti [2]. Tra tutte le manifestazioni di grave sofferenza mentale, una categoria in particolare è apparsa più inquietante e degna di approfondimento, quella relativa agli atti suicidari. Su questo argomento la letteratura internazionale inizia a offrirci i primi dati relativi alle popolazioni giovanili in diverse parti del mondo.

## Stati Uniti d'America

La documentazione sulla salute mentale dei giovani americani appare particolarmente ricca di dati sanitari e sociosanitari. Nel 2020, rispetto al 2016, è documentato un incremento del 25% (dal 9,4% al 11,8%) di ragazzi con manifestazioni ansiose o depressive [3]. Tra gli adolescenti dai 10 ai 17 anni di età, il suicidio era la terza causa di morte nel 1999 e la seconda nel 2020 con una prevalenza più che doppia nei maschi (6,8/100.000) rispetto alle femmine (3,0/100.000) [Figura 1; 4]. Il timore che i determinanti di rischio per suicidio – isolamento sociale, uso di sostanze e disturbi mentali – si traducessero, in corso di pandemia, in un ulteriore incremento del fenomeno appariva consistente e giustificato. Due recenti analisi epidemiologiche hanno cercato di fare il punto della situazione.

Il primo studio ha preso in considerazione i dati nazionali USA relativi ai suicidi in età 5-24 anni dal 2015 al 2020, focalizzando l'attenzione sui primi 10 mesi di pandemia (marzo-dicembre 2020) [5]. I numeri parlano di oltre 5500 suicidi, l'80% dei quali riguardava il sesso maschile. La particolare struttura multietnica della popolazione USA consente di fare diverse e interessanti stratificazioni che hanno, evidentemente – anche se non sempre esplicitamente espresso – un corrispettivo in termini di determinanti sociali di rischio. Ne emerge che durante la pandemia il rischio di suicidio in giovane età risultava globalmente aumentato del 4% con un incremento rispetto all'atteso di 212 decessi [Figura 2]. In particolare, c'era stato un maggiore rischio per i maschi di 5-12 anni (+20%) e per quelli di 18-24 anni (+5%), per gli indiani americani, i nativi alaskani e i giovani neri (+20%). Anche l'impiego di armi da fuoco a scopo suicidario (+14%) risultava significativamente accresciuto. Il quadro che ne emerge è di un maggiore impatto

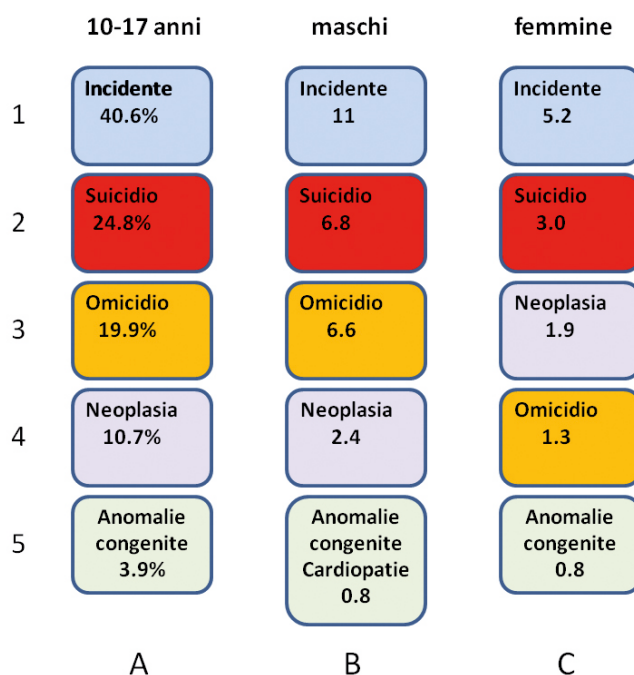


Figura 1. Le cinque principali cause di morte in età 10-17 anni negli USA nell'anno 2020. A) percentuale sul totale dei morti; B e C) numero morti per 100.000 nei maschi e nelle femmine [4]

della pandemia e delle conseguenti misure restrittive su alcuni strati sociali della società americana a partire soprattutto dalla seconda metà del 2020. È una nuova dimostrazione che il Covid-19 sembra avere colpito più pesantemente là dove lo svantaggio sociale, culturale e di accesso ai servizi di salute mentale era verosimilmente più diffuso e incidente. Notavamo che "L'epidemia di SARS-CoV-2 irrompe in una comunità estremamente variegata e notoriamente ineguale, portando con sé un potenziale di ulteriore disgregazione e penalizzazione per i settori più deboli della società" e questi dati sembrano confermare l'impressione [6].

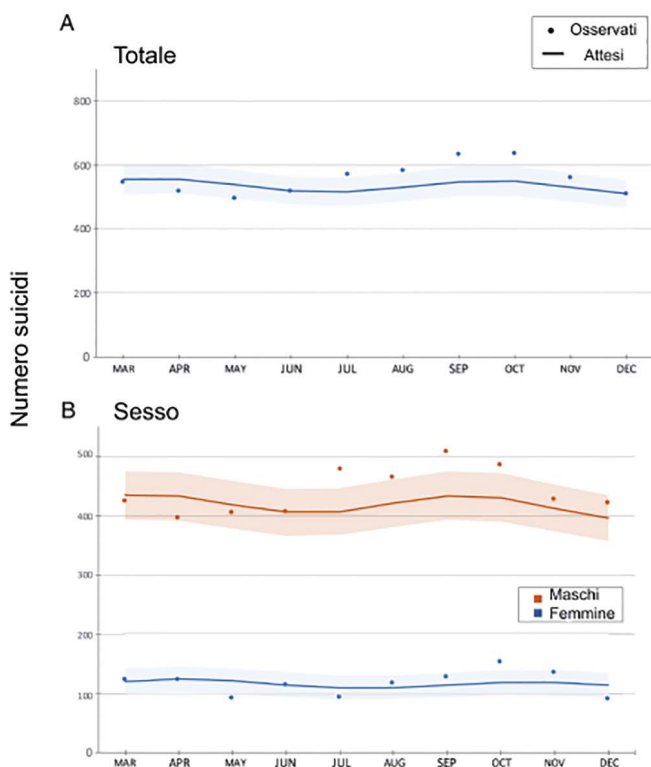


Figura 2. Numero dei suicidi osservati rispetto agli attesi nell'anno 2020 negli USA [5]. Le aree sfumate rappresentano l'intervallo di confidenza al 95% per i suicidi attesi

Un'ulteriore analisi ci viene offerta da un studio su 552 casi di suicidio in ragazzi dai 10 ai 17 anni di età raccolti nel 2020-2021 in 28 Stati USA; di questi, il 26% (n=144) appariva in relazione al Covid-19 mentre il restante 74% non è stato ritenuto Covid-correlato [7]. Tra i primi – rispetto al gruppo non Covid-correlato – sono stati significativamente più elevati i suicidi nelle aree suburbane (57% vs 45%) e per impiccagione (57% vs 45%); maggiore è stato anche l'impatto del Covid-19 in termini di isolamento sociale (60% vs 14%), problemi scolastici (42% vs 19%), depressione (43% vs 23%) e stati ansiosi (23% vs 12%). Se la prevalente distribuzione contestuale dei suicidi Covid-correlati (aree suburbane) e la modalità dell'atto (impiccagione) possono trovare interpretazione nella struttura socioculturale nordamericana, la significativa presenza di forme di disagio mentale sembra indicare un effetto negativo della pandemia su settori particolarmente fragili della popolazione di adolescenti e, molto probabilmente, sulla difficoltà/impossibilità di accedere ai servizi di salute mentale nei momenti più critici del lockdown. Le stesse istituzioni scolastiche, come potenziale luogo di rilevazione dei disturbi mentali, sono venute meno proprio nei momenti di maggiore bisogno della popolazione a loro affidata.

**Australia**

Se i primi studi avevano suggerito il forte impatto psicologico della pandemia sulla popolazione australiana, nondimeno, l'analisi epidemiologica dei suicidi non sembrava segnalare un'impennata dei casi [8]. Alle conseguenze del Covid-19 appariva attribuibile solo il 8,3% dei 434 suicidi verificatisi nel Queensland, mentre nel New South Wales il tasso suicidario risultava addirittura in diminuzione. Nello Stato di Victoria, fino a marzo 2021, si era concentrato il 70,7% dei casi di Covid-19 e il 90,2% dei conseguenti decessi di tutta l'Australia. Nonostante questo, non è stato osservato alcun incremento dei suicidi, indipendentemente dall'età del soggetti considerati. Gli autori ipotizzano che una forte reazione di coesione sociale abbia prevalso sul senso di isolamento e di depressione, e che alcune misure protettive concernenti l'economia, la salvaguardia del posto di lavoro e l'impiego della telemedicina per monitorare la salute mentale dei più fragili abbiano contribuito a contenere le situazioni a maggiore rischio [9]. Non sfugge, tuttavia, che questa rappresentazione, tutto sommato ancora limitata ai primi mesi del 2021, possa rappresentare una sorta di "luna di miele" prima che le più pesanti conseguenze sociali, psicologiche ed economiche si manifestino appieno, determinando un incremento del numero dei suicidi.

**Corea**

Tra i Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo (OECD), la Corea del Sud ha il quarto più elevato tasso di suicidi tra gli adolescenti con una tendenza a un ulteriore incremento nel 2019 [10]. L'approccio utilizzato per valutare l'impatto della pandemia è stato duplice: prendere in esame il breve (2020) e il lungo (2021) periodo e considerare non solo il tentativo di suicidio, ma anche lo stato depressivo, l'ideazioni suicidaria e la pianificazione dell'atto [11]. I risultati dell'indagine sono riassunti nella **Tabella 1**: nel 2020 si è assistito a una diminuzione degli stati depressivi, delle ideazioni e dei tentativi di suicidio. Nel 2021, tornavano a crescere le ideazioni suicidarie, mentre depressione e tentativi di suicidio si mantenevano su livelli inferiori a quelli del 2019. Risultavano

**Tabella 1. Caratteristiche correlate al suicidio negli anni 2019-2021 in Corea [11]**

Variabile	2019 n (%)	2020 n (%)	2021 n (%)
Depressione	14.949 (27,9)	13.100 (25,0)*	13.933 (26,4)*
Ideazione suicidaria	6871 (12,7)	5619 (10,7)*	6535 (12,4)
Pianificazione suicidaria	2000 (3,6)	1794 (3,4)	2010 (3,8)
Tentativo di suicidio	1474 (2,6)	1007 (1,9)*	1125 (2,1)*

vs 2019: \*p<0,001

particolarmente esposti i più giovani, le femmine, i soggetti con più alto rendimento scolastico, quelli che vivevano lontani dalla famiglia, gli individui con stato di salute non ottimale, quelli con dispercezione corporea, con elevata attività fisica, che utilizzavano internet nel tempo libero, i fumatori e i bevitori di alcol.

I dati, almeno nel breve termine, sembrano quindi in apparente controtendenza rispetto a quanto ci si sarebbe potuto aspettare. Qualche ipotesi? Che, tutto sommato, la chiusura delle scuole abbia fatto calare lo stress prestazionale di molti giovani e che li abbia preservati da contatti sociali troppo stretti e non sempre soddisfacenti o addirittura bullizzanti, relegandoli nel grembo sicuro delle loro abitazioni e ambiti familiari.

Nel più lungo termine, i vantaggi acquisiti inizialmente sembrano ridursi e la situazione tendere a tornare a quella del 2019, prospettando – con il pieno dispiegarsi degli effetti negativi del periodo pandemico – una possibile, ulteriore risalita degli eventi suicidari, soprattutto a carico delle classi socioeconomiche più svantaggiate.

**Giappone**

Il suicidio tra i ragazzi è un grave problema sociale in Giappone poiché rappresenta la principale causa di morte in questa fascia d'età. Il dato si è mantenuto stabile negli ultimi 20 anni, indicando la relativa indipendenza del fenomeno da variabili socioeconomiche, ma anche la scarsa efficacia delle politiche di prevenzione. Determinanti psicologici individuali, familiari e legati al mondo scolastico sembrano avere preminente rilevanza, ma grande responsabilità viene anche data alla copertura assicurata dai canali social, in occasione

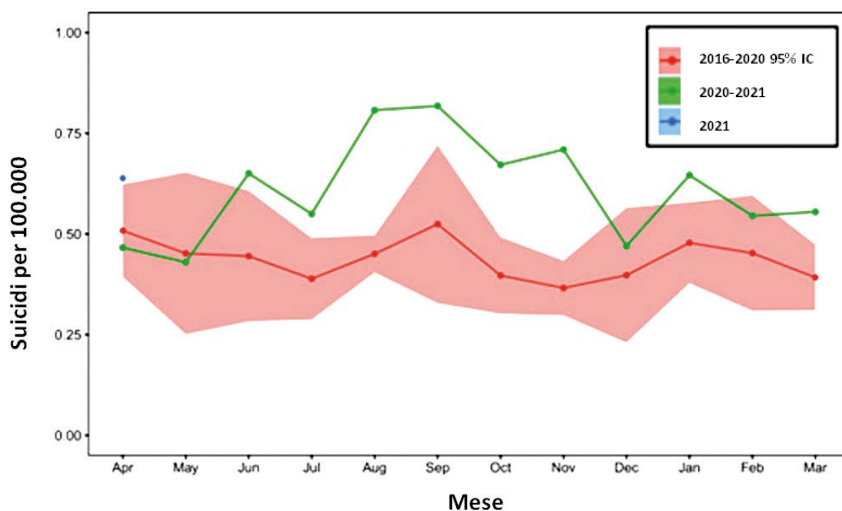


Figura 3. Tasso di suicidi in Giappone nel periodo aprile 2020-marzo 2021 [14].



dei suicidi di personaggi noti che spingerebbe i giovani a gesti emulativi [12].

Pertanto, i giapponesi si sono subito posti il problema, già dopo pochi mesi di chiusura delle scuole e a maggio 2020 (il lockdown era iniziato a marzo) hanno confrontato il tasso di suicidi negli adolescenti con i corrispondenti dati relativi agli anni 2018-2019 [13]. L'incidenza osservata non risultava significativamente diversa, salvo che nel mese di maggio quando i dati iniziavano a mostrare una tendenza all'incremento (IRR 1,34), pur in misura non significativa ( $p > 0,1$ ). Si ipotizza, ancora una volta, che gli elementi positivi del lockdown (riduzione dello stress scolastico, protezione e coesione del nucleo familiare) ne abbiano controbilanciato gli aspetti negativi. Il quadro appare diverso già qualche mese dopo, perché da agosto a novembre 2020 il tasso di suicidi appare cresciuto del 86%, rimanendo più elevato – anche se con incidenza piuttosto variabile – fino ad aprile 2021 [Figura 3; 14].

### Francia

Ancora una volta è il periodo marzo-maggio 2020 a essere preso in esame dai ricercatori del Necker a Parigi [15]. Il numero (234 pazienti di età 7-17 anni) degli accessi per comportamento suicidario è risultato inferiore di circa il 50% (IRR 0,46) rispetto ai due anni precedenti. Troppo presto, forse, per valutare appieno gli effetti dell'isolamento sociale imposto dalla pandemia che, così come ha fortemente ridimensionato gli accessi ospedalieri non-Covid in tutto il mondo, potrebbe avere ridimensionato le richieste di aiuto da parte dei giovani in difficoltà.

Dati francesi successivi confermano, infatti, un incremento di 2-3 volte del tasso di suicidi durante l'inverno 2021, con una netta prevalenza delle femmine (3,7:1) e una maggiore rilevanza dei determinanti di disagio sociale rispetto ai disturbi di natura psichiatrica [16-17].

### Il resto del mondo

Sarebbe dispersivo proseguire nell'analisi epidemiologica dei dati che continuano a essere raccolti in ciascuna nazione coinvolta dalla pandemia. In ogni parte del mondo l'osservazione di quanto sta accadendo alla salute mentale dei giovani è stringente e continuamente aggiornata. I temi legati al suicidio – ideazione, pianificazione, tentativo o realizzazione dell'atto – sono solo alcuni degli aspetti del crescente disagio che coinvolge i ragazzi e le ragazze, ma anche gli adulti. I fattori incidenti sono numerosi, difficili da enucleare e spesso molto differenti nei diversi Paesi del mondo, poiché legati a determinanti sociali, culturali, economici e politici specifici dell'area oggetto di indagine. Il fenomeno – così come la letteratura scientifica che cerca di descriverlo – appare poi tutt'altro che stabilizzato e, anzi, in continua evoluzione.

Un tentativo di disegnare un quadro complessivo della situazione mondiale è stato recentemente fatto da autori australiani e oggetto di due ricerche che hanno interessato la popolazione di 21 Paesi fino a luglio 2020 e, successivamente, di 33 Paesi fino a ottobre 2021 [18,19]. L'immagine che ne emerge è estremamente variegata: complessivamente, il fenomeno suicidario non sembra essere stato influenzato in maniera omogenea dalla pandemia e in diversi casi i dati testimonierebbero addirittura una riduzione degli eventi. I Paesi nei quali alcune fasce della popolazione mostrano un incremento dei suicidi sono, tutto sommato, la minoranza. I Paesi a reddito medio-basso, hanno forse subito maggiormente le conseguenze rispetto a quelli a reddito medio-alto. La vigilanza non può che proseguire, naturalmente, insieme all'attenzione per la salute mentale dei giovani e ai segnali specifici di rischio suicidario che richiedono prevenzione e trattamento. ■

### Bibliografia

1. Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S et al. Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021 Mar 26;18(7):3432.
2. Racine N, McArthur BA, Cooke JE et al. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2021 Nov 1;175(11):1142-1150.
3. The Annie E. Casey Foundation. 2022 Kids Count Databook. <https://www.aecf.org/resources/2022-kids-count-data-book>.
4. Centers for Disease Control and Prevention, WISQARS. Leading causes of death reports, 1981-2020. [www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal.html](http://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal.html).
5. Bridge JA, Ruch DA, Sheftall AH et al. Youth Suicide During the First Year of the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics* 2023 Mar 1;151(3):e2022058375.
6. Valletta E, Fornaro M. Per il SARS-CoV-2 non siamo tutti uguali. *Quaderni acp* 2020;27:219-221.
7. Schnitzer PG, Dykstra H, Collier A. The COVID-19 Pandemic and Youth Suicide: 2020-2021. *Pediatrics* 2023 Mar 1;151(3):e2022058716.
8. Dwyer J, Dwyer J, Hiscock R et al. COVID-19 as a context in suicide: early insights from Victoria, Australia. *Aust N Z J Public Health* 2021 Oct;45(5):517-522.
9. Reay RE, Looi JC, Keightley P. Telehealth mental health services during COVID-19: summary of evidence and clinical practice. *Australas Psychiatry* 2020 Oct;28(5):514-516.
10. Ministry of Health & Welfare. White Paper on Suicide Prevention. 2021. [www.mohw.go.kr](http://www.mohw.go.kr).
11. Lee B, Hong JS. Short- and Long-Term Impacts of the COVID-19 Pandemic on Suicide-Related Mental Health in Korean Adolescents. *Int J Environ Res Public Health* 2022 Sep 13;19(18):11491.
12. Ueda M, Mori K, Matsubayashi T, Sawada Y. Tweeting celebrity suicides: Users' reaction to prominent suicide deaths on Twitter and subsequent increases in actual suicides. *Soc Sci Med* 2017 Sep;189:158-166.
13. Isumi A, Doi S, Yamaoka Y et al. Do suicide rates in children and adolescents change during school closure in Japan? The acute effect of the first wave of COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Child Abuse Negl* 2020 Dec;110(Pt 2):104680.
14. Goto R, Okubo Y, Skokauskas N. Reasons and trends in youth's suicide rates during the COVID-19 pandemic. *Lancet Reg Health West Pac* 2022 Aug 11;27:100567.
15. Mourouyave M, Botteman H, Bonny G et al. Association between suicide behaviours in children and adolescents and the COVID-19 lockdown in Paris, France: a retrospective observational study. *Arch Dis Child* 2021 Sep;106(9):918-919.
16. Lauwerie L, Sibut R, Maillet-Vioud C et al. A retrospective cohort study comparing the social, familial and clinical characteristics of adolescents admitted to a French Emergency Department in suicidal crisis before and during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res* 2023 Mar;321:115080.
17. Santé Publique France. Santé mentale des enfants et adolescents: un suivi renforcé et une prévention sur-mesure. [www.santepublique-france.fr](http://www.santepublique-france.fr).
18. Pirkis J, John A, Shin S et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry* 2021 Jul;8(7):579-588.
19. Pirkis J, Gunnell D, Shin S et al. Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. *EclinicalMedicine* 2022 Aug 2;51:101573.

# Il terapista della neuro e psicomotricità

Intervista di Angelo Spataro<sup>1</sup>  
a Enza D'Ippolito<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra di famiglia, Palermo

<sup>2</sup>Neuro e psicomotricista, Palermo

## *Chi è il terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva?*

Il terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva è "l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, in collaborazione con le altre discipline dell'area pediatrica, gli interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuro e psicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo". Il terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva esercita l'attività professionale dopo il conseguimento di una laurea triennale abilitante in terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva presso la facoltà di medicina e chirurgia.

## *Qual è la differenza tra fisioterapia e neuropsicomotricità?*

La fisioterapia è un'attività tecnico-motoria del movimento; la psicomotricità riguarda il vissuto corporeo e la sfera senso percettiva. Si lavora dunque sulla percezione del proprio corpo, dell'ambiente circostante per finalizzare l'azione.

## *Di che fascia di età si occupa e che patologie tratta?*

Svolge attività di abilitazione, riabilitazione e prevenzione rivolte alle disabilità dell'età evolutiva nella fascia di età 0-18 anni. Vengono trattati disturbi del neurosviluppo (disturbi dello spettro autistico, disturbi della coordinazione motoria, ritardo psicomotorio, disabilità intellettiva, ADHD, DSA, disturbi del linguaggio), sindromi genetiche, disordini neuromotori, disturbi sensoriali, disturbi percettivo-motori, neurocognitivi, disturbi di simbolizzazione e di interazione.

## *Con chi collabora e dove lavora?*

È estremamente importante che si faccia rete con il pediatra, con la famiglia, con la scuola e con tutte le altre figure che si prendono cura del bimbo. Il neuro e psicomotricista lavora in équipe multidisciplinare formata dal neuropsichiatra infantile, dagli psicologi e da altri professionisti della riabilitazione. Insieme si occupano della stesura del progetto terapeutico-riabilitativo e della costruzione di un programma riabilitativo a partire dal bilancio delle capacità e risorse emozionali, cognitive, motorie e funzionali del soggetto, definendo gli obiettivi. Insieme valutano il risultato dell'applicazione del piano di trattamento, verificano l'efficacia dell'intervento, attraverso la registrazione periodica degli interventi effettuati, delle risposte e modificazioni avvenute. Forniscono inoltre consulenza e supporto sia alla persona assistita, che alla famiglia. Il neuro e psicomotricista può lavorare in strutture pubbliche o private e può esercitare la sua professione come libero professionista.

## *Cosa fa?*

Il terapista si pone come obiettivo lo sviluppo armonico di tutte le competenze del bambino con disturbo, aiutando quelle minacciate a evolvere nel modo migliore possibile attraverso interventi terapeutici e riabilitativi specifici per fascia d'età e per singoli stadi di sviluppo, adattati in base alle particolari caratteristiche dei pazienti e considerando che i quadri si modificano nel

tempo in relazione alle funzioni emergenti. Per fare questo deve conoscere come le diverse funzioni cognitive, motorie, comunicative si influenzano nel corso dello sviluppo e come, nel caso di funzioni alterate, queste possono minacciare la realizzazione delle abilità necessarie alle attività quotidiane e alla partecipazione e alla realizzazione del suo processo di crescita. Viene posta attenzione anche alla trasformazione che questo subisce nei diversi stadi evolutivi e alla presenza di problemi associati. L'attività psicomotoria lavora sull'aspetto percettivo dell'atto motorio, sviluppando la percezione corporea del sé, con l'obiettivo di riacquistare funzioni fondamentali come l'orientamento spaziale, il movimento consapevole e l'autonomia. Si parla, infatti, di psicomotricità fine, globale e prassica. Viene valutato il bambino nella sua globalità rispetto ai danni individuali subiti. Con le sue attività di *prevenzione* il terapista cerca di prevenire sviluppi atipici nelle situazioni di rischio e di prevenire processi di esclusione del soggetto con disabilità, favorendo la generalizzazione delle competenze apprese nel setting terapeutico agli abituali contesti di vita. Il neuro e psicomotricista dovrà individuare i bisogni di salute, promuovere le azioni necessarie al mantenimento dello stato di salute e contribuirà all'individuazione di quelle situazioni che potrebbero essere un rischio. Nelle attività di *abilitazione* interviene sullo sviluppo di funzioni non ancora acquisite, favorendo l'emergere delle abilità motorie, cognitive, linguistiche, relazionali che permetteranno al bambino di svolgere le attività che l'ambiente gli chiede e di partecipazione a questo ambiente, compatibilmente all'età, alla patologia e al livello di sviluppo, rispettando l'originalità della crescita e le caratteristiche dell'ambiente. Nelle attività di *riabilitazione* interviene nel recupero delle funzioni che per ragioni lesive o patologiche sono state ridotte o compromesse attuando interventi terapeutico-riabilitativi nelle menomazioni delle funzioni mentali, sensoriali, motorie per favorire i processi di riorganizzazione funzionale. Strumenti importanti in mano al terapista sono *l'osservazione e la valutazione*. La valutazione viene svolta attraverso l'osservazione dello sviluppo neuropsicomotorio e l'esame delle funzioni affettive, cognitive, sensoriali e motorie attraverso specifici strumenti. Nella valutazione assume grande importanza l'osservazione dell'attività spontanea del bambino: la capacità di stabilire un rapporto con l'altro, se e come comunica e utilizza i mezzi che ha a disposizione, per quanto tempo il bambino partecipa alle attività, come organizza il movimento, per quanto tempo controlla le posture, se controlla il movimento secondo le situazioni e le azioni, quanto materiale prende e usa, che tipo d'investimento fa e come si organizza nello spazio e nel tempo, il bisogno e l'adattamento del bambino a sperimentare, a classificare e a selezionare gli stimoli più importanti. Dopo la prima fase di osservazione e valutazione si discute con i genitori sulle capacità e sulle difficoltà riscontrate nel piccolo, si stabiliscono così gli obiettivi e si inizia il trattamento neuropsicomotorio. Le sedute avvengono in un setting con regole, tempi, modalità e attrezzi ben precisi in cui attraverso il corpo, il movimento, l'interazione e la relazione viene espletato il trattamento.

## *Con quali strumenti si lavora?*

Con materiale strutturato e non strutturato nei diversi setting, dal tappeto al tavolo. Il programma è personalizzato. In generale si inizia da un'esperienza pratica per poi arrivare all'autonomia. Alcuni esempi: non si tratta solo di avere una presa idonea della matita ma anche di riuscire a organizzare nella mente lo spazio grafico per disegnare e scrivere; se qualcuno bussa alla porta, il bambino deve alzarsi dalla sedia e deve andare a vedere chi ha bussato. L'obiettivo è proprio di lavorare sulla consapevolezza dei propri processi mentali e sulla possibilità di modificarli. Non esiste un protocollo di lavoro definito in partenza ma un progetto di lavoro che si modifica in base alle risposte che abbiamo durante le varie fasi del percorso. Gli strumenti di lavoro poi si arricchiscono man mano. ■

# Telemedicina e salute mentale

**Massimo Molteni**

Responsabile Area Psicopatologia dello Sviluppo e Direttore Sanitario Associazione La Nostra Famiglia – IRCCS Eugenio Medea, Bosisio Parini (LC)

Con “telemedicina” si intende una particolare modalità di fornitura di servizi e informazioni a supporto della cura del paziente, delle attività amministrative e dell’educazione sanitaria tramite tecnologie di telecomunicazione.

Può essere suddivisa in tre macro tipologie:

1. *attività di telemedicina sincrona*: coinvolge il paziente e il medico (di famiglia o specialista) e/o altro operatore sanitario che interagiscono con il paziente o tra loro in tempo reale (televisita, teleconsulto, tele-assistenza) tramite videoconferenza o altra tecnologia;
2. *Attività di Store and Forward (S&F)*: trasmissione di informazioni mediche o sanitarie, come radiografie, risultati di laboratorio o prescrizioni, da un servizio o specialista a un altro e/o al paziente per una consultazione o un’interpretazione (spesso collegata alla attività di teleconsulto);
3. *attività di monitoraggio domiciliare*: prevede l’uso della telemedicina per monitorare da remoto lo stato di salute: i parametri (es. peso, pressione sanguigna o livello di glucosio, parametri cardiorespiratori ecc.) sono acquisiti tramite dispositivi medici a casa del paziente e trasmessi allo specialista o al servizio specialistico tramite piattaforma internet, gestita di solito da un centro servizi.

Analisi del bisogno, motivazione delle persone (pazienti e operatori), customizzazione degli applicativi e loro facilità d’utilizzo sono i pilastri su cui una moderna concezione della telemedicina applicata alla cura delle condizioni di fragilità dovrebbe fondarsi, valutando contestualmente le condizioni di fattibilità, al fine di evitare che il modello tecnologico ingabbi la relazione di cura in una innaturale proceduralizzazione.

Prima della pandemia, le ricerche sulla telemedicina assai raramente hanno riguardato studi su larga scala o in interi sistemi di servizi, anche se esperienze positive sono state riportate in una vasta gamma di popolazioni e contesti. Alcune evidenze hanno suggerito che le televisite, specie per le attività di controllo e monitoraggio, sono equivalenti o addirittura migliori delle modalità faccia a faccia in termini di qualità dell’assistenza, affidabilità delle valutazioni cliniche, risultati del trattamento o aderenza. La telemedicina può essere particolarmente efficace nei disturbi d’ansia anche nei preadolescenti perché possono essere seguiti in setting facilitanti e ridurre la loro ansia da terapia. Tuttavia, anche questa modalità di erogazione di servizi, non è scevra da problemi di equità e di disuguaglianza nel “real world”, specie per quegli utenti che hanno difficoltà cognitive o gravi problemi di salute mentale o sperimentano svantaggi sociali ed economici che impattano negativamente nella loro possibilità di accesso e sulla necessaria riservatezza e privacy, a causa di mancanza di spazi o di infrastrutture tecniche adeguate.

L’articolo *Telehealth Treatment of Behavior Problems in Young Children With Developmental Delay: A Randomized Clinical Trial* è un interessante lavoro sperimentale condotto negli USA in cui è stata sperimentata una terapia di interazione genitore-figlio rivolta a bambini con ritardo dello sviluppo e problemi comportamentali esternalizzanti, erogata in presenza o attraverso internet (iPCIT, internet-delivered parent-child interaction therapy) in un contesto sociale particolarmente svantaggiato, dove l’aderenza alle terapie era particolarmente bassa per gravi problemi socioculturali ed economici. Il modello pro-

posto basato sulla teoria evolutiva della genitorialità di Baumrind e sui principi dell’attaccamento e dell’apprendimento sociale, sfruttava le opportunità offerte dalla videoconferenza per fornire coaching dal vivo sulle interazioni tra caregiver e bambino osservate nel loro ambiente naturale.

La possibilità tramite la telemedicina di intervenire direttamente sui contesti appare particolarmente utile, come esperienze aneddotiche effettuate durante la pandemia anche in Italia su bambini autistici e disturbi del neurosviluppo sembrano empiricamente confermare.

La maggior parte dei bambini arruolati nel trial erano in condizioni di estremo svantaggio, spesso appartenenti a minoranze etniche; per facilitarne l’adesione sono stati messi a disposizione dei partecipanti tablet e piani dati gratuiti per la connessione: queste facilitazioni sono fondamentali per ridurre le possibili iniquità e dovrebbero essere usufruibili anche nel contesto italiano, nonostante la rigidità della pubblica amministrazione e del nostro impianto normativo.

I risultati dello studio sono stati valutati non solo a fine trattamento, ma anche nei follow-up a 6 e 12 mesi.

I problemi di esternalizzazione del bambino misurati con la CBCL diminuivano significativamente nel tempo in tutti i soggetti trattati, ma più rapidamente in quelli sottoposti a iPCIT, così come il rispetto dei comandi del caregiver da parte del bambino: anche nei genitori si è osservata una maggiore progressione nelle abilità di “care” e una più marcata riduzione dei comportamenti educativi critici nel gruppo seguito in iPCIT.

Non migliora invece lo stress genitoriale: dato peraltro non sorprendente perché l’aumento di consapevolezza dei problemi neuropsichici del proprio figlio può addirittura accentuare lo stato di stress.

I risultati di questo studio clinico randomizzato forniscono la prova che un coaching sul genitore in telemedicina in modalità sincrona può portare miglioramenti significativi per i bambini piccoli con ritardo dello sviluppo: la tendenza verso un appiattimento delle differenze tra i due metodi nei follow-up ai 12 mesi è probabilmente legata al venir meno dei rinforzi necessari per affrontare le continue modifiche di comportamento di bambini in età di sviluppo; il supporto alle competenze genitoriali difficilmente si esaurisce nello spazio di un trial, anche se metodologicamente ben strutturato.

Ancora una volta, la tecnologia – in questo caso la telemedicina – può dare un aiuto utilissimo, anche in situazioni socialmente molto compromesse, ma non può sostituirsi alla continuità della relazione di cura e di educazione alla salute che sono i veri pilastri del benessere personale e sociale: quasi mai il nostro SSN ne tiene conto, se non nelle affermazioni di principio etico che da sole non bastano a costruire un impianto organizzativo all’altezza delle sfide e delle conoscenze scientifiche acquisite. ■

## Bibliografia

1. <https://www.ahrq.gov/topics/telehealth.html>.
2. Schlieff M, Saunders KRK, Appleton R et al. Synthesis of the Evidence on What Works for Whom in Telemental Health: Rapid Realist Review. *Interact J Med Res* 2022 Sep 29;11(2):e38239.
3. Hilty DM, Ferrer DC, Burke Parish M et al. The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemed J E Health* 2013 Jun;19(6):444-454.
4. Gloff NE, LeNoue SR, Novins DK, Myers K. Telemental health for children and adolescents. *Int Rev Psychiatry* 2015;27(6):513-524.
5. Fletcher TL, Hogan JB, Keegan F et al. Recent Advances in Delivering Mental Health Treatment via Video to Home. *Curr Psychiatry Rep* 2018 Jul 21;20(8):56.
6. Spanakis P, Peckham E, Mathers A et al. The digital divide: amplifying health inequalities for people with severe mental illness in the time of COVID-19. *Br J Psychiatry* 2021 Oct;219(4):529-531.
7. Bagner DM, Berkovits MD, Cox S et al. Telehealth Treatment of Behavior Problems in Young Children With Developmental Delay: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr* 2023 Mar 1;177(3):231-239.



# L'iniziativa Baby Friendly in Provincia di Trento: l'esperienza della certificazione dei punti nascita e della comunità

Anna Pedrotti<sup>1</sup>, Giancarlo Ruscitti<sup>1</sup>, Giuliano Mariotti<sup>2</sup>, Marisa Dellai<sup>2</sup>, Stefania Solare<sup>3</sup>, Stefania Sani<sup>3</sup>, Elise M. Chapin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento Salute e Politiche sociali, Provincia Autonoma di Trento; <sup>2</sup>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento; <sup>3</sup>Programma Insieme per l'allattamento, Comitato italiano per l'UNICEF – Fondazione Onlus

*Se non stai facendo nulla, fai qualcosa.  
Se stai facendo un po', fai di più.  
Se stai facendo molto, fai meglio.*  
M. Marmot

## Introduzione

È universalmente noto come gli investimenti più efficaci di protezione e promozione della salute siano quelli agiti nel periodo compreso tra inizio gravidanza e primi anni di vita. Il Nurturing Care Framework (NCF) di OMS, UNICEF, Banca mondiale e Partnership per la salute materno-infantile [1] riassume chiaramente i fondamenti scientifici, le indicazioni e le raccomandazioni su come investire nelle prime epoche della vita (i primi mille giorni) con interventi che garantiscano un ambiente ottimale per la crescita e lo sviluppo dell'individuo. Il NCF riporta il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno (*Codice*) [2] e le Iniziative Baby Friendly Hospital (BFHI) e Baby Friendly Community (BFCI) quali modelli e politiche di riferimento per un'alimentazione infantile adeguata. Promossa da OMS e UNICEF dal 1991, la Baby Friendly Initiative (BFI) fa parte dei programmi internazionali che aiutano i servizi sanitari a migliorare le pratiche assistenziali in gravidanza, durante e dopo il parto e nei primi anni di vita, rendendo protagonisti i genitori e sostenendoli nelle scelte per l'alimentazione e la salute dei bambini [3-4]. La BFI comprende un sistema di pratiche interconnesse basate su prove di efficacia (i 10 passi) per proteggere, promuovere e sostenere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento e della genitorialità responsiva lungo tutto il percorso nascita, dalla gravidanza ai primi anni di vita.

A livello nazionale la BFI è promossa nel Documento di indirizzo sui primi mille giorni del Ministero della Salute [5], nel programma "GenitoriPiù" [6] e nelle linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno [7]. È coordinata dal Comitato Italiano per l'UNICEF, radicata nel diritto alla salute e pieno sviluppo di tutte le bambine e di tutti i bambini enunciato nella Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. In Italia gli ospedali a oggi riconosciuti Baby Friendly sono complessivamente 34 e 9 sono le comunità, cui si aggiungono 4 corsi di

laurea e oltre 1000 Baby Pit Stop del programma UNICEF "Insieme per l'allattamento". Le strutture sanitarie italiane Baby Friendly sono situate nel centro-nord, sebbene risultino indicazioni di interesse dalle zone attualmente scoperte.

In questo articolo raccontiamo l'esperienza del percorso che tra il 2016 e il 2022 ha portato all'accreditamento Baby Friendly di tutti i punti nascita e dei servizi della comunità della Provincia Autonoma di Trento, a partire dal riconoscimento dell'Ospedale Santa Chiara avvenuto nel 2014. Condividiamo con piacere quest'esperienza all'interno di *Quaderni acp*, auspicando che il racconto di questo percorso – senza dubbio sfidante ma altrettanto gratificante dal punto di vista umano e professionale – possa incuriosire ed essere di ispirazione per altri colleghi e professionisti che accompagnano e sostengono i genitori nel percorso materno-infantile.

## Il territorio

Nella Provincia Autonoma di Trento (PAT) esiste un'unica azienda sanitaria (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, APSS) che comprende i quattro punti nascita e i servizi territoriali, consultori compresi. Il tasso di fecondità nel 2021 era pari a 1,42 figli per donna. Nei punti nascita del Trentino nello stesso anno sono nati complessivamente 3948 bambini: 2592 a Trento, 1051 a Rovereto, 193 a Cles e 112 a Cavalese (questi ultimi due punti nascita sono stati temporaneamente chiusi per far fronte all'emergenza Covid-19). L'80,2% delle donne in gravidanza residenti in Trentino sono state seguite dal percorso nascita "ostetrica dedicata", che prevede la presa in carico da parte di un'ostetrica come riferimento/case manager durante la gravidanza e nelle settimane successive al parto, in collaborazione con altre figure professionali.

## L'organizzazione di progetto

A partire dal riconoscimento BF dell'ospedale Santa Chiara di Trento nel 2014, il Piano per la Salute del Trentino 2015-2025 e il Piano Provinciale della Prevenzione 2015-2019 hanno previsto l'estensione del percorso BFI a tutti gli altri punti nascita e ai servizi della comunità, con l'obiettivo di garantire in modo equo a ogni neonato, in ogni punto nascita della Provincia, pratiche di assistenza basate su prove di efficacia in continuità con i servizi pre e postnatali, lungo l'intero percorso materno-infantile. Nel 2016 è stato siglato il Protocollo d'intesa tra la Provincia Autonoma di Trento e il Comitato Italiano per l'UNICEF [8] e avviato il progetto provinciale BFI. È stato costituito un team di lavoro aziendale multiprofessionale rappresentativo dei gruppi di lavoro delle singole strutture ospedaliere e territoriali ed è stata definita l'organizzazione di progetto con strumenti di project management.

Obiettivo principale del progetto provinciale BFI è stato lo sviluppo di un modello aziendale di assistenza materno-infantile basato su prove di efficacia, omogeneo e integrato territorio-ospedale, implementando le pratiche BF fino al raggiungimento degli standard previsti nei punti nascita e nella comunità. Principi guida sono stati la visione centrata sui diritti e sui percorsi di assistenza di bambini e genitori, la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze dei professionisti, l'informazione e l'empowerment dei genitori, l'integrazione tra i servizi e la continuità tra le strutture per la protezione, la promozione e il sostegno della genitorialità e dell'allattamento. Il metodo di lavoro (sequenza autovalutazione-analisi-azione) ha guidato l'intero percorso di accreditamento, secondo piani di azione aziendali e di struttura definiti per obiettivi e incontri regolari per valutare lo stato di avanzamento dei lavori, nel rispetto dei tempi previsti e delle risorse disponibili.

## I risultati

Nel 2017-2018 sono stati elaborati i documenti aziendali previsti dalla fase I del progetto: la politica per la salute mater-



Nel corso del 2021 si è inoltre provveduto – in collaborazione con UNICEF Italia – a rivedere il percorso di verifica delle competenze del personale alla luce del nuovo approccio e dei nuovi materiali OMS-UNICEF [9]. Ciò ha portato a sostituire il tradizionale Corso OMS/UNICEF 20 Ore con un nuovo percorso di verifica e sviluppo delle competenze del personale dedicato, organizzato in tre moduli sequenziali: autovalutazione delle competenze con quiz a risposta multipla sulla piattaforma FAD aziendale, discussione di casi in aula e osservazioni sul campo. Si è trattato di un’esperienza pilota nel contesto formativo, con esito e gradimento molto positivi: la modalità di conduzione delle attività formative così come i materiali didattici sono stati considerati molto efficaci o efficaci dal 97% dei partecipanti. Il modello è stato confermato e riproposto anche nel 2022 e attualmente è in fase di estensione alle altre categorie di operatori (coinvolti e informati).

**Genitori informati fin dalla gravidanza**

Le informazioni per le donne in gravidanza/genitori sono state aggiornate e rese omogenee nei consultori e nei punti nascita, mantenendo come riferimento comune gli argomenti della checklist per la salute materno-infantile, con approccio e contenuti coerenti con la BFI, il programma “GenitoriPiù”, le componenti della Nurturing Care (alimentazione adeguata, genitorialità responsiva, salute e sicurezza e reti di sostegno).

La quota complessiva di gestanti che ha frequentato gli incontri di accompagnamento alla nascita di gruppo (IAN, offerti online durante la pandemia) è stata pari al 52,6% sul totale delle gestanti residenti e del 79,1% sul totale delle primigravide (dati CeDAP). L’offerta prenatale è stata arricchita con incontri mensili a tema organizzati online dai consultori e da ogni punto nascita. La continuità dell’offerta di informazioni nei consultori e nei punti nascita – individualizzata secondo i bisogni dei bambini e dei genitori rispetto alla checklist – è garantita con informazioni e materiali omogenei, anche multilingue e ove possibile condivisa con le mediatrici culturali.

**Partorire in modo naturale**

L’assistenza al momento del travaglio e del parto è rispettosa della fisiologia per un’esperienza positiva della nascita, secondo gli standard delle Cure Amiche della Madre e le raccomandazioni OMS [10]. Nel 2021 la percentuale di tagli cesarei è stata pari al 21,6% dei parti provinciali. Dall’Indagine PMI si rileva che il 43,6% delle donne non ha usato tecniche per il controllo del dolore in travaglio, il 49,3% si con analgesia epidurale o spinale e il 62,3% si con tecniche non farmacologiche.

**Bambini e genitori insieme**

I dati dell’Indagine PMI relativi alla continuità del contatto e della relazione mostrano che alla nascita il contatto pelle-a-pelle immediato per oltre un’ora è avvenuto per l’86,6% dei nati e il rooming-in continuativo per il 93,8% dei nati. Continuità del contatto, vicinanza, relazione e interazione responsiva genitori-bambino sono promossi anche a casa con le buone pratiche per lo sviluppo del bambino (lettura e musica condivise, gioco, massaggio, ecc.) e le raccomandazioni per la sicurezza (anche durante il sonno).

**Bambini e genitori sostenuti e accompagnati**

I genitori sono attivamente sostenuti nel comprendere il comportamento e nel prendersi cura del bambino, rispondendo ai suoi segnali, in modo personalizzato. Le mamme che allattano sono sostenute nel trovare la posizione più confortevole per allattare e per raccogliere il latte, sia in ospedale sia nei servizi della comunità. Le mamme che non allattano sono informa-

te e sostenute in modo rispettoso per un’alimentazione sicura con la formula.

I genitori sono informati sui segni di benessere del bambino e su dove cercare informazioni e aiuto nei servizi della comunità. Dopo la dimissione (nei punti nascita provinciali durata media della degenza 2,4 giorni in caso di parto spontaneo e 2,8 in caso di taglio cesareo) la continuità dell’assistenza è garantita – previo consenso – da parte dell’ostetrica del consultorio entro 24 ore dalla dimissione al 99% delle puerpere, con un contatto telefonico e un’offerta attiva di visita precoce. L’83,4% delle puerpere usufruisce delle visite ostetriche in consultorio e il 48,3% a casa. Alla dimissione viene promossa anche la presa in carico precoce da parte del pediatra di famiglia con la possibilità di una prima visita entro 4 giorni dalla richiesta dei genitori.

Sul territorio le mamme trovano possibilità di confronto e sostegno nella comunità anche con le mamme alla pari (dopo la pandemia ne sono rimaste attive una decina che operano in collaborazione con i consultori), i servizi educativi e culturali e alcune realtà del terzo settore con le quali si sono sviluppate collaborazioni positive e iniziative di sostegno alla genitorialità.

**Alimentazione sana e naturale**

Le mamme sono incoraggiate e sostenute nell’allattamento e nell’introduzione appropriata dei cibi complementari secondo le raccomandazioni OMS.

In Provincia di Trento dal 2020 l’Indagine PMI consente di rilevare in modo longitudinale i tassi di allattamento secondo gli standard OMS. Nel 2020 risultava un tasso provinciale di allattamento totale alla nascita pari a 98,3% (79,3% esclusivo), a 1 mese 93,3% (66,3% esclusivo), a 3 mesi 81,5% (64,2% esclusivo). I tassi di allattamento provinciali relativi all’anno 2021 dalla nascita al primo anno di vita sono riportati in **Tabella 1**, con un lieve miglioramento dei tassi di allattamento totale ed esclusivo nei primi mesi di vita rispetto all’anno precedente.

**Tabella 1. Tassi di allattamento in Provincia di Trento (Indagine PMI, anno 2021)**

Periodo	Allattamento totale	Allattamento esclusivo
nascita	97,7%	80,7%
1 mese	92,8%	70,8%
3 mesi	83,6%	66,4%
6 mesi	73,4%	15,1%
12 mesi	47,5%	-

Nel 2021 i tassi di allattamento relativi al periodo della degenza ricavati dai CeDAP erano pressoché sovrapponibili: allattamento totale 97,0% (97,7% nel 2020) e allattamento esclusivo 81,6% (79,8% nel 2020).

In Provincia di Trento a 4-5 mesi compiuti la percentuale di bambini allattati rilevata dal Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni nel 2019 risultava pari al 71,2% con il 44,7% di bambini allattati in modo esclusivo (valore significativamente più alto della media del 23,7% nelle 11 regioni); i bambini allattati a 12-15 mesi risultavano pari al 38,6% (media del 31,3% nelle 11 regioni).

**Protetti dalla pubblicità**

Bambini, genitori e personale sono protetti da marketing dei sostituiti del latte materno e degli altri prodotti coperti dal Codice e dalla BFI. Il rispetto della lettera e dello spirito del Codice è stato sottoscritto dalla Provincia Autonoma di Trento e dall’Azienda Sanitaria.

Grazie all’impegno congiunto dei diversi ruoli e servizi aziendali, una specifica procedura regolamenta tutti gli aspetti del



rispetto del *Codice*, dalle modalità d'acquisto dei sostituti, alla gestione degli spazi pubblicitari, fino alla prevenzione di situazioni di conflitto d'interesse fra professionisti e ditte produttrici, compresa la partecipazione a eventi formativi.

### L'esperienza delle donne

Le mamme si dichiarano complessivamente soddisfatte dell'assistenza ricevuta nel percorso in gravidanza, alla nascita e nei mesi successivi (completamente 23,8%, molto soddisfatte 40,3%, abbastanza 31,4%, poco 3,7% e per nulla 0,9%) e riferiscono un buon coordinamento delle informazioni tra le diverse figure professionali nel 52,6% dei casi.

Riguardo all'allattamento, le mamme riportano di essere complessivamente soddisfatte dell'esperienza (completamente 39,0% dei casi, molto 25,6%, abbastanza 16,7%, poco 10,3% e per niente 8,5%). Il 60,9% delle mamme riporta di aver vissuto difficoltà con l'allattamento, risolte nel 72,7% dei casi. Tra le principali difficoltà vissute con l'allattamento le mamme riportano i problemi del seno (24,2%), la mancanza di latte (17,9%), le difficoltà di attacco (15,6%) e l'insufficiente crescita del bambino (12,4%).

Tra i professionisti cui si sono rivolte le mamme in caso di difficoltà, l'ostetrica del consultorio risulta essere la figura che ha offerto il maggior sostegno (54,9%). Dalle interviste alle mamme emerge anche il dato relativo alla concordanza di informazioni sull'allattamento che le madri ricevono dalla pediatria di famiglia rispetto a quelle ricevute da altre figure professionali. Le madri del Trentino dichiarano infatti di non ricevere dai pediatri di famiglia informazioni discordanti, se non raramente (63,7% mai, 15,7% raramente, 14,6% qualche volta, 4,2% spesso, 1,7% sempre).

### Discussione

Le sinergie tra Provincia Autonoma di Trento, Azienda Sanitaria e UNICEF, l'organizzazione di progetto e il metodo di lavoro, l'entusiasmo e lo spirito di squadra del personale, l'accompagnamento delle tutor sono stati i punti di forza che hanno accompagnato l'intero percorso di riconoscimento BF, trasformando quella che anni fa sembrava una sfida visionaria nel raggiungimento di un risultato strategico di salute pubblica. L'esperienza BF dell'Ospedale di Trento e il percorso nascita "ostetrica dedicata" sono stati presupposti fondamentali del programma BFI provinciale. L'iniziativa BF ha permesso di "trasformare" in modo strutturale l'assistenza, superando le logiche tradizionali a silos tra le diverse strutture e servizi, andando "oltre i confini", mettendo al centro bambini e genitori e, attorno, un sistema di Nurturing Care basato su prove di efficacia per la salute e lo sviluppo del bambino e il sostegno alla genitorialità, agito nei servizi sanitari e nella comunità e rappresentato dal logo del progetto provinciale BFI.

La partecipazione al percorso BFI, pur vissuta in corso di pandemia, ha rappresentato per molti professionisti un'esperienza straordinaria, durante la quale si è rivelata una risorsa preziosa per gli approcci e le procedure già condivise. Ha portato a identificare, valorizzare e condividere i punti di forza di ogni struttura e a sviluppare le buone pratiche, secondo una visione aziendale multiprofessionale e integrata territorio-ospedale. Tutte le figure professionali hanno condiviso con orgoglio e soddisfazione i risultati raggiunti, riconoscendo nella BFI una "cornice di riferimento per scardinare ostacoli e reticenze, migliorare le pratiche assistenziali, adottare linguaggio e competenze comuni, più rispondenti ai bisogni dei genitori e dei bambini" (dalle interviste ai professionisti). Il coordinamento provinciale e aziendale insieme al tutoraggio UNICEF ha permesso di definire e condividere obiettivi e azioni, sostenendo l'organizzazione e le équipe ad affrontare e gestire il cambiamento, passo dopo passo, valorizzando il contributo

di ciascuno, costruendo insieme metodo, strumenti e clima di lavoro positivi e sostenibili.

Nel report della presidente di UNICEF Italia si legge: "Con la rivalutazione del Santa Chiara e con la valutazione di fase 3 degli Ospedali di Cavalese, Cles e Rovereto e di tutta la Comunità, l'APSS del Trentino è l'unica Azienda sanitaria provinciale Amica delle Bambine e dei Bambini sul territorio nazionale, confermando la sua storica vocazione alla tutela della salute materno-infantile e più in generale dei diritti delle bambine e dei bambini. Queste valutazioni/rivalutazione, richieste e preparate nel corso di una pandemia, meritano un riconoscimento particolare all'Azienda e a tutte le persone che, impegnate nella quotidianità, hanno saputo comunque garantire una presenza attenta e competente accanto a madri, bambine e bambini e famiglie, in linea con le indicazioni dell'OMS-UNICEF e nella concreta attuazione del diritto alla salute sancito dall'art. 24 della Convenzione per i Diritti dell'Infanzia".

Riguardo alle prospettive future, la Provincia Autonoma di Trento prevede il mantenimento della certificazione Baby Friendly come parte del programma libero "I primi 1000 giorni" del Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025 [11]. La BFI è un modello interiorizzato dalle équipe dei servizi materno-infantili, da consolidare e sviluppare considerando la prospettiva dei genitori, del personale, della dirigenza. Possibili ambiti di miglioramento riguardano la comunicazione e il counselling, l'integrazione tra i servizi, la prevenzione e la gestione delle difficoltà delle mamme/genitori, l'implementazione del sostegno tra pari, il coinvolgimento attivo delle risorse non sanitarie della comunità, il coinvolgimento della pediatria di famiglia. Quest'ultimo aspetto merita una rinnovata attenzione, oltre le precedenti proposte formative e collaborative, per condividere maggiormente momenti di incontro e confronto su temi e azioni per i primi mille giorni.

### Conclusioni

Le solide radici dell'assistenza materno-infantile in Provincia di Trento, la sinergia PAT-APSS-UNICEF, la dedizione dei professionisti, il coordinamento e l'organizzazione di progetto, il tutoraggio UNICEF, la formazione del personale, le procedure e i materiali, il sistema di monitoraggio hanno permesso di raggiungere gli obiettivi previsti dal progetto provinciale BFI, integrando in un unico sistema l'assistenza nei servizi materno-infantili territoriali e ospedalieri secondo i 10 passi della BFI.

Riteniamo che la BFI rappresenti una strategia efficace di riferimento per il miglioramento della qualità nei primi mille giorni: ha standard basati su prove di efficacia per il sostegno delle competenze genitoriali e dell'allattamento, utilizza la valutazione esterna per certificare l'aderenza agli standard, prevede interviste alle donne in gravidanza e alle madri per documentare la qualità dell'assistenza effettivamente erogata. Come ogni percorso di miglioramento della qualità/certificazione prevede il raggiungimento di precisi standard di riferimento e questo necessariamente implica rivedere i percorsi assistenziali, le procedure operative, le competenze del personale, il sistema di monitoraggio. Comporta affrontare difficoltà, a volte resistenze, ma contemporaneamente offre l'opportunità di rivedere e migliorare l'intero percorso nascita partendo dalla prospettiva dei diritti e delle competenze delle bambine, dei bambini e dei genitori, adottando pratiche basate su prove di efficacia, trasformando il sistema in un sistema "amico" delle bambine e dei bambini, dei genitori, delle operatrici e degli operatori.

Auspichiamo che la nostra esperienza possa essere di ispirazione per altri territori, affinché, a partire dai primi mille giorni, l'intera comunità possa crescere più sana e più equa. ■



- Materiali sull'iniziativa Baby Friendly in Trentino sono disponibili sul sito APSS <https://www.apss.tn.it/Servizi-e-Prestazioni/Ospedali-e-comunita-amici-dei-bambini-e-delle-bambine>.
- Materiali sul programma Insieme per l'Allattamento sono disponibili sul sito UNICEF: [www.unicef.it/allattamento](http://www.unicef.it/allattamento).

### Ringraziamenti

A tutte le bambine, i bambini e i genitori che giorno dopo giorno ci hanno aiutato a capire come e dove potevamo migliorare l'assistenza materno-infantile; alle tutor UNICEF Daniela Dainese, Stefania Sani, Barbara Zapparoli; ai direttori, ai coordinatori e agli innumerevoli operatori che hanno collaborato nella realizzazione del progetto; ai professionisti del team BFI, che con competenza ed entusiasmo straordinari hanno reso possibile raggiungere questo risultato: Albertini V., Andreis E., Angeli M., Angeli S., Anghileri G., Banal M., Barani I., Battisti L., Benini E., Bertoldi E., Bonarrigo A., Bonat C., Bonciani M., Bonenti M., Bonfanti L., Borghesi A., Boschi C., Bottelli P., Burlon B., Campestrini R., Capelli M., Cestari C., Chiodega V., Chiogna E., Ciccarese A., Ciurletti M., Clementi R., Comina C., Copetti P., Crestani A., Crivellari I., Cuccu A., Dal Rì A., De Bin A., Delladio R., Dusini C., Fanelli C., Fanton A., Fiorini E., Foggia G., Franceschi R., Franceschini C., Fronza O., Fruner D., Ghezzi M., Gianatti A., Gianordoli L., Gionghi S., Gissi D., Giuliani V., Goldoni A., Gorfer V., Grattarola M., Graziani S., Guarese O., Innamorati C., Iob F., Iori L., Iuriatti D., La Rocca M., Laracca D., Manica L., Marasca E.L., Margoni C., Martini R., Masè C., Mauriello V., Minetto S., Molletta C., Moltrè E., Montibeller S., Morandi C., Mosna N., Mucchetti S., Nardon, Nones S., Oteri F., Pagano M., Paiardini I., Pallaver A., Paoli C., Pelanda T., Perathoner N., Pertile R., Poloni C., Poschi V., Postai D., Preghenella S., Romani S., Rovetta B., Russo M., Russo M., Sabbia C.M., Sangiacomo C., Scapini P., Sebastiani T., Senettin F., Sgaramella M., Sirocchi V., Soave L., Spagnolli F., Tenaglia F., Tondo C., Turra F., Vadalà G., Vanzo S., Vielmetti A., Zanini E., Zanon D., Zardini S., Zecchini B., Zimmermann K., Zontini C.

### Bibliografia

1. World Health Organization. United Nations Children's Fund, World Bank Group, Nurturing care for early childhood development. 2018
2. World Health Organization. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes 1981.
3. World Health Organization, UNICEF. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. The revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018.
4. Comitato Italiano per l'UNICEF, Fondazione Onlus, Insieme per l'Allattamento. Guida all'applicazione dei Passi per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento nelle strutture del percorso nascita 2022.
5. Ministero della Salute. Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita. Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future 2019.
6. GenitoriPiù. Le 8 azioni.
7. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Deliberazione 20 dicembre 2007. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Serie Generale 2007;32,7 febbraio 2008, Suppl. Ordinario 32.
8. Provincia Autonoma di Trento, Comitato italiano per l'UNICEF. DGP n.2067/2016. Approvazione del Protocollo d'Intesa tra la Provincia autonoma di Trento ed il Comitato italiano per l'UNICEF per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento e della salute materno-infantile 2016.
9. Comitato Italiano per l'UNICEF, Fondazione Onlus. Kit per la Verifica delle Competenze di Operatrici e Operatori nell'implementazione del Programma Insieme per l'Allattamento 2022.
10. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience 2018.
11. Provincia Autonoma di Trento. DGP n. 2160/2021. Approvazione del Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.

# Omogenitorialità e pregiudizi

Federico Ferrari

Psicologo e psicoterapeuta, Centro Bolognese di Terapia della Famiglia

## Il pediatra narra un incontro

Conosco Sara, Alice e il loro bambino, Tommaso, da poco più di un anno. Fu Sara a chiamarmi, dicendomi che sua moglie Alice aveva appena partorito e volevano fissare la prima visita dal loro pediatra. Riusciamo da subito a creare un clima di reciproca accoglienza. Mi colpisce immediatamente il racconto del parto: Tommaso non è nato nella nostra città ma nella provincia vicina, dove è stato possibile effettuare da subito il riconoscimento da parte di Sara e dare al bimbo il cognome di entrambe le mamme. Non ho potuto non commentare questo primo gradino alla soglia della loro esperienza di genitori come un “inizio in salita”, attorno al quale, tuttavia, si è subito mostrata la presenza calda e accogliente della rete di amicizie e del sostegno familiare.

Il background culturale delle due mamme ha facilitato l'introduzione del tema dell'attaccamento primario e dello sviluppo precoce ed è per questo che, quando ho parlato di contatto pelle a pelle e della possibilità che Tommaso cercasse anche il seno di Sara e che questa fosse una modalità utile per favorire la reciproca conoscenza, l'irrigidimento di Sara, sia verbale sia posturale, mi ha spiazzato. Sara ha subito tenuto a chiarire che era Alice che allattava e lei si prendeva cura del bambino, del sostegno della sua compagna e delle questioni organizzative. Alice confermava questa “suddivisione dei compiti”, aggiungendo che è sempre stata Sara a interessarsi delle cose pratiche, concrete del ménage familiare, e la descrive come più razionale, organizzata. Debbo dire che non ero preparato a questa “polarizzazione di ruoli”, che anche nelle successive visite e nei contatti telefonici si evidenziava... sicuramente non all'interno di una coppia omogenitoriale. Mi sono trovato spiazzato, e anche nei mesi successivi non riuscivo a tenere insieme la ricca competenza genitoriale di Sara e Alice con questa polarizzazione, che mi riportava continuamente alla mente la divisione nei ruoli tradizionali di “padre” e “madre” e di “maschile” e “femminile”.

Anche al momento dell'introduzione degli alimenti complementari Sara si è chiamata fuori dal ruolo di “nutrice”, delegando ad Alice il compito di accompagnamento di Tommaso verso la scoperta del mondo dei sapori. Questo atteggiamento, in parte distaccato, in parte di forte apprensione, era per me “la nota stonata”, da entrambe accettata e condivisa, all'interno di una relazione invece molto calda, competente che entrambe queste mamme mostravano. La mia sensazione di “incongruenza” non credo ci abbia impedito di crescere anche nel nostro reciproco rapporto di fiducia, che mi ha permesso, al bilancio di salute dell'anno, di proporre, come mio solito, una riflessione sul primo anno da genitori e sul primo anno di vita di Tommaso. A quella visita, occasionalmente, era presente soltanto Sara che, in modo molto spontaneo, e con una mal celata commozione, mi ha portato due temi cruciali. Diventare genitore è stato per lei un'occasione di conferma della loro scelta di coppia, nonostante le tante cose che “ancora vanno messe a posto”, e le ha permesso di sentirsi “riconosciuta” soprattutto da sua madre, che ancora oggi “non ha fatto sintesi” riguardo all'omosessualità del-

la propria figlia. Un tema, invece, si è riaperto, l'ha messa in crisi e la sta costringendo a fare i conti con un suo passato di importante disturbo del comportamento alimentare. “Come avrai notato – mi ha detto – ho fatto molta fatica, all'inizio, con l'alimentazione di Tommaso e ti ho stressato spesso riguardo al cibo. Ma sto lavorando anche su questo perché non voglio essere un limite per mio figlio”.

Ho molto riflettuto su questo colloquio, sul mio “esserci” con questa famiglia e su come un mio stereotipo “positivo” – nelle famiglie omogenitoriali la collaborazione è più paritaria e svincolata dai ruoli genitoriali tradizionali –, unito a un'idea di famiglia che, nonostante tutto – ora me ne accorgo! – si confronta sempre “per differenza” con il modello tradizionale (“padre”/“madre”, ruoli “maschili” e “femminili”), abbia influenzato la mia lettura di questo nucleo familiare, impedendomi di leggere dinamiche fin troppo evidenti e importanti nel loro percorso evolutivo e, forse, mi raffiguri un ulteriore “gradino” che rende “in salita” la loro strada.

E infine mi chiedo: al netto dell'unicità delle dinamiche di ogni specifico nucleo familiare, esistono aspetti critici, “nodi evolutivi” che più facilmente un modello di famiglia, proprio in funzione della propria costituzione, e nello specifico la famiglia omogenitoriale, si trova a dover affrontare nella propria “traiettoria familiare”? Oppure, ancora una volta, inforco gli occhiali del pregiudizio e tutto, invece, risiede nello sguardo che rivolgiamo alle famiglie?

## Le riflessioni dell'esperto

Il pediatra ci presenta il suo incontro umano e clinico con una famiglia omogenitoriale. La sua testimonianza ci descrive un incontro improntato chiaramente alla massima accoglienza, marcato da uno sguardo positivo verso l'altro e che, coerentemente, si interroga sui propri pregiudizi e si preoccupa delle loro possibili implicazioni per la relazione di cura. Giustamente sottolinea come questi pregiudizi abbiano a che vedere con i ruoli di genere e il modello tradizionale di famiglia (l'idea che una “madre” sia – anche – una “nutrice”, che gli aspetti pratici e organizzativi del ménage familiare siano propri del ruolo “paterno”) o con il loro rifiuto (che una coppia omosessuale sia paritaria nella divisione delle mansioni superando i ruoli di genere). Non si tratta, cioè, di pregiudizi “contro l'omogenitorialità”, ma della fatica a non riferirsi alla griglia eteronormativa, anche (e a maggior ragione per opposizione) quando la relazione non è eterosessuale. Questi pregiudizi rischiano di ostacolare l'incontro e richiedono, per essere superati, una costante curiosità ed empatia da parte del medico che, in questo caso, riesce infine a far sentire alla madre del bambino la possibilità di raccontarsi e “affidarsi”.

Più in generale, la domanda del pediatra sembra legata al rapporto sottile tra il rifiuto di stereotipi e pregiudizi che rischiano di oscurare l'unicità di ogni famiglia e la possibilità di trovare una mappa di riferimento con cui pensare l'omogenitorialità in grado di orientare il curante su “aspetti critici e nodi evolutivi” più facilmente associati a queste famiglie.

## Percorsi e sfide diversi

Come vedremo, una prima e generale risposta alle sfide che queste famiglie devono affrontare è proprio quella implicita nella domanda del pediatra: tutte le famiglie omogenitoriali, tutte diverse e ognuna con la sua storia, devono misurarsi con il fenomeno del pregiudizio eteronormativo. Se per quel che riguarda le relazioni con la famiglia allargata ogni situazione è unica (potendo andare dalla violenza alla completa accettazione), nello spazio sociale extra-familiare l'eventualità della discriminazione (lo stigma) esiste a prescindere, e la discriminazione del sistema legislativo e il pregiudizio anche violento dei media e delle istituzioni (per esempio un vi-



cepresidente della Camera che dice in tv che i genitori omosessuali “spacciano i bambini per i propri figli”) colpiscono tutte le famiglie omogenitoriali nello stesso modo.

Esiste tuttavia la possibilità di distinguere in base ai diversi percorsi di formazione delle famiglie alcuni compiti di sviluppo più specifici.

In particolare, nella testimonianza riportata, si tratta di una famiglia omogenitoriale di *prima costituzione a fondazione lesbica*, ovvero in cui il figlio è nato dal progetto di maternità congiunta di una coppia di donne tramite il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (PMA). Altre famiglie omogenitoriali di prima costituzione, meno numerose, sono quelle a *fondazione gay* tramite la gestazione per altri (GPA), o quelle a *fondazione cogenitoriale allargata*, in cui i genitori biologici, non in coppia tra loro, condividono la genitorialità con uno o entrambi i partner omosessuali (come in una famiglia ricomposta). Sono di prima costituzione anche le famiglie *adoptive*, anche se questo percorso non è possibile in Italia, dove l'adozione è ancora riservata alle coppie eterosessuali sposate. Sebbene quelle di prima costituzione siano le famiglie omogenitoriali socialmente più “visibili”, va detto che la maggior parte dei figli di genitori omosessuali sono nati in famiglie *eterogenitoriali* (coppia padre-madre) in cui uno dei genitori si è riconosciuto omo- o bisessuale dopo l'arrivo dei figli. Alcuni di questi genitori creano poi famiglie *omoricomposte*, fondando nuove coppie omosessuali che hanno figli propri con differenti modalità.

Venendo dunque ai compiti di sviluppo, per tracciare un quadro sommario potremmo dire che, tra le famiglie di prima costituzione, mentre le famiglie a fondazione lesbica e gay si trovano a gestire la relazione con un terzo procreativo (chi effettua il dono dei gameti o porta avanti la gravidanza per altri), quelle a fondazione cogenitoriale si trovano a gestire in particolare la multinuclearità della famiglia e il coordinamento delle diverse funzioni genitoriali al di fuori della coppia. Questo è, perlopiù, anche il tema delle famiglie omoricomposte, che vi arrivano però dopo aver affrontato il coming out del genitore e, di conseguenza, la possibilità di una separazione più o meno conflittuale.

In questo contributo mi soffermerò sulle sfide che attengono specificamente le famiglie a fondazione lesbica e gay.

### *Le radici del pregiudizio: l'eteronormatività*

Per capire il pregiudizio (anche il proprio) verso l'omogenitorialità, e il perché (come si sottolineava nella testimonianza) esso sia così intrinsecamente legato alla questione del genere, è necessario mettere a fuoco l'eteronormatività [1] intesa come rete di premesse culturali che si confermano a vicenda. Tale rete di premesse ha come nucleo l'elevazione della procreazione da conseguenza della sessualità (fondamentale in quanto elemento necessario alla vita) a suo unico e ultimo “scopo” (ciò che altrove ho chiamato *procreativismo*) [2]. Nella visione eteronormativa, poiché il fine del sesso è la procreazione, esistono solo due sessi (quelli riproduttivi appunto), che fondano identità di genere complementari e coerenti alla funzione procreativa del corpo ed entrano tra loro in una relazione necessariamente eterosessuale. L'ordine sociale “naturale” sarebbe un sistema di strutture familiari (parentela) incentrate sull'evento procreativo eterosessuale (le “famiglie naturali”) che si basa su strutture “invarianti” definite dall'alleanza eterosessuale e dalla discendenza di sangue [3].

Quest'ultimo passaggio, la “naturalizzazione” della parentela, finisce per delimitare a tale sistema di relazioni eteronormativo la possibilità stessa di appartenenza al consorzio umano. Corpi, menti, ruoli familiari e strutture sociali si allineano intorno alla funzione procreativa, che viene così connotata come imprescindibile. Da qui la sua implicazione

come fine biologico, esistenziale e sociale della vita (e della sessualità), che chiude il cerchio della tautologia confermando la premessa centrale.

In prima istanza, il pregiudizio eteronormativo rifiuta dunque come “disordinate” tutte quelle soggettività (LGBTQIA+) che negano il mandato esistenziale dell'individuo a costruire una famiglia procreativa. Ma ancor più rifiuta l'omogenitorialità, che nega la necessità della procreazione eterosessuale per realizzare la filiazione e, così facendo, spazza via la base della tautologia eteronormativa, lasciando disorientato chi vi si è appoggiato nella sua costruzione del mondo.

Tuttavia, le stesse categorie definitorie della parentela eteronormativa (*l'alleanza eterosessuale* e *la filiazione di sangue*), nell'Occidente post illuminista, hanno cambiato gradualmente di significato (come per altro la rappresentazione dei rapporti tra i generi). Il matrimonio e la filiazione hanno assunto sempre più il connotato di *scelta d'amore* e di *cura genitoriale*, definendo la parentela (e la famiglia) come un'assunzione soggettiva di responsabilità sempre più indipendente dal mandato procreativo. Le famiglie omogenitoriali nascono a partire da queste “nuove” definizioni. Tuttavia, se per le famiglie eterogenitoriali il legame d'amore e quello procreativo sono spesso sovrapponibili e non suscitano forte ambiguità, l'esistenza delle famiglie omogenitoriali fondate unicamente sull'amore ha invece l'effetto di far emergere la discontinuità tra i due [2,4-5].

Oggi assistiamo quindi a un confronto sociale sull'incompatibilità tra, da un lato, la tutela di queste nuove famiglie e, dall'altro, un impianto istituzionale ancorato al sistema procreativo eteronormativo: da una parte la richiesta di cambiamento nel senso dell'inclusività, dall'altra le numerose resistenze di chi difende l'ordine tradizionale. Questo confronto, pur orientato dai valori universalistici occidentali verso l'inclusività, ha un effetto polarizzante che, accanto all'affermarsi di narrazioni normalizzanti dell'omogenitorialità, alimenta anche un'esacerbazione dello stigma sociale, che è, come vedremo, il principale fattore di rischio per i figli.

### *Omogenitorialità e pregiudizi: la letteratura scientifica*

La ricerca sulle famiglie omogenitoriali ha ampiamente dimostrato che la loro composizione non implica di per sé un ostacolo alla possibilità di crescere figli sani e felici [5-8].

Emerge, tuttavia, come i pregiudizi rappresentino il principale fattore di rischio per la qualità delle relazioni.

Questo vale più che mai per le discriminazioni dirette omolesbo-bi-trans-fobiche [9]. Gli studi evidenziano un impatto di questi episodi sul benessere dei figli [10], su quello dei genitori [11] e sulla qualità della loro relazione di attaccamento [12].

Il paradigma più affermato nello studio degli effetti dello stigma è quello del *minority stress* [13-14] che considera che l'appartenenza a una minoranza sia sempre causa di uno stress sistemico, con ricadute relazionali, psicoemotive, immunologiche e somatiche. Questo perché le mappe insite nell'organizzazione sociale e che guidano le interazioni quotidiane, sono improntate a una rappresentazione della realtà su misura della maggioranza, ponendo sempre chi appartiene alla minoranza in una posizione di forte dissonanza, dovendo definire e segnalare tale posizione, e spiegare e difendere le proprie esigenze. Lo “stress” può essere cumulativo rispetto a più appartenenze e risulta più intenso quanto più la categoria di minoranza è saliente rispetto al contesto, rilevante per la propria identità e poco integrata con altri aspetti dell'identità. I fattori stressogeni associati alla posizione di minoranza sono in primo luogo quelli “esterni” (discriminazioni, invalidazioni, macro e micro aggressioni), poi la loro anticipazione (attesa del pregiudizio sociale, nascondimento ed evitamento del conflitto) e la loro interiorizzazione (stig-

ma interiorizzato e autoinvalidazione). Sarebbe proprio attraverso l'interiorizzazione del pregiudizio, il generarsi di un senso di impotenza e la costante attivazione di allerta associata alla sua anticipazione, che si spiegherebbero gli effetti più importanti sulla salute [14-15].

Un altro paradigma che va affermandosi nello studio degli effetti dell'eteronormatività sulle famiglie omogenitoriali è quello della *ambiguità della parentela* (o *dei confini familiari*) [2,15-16]. Secondo questo approccio, tra i compiti di ogni famiglia c'è la negoziazione costante dei propri confini, ovvero stabilire un consenso, anche a partire dalle categorie culturali della parentela, su chi è "dentro" la famiglia, e a che titolo, e chi è fuori. Questo avviene attraverso il linguaggio condiviso, nel discorso quotidiano, attraverso le interazioni e i rituali. Tutte pratiche che bilanciano l'*ambiguità fisiologica* dei confini relazionali. Quando le pratiche simboliche faticano a rendere conto della realtà, l'ambiguità aumenta, riducendo il senso di appartenenza e aumentando l'insicurezza e lo stress, come in occasione di cambiamenti importanti, quali lutti e separazioni, e come quando le rappresentazioni istituzionali e maggioritarie della parentela non corrispondono a quelle identitarie della famiglia.

È evidente che nel caso dell'omogenitorialità l'ambiguità dei confini familiari e il minority stress si incontrano laddove la categoria di appartenenza alla minoranza sociale è proprio l'identità familiare.

#### *Pregiudizi sulla genitorialità, il genere e il corpo*

La ricerca ha dimostrato che le funzioni genitoriali, in quanto insieme di risposte necessarie alla soddisfazione dei bisogni del bambino, sono espletabili a prescindere dal sesso di chi le esercita [5,17-18]. Per questo risulta sempre più attuale un modello di genitorialità incentrato sull'assunzione della responsabilità delle funzioni genitoriali, coerentemente con il concetto di adozione psichica e di identità genitoriale [19-20]. Tuttavia, un particolare pregiudizio eteronormativo con cui i genitori omosessuali devono misurarsi è quello che identifica la genitorialità con la filiazione di sangue e le funzioni genitoriali con il ruolo procreativo, come ipotizzato dalla teoria psicoanalitica classica. In base a questa premessa, la funzione "materna" sarebbe appannaggio della donna che, in quanto capace di gravidanza e allattamento, sarebbe naturalmente predisposta alla funzione di nutrice dei figli e soggetta a un legame viscerale con loro. Viceversa, a causa della sua diversa biologia procreativa, l'uomo sarebbe incapace di un simile legame, essendo invece predisposto alla funzione "paterna": quella di separazione della diade fusionale madre-bambino e di socializzazione normativa, in virtù di una psiche più "fallica", intellettuale e dominante, e non soggetta all'invischiamento materno. In realtà oggi anche in psicoanalisi emerge una visione di questo schema come una spartizione delle funzioni genitoriali in base ai ruoli culturali di genere [21].

Uno degli effetti di questo pregiudizio procreativista sui genitori omosessuali è che si trovano ancora, spesso, a sentire di dover dimostrare la loro (buona) genitorialità, una forma di stress che è stata chiamata *giustificazione genitoriale* [22-23]. D'altra parte, i genitori omosessuali si trovano nella libertà di spartirsi lo svolgimento delle funzioni genitoriali non in base ai ruoli di genere, ma in base alle proprie personali predisposizioni e storie. Sebbene questo porti spesso a una spartizione più paritaria e simmetrica dei compiti domestici, non significa affatto che non ci possa essere tra i genitori una spartizione in funzione delle predisposizioni personali. Per esempio, non è inusuale (come nel caso di Sara nella testimonianza) che la differenza di ruolo procreativo tra madre biologica e sociale, faccia da base a tale spartizione. Questo mima di fatto i ruoli di genere, ma è soprattutto un modo di appoggiarsi a ruoli predefiniti che ren-

dono conto dell'asimmetria dell'esperienza della gravidanza nella coppia: in molti altri casi troviamo coppie che decidono di bilanciare tale asimmetria con un coinvolgimento importante nell'accudimento primario del figlio della madre sociale [23-24], come si aspettava anche il pediatra nella sua testimonianza.

A corollario di questo pregiudizio che identifica la genitorialità con la procreazione, troviamo l'idea che l'esperienza procreativa (in particolare la gravidanza) non possa che attivare un'identità genitoriale. Questo è contraddetto, per esempio, dalle numerose esperienze e testimonianze delle gestanti per altri che, pur avendo spesso una relazione di alleanza con i genitori putativi e una relazione di affetto e cura verso il bambino che portano in grembo, non lo considerano e non lo sentono come proprio figlio [21].

#### *Identità e relazioni familiari tra semantiche familiari e semantiche sociali*

D'altronde: Chi è cosa per chi? Chi è dentro la famiglia e chi no? In virtù di cosa? Con quale ruolo? Parliamo di relazioni e di identità, parliamo di significati attribuiti a fatti e a racconti di fatti, in modo negoziato e più o meno consensuale. Il "legame di sangue" è un legame se tale è il significato attribuito al fatto di avere in comune dei geni e/o l'origine del proprio materiale organico. Sebbene la nostra premessa eteronormativa attribuisca grande importanza al legame di sangue, perlopiù, nelle famiglie omogenitoriali di prima costituzione il dialogo sulle identità e le relazioni valorizza invece il legame d'amore tra genitori e figli, distinguendolo dal contributo del *terzo procreativo* (il donatore nella PMA e la donatrice e/o la gestante nella GPA). Le buone prassi sviluppate da Famiglie Arcobaleno suggeriscono in questo senso di condividere con i figli la loro storia procreativa non appena la conversazione lo permette, crescendo nella verità delle loro origini [25-26]. L'evento procreativo è spesso raccontato in modo semplice e chiaro, senza attribuire a donatori e portatrici alcun particolare legame con i figli, se non appunto quello del dono del "semino", dell'"ovetto" o della disponibilità della propria pancia, che ha permesso la loro venuta al mondo, in una semantica della "gratitudine" [27]. Spesso il donatore anonimo è inizialmente assimilato al donatore di sangue (intercambiabile), per poi assumere, a mano a mano che la conversazione si sofferma sulle caratteristiche fisiche dei figli associate al contributo genetico del donatore, un profilo personale, con un aspetto e una cultura di appartenenza [28]. La letteratura [29-31] evidenzia come, sebbene non sia rara una curiosità per questi aspetti fisici e per l'esistenza di altra progenie dello stesso donatore, questa non si traduca necessariamente nel desiderio di conoscere il donatore e tanto meno di instaurare un rapporto con lui, sia quando il donatore è "chiuso" (quindi non conoscibile) sia quando è "aperto" (cioè conoscibile al 18° anno della progenie). Se il donatore è invece conosciuto e ha rapporti costanti con il figlio, la loro relazione sarà soggetta a evoluzione ed esposta comunque alla possibilità di un'adozione-affiliazione psichica, sebbene questa non sia la regola [32]. Al contrario, il rapporto con la portatrice, anche quando questa rimane in contatto negli anni con la famiglia, partendo già da un'esperienza intensa e importante come la gravidanza, risulta più stabile. Le portatrici hanno una famiglia propria e dei figli, un'identità sociale chiara (il gruppo "professionale" delle altre portatrici con cui c'è scambio e confronto) [27,33-34] e una motivazione coerente con i propri valori, che ancorano e definiscono il loro ruolo verso il bambino sin dal concepimento. Va detto che spesso il terzo procreativo che conosce e frequenta anche saltuariamente i bambini, assume un ruolo interno ai confini familiari, seppur non genitoriale: uno zio o una zia di pancia [2].

Sia nel caso del terzo conosciuto che di quello anonimo, il dialogo familiare precoce, sereno e trasparente sul suo ruolo procreativo, senza omissioni ma in un linguaggio comprensibile ai bambini, permette loro una continuità identitaria e una piena conoscenza della propria storia, che fa tutta la differenza rispetto a quelle situazioni di adozione in cui la mancanza di testimonianza sugli eventi infantili genera invece ambiguità sul significato della relazione primaria e della sua interruzione. I bambini, che costruiscono la loro identità in una semantica coerente alle loro relazioni primarie, si trovano poi, nel momento della socializzazione secondaria, ad affrontare la differenza tra queste e le semantiche sociali eteronormative. Abbiamo parlato di sovrapposizione tra minority stress e ambiguità della parentela come fattore di stress per i bambini: questo è particolarmente vero finché l'identità familiare non risulta consolidata tanto nei suoi aspetti nucleari (Chi sono?) quanto in quelli sociali (Chi non sono? Come mi distingo dall'altro? Come gestisco questa differenza?). Fino a quel momento il compito degli adulti è dunque quello di offrire loro un codice di traduzione, uno script di risposta e uno spazio di elaborazione di questo incontro. Le buone prassi omogenitoriali in questo senso valorizzano in modo particolare la visibilità dei genitori, che permette al sistema sociale di conoscere la composizione familiare potendo così evitare di chiederne conto ai bambini (o contraddirli quando questi cercano di spiegarsi) e supportarli quando nel confronto con i pari questi raccontano la loro famiglia differente dagli stereotipi eteronormativi. L'elaborazione dell'identità familiare per differenza inizia già intorno ai tre anni (quando per esempio raccontano a tutti la loro famiglia –“Lo sai che ho due mamme?”– o cominciano a interrogarsi sulla figura del genitore assente –“Perché non ho un papà?”), ma si completa in adolescenza [35] quando i ragazzi si assumono la titolarità di scegliere a chi raccontarsi e a chi no, mentalizzando la relazione di potenziale pregiudizio e le strategie per anticiparlo, evitarlo o contrastarlo.

### La relazione di cura con il pediatra

Per rispondere alla domanda del pediatra, è fondamentale sempre ricordare che tutte le “mappe” che guidano la nostra osservazione della realtà, da quelle più ingenua a quelle scientificamente fondate e statisticamente giustificate, sono dei “pregiudizi” [36]. Credo che ogni famiglia, essendo unica nelle sue risorse, nella sua storia e nelle sue vulnerabilità, si chieda sempre se il medico cui sta chiedendo aiuto sia in grado di “vederla” o, piuttosto, se sia “sicuro” mostrargli nella propria specificità. Ma quando si tratta di una famiglia appartenente a una minoranza stigmatizzata, a questa domanda si accompagnerà sempre il pensiero che il curante possa essere impreparato ad accoglierla o peggio portatore di idee discriminatorie nei suoi confronti. Per chi appartiene a queste minoranze, l'ambiguità dell'appartenenza va al di là dei confini familiari: essa è per certi versi intrinseca alla propria esistenza; il mondo è un luogo sicuro e di cui si fa parte a pieno titolo, sino a quando non lo è più. E tutto può cambiare in pochi secondi a seconda di chi si è in presenza. L'altro discriminatorio può essere solo un individuo nel contesto di cui non curarsi, ma a seconda della sua numerosità e del suo potere nel contesto, può diventare il contesto stesso, marcatore di un mondo escludente, pericoloso e invincibile, in cui si resterà sempre minoranza e sempre potenzialmente esclusi.

Per questo il clinico più che sull'esattezza dei propri pregiudizi, deve interrogarsi sull'inclusività del proprio sguardo, che non sarà mai scevro dai pregiudizi, ma potrà mostrarsi accogliente e curioso di capire. In questo modo, potrà permettere alle famiglie omogenitoriali (come a tutte le altre minoranze) di sentirsi abbastanza “al sicuro” da affidarsi e mostrare i propri bisogni e le proprie vulnerabilità come necessario in ogni relazione di cura. ■

### Bibliografia

1. Kitzinger C. Heteronormativity in action: Reproducing the heterosexual nuclear family in afterhours medical calls. *Social Problems* 2005;52:477-498.
2. Ferrari F. Altre generatività: procreazione e filiazione senza sessualità. In Fruggeri F (a cura di). *Famiglie d'oggi. Quotidianità, processi e dinamiche psico-sociali*. Carocci, 2018: 91-122.
3. Lévi-Strauss C. Le strutture elementari della parentela. Feltrinelli, 2003.
4. Nadaud S. Homoparentalité. Une nouvelle chance pour la famille? Fayard, 2002.
5. Ferrari F. La famiglia in-attesa. I genitori omosessuali e i loro figli. *Mimesis*, 2015.
6. Patterson CJ. Lesbian and Gay Parenting. American Psychological Association Committee on LGB Concerns, Committee on Children, Youth, and Families, Committee on Women in Psychology. Washington DC, 2005.
7. Adams L, Light R. Scientific Consensus, the Law, and Same Sex Parenting Outcomes. *Soc Sci Res* 2015 Sep;53:300-310.
8. Goldberg AE, Allen KR. LGBTQ-Parent Families: Innovations in Research and Implications for Practice. Springer, 2020.
9. Carone N, Bos HMW, Shenkman G, Tasker F. LGBTQ Parents and Their Children During the Family Life Cycle. *Front Psychol* 2021 Feb 18;12:643647.
10. Bos HMW, Carone N, Rothblum ED et al. Long-Term Effects of Homophobic Stigmatization During Adolescence on Problem Behavior in Emerging Adult Offspring of Lesbian Parents. *J Youth Adolesc* 2021 Jun;50(6):1114-1125.
11. Green RJ, Rubio RJ, Rothblum ED et al. Gay fathers by surrogate: Prejudice, parenting, and well-being of female and male children. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* 2019;6:269-283.
12. Farr RH, Vázquez CP. Stigma Experiences, Mental Health, Perceived Parenting Competence, and Parent-Child Relationships Among Lesbian, Gay, and Heterosexual Adoptive Parents in the United States. *Front Psychol*. 2020 Mar 30;11:445.
13. Meyer I. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003 Sep;129(5):674-697.
14. Prendergast S, MacPhee D. Family Resilience Amid Stigma and Discrimination: A Conceptual Model for Families Headed by Same-Sex Parents. *Family Relations* 2017; 67:26-40.
15. Boss P, Bryant C, Mancini J. Family stress management: A contextual approach. Sage Publications, 2017.
16. Coleman M, Ganong L, D'Amore S. Boundary ambiguity: A focus on stepfamilies, queer families, families with adolescent children, and multigenerational families. In Browning S, van Eeden-Moorefield B. *Treating contemporary families: Toward a more inclusive clinical practice*. American Psychological Association, 2022:157-186.
17. Fruggeri L. Diverse normalità. *Psicologia sociale delle relazioni familiari*. Carocci, 2005.
18. Venturelli E. L'inevitabilità di una genitorialità diffusa: le relazioni triadiche emergenti dal rapporto famiglie e servizi. In Fruggeri L (a cura di). *Famiglie d'oggi. Quotidianità, processi e dinamiche psico-sociali*. Carocci, 2018:284-315.
19. Ferrari F. La genitorialità come relazione identitaria fondamentale: apprendere dall'omogenitorialità. *Varchi-Tracce per la psicoanalisi* 2016a;14:16-25.
20. Recalcati M. Diritti, mamma e papà non bastano. *La Repubblica* 31 marzo 2023.
21. Lingardi V, Carone N. Madri lesbiche, padri gay: genitori de-generati? *Giornale italiano di psicologia* 2016;1-2:57-80.
22. Bos HMW. Planned Gay Father Families in Kinship Arrangements. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 2010;31:356-371.
23. Bos H. Lesbian-Mother Families Formed Through Donor Insemination. In Goldberg A, Allen K. *LGBT-Parent Families*. Springer, 2013:21-38.
24. Gartrell N, Banks A, Hamilton J. The national lesbian family study: 2. Interviews with mothers of toddlers. *Am J Orthopsychiatry* 1999 Jul;69(3):362-369.
25. Ferrari F. L'intervento psicologico nel sostegno delle buone prassi delle famiglie omogenitoriali di prima costituzione. In Everri M. (a cura di). *Genitori come gli altri e fra gli altri. Essere genitori omosessuali in Italia*. Mimesis, 2016:109-126.
26. De Simone S. Le famiglie Arcobaleno in Italia. In Bastianoni P, Baia-monte C (a cura di) *Le famiglie omogenitoriali in Italia. Relazioni familiari e diritti dei figli*. Junior-Spaggiari, 2015.



27. Carone N. In origine è il dono. Donatori e portatrici nell'immaginario delle famiglie omogenitoriali. Il Saggiatore, 2016.
28. Wyverkens E, Provoost V, Ravelingien A et al. Beyond sperm cells: a qualitative study on constructed meanings of the sperm donor in lesbian families. *Hum Reprod* 2014 Jun;29(6):1248-1254.
29. Nelson MK, Hertz R, Kramer W. Making Sense of Donors and Donor Siblings: A Comparison of the Perceptions of Donor-Conceived Offspring in Lesbian-Parent and Heterosexual-Parent Families. *Visions of the 21st Century Family: Transforming Structures and Identities Contemporary Perspectives in Family Research* 2013;7:1-42.
30. Persaud S, Freeman T, Jadva V et al. Adolescents Conceived through Donor Insemination in Mother-Headed Families: A Qualitative Study of Motivations and Experiences of Contacting and Meeting Same-donor Offspring. *Child Soc* 2017 Jan;31(1):13-22.
31. Teplitzky Carneiro FA, Léong V, Nóbrega S et al. Are the children alright? A systematic review of psychological adjustment of children conceived by assisted reproductive technologies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022 Dec 29.
32. Goldberg AE, Allen KR. Donor, dad, or...? Young adults with lesbian parents' experiences with known donors. *Fam Process* 2013 Jun;52(2):338-350.
33. Jacobson H. *Labor of Love. Gestational Surrogacy and the Work of Making Babies*. Rutgers University Press, 2016.
34. Pande A. *Wombs in Labor: Transnational Commercial Surrogacy in India (South Asia Across the Disciplines)*. Columbia University Press, 2014.
35. Bos HMW, Gartrell NK. Adolescents of the U.S. National Longitudinal Lesbian Family Study: Can Family Characteristics Counteract the Negative Effects of Stigmatization? *Fam Process* 2010 Dec;49(4):559-572.
36. Cecchin G, Lane G, Ray WA. *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Cortina, 1997.

federico\_ferrari79@yahoo.it

## blister Sensibilità materna e sensibilità paterna

I genitori sensibili prestano attenzione, interpretano e rispondono ai segnali del bambino in modo appropriato e tempestivo e accolgono nella loro mente la prospettiva del bambino quando considerano i suoi bisogni. La sensibilità dei genitori è costantemente associata alla costruzione di relazioni positive e alle abilità socioemotive dei bambini; inoltre la sensibilità materna è fortemente correlata all'attaccamento sicuro, allo sviluppo del linguaggio e al funzionamento sociale del bambino. La sensibilità dei padri è minore di quella espressa dalle madri oppure negli ultimi anni, con il maggiore coinvolgimento dei padri nell'educazione, le differenze si sono ridotte? E la sensibilità all'interno di una coppia è accoppiata, ossia una madre sensibile è più probabile che abbia come partner un padre sensibile? A queste domande ha risposto una meta-analisi che ha raccolto 93 studi per un totale di 10.980 osservazioni padre-bambino e 11.291 madre-bambino; la distribuzione geografica delle diadi era per la maggior parte rappresentativa del Nord America (53%), quindi Europa (23%), Medio Oriente (19%), e in minima parte proveniva da Oceania, Sudamerica e Asia.

Come previsto, i padri hanno livelli di sensibilità un poco inferiori rispetto alle madri ( $d = -0,27$ , IC 95 %  $-0,33, -0,20$ ,  $p < 0,001$ ); tuttavia è interessante notare come questa differenza si sia modificata sensibilmente rispetto all'anno di pubblicazione dei singoli studi, con la differenza tra madri e padri che si riduce nel tempo ( $d = -0,52$  prima del 2000,  $d = -0,33$  tra il 2000 e il 2010 e  $d = -0,20$  dal 2010).

Alla seconda domanda la risposta è sì, c'è una correlazione positiva e significativa all'interno della coppia tra sensibilità materna e paterna ( $r = 0,23$ , IC 95%  $0,19, 0,27$ ,  $p < 0,001$ , dopo correzione per bias di pubblicazione), anche se è presente un'elevata eterogeneità tra gli studi (I<sup>2</sup> 77,52%); la correlazione è più evidente in Medio Oriente che in Europa o in Nord America (rispettivamente  $r = 0,46$ ,  $r = 0,30$  e  $r = 0,30$ ) [1].

Al di là dei numeri, questa importante meta-analisi ci dice che i padri sostanzialmente presentano una sensibilità non dissimile da quella delle madri: la differenza c'è, ma è così piccola da renderla priva di significato nella pratica. L'analisi dei moderatori ha evidenziato l'importanza della posizione geografica: le politiche di congedo parentale, differenti tra i diversi Paesi, possono favorire la presenza dei papà a casa dove possono apprendere i diversi segnali del bambino. Un altro moderatore è l'anno di pubblicazione dello studio che può indicare il progressivo coinvolgimento della donna nel mondo del lavoro e la modificazione dei ruoli educativi genitoriali negli ultimi decenni. Inoltre anche le modalità di misurazione della sensibilità può variare i risultati: la codifica di un particolare comportamento per unità di tempo può rilevare differenze di sensibilità maggiori rispetto a una codifica globale dell'interazione; infine, la misurazione nella triade (presenza contemporanea di madre e padre nell'interazione con il bambino) avvantaggia la sensibilità materna rispetto alle misurazioni diadiche. Un punto critico di questi studi è la popolazione arruolata, molto spesso di ceto sociale medio-elevato e costituita da famiglie volontarie disposte a farsi filmare anche per ore.

In conclusione, quando parliamo di sensibilità del genitore dobbiamo pensare sia alla madre sia al padre in egual misura, e promuovere corsi di genitorialità che abbiano come partecipanti mamme e papà in termini paritetici senza differenziare specifiche peculiarità. Uno sforzo culturale per i ricercatori e per i clinici.

1. Deneault AA, Cabrera NJ, Bureau JF. A meta-analysis on observed paternal and maternal sensitivity. *Child Dev* 2022 Nov;93(6):1631-1648.

# Cure palliative pediatriche (CPP) e assistenza domiciliare integrata (ADI): la necessità di una ridefinizione e integrazione

Mario Renato Rossi<sup>1,3</sup>, Patrizia Elli<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Responsabile CPP Fondazione Maddalena Grassi;

<sup>2</sup>Pediatra responsabile ADI minori, Fondazione "Maddalena Grassi"; <sup>3</sup>Gruppo di Lavoro ACP "Terapia del dolore e cure palliative pediatriche"

Bambini (e frequentemente giovani adulti) affetti da patologie croniche inguaribili e spesso invalidanti vanno incontro a lunghi periodi in cui è necessaria un'assistenza articolata e continua, soprattutto a domicilio, comprendente anche la terapia del dolore.

Le CPP riguardano bambini, adolescenti e giovani adulti e il bisogno in Italia è in netta crescita come nel resto del mondo [Tabella 1].

## Tabella 1. Da voce bibliografica [5]

Bisogno di CPP 35-40/100.000 abitanti Tot.: 20.540-32.864

Bisogno di CPP specialistiche 18/100.000 abitanti

Molti dei bambini affetti da patologie inguaribili, grazie all'ADI e alle CPP, possono avere una buona qualità di vita per lungo tempo e continuare a crescere e ad affrontare le diverse fasi dello sviluppo fisico, psicologico, relazionale e sociale che l'età pediatrica comporta.

Questi bisogni hanno portato alla definizione di un sistema integrato di assistenza (ADI) in cui fulcro è il domicilio, coordinato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta tenendo conto dei centri di riferimento per la patologia, della quotidianità, del bisogno di enti erogatori dell'assistenza e della famiglia in cui il paziente è inserito.

Come si è detto, la gestione efficace di inguaribilità, disabilità e prognosi infausta (anche se con tempi non prevedibili) porta alla necessità di acquisire competenze relative al trattamento del dolore e alla gestione del fine vita da attivarsi e attuarsi in modi e tempi che non sempre appaiono chiari.

Le CPP e l'ADI, in molte situazioni e aree di dibattito, vengono presentate o in opposizione tra loro o coincidenti nella loro funzione; in particolare enti e associazioni dedicate alle CPP tendono a considerare i pazienti inguaribili direttamente come nell'ambito delle cure palliative indipendentemente dalla rapidità di evoluzione della prognosi e dal bisogno assistenziale, mentre gli enti e le associazioni dedicate all'ADI, e che spesso assistono pazienti lungo sopravviventi (molti anni), considerano le CP come la fase in cui l'obiettivo non è più migliorare o mantenere la qualità di vita del paziente, ma ridur-

ne al minimo o annullare le sofferenze in attesa di un decesso ormai inevitabile.

Tutto ciò determina una sovrapposizione inevitabile di funzione, di definizione e una serie di conseguenti incomprensioni.

Questa confusione di concezione, nata da bisogni, ambiti e momenti diversi, tende a riprodursi nelle sedi istituzionali con iniziative spesso slegate, poco chiare e contraddittorie.

Anche la tipologia della popolazione con bisogno di CPP è eterogenea (es. da neonati ad adolescenti) oltre che diversa rispetto agli adulti. Questa eterogeneità e diversità è ancora poco percepita dalle istituzioni. Inoltre, la maggior parte dei pazienti che necessitano di CP possono e devono essere trattati nel setting delle cure primarie (approccio palliativo) e solo alcuni richiedono livelli di intervento superiori che necessitano il ricovero in strutture ospedaliere di II e III livello (CP specialistiche).

Partire dalle definizioni, come riportate dai documenti normativi, può aiutare a capire quali sono i punti di contatto e diversificazione delle due attività.

Con **cure palliative** si intende *l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici, assistenziali rivolti sia alla persona malata, sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una progressione infausta, non risponde più a trattamenti specifici (legge 38/2010).*

Va notato come nella legge 38/2010, oltre alle CP, viene inserita anche la "terapia del dolore" senza peraltro associarla direttamente alle CP.

È utile ricordare i diversi livelli di CPP come indicati da Conferenza di Consenso del 29 aprile 2016, ripresi dal DPCM del 12 gennaio 2017 (definizione dei livelli essenziali di assistenza LEA), da cui si evince che i livelli di risposta ai bisogni di CPP prevedono una gradualità di approccio dall'ADI alle CPP specialistiche.

- **Primo livello di cura:** "approccio palliativo" che richiede interventi in CPP di base assicurati da tutti i professionisti della salute.
- **Secondo livello di cura:** "CPP generali" che richiedono l'intervento dei professionisti che si occupano della patologia in causa, ma che hanno anche preparazione e competenze specifiche in CPP. Le CPP generali possono richiedere supporto e supervisione anche da parte di un'equipe specialista in CPP:
- **Terzo livello di cura:** "CPP specialistiche"; queste situazioni richiedono l'intervento continuativo di professionisti esclusivamente dedicati alle CPP operanti in equipe multiprofessionali specifiche.

Con **ADI** si intende *l'insieme di trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi integrati coi servizi socioassistenziali erogati gratuitamente al domicilio del paziente ovvero a persone non autosufficienti in modo totale o parziale, non in grado di deambulare, affiancate quotidianamente da un caregiver, in condizioni abitative idonee. Le prestazioni che potranno essere erogate sono definite dal PAI (piano assistenziale individualizzato) concordato tra l'ente gestore e il medico. A supporto possono essere attivati accessi socioassistenziali e visite medico-specialistiche.*

Con il DPCM del 12 gennaio 2017 di "definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)", sono state caratterizzate le cure palliative e la terapia del dolore, con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità e intensità assistenziale.

Sono stati definiti i seguenti livelli di assistenza nell'ambito delle reti di cure palliative e delle reti di terapia del dolore:

- *Art. 15 – Assistenza specialistica ambulatoriale, con il relativo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale*, che prevede, per la prima volta, le visite multidisciplinari per le cure palliative e per la terapia del dolore, inclusa la stesura del piano di assistenza individuale (PAI) e le visite di controllo per la rivalutazione del PAI.
- *Art. 21 – Percorsi assistenziali integrati*: è garantito l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni (VMD), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un piano di assistenza individuale (PAI). L'approccio per percorso rappresenta un'importante novità, con la VMD che concorre a identificare il malato con bisogni complessi. Questi principi hanno una specifica rilevanza per le cure palliative e per la terapia del dolore. In particolare, le cure palliative confermate dai LEA in questa cornice escono dall'orizzonte temporale dell'end stage, estendendo il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile a evoluzione sfavorevole.
- *Art. 23 – Cure palliative domiciliari*: è stato definitivamente stabilito che tali cure debbono essere erogate dalle strutture unità di cure palliative domiciliari-UCP e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata. Sono, infatti, le UCP che erogano sia le cure palliative di base sia quelle specialistiche, garantendo l'unitarietà e l'integrazione dei percorsi di cura con un'équipe curante di riferimento sul percorso e non sul setting assistenziale. Il coordinamento delle cure è puntualmente caratterizzato, all'art. 23, comma 1, lettere a) e b) e all'art. 21 comma 3, contribuendo a chiarire la responsabilità del rapporto di cura.
- *Art. 31 – Centri residenziali di cure palliative, Hospice*: si garantisce l'assistenza residenziale ai malati nella fase terminale della vita, in ambito territoriale.
- *Art. 38 – Ricovero ordinario per acuti*: le cure palliative e la terapia del dolore sono per la prima volta espressamente citate come prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico, che devono essere garantite durante l'attività di ricovero ordinario. Il comma 2 stabilisce, infatti, che nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni incluse la terapia del dolore e le cure palliative.

Il DPCM definisce l'ambito delle CP, inoltre gli artt. 21 e 23 delineano chiaramente l'appartenenza alle CP dell'assistenza domiciliare attraverso UCPD (art. 21: valutazione multidimensionale dei bisogni, VMD), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un piano di assistenza individuale (PAI) e art. 23: tali cure debbono essere erogate dalle strutture unità di cure palliative domiciliari (UCP) e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata.

Questo passaggio del DPCM inserisce un elemento di confusione definitoria sulle funzioni di ADI e CP.

La Conferenza Permanente Stato/Regioni con l'accordo del 25 marzo 2021 30/CSR definisce e sancisce la nascita della Rete regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche ottemperando alla legge 38/2010. Le definizioni delle funzioni e degli ambiti della rete sono esplicitati puntigliosamente nell'accordo, tuttavia rimane irrisolto il sovrapporsi di ruolo e funzioni di ADI e CPP là dove esistono.

È evidente che, a un certo punto del percorso assistenziale del paziente, i due ambiti si sovrappongono e coincidono non venendo meno il bisogno assistenziale domiciliare erogato dall'ADI e diventando più pressante il bisogno di una terapia antidolorifica e di avvio progressivo al fine vita.

Ciò che rimane indefinito è come una struttura assistenziale complessa e capillarmente diffusa con norme, finanziamenti,

personale, strutture, erogatori come l'ADI possa essere modificata e integrata in un ambito assistenziale diverso.

Strutture e organizzazioni, sinora attive solo in ambito palliativo inteso come fine vita, dovrebbero accollarsi anche l'assistenza domiciliare ADI sinora svolta da altre organizzazioni. Mentre in ambito ADI vi sono sia organizzazioni che si occupano delle CP di base e intermedie sia altre che già si fanno carico delle CP specialistiche.

Non basta quindi una modifica definitoria di cosa sia l'ambito allargato delle CP, ma andrebbero recuperate quelle ampie esperienze degli enti erogatori ADI in modo che possano assumersi anche il ruolo di CP a tutti i livelli. Questo appare sicuramente più fattibile ed economico che caricare organizzazioni, che sinora si sono occupate solo di fine vita, anche di un'assistenza domiciliare molto vasta, complessa e normata dalle Regioni ormai da molti anni.

Infine si rende necessaria una riflessione circa il persistere di un linguaggio generico senza cenni alla specificità dell'assistenza domiciliare e UCPdom ai minori. ■

### Bibliografia

1. Legge 38/2010 Gazz Uff 65 del 19 marzo 2010.
2. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali d'assistenza, DP-CM, 12 gennaio 2017.
3. Conferenza di Consenso "Le cure palliative pediatriche: dalla diagnosi d'inguaribilità al lutto", CPP-SICP 2016.
4. Accordo Stato/Regioni 30/CSR del 25 marzo 2021.
5. Benini F, Bellentani M, Reali L et al. An estimation of the number of children requiring pediatric palliative care in Italy. *Ital J Pediatr* 2021 Jan 7;47(1):4.
6. Benini F, Papadatou D, Bernadà M et al. International standards for pediatric palliative care: from IMPaCCT to GO-PPaC. *J Pain Symptom Manage* 2022 May;63(5):e529-e543.
7. Peruselli C, Manfredini L, Piccione T et al. Il bisogno di cure palliative. *Riv It Cure Palliative* 2019;21:67-74.



# Crisi climatica: diritti dei bambini, diritti umani

Vincenza Briscioli

Pediatra, Gruppo ACP Pediatri per un mondo possibile

Il concetto di diritti umani è presente in numerosi documenti, convenzioni e dichiarazioni. Nel presente lavoro l'attenzione si è focalizzata sulla dichiarazione sui diritti umani e il cambiamento climatico, lavoro iniziato prima della COP21 del 2015, sulla vulnerabilità dei bambini e dei loro diritti, ben evidenziata nel Children's Climate Risk Index dell'UNICEF, e sulla recente iniziativa del Comitato sui diritti dell'infanzia con la costruzione di una Consultazione collettiva (bozza n. 26) su come i diritti dei bambini siano influenzati dalla crisi ambientale e su cosa devono fare i governi per tutelarli.

*The concept of human rights was enshrined in several documents, Conventions, and Declarations; in this article, the attention is focused: on the Declaration on Human Rights and Climate Change initiated prior to the 2015 COP 21, on the Children's Climate Risk Index dell'UNICEF that provides the first comprehensive view of children's exposure and vulnerability to the impacts of climate change and on the current guidance for governments (General Comment n. 26) of the Committee on the Rights of the Child explaining how children's rights are related to the environment and climate change, and what governments must do to protect them.*

«La crisi climatica è la più grande minaccia alla nostra sopravvivenza come specie e sta già minacciando i diritti umani in tutto il mondo».

*António Guterres, Segretario generale delle Nazioni Unite, febbraio 2020*

La dichiarazione sui diritti umani e il cambiamento climatico si è sviluppata nel 2015 prima della COP21 da parte dei membri del GNHRE (Global Network Study of Human Rights and Environment) [1] ed è entrata a far parte di una serie di iniziative finalizzate alla comprensione di come il cambiamento climatico minacci i diritti dell'umanità. La dichiarazione ha come scopo quello di tracciare un potenziale approccio normativo al fine di stabilire la responsabilità nei confronti del pianeta e correggere le vulnerabilità e le ingiustizie climatiche con due obiettivi: evidenziare la scarsità di dati sui diritti umani nei

negoziati del UNFCCC (Unframework Convention on Climate Change, <https://unfccc.int/>) sul cambiamento climatico e sottolineare la necessità di rendere centrale l'importanza dei diritti umani nelle politiche di adattamento, mitigazione, perdita e danno. Il processo di stesura del documento ha coinvolto molte popolazioni a livello globale e in particolare le popolazioni indigene [2]. La stesura è stata fatta da 13 membri del GNHRE e tradotta in 8 lingue, compreso l'italiano [3]. Si è trattato di una elaborazione collettiva, collaborativa e libera da influenze istituzionali, oltre che su base volontaria. Contiene in totale 24 principi riguardanti l'impatto negativo del cambiamento climatico sui diritti dell'umanità, che si dividono in tre categorie: diritti sostanziali (1-8), procedurali (9-15) e obblighi normativi (16-24). I diritti sostanziali affrontano i danni causati dal clima, indicando la possibilità di approcci non antropocentrici; i diritti procedurali affrontano la diversa distribuzione delle vulnerabilità, con la possibilità di offrire vie di ascolto alle popolazioni colpite dal cambiamento climatico; infine la dichiarazione sancisce la necessità di obblighi normativi, ponendo l'accento sui doveri che gli Stati e gli individui hanno nei confronti delle popolazioni danneggiate dall'impatto del cambiamento climatico e sottolineando l'importanza di un'azione risarcitoria [2]. La crisi climatica è anche una crisi dei diritti umani e le previsioni sono di un forte impatto del cambiamento climatico sui bambini, in particolare nei Paesi in via di sviluppo. Se il cibo scarseggia per la carenza di raccolti, i primi a soffrirne sono i figli; se le famiglie sono separate da eventi climatici, chi non riesce a badare a se stesso sono i bambini. Sono quindi loro la popolazione che va maggiormente protetta e i loro diritti sono in primo piano nella giustizia climatica. Secondo la Convenzione dei diritti del fanciullo [4], gli Stati sono obbligati a riconoscere il diritto a una educazione che comporti il rispetto dell'ambiente naturale. La Convenzione, secondo gli autori della dichiarazione [1], può quindi essere considerata un trampolino di lancio per il riconoscimento dei diritti del bambino a poter vivere in un ambiente sostenibile. Il bambino ha il diritto a ereditare un ambiente sano e l'adulto il dovere di preservare tale ambiente. È necessario sviluppare ulteriormente questo aspetto normativo per garantire la tutela dell'ambiente per le future generazioni. Capire dove e come i bambini sono particolarmente vulnerabili a questa crisi è fondamentale per rispondere a essa. Il Children's Climate Risk Index [5] fornisce una prima visione completa dell'esposizione e della vulnerabilità dei bambini agli impatti correlati al cambiamento climatico e ciò può contribuire a determinare le priorità di intervento per coloro che sono più a rischio e, in ultima analisi, a garantire che i bambini di oggi possano ereditare un pianeta vivibile [Tabella 1]. La crisi climatica è una crisi in diversi settori: idrico, sanitario, educativo, di protezione e di partecipazione. Secondo IPCC le emissioni di gas serra dovrebbero essere ridotte a zero entro il 2050, ma la maggior parte degli Stati non è sulla buona strada. Serve quindi un'azione di reale trasformazione [4]. Si sottolinea in particolare che **2 miliardi di bambini** sono esposti all'inquinamento dell'aria (e questo numero potrà solo peggiorare, a meno che non si riducano i combustibili fos-

**Tabella 1. Impatto del cambiamento climatico sui bambini a livello mondiale (da voce bibliografica [5])**

N. di bambini nel mondo	Esposizione
820 milioni (1/3)	Esposti a ondate di calore con previsione di peggioramento con l'aumentare delle temperature
400 milioni (1/6)	Esposti ai cicloni, che aumenteranno di frequenza e intensità
330 milioni (1/7)	Esposti a inondazioni che potranno peggiorare con lo sciogliersi dei ghiacciai
240 milioni (1/10)	Esposti alle inondazioni costiere dovute all'innalzamento dei livelli del mare
920 milioni (oltre un 1/3)	Esposti alla scarsità idrica.
600 milioni	Malattie trasmesse da vettori con possibile peggioramento da innalzamento della temperatura
2 miliardi (quasi il 90%)	Esposti all'inquinamento dell'aria
815 milioni	Esposti all'inquinamento del piombo dovuto all'esposizione in aria, acqua, suolo e alimenti contaminati

sili, principale fonte dell'inquinamento atmosferico) e che **815 milioni di bambini** sono esposti all'inquinamento da piombo (in aria, acqua, suolo e alimenti contaminati) e ciò è destinato a peggiorare se non si interviene a livello di produzione, consumo e riciclo. I bambini sono più vulnerabili degli adulti agli shock climatici per innumerevoli ragioni: per ragioni fisiche sono meno capaci di sopravvivere alle inondazioni, alla siccità e alle ondate di calore; per ragioni fisiologiche, le sostanze tossiche come il piombo o altri tipi di inquinanti anche a basse dosi determinano alterazioni nei bambini più che negli adulti; la mortalità è maggiore nei bambini rispetto agli adulti per malattie legate ai vettori (esempio malaria e dengue); essi hanno una maggiore aspettativa di vita e qualsiasi deprivazione correlata al clima o alla degradazione ambientale può determinare una perdita di opportunità di vita. Il rapporto UNICEF 2021 [5] mette in evidenza come molti bambini vivano in aree con multipli rischi non solo collegati al cambiamento del clima, ma anche al rischio ambientale, ed è preoccupante la sovrapposizione di più rischi che genera anche emarginazione e iniquità sociale e sanitaria. Il paradosso è che i Paesi più a rischio a livello di cambiamento climatico sono quelli che contribuiscono meno alle emissioni di gas serra.

Fondamentale sarà investire in strategie di adattamento e resilienza per consentire ai bambini attuali e a quelli che nasceranno nei prossimi 30 anni di poter affrontare la sfida climatica. Alcune azioni e investimenti possono contribuire a migliorare le condizioni di vita dei bambini. Per esempio:

- l'accesso all'acqua potabile consentirebbe di ridurre il rischio climatico per 415 milioni di bambini,
- l'investimento in educazione e istruzione può ridurre il rischio climatico per 275 milioni di bambini,
- migliorare le condizioni di salute e nutrizione può ridurre il rischio climatico per 460 milioni di bambini;
- investimenti sulla protezione sociale e la riduzione della povertà potrebbero ridurre l'impatto del cambiamento climatico per 310 milioni di bambini.

I bambini hanno il diritto di far sentire la loro voce sulle questioni che riguardano il loro futuro, e limitare la loro partecipazione e la loro voce inibisce i loro diritti. Purtroppo non hanno la stessa posizione giuridica e politica degli adulti, dipendono da essi e soffrono di uno squilibrio di potere oltre a una mancanza di conoscenza e accesso alle informazioni. La stragrande maggioranza dei minori che vogliono far valere il loro diritto a un ambiente sano e sostenibile deve affrontare enormi ostacoli legali, culturali, finanziari per avere giustizia. Seppur con queste difficoltà le giovani generazioni sono in prima linea nell'attivismo ambientale e dovrebbero essere riconosciute come agenti di cambiamento e difensori dei diritti umani. Spesso ottengono giustizia quando denunciano l'inerzia climatica di certi governi.

Una recente iniziativa del Comitato sui diritti dell'infanzia è la costruzione di una Consultazione collettiva (bozza n. 26) su come i diritti dei bambini siano influenzati dalla crisi ambientale e su cosa devono fare i governi per sostenere questi diritti. Il comitato invita la comunità globale e i bambini/giovani a informare e sensibilizzare su questo tema in quanto è responsabilità dei governi garantire un mondo sano e sostenibile. I bambini chiedono agli adulti, oltre a un ambiente sano e pulito, di essere ascoltati e presi sul serio e di poter avere un ruolo attivo nelle azioni di tutela dell'ambiente; chiedono azioni chiare e trasparenti, la cooperazione tra diversi Paesi del mondo, la sensibilizzazione e l'educazione ambientale, oltre a spazi per condividere le loro idee e per proporre potenziali soluzioni. Sono 4 i concetti chiave della bozza n. 26:

1. *la sostenibilità ambientale* (i governi devono considerare i bisogni dei diversi Paesi, dei bambini e degli adulti quando prendono le decisioni e devono bilanciare lo sviluppo economico e sociale con la protezione dell'ambiente);

2. *l'equità intergenerazionale* (i diritti e gli interessi delle attuali generazioni non devono ledere quelli delle generazioni future);
3. *dati scientifici attendibili* (i governi devono prendere in considerazione le evidenze scientifiche quando decidono);
4. *il principio di precauzione* [6].

Nel campo della governance internazionale ambientale il principio dell'equità intergenerazionale si riferisce al report delle Nazioni Unite del 1987, Il nostro Futuro comune, conosciuto come Brundtland Report [7]. Tale rapporto definisce lo sviluppo sostenibile come quello che "soddisfa i bisogni del presente senza compromettere l'abilità delle future generazioni a soddisfare i loro bisogni". Tale principio ha delle implicazioni dirette per i diritti umani: se noi pensiamo ai diritti umani come a una parte dell'eredità che la generazione attuale lascia a quelle future, ne deriva l'obbligo per la generazione attuale di non intaccare la capacità delle generazioni discendenti a garantire che i diritti dei più vulnerabili siano protetti. I seri impatti del cambiamento climatico sulle risorse di cui le future generazioni avranno bisogno minano la sostenibilità del loro futuro. La Dichiarazione sui diritti umani e il cambiamento climatico [2] è stata sviluppata come strumento normativo per sostenere la necessità di un clima diverso per il futuro. Essa riconosce che l'umanità è legata alle altre specie animali e che la salute umana, animale e della biosfera sono interdipendenti. Vi è la necessità di una equità intra-generazionale e il bisogno urgente di sviluppare una legislazione che riconosca l'iniquità dell'impatto climatico sui popoli indigeni e sui soggetti vulnerabili quali donne e bambini. La Dichiarazione è una importante chiamata all'azione per le implicazioni correlate alla ingiustizia climatica e sociale che ne deriva e ci ricorda che la realizzazione dei diritti umani nell'età della crisi climatica richiede la piena protezione legale degli esseri viventi e dei sistemi da cui la vita umana dipende. ■

## Bibliografia

1. <https://gnhre.org/>.
2. Davies K, Adelman S, Grear S et al. The Declaration on Human Rights and Climate Change: a new legal tool for global policy change. *Journal of Human Rights and the Environment*. September 2017:217-253.
3. Dichiarazione sui Diritti Umani e sui Cambiamenti Climatici, GNHRE.
4. <https://www.datocms-assets.com/30196/1607611722-convenzionedirittiinfanzia.pdf>.
5. United Nations Children's Fund (UNICEF). The Climate Crisis is a Child Rights Crisis: Introducing the Children's Climate Risk Index. New York 2021.
6. Children's environmental rights, General Comment No. 26 on Children's Rights and the Environment. [Childrightsenvironment.org](http://childrightsenvironment.org).
7. <https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/brundtland-report>.

# Il sogno di Carlo: il progetto del Polo Pediatrico del Salento dieci anni dopo

Assunta Tornesello

Oncoematologia Pediatrica P.O. Vito Fazzi, Lecce

«Un Polo Pediatrico e materno-infantile nel Salento come volano culturale per il miglioramento complessivo delle cure attraverso attività di formazione, ricerca clinica e applicata ai processi assistenziali, programmi di miglioramento continuo della qualità delle cure, trasparenza del proprio operato nei confronti dei cittadini, induzione di comportamenti "virtuosi" da parte dei singoli (utenti e operatori sanitari) e degli organi istituzionali, impulso economico e collegamento con enti di ricerca, vantaggio economico del sistema sanitario regionale e quindi dei contribuenti. Il modello di riferimento può essere sintetizzato dall'aforisma "fare meglio con meno"».

Antonio Aguglia, Associazione Triacorda per il Polo Pediatrico del Salento

Così, con queste premesse, dieci anni fa viene elaborato a cura di Carlo Corchia e Assunta Tornesello, e con il sostegno appassionato e consapevole dell'Associazione Triacorda, guidata da Antonio Aguglia, fin dall'inizio presidente dell'associazione, un progetto per la creazione di un Polo Pediatrico del Salento a Lecce sulla base della valutazione dei fabbisogni della popolazione, degli standard suggeriti dal Ministero della Salute e dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNas) [1], nel rispetto di quanto previsto nel piano di riordino dell'assistenza ospedaliera nella Regione Puglia. Fin dalla prima stesura, il progetto non comprendeva l'area della maternità e della neonatologia ma si concentrava esclusivamente sull'età pediatrica. La proposta prevedeva una struttura specialistica di II livello, da allora denominato Polo Pediatrico, localizzato presso il presidio ospedaliero Vito Fazzi di Lecce in spazi appositamente dedicati, funzionalmente integrati e separati da quelli utilizzati per l'assistenza agli adulti.

Gli scopi principali individuati e proposti del Polo Pediatrico sono i seguenti:

- fungere da centro di riferimento di alta specializzazione (II livello) per le UUOO di pediatria di I livello e per gli ospedali di comunità della ASL di Lecce;
- rispondere a richieste di ricovero ordinario, diurno, day service e day surgery ed erogare prestazioni specialistiche;
- istituire ambulatori specialistici di II livello per le varie sub-specialità;
- riorganizzare e istituire i servizi di emergenza e urgenza pediatrica che dovranno funzionalmente integrarsi nella rete dell'emergenza-urgenza territoriale (pronto soccorso pediatrico, rianimazione e anestesia pediatrica, terapia intensiva pediatrica, terapia intensiva neonatale);
- organizzare e garantire il trasporto interospedaliero, adeguatamente equipaggiato e organizzato, dedicato al recupero e al trasferimento del paziente pediatrico critico, inviato dalle strutture afferenti al Polo;
- coordinare e assicurare l'assistenza a bambini e adolescenti con malattie croniche e disabilitanti, in collegamento con i servizi territoriali;

- promuovere l'assistenza residenziale e semiresidenziale e le cure palliative in età pediatrica;
- sviluppare percorsi e servizi per la riabilitazione in età evolutiva, in collegamento con i servizi territoriali e con altre strutture dedicate già esistenti, anche in ASL limitrofe;
- integrare tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, con protocolli diagnostico-terapeutici condivisi e con formazione specifica pediatrica;
- riqualificare l'offerta con riduzione delle aree a maggior grado di inappropriata;
- ridurre la mobilità passiva;
- sviluppare attività formative;
- promuovere la ricerca biomedica;
- favorire, sia logisticamente sia culturalmente, l'umanizzazione delle cure e assicurare il rispetto del Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari.

Presupposto importante e fondamentale è la centralità del rapporto con il territorio che veniva considerato raggiungibile attraverso integrazioni funzionali fra ospedale e territorio all'interno della ASL di Lecce ma anche con le ASL limitrofe, organizzazione di percorsi formativi, elaborazione di modelli integrati ospedale/territorio anche con la eventuale condivisione di risorse nella gestione delle urgenze-emergenze pediatriche e delle patologie a maggiore complessità e gravità in regime ambulatoriale e di ricovero.

La prima stesura del progetto risale all'anno 2012: le basi teoriche ed epidemiologiche sono riportate nel **Box 1**. Le autorità regionali preposte all'epoca nelle persone del presidente della Regione e dell'assessore alla Sanità recepiscono il progetto e si procede così alla firma del primo protocollo di intesa tra ASL Lecce e Regione Puglia che porta la data di novembre 2013; seguirà un nuovo protocollo di intesa che sarà firmato nel 2017. L'evoluzione successiva del progetto si articola su tre livelli [Figura 1]: il lavoro di aggiornamento dei dati epidemiologici, l'elaborazione di progetti di lavoro, l'organizzazione di convegni indirizzati agli operatori sanitari e all'opinione pubblica. La direzione strategica della ASL di Lecce insieme all'Associazione Triacorda formano tre gruppi misti di lavoro per ognuna delle aree di interesse individuate e cioè: area medica, area tecnica e area finanziaria. Ogni gruppo di lavoro, per le sue competenze, elabora valutazioni per settore, le sottopone alla direzione strategica della ASL e ne valuta la fattibilità. Nel tempo, grazie a un lavoro continuo e costante e grazie soprat-

## Box 1. Le ragioni di un impegno: basi epidemiologiche per la stesura del primo progetto di Polo Pediatrico del Salento (2012)

- Dati di **mortalità infantile** (2008) nelle Province di Lecce, Brindisi e Taranto superiori alle medie regionali (4,2-4,8 vs 3,7 x 1000 nati vivi) già più alta rispetto alle Regioni del centro-nord (2,9 x 1000 nati vivi): indicatore di disparità dei servizi sanitari dedicati.
- **Forte pressione migratoria**: nel 2009 in Puglia nella popolazione d'età <18 anni a fronte di 2944 casi in entrata di ricoveri ordinari ve ne sono stati 6119 in uscita (saldo negativo di 3175 casi). Regioni di destinazione: centro-nord; interpretazione: offerta sanitaria non adeguata ed in ritardo rispetto alle reali necessità.
- **Risposte del sistema sanitario-settoriali**: specificità delle cure pediatriche e integrazione ospedale-territorio. Il sistema delle cure deve prevedere un elevato livello di integrazione affinché sia garantito il massimo della salute per tutti i bambini.
- **Assenza di un centro di II livello**, integrato funzionalmente con il sistema delle cure territoriali e con gli altri reparti pediatrici (modello hub e spoke) e collegato con le altre strutture regionali ed extraregionali.



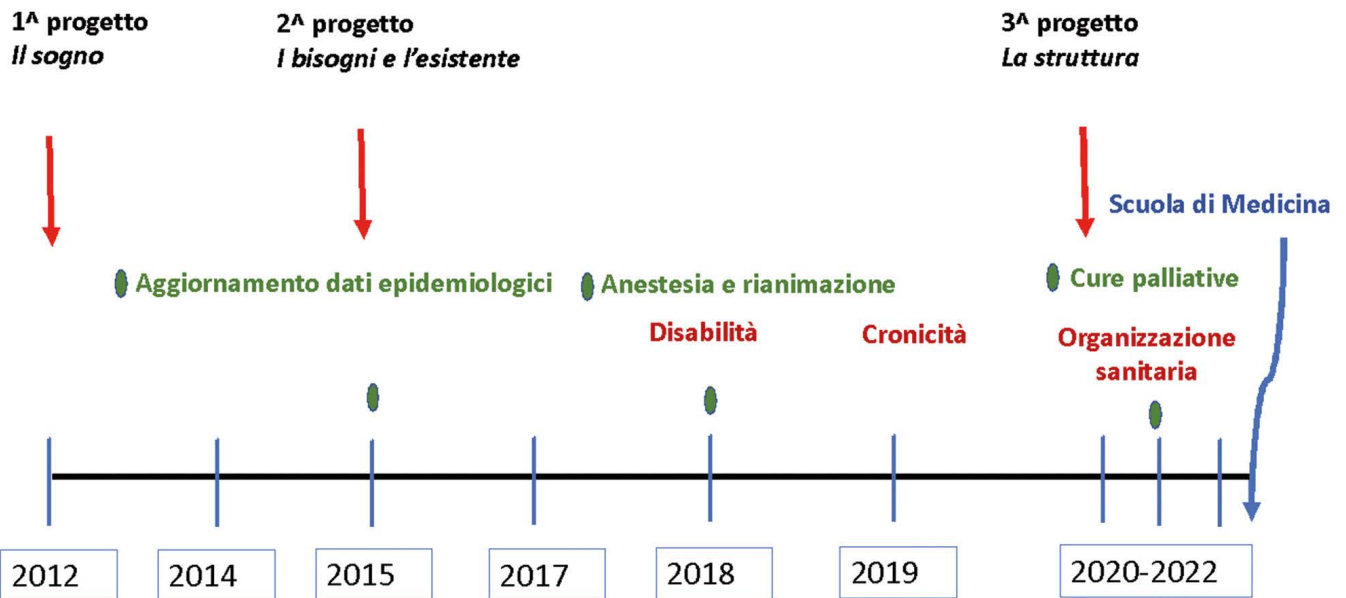


Figura 1. I nostri progetti, i nostri aggiornamenti, i nostri convegni

tutto al sostegno da parte di tutta la componente sociale si realizzano alcuni importanti obiettivi:

1. la chirurgia pediatrica viene spostata nel presidio ospedaliero di Lecce, realizzando così, insieme a pediatria e oncematologia pediatrica il nucleo del centro hub;
2. viene istituita la reumatologia pediatrica come unità semplice dipartimentale;
3. vengono autorizzati due posti letto di terapia intensiva pediatrica e inizia la formazione specifica degli operatori sanitari.

In parallelo vengono ridotte le UUOO di pediatria del territorio, viene istituito un dipartimento pediatrico transmurale e vengono avviate le procedure per la realizzazione di un'intera area del presidio ospedaliero di Lecce interamente ristrutturata a misura di bambino con percorsi finalizzati al rispetto dell'applicazione delle risorse in funzione dell'intensità di cura. Obiettivi principali sono ricoverare meno e in modo appropriato; offrire servizi specialistici in regime sia di ricovero ordinario sia diurno; garantire aree di svago e ricreazione e aree dedicate alla scuola. In definitiva, tradotto in termini di economia sanitaria, significa così ridurre la migrazione sanitaria e quindi ridurre i costi della stessa e reinvestire le risorse risparmiate in interventi utili per la salute dei bambini e degli adolescenti. Ma significa anche ridurre i costi per le famiglie e migliorare la loro stessa qualità di vita. La migrazione sanitaria pediatrica è ancora un problema non solo sanitario ma soprattutto socio-economico molto importante, che non può più essere ignorato. Il percorso del Polo Pediatrico si pone nella linea di progressiva valorizzazione del concetto di "area pediatrica ospedaliera" rispondente alla necessità di centralità dei bisogni del bambino in tutti gli ambiti di assistenza sanitaria [2].

Per mantenere alta l'attenzione sul progetto l'Associazione Triacorda sostiene negli anni anche la realizzazione di convegni focalizzati inizialmente sull'individuazione dei bisogni (2014), poi sul tema della disabilità (2018), grande capitolo nel quale rientra appieno l'organizzazione garante della continuità ospedale-territorio e successivamente il campo di riflessione si allarga sul tema più grande della cronicità (2019), aprendo l'orizzonte alla organizzazione delle cure palliative pediatriche. Infine l'attenzione ritorna sulla realizzazione di una struttura idonea e sulla organizzazione sanitaria più funzionale al progetto. Nel convegno realizzato nel 2022, "Organizzazione sanitaria in area pediatrica", si riflette sui temi dell'organizzazione sanitaria al servizio del bambino, sull'umanizzazione delle cure, sulle ricadute del piano di attuazio-

ne del PNRR, sulla specificità della formazione dell'infermiere pediatrico.

L'Associazione Triacorda per il Polo Pediatrico è riuscita infine a coagulare attorno al progetto numerose altre associazioni impegnate nel sostegno di famiglie con patologie pediatriche croniche e si realizza la rete SoloPerLoro: il sociale come stimolo per le istituzioni e tutti insieme per restituire dignità all'assistenza pediatrica nel territorio.

Cosa ha funzionato e cosa non ha funzionato? Sicuramente il progetto del Polo Pediatrico è un progetto ambizioso ma più che mai attuale, innovativo nella sua prima stesura come tutte le intuizioni futuristiche di Carlo Corchia, con un percorso nel tempo accidentato e lento nella sua realizzazione. Ha funzionato perché ha sollevato il tema della specificità delle cure pediatriche in una realtà assistenziale dove spesso i bambini venivano curati in ambienti di adulti, e perché ha contribuito a sostenere la necessità di un sistema continuo e integrato di assistenza condiviso con tutti gli operatori, compresa l'attività assistenziale infermieristica. Ha funzionato perché ha ricordato il diritto dei bambini e degli adolescenti alla prossimità delle cure e la necessità del potenziamento delle reti ospedaliere pediatriche territoriali ed extraterritoriali. Ha funzionato perché con intuitivo tempismo si è collegato alla nascita di una scuola di medicina a Lecce attenta alle nuove tecnologie, alla digitalizzazione e alla telemedicina.

Non ha funzionato perfettamente la comunicazione, come spesso succede. Nonostante tutti gli sforzi non siamo riusciti a rendere ineludibile il principio che la riorganizzazione dell'assistenza per i bambini e gli adolescenti non può passare in secondo piano solo per una questione di peso della domanda: la qualità restituisce molto di più della quantità. ■

**Bibliografia**

1. Promozione e tutela della salute del bambino e dell'adolescente: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale. Quaderni del Ministero della Salute n. 16; luglio-agosto 2012.
2. Libro Bianco 2011. La salute dei bambini: stato di salute e qualità dell'assistenza della popolazione in età pediatrica nelle regioni italiane.
3. Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrica-adolescenziale. Ministero della Salute, 2017.

# Riforma del diritto di famiglia

**Legge 26/11/2021 n. 206, in vigore dal 1° marzo 2023. Norme per il procedimento in materia di persone, minorenni e famiglie art. 473-bis1, 71**

**Augusta Tognoni**  
Magistrato

La legge ha quale obiettivo la semplificazione, la speditezza e razionalizzazione dei provvedimenti in materia di diritti delle persone e delle famiglie nel rispetto delle garanzie del contraddittorio, unificando le regole processuali, prima frammentate. I tempi dei giudizi di famiglia-minori beneficeranno di corsie preferenziali con un articolato controllo giurisdizionale. Sono esclusi dal nuovo rito i procedimenti di adozione di minori di età e i procedimenti in materia di protezione internazionale.

È significativo il cambio di prospettiva del diritto delle relazioni familiari: la tutela del minore è il cuore pulsante della riforma.

L'articolo offre un primo approccio sintetico ai nuovi principi, con riserva di approfondimento dei temi alla luce dei provvedimenti giudiziari.

Le norme in tema di rappresentanza e ascolto del minore sono ispirate all'idea che la tutela del minore non debba essere attuata in modo autoritario, ma consentendo la partecipazione del diretto interessato ai processi che lo riguardano, valorizzando principi consolidati nella giurisprudenza della Corte di Cassazione e nelle convenzioni internazionali.

Il minore è titolare di diritti che deve essere abilitato a esercitare in prima persona, nella misura in cui lo consente la sua capacità di discernimento, anche in sede processuale.

La funzione dei servizi sociali deve rimanere all'interno delle garanzie giurisdizionali. Le nuove norme dispongono che nelle relazioni dei servizi siano distinti con chiarezza i fatti accertati e le fonti dell'accertamento, le dichiarazioni rese dalle parti e le valutazioni formulate, per garantire la trasparenza dell'operato e il rispetto del contraddittorio.

## Revisione delle norme riguardanti il curatore speciale del minore

Curatore speciale/rappresentante/difensore del minore nei conflitti con i genitori: art. 473-bis8.

L'esigenza della nomina del curatore speciale è maturata, sollecitata dalle fonti internazionali che hanno messo in rilievo come il minore è titolare di diritti e interessi suoi propri distinti da quelli del nucleo familiare.

In particolare:

- la Convenzione di New York del 1989 ha attribuito al minore il diritto di essere ascoltato nei procedimenti che lo riguardano (art. 12);
- la Convenzione Europea di Strasburgo sull'esercizio dei diritti del fanciullo ha riconosciuto al minore il diritto di informazione sulle procedure che lo riguardano e ribadito il diritto dello stesso di poter esporre la propria opinione;

- le linee guida per una giustizia a misura di minore adottate dal Consiglio d'Europa il 17/11/2010 hanno sottolineato l'importanza per i minori di avere diritto di essere rappresentati da un avvocato in nome proprio nei procedimenti in cui vi è o vi potrebbe essere un conflitto di interessi tra il minore e i genitori o altre parti coinvolte.

La Corte di Cassazione ha affermato che nei giudizi *de potestate* la posizione del figlio risulta sempre contrapposta a quella di entrambi i genitori e ha affermato l'obbligatorietà della nomina del curatore speciale del minore in tutti i procedimenti in cui viene domandata la decadenza della responsabilità genitoriale di uno o di entrambi i genitori ex art. 336 c.c.

La nomina del curatore speciale mira a risolvere il tema delicato della qualifica del minore come parte sostanziale (cioè destinatario degli effetti della pronuncia finale) e formale, con la fruizione di tutti i diritti difensivi e le garanzie che ne discendono.

Particolare attenzione deve essere posta ai poteri di rappresentanza sostanziale del curatore.

Cosa si intende per poteri di rappresentanza sostanziale?

Poteri di rappresentanza sostanziale sono quelli che permettono al curatore interventi puntuali e di immediata realizzazione nei casi nei quali a causa del conflitto nessuno dei genitori si attivi per dare attuazione alla decisione del giudice e all'esecuzione di scelte fondamentali. A titolo esemplificativo: il curatore speciale interviene nella fase esecutiva delle decisioni assunte da altri (genitori in conflitto, ente affidatario, giudice); può, per esempio, sottoscrivere i modelli di iscrizione a scuola, i moduli di consenso informato, può prendere appuntamento con i medici curanti, sulla base degli specifici compiti assegnati dal giudice.

Problema delicato è quello relativo al minore ultraquattordicenne, cui la riforma concede una speciale legittimazione attiva a richiedere la nomina del curatore speciale o a chiedere la revoca dello stesso "per gravi inadempienze", con la precisazione che l'istanza deve essere formulata direttamente dal minore.

## Negoziazione assistita

Apprezzabile è l'estensione dell'ambito di operatività della negoziazione assistita – prevista per la soluzione consensuale delle controversie di separazione tra coniugi – alla soluzione consensuale per la disciplina delle modalità di affidamento e mantenimento dei figli minori nati fuori dal matrimonio, per la disciplina delle modalità di mantenimento dei figli maggiorenni non economicamente autosufficienti e per la determinazione degli alimenti ai sensi dell'art. 433 c.c.

La negoziazione assistita è una procedura agevole e rapida per raggiungere una soluzione consensuale. Le parti redigono un accordo in forma scritta a pena di nullità e si impegnano a cooperare tra di loro in buona fede secondo i principi di correttezza e trasparenza; la procedura prevede la presenza obbligatoria di un avvocato per ciascuna parte e l'intervento del P.M. alla luce di specifiche competenze.

## Consulenza tecnica

Un'attenzione particolare è riservata alla consulenza tecnica d'ufficio, disposta dal giudice, che precisa l'oggetto dell'incarico e sceglie il consulente tra quelli dotati di specifica competenza in relazione all'accertamento e alla valutazione da compiere (art. 473-bis25).

La riforma ha introdotto precise garanzie di professionalità e obblighi di formazione e specializzazione per i consulenti. Nell'albo dei CTU sono inserite le nuove categorie di neuropsichiatria infantile, psicologia dell'età evolutiva e psicologia giuridica e forense; l'iscrizione è subordinata al possesso di titoli accademici specifici e all'esperienza clinica nella materia della violenza domestica e dell'abuso in danno dei minori. È

espressamente disposto che nella consulenza le indagini e le valutazioni devono essere fondate su metodologie e protocolli riconosciuti dalla comunità scientifica, con l'avvertenza che tale non è la sindrome di alienazione parentale (PAS), come è stato già esplicitato in una nota del 29/5/2020 dal Ministero della salute.

### L'ascolto del minore è un atto fondamentale del processo di famiglia

La riforma (artt. 473-bis4, bis5, bis6) ne accentua la centralità, ne disciplina le modalità, impartisce disposizioni particolari nei casi di condotte violente o abusanti all'interno del nucleo familiare o quando il minore rifiuta di incontrare i genitori.

L'ascolto del minore che ha compiuto gli anni dodici e anche di età inferiore, ove capace di discernimento, deve essere effettuato direttamente dal giudice, in quanto solo l'ascolto diretto dà spazio alla effettiva partecipazione del minore al procedimento che lo riguarda; le opinioni del minore devono essere tenute in considerazione avuto riguardo alla sua età e al suo grado di maturità.

Il giudice non procede all'ascolto, se esso è in contrasto con l'interesse del minore o manifestamente superfluo, in caso di impossibilità fisica o psichica del minore o se quest'ultimo manifesta la volontà di non essere ascoltato.

Le modalità dell'ascolto mettono in evidenza il rispetto per il minore "persona", soggetto di diritto.

Art. 473-bis5, bis6: "L'ascolto del minore è condotto dal giudice, il quale può farsi assistere da esperti e altri ausiliari. L'udienza è fissata in orari compatibili con gli impegni scolastici del minore, ove possibile in locali idonei e adeguati alla sua età, anche in luoghi diversi dal tribunale. Il giudice, tenuto conto dell'età e del grado di maturità del minore, lo informa della natura del procedimento e degli effetti dell'ascolto e procede all'adempimento con modalità che ne garantiscono la serenità e la riservatezza. Il minore che ha compiuto quattordici anni

è informato altresì della possibilità di chiedere la nomina di un curatore speciale ai sensi dell'art. 473-bis8. Dell'ascolto del minore è effettuata registrazione audiovisiva. Se per motivi tecnici non è possibile procedere alla registrazione, il processo verbale descrive dettagliatamente il contegno del minore".

### Conclusioni

Le nuove norme comportano un significativo cambiamento della cultura giuridica in ambito familiare: fornire una attenta tutela dei diritti ai soggetti che si trovino in una posizione di particolare vulnerabilità.

Il nuovo processo è uno strumento primario per l'emersione della violenza domestica e un luogo in cui deve e può essere intercettata.

Il minore, soggetto portatore di diritti propri, ha una propria legittimazione attiva nel processo, può formulare domande e richieste istruttorie con il curatore speciale.

Rivelano grande sensibilità le modalità dell'ascolto, elemento fondamentale di comprensione delle situazioni.

L'ascolto del minore deve essere effettuato dal giudice direttamente e, ove ritenuto necessario, con l'ausilio di un esperto e deve essere videoregistrato, indicazione questa significativa, perché cristallizza un momento processuale importante a salvaguardia del diritto di difesa di tutte le parti.

L'esame dei provvedimenti giudiziari con l'applicazione delle nuove norme consentirà approfondimenti e spunti di riflessione interessanti. ■

augusta.tognoni@gmail.com

## blister

### Migliorare l'appropriatezza prescrittiva attraverso le norme sociali

Quali sono le resistenze al cambiamento di un comportamento? E quanto sono importanti le barriere che incidono sulla motivazione al cambiamento? Domande importanti se desideriamo modificare le nostre abitudini nei comportamenti legati alla salute. Ma anche i pediatri devono interrogarsi su come cambiare i propri comportamenti prescrittivi per migliorare l'adesione alle indicazioni *evidence-based* per la cura delle malattie infettive [1]. Tra le diverse strategie adottate per migliorare le motivazioni al cambiamento una, tra le più utilizzate, è il feedback alle norme sociali, sviluppata all'interno delle scienze del comportamento per affrontare gli ostacoli emotivi, cognitivi e interpersonali, con l'obiettivo di una riduzione della prescrizione inappropriata di antibiotici. Nel feedback alle norme sociali il comportamento prescrittivo è confrontato con un obiettivo specifico attraverso un percorso di audit o di feedback all'interno di un gruppo di pari; le norme sociali sono definite come gli standard impliciti o espliciti che il gruppo utilizza per sviluppare credenze o comportamenti utilizzati nel confronto con comportamenti ritenuti anomali. Poiché la tendenza di una persona è quella di uniformarsi alle norme sociali del gruppo, il feedback e il confronto tra pari possono portare a modifiche del comportamento.

Una revisione sistematica ha valutato l'effetto delle strategie basate sulle teorie delle scienze comportamentali nella prescrizione corretta di antibiotici da parte dei medici. Tutti i 23 studi inclusi nella revisione utilizzavano, unicamente o in parte come approccio al cambiamento, il feedback alle norme sociali che si sono rivelate essere una strategia efficace per ridurre la prescrizione di antibiotici con una differenza di tasso complessiva del 4% ( $p < 0,0001$ ). Gli interventi svolti nell'ambito delle cure primarie erano più efficaci rispetto a quelli rivolti alle istituzioni, mentre quelli eseguiti in ospedali di III livello sono risultati non efficaci [2]. Infine questi interventi, definiti anche *nudge*, non richiedono l'utilizzo di incentivi economici ai professionisti [3]. Ecco, dove l'*evidence-based medicine* non è sufficiente per migliorare l'appropriatezza prescrittiva, è necessario investire su strategie per modificare il comportamento del professionista in modo da ridurre l'inequità di cura verso i bambini [4].

1. Articolo del mese. Ridurre la prescrizione di antibiotici nelle cure primarie: dai test point-of-care in ambulatorio alla gestione della comunicazione senza rinunciare alle prove di efficacia. Pagine elettroniche di Quaderni acp 2022; 29:am.1.
2. Zeng Y, Shi L, Liu C et al. Effects of social norm feedback on antibiotic prescribing and its characteristics in behaviour change techniques: a mixed-methods systematic review. *Lancet Infect Dis* 2023 May;23(5):e175-e184.
3. Raban MZ, Gonzalez G, Nguyen AD et al. Nudge interventions to reduce unnecessary antibiotic prescribing in primary care: a systematic review. *BMJ Open* 2023 Jan 18;13(1):e062688.
4. Articolo del mese. Terapia antibiotica nella pediatria delle cure primarie in Italia, un esempio di inequità. Pagine elettroniche di Quaderni acp 2017; 24(6):am.1.



# Una guida per un utilizzo appropriato degli antibiotici

**Antonio Clavenna**

Laboratorio di Farmacoepidemiologia, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

La resistenza agli antibiotici rappresenta una crescente minaccia a livello globale: in Europa nel 2020 sono stati stimati 670.000 casi di infezioni resistenti agli antibiotici, di cui 33.000 letali. L'Italia è tra i Paesi europei in cui il carico dell'antibioticoresistenza, in termini di incidenza e di mortalità, è maggiore. Per ridurre l'utilizzo inappropriato degli antibiotici, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato nel dicembre dello scorso anno un manuale per guidare il loro utilizzo come terapia empirica da parte dei medici ospedalieri e delle cure primarie.

Il *WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book* integra quanto già riportato precedentemente in documenti dell'OMS come le liste dei farmaci essenziali e utilizza la classificazione AWaRe, che raggruppa gli antibiotici in tre classi: Access, Watch, Reserve. La categoria *Access* raggruppa gli antibiotici di prima o seconda scelta per le infezioni più frequenti. Gli antibiotici del gruppo *Watch* hanno indicazioni di uso limitate e necessitano di un monitoraggio del loro utilizzo. Infine, la categoria *Reserve* include i farmaci da utilizzare soltanto in caso di infezioni multiresistenti.

La guida dell'OMS fornisce le indicazioni (scelta dell'antibiotico, dosaggio e schema terapeutico) per il trattamento di 20 in-

fezioni nelle cure primarie e di 17 in ambito ospedaliero, con una scheda dedicata al trattamento dell'adulto e una per il paziente pediatrico.

Oltre alle informazioni sulla terapia antibiotica e sui farmaci per il trattamento sintomatico, sono presenti brevi informazioni sulla fisiopatologia, l'epidemiologia, gli agenti eziologici più frequentemente associati, il percorso diagnostico e gli esami di laboratorio. Le schede sulle infezioni sono accompagnate da infografiche che riassumono le informazioni essenziali per il medico, pensate per essere consultate rapidamente al momento della decisione.

Il manuale è stato tradotto in italiano e adattato alla realtà del nostro Paese dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), con il titolo *Manuale antibiotici AWaRe*, presentato a Roma il 19 gennaio 2023. Oltre al manuale, saranno disponibili sul sito dell'AIFA due pubblicazioni più snelle focalizzate sulla gestione delle 10 infezioni più frequenti nel bambino e nell'adulto (*Trattamento delle infezioni batteriche comunitarie più frequenti nel bambino – secondo i principi del “The WHO AWaRe Antibiotic Book”* e *Trattamento delle infezioni batteriche comunitarie più frequenti nell'adulto – secondo i principi del “The WHO AWaRe Antibiotic Book”*) così da favorire la consultazione da parte dei medici delle cure primarie.

Infine, all'interno dell'app (gratuita) Firstline, che già riporta il manuale dell'OMS, è prevista la pubblicazione anche dell'edizione italiana realizzata dall'AIFA. ■

## Bibliografia

- The World Health Organization. The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. <https://www.who.int/publications/item/9789240062382?s=09>.
- Agenzia Italiana del Farmaco. Farmaci antibiotici. <https://www.aifa.gov.it/farmaci-antibiotici>.
- Sharland M, Cappello B, Acheng Ombajo L et al. The WHO AWaRe Antibiotic Book: providing guidance on optimal use and informing policy. *Lancet Infect Dis* 2022 Nov;22(11):1528-1530.

antonio.clavenna@marionegri.it

**Tabella 1. Infezioni comuni osservate in assistenza sanitaria di base e opzioni antibiotiche raccomandate nell'AWaRe book (adattata da *Manuale antibiotici AWaRe*, pp. 21-22)**

Infezione	ACCESS/WATCH	Opzione antibiotica di prima scelta (quando è indicato un antibiotico <sup>a</sup> )
Bronchite	Nessun antibiotico	Nessun antibiotico
Polmonite acquisita in comunità (casi lievi)	<u>ACCESS</u>	<u>Amoxicillina</u> OPPURE <u>fenossimetilpenicillina</u>
Infezioni dentali	<u>ACCESS</u>	<u>Amoxicillina</u> OPPURE <u>fenossimetilpenicillina</u> (per la maggioranza dei casi la prima scelta è un intervento odontoiatrico e gli antibiotici non sono necessari)
Diarrea infettiva <sup>b</sup>	Nessun antibiotico oppure <u>WATCH</u>	La maggior parte dei casi lievi di diarrea non emorragica è a eziologia virale e gli antibiotici non sono necessari Per diarrea/dissenteria emorragica acuta grave – <u>ciprofloxacina</u>
Otite media	<u>ACCESS</u>	<u>Amoxicillina</u> (per la maggioranza dei casi lievi la prima scelta è il trattamento sintomatico e gli antibiotici non sono necessari)
Faringite	<u>ACCESS</u>	<u>Amoxicillina</u> OPPURE <u>fenossimetilpenicillina</u> (per la maggioranza dei casi lievi la prima scelta è il trattamento sintomatico e gli antibiotici non sono necessari)
Sinusite	<u>ACCESS</u>	<u>Amoxicillina</u> OPPURE <u>amoxicillina+acido clavulanico</u> (per la maggioranza dei casi lievi la prima scelta è il trattamento sintomatico e gli antibiotici non sono necessari)
Infezioni della cute e dei tessuti molli (casi lievi) <sup>c</sup>	<u>ACCESS</u>	<u>Amoxicillina+acido clavulanico</u> OPPURE <u>cefalexina</u> OPPURE <u>cloxacillina</u>
Infezioni delle vie urinarie (inferiori)	<u>ACCESS</u>	<u>Amoxicillina+acido clavulanico</u> OPPURE <u>nitrofurantoina</u> OPPURE <u>sulfametossazolo+trimetoprim</u> OPPURE <u>trimetoprim</u>

<sup>a</sup> La decisione di trattare si basa sulla valutazione del paziente e su un insieme minimo di criteri per iniziare il trattamento antibiotico descritti nei capitoli relativi a ciascuna infezione. <sup>b</sup> Sono riportate solo le opzioni di antibiotici per via orale. <sup>c</sup> Cloxacillina e cefalexina hanno uno spettro più ristretto di attività antibatterica rispetto alla combinazione amoxicillina+acido clavulanico con buona efficacia nelle infezioni lievi della cute e dei tessuti molli. Pertanto, dal punto di vista della stewardship antibiotica, questi due antibiotici sono le opzioni preferite quando possibile.

Legenda: gli antibiotici ACCESS sono sottolineati in verde e gli antibiotici WATCH in giallo. Laddove sia raccomandato più di un antibiotico per il trattamento di un'infezione, gli antibiotici sono elencati in ordine alfabetico e devono essere considerati come opzioni di trattamento uguali, salvo indicazione contraria.

# Le vaccinazioni nei bambini e nelle bambine con malattie infiammatorie croniche immunomediate (IMID)

Massimo Farneti  
Pediatria, Ravenna

Le malattie infiammatorie croniche immunomediate (IMID) [1] sono un gruppo di patologie diverse, ma con un denominatore comune: uno stato infiammatorio cronico associato a una regolazione difettosa del sistema immunitario che causa una esagerata risposta immunologica e l'eccessiva produzione di molecole che accendono e mantengono l'infiammazione. Nella stragrande maggioranza dei casi la causa resta ancora sconosciuta. La **Tabella 1** riporta schematicamente le varie tipologie di IMID in età pediatrica.

**Tabella 1. Malattie infiammatorie croniche immunomediate (IMID)**

Connettiviti autoimmuni	Lupus eritematoso sistemico, Artrite idiopatica giovanile, dermatomiosite, artrite psoriasica
Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, malattia infiammatoria cronica intestinale non classificata
Uveiti	

I giovani pazienti con tali malattie hanno un rischio aumentato di infezioni causato dalla malattia stessa e/o dal trattamento con farmaci immunomodulanti o immunosoppressori [2]. La prevenzione delle infezioni appare quindi fondamentale nella gestione dei pazienti con IMID e in ciò le vaccinazioni svolgono un ruolo imprescindibile di tutela. Ai pazienti pediatrici con IMID vengono di norma offerte le vaccinazioni comprese nei programmi nazionali di immunizzazione (per l'Italia PNPV 2017-2019). Tuttavia, un PNPV valido per tutti può non essere ottimale per la prevenzione delle infezioni nei pazienti con IMID. Nel PNPV 2017-2019 esiste perciò uno specifico capitolo "Le vaccinazioni per soggetti affetti da alcune condizioni di rischio" [3] che tenta di affrontare le vaccinazioni in pazienti a rischio, ma le condizioni sono talmente numerose e influenzate anche dai trattamenti farmacologici specifici che appare opportuno che il calendario sia personalizzato. Possono infatti essere necessarie vaccinazioni aggiuntive a causa di specifici rischi di infezione, mentre i vaccini vivi attenuati potrebbero essere controindicati in circostanze specifiche. Inoltre, alcune vaccinazioni possono essere meno efficaci e la tempistica della vaccinazione, in relazione al trattamento e all'attività della malattia, può dover essere modificata. Pertanto, i pazienti con IMID richiedono un programma di vaccinazioni su misura che tenga conto dell'attività della malattia, del trattamento, del rischio di infezione, della sicurezza e dell'efficacia dello specifico vaccino. Generalmente questo gruppo di malattie non è presente alla nascita per cui per mol-

ti di questi pazienti almeno il ciclo vaccinale di base è concluso prima della comparsa della malattia permettendo così, almeno in parte, una buona protezione di base.

Negli ultimi vent'anni sono state effettuate a livello internazionale due importanti revisioni congiunte da parte della European Alliance of Rheumatology Associations e della Paediatric Rheumatology European Society (EULAR/PReS) della letteratura sulle vaccinazioni in pazienti pediatrici affetti da malattie reumatiche infiammatorie autoimmuni che rappresentano la maggior parte dei pazienti IMID, alla revisione pubblicata nel 2022 si farà riferimento nel prosieguo di questo articolo [4].

La novità più rilevante nel panorama delle vaccinazioni nei pazienti pediatrici IMID è la grande massa di nuovi dati sugli effetti dei farmaci modificanti la malattia biologica (DMARD) sull'immunogenicità delle vaccinazioni, dati fino a una decina di anni fa del tutto assenti.

I DMARD sono agenti immunosoppressivi e immunomodulatori e sono classificati come [5]:

- i **csDMARD** (conventional synthetic DMARD): sono i DMARD convenzionali;
- i **tsDMARD** (targeted synthetic DMARD): sono DMARD di seconda generazione, in grado di agire su bersagli molecolari specifici;
- i **bDMARD** (biological DMARD): sono farmaci biologici di nuova concezione, in genere anticorpi monoclonali, ma anche proteine di fusione o sintetiche.

I **csDMARD** comunemente usati includono metotrexato (MTX), azatioprina, ciclofosfamide, leflunomide, micofenolato mofetile, tacrolimus, idrossiclorochina, ciclosporina e sulfasalazina.

I **tsDMARD** come gli inibitori delle Janus (JAK) chinasi, sono farmaci in grado di "spegnere" la risposta infiammatoria; appartengono a questa categoria il baricitinib, e il tofacitinib. Questi farmaci possono essere utilizzati da soli o in associazione ai csDMARD.

I **bDMARD** sono stati introdotti all'inizio degli anni Novanta e di solito vengono prescritti in aggiunta o in sostituzione di DMARD convenzionali dopo il fallimento di tali farmaci (attività della malattia in corso o progressione della malattia clinica o radiografica). I DMARD biologici sono altamente specifici e prendono di mira un percorso specifico del sistema immunitario. In tale categoria di farmaci quelli più utilizzati sono: farmaci inibitori di molecole infiammatorie es. TNF (infliximab, adalimumab, etanercept), IL-1 (anakinra, canakinumab), IL-6 (tocilizumab, sarilumab); farmaci bloccanti l'azione dei linfociti B (rituximab), o dei linfociti T (abatacept). L'uso di bDMARD è notevolmente aumentato negli ultimi anni, per esempio fino al 100% dei pazienti con AIG sistemica usa oggi i bDMARD [6-7]. Non bisogna tuttavia dimenticare che in alcune fasi delle IMID i cortisonici, prednisolone in primis, sono ancora oggi farmaci molto importanti per il controllo di questo tipo di malattie.

Gli esperti del gruppo EULAR/PReS hanno considerato immunodepressi, a prescindere dal tipo di IMID presa in considerazione, tutti i giovani pazienti che assumono:

- **prednisolone**  $\geq 0,5$  mg/kg/die per  $\geq 2$  settimane;
- **csDMARDs**: MTX  $\geq 15$  mg/m<sup>2</sup>/settimana o  $\geq 25$  mg/settimana, ciclosporina  $> 2,5$  mg/kg/giorno, azatioprina  $\geq 3$  mg/kg/giorno, ciclofosfamide per via orale  $> 2,0$  mg/kg/giorno, leflunomide  $\geq 0,5$  mg/kg/giorno, micofenolato mofetile  $\geq 30$  mg/kg/giorno o  $> 1000$  mg/giorno, tacrolimus  $> 1,5$  mg/giorno;
- **tsDMARDs** (a qualsiasi dosaggio);
- **bDMARDs** (a qualsiasi dosaggio);
- **combinazione di DMARDs**, a qualsiasi dosaggio.

Il documento di consenso di EULAR/PReS sulle vaccinazioni pone 6 principi generali e 7 raccomandazione specifiche che analizzeremo brevemente.

## Principi generali per le vaccinazioni dei pazienti pediatrici

- A) **Lo stato vaccinale deve essere rivalutato annualmente** dallo specialista curante tenendo conto dello stato della malattia, delle terapie in corso o programmate a breve termine. Considerando il ruolo fondamentale della pediatria di famiglia nella assistenza in Italia, è opportuno che tali professionisti siano coinvolti nella valutazione e si facciano anche parte attiva di tale controllo. Tale rivalutazione annuale è tanto più importante in considerazione anche del fatto che al momento vi è una copertura vaccinale subottimale in questi pazienti, in parte dovuta a una certa resistenza dei genitori, timorosi degli eventuali effetti collaterali delle vaccinazioni nei loro figli malati.
- B) **Le vaccinazioni dovrebbero essere preferibilmente somministrate durante la malattia quiescente.** È ancora in gran parte sconosciuto se i pazienti con un'elevata attività della malattia di base possano essere vaccinati in modo efficace e sicuro. È pertanto opinione condivisa degli esperti di vaccinare, quando possibile, durante la malattia quiescente, ma non vi è alcuna controindicazione assoluta alla vaccinazione durante un'attività di malattia elevata.
- C) **Le vaccinazioni dovrebbero essere somministrate, se possibile, 2-4 settimane prima dell'inizio dell'immunosoppressione** (soprattutto terapie di deplezione delle cellule B), ma il trattamento se necessario non dovrebbe mai essere posticipato. Quando esiste un correlato fra risposta immunitaria sierologica e protezione (es. vaccinazione antitetanica) tali risposte immunitarie sierologiche devono essere misurate dopo la vaccinazione. Qualora la risposta sia deficitaria può essere presa in considerazione una dose booster.
- D) **I pazienti pediatrici devono aderire ai programmi nazionali di immunizzazione** (per l'Italia PNPV 2017-2019) comprese le regole generali applicabili alle vaccinazioni per i viaggi, a eccezione dei vaccini vivi attenuati nei pazienti immunosoppressi. Considerazioni specifiche si applicano in questo caso e saranno riprese nel principio generale finale e nelle raccomandazioni specifiche per vaccino.
- E) **I vaccini non vivi possono essere somministrati a pazienti pediatrici in terapia con glucocorticosteroidi o DMARD.** I vaccini contro HPV, epatite A e B, meningococchi C, pneumococchi (PPSV-23 e PCV7, PCV10 o PCV13), influenza stagionale, tetano e difterite sono stati studiati in questi ultimi anni in pazienti con IMID. Questi vaccini non hanno aggravato la malattia sottostante o causato eventi avversi gravi. La maggior parte degli studi ha mostrato un'immunogenicità accettabile di questi vaccini nei pazienti che usano glucocorticosteroidi o DMARDs. Va tenuto presente che la maggior parte degli studi presi in considerazione includeva pazienti con malattia quiescente trattati con farmaci immunosoppressori a dosi relativamente basse; si deve perciò considerare che l'immunogenicità dei vaccini non vivi in corso di forte immunosoppressione può essere diminuita.
- F) **I vaccini vivi attenuati dovrebbero essere evitati nei pazienti pediatrici immunosoppressi, a eccezione del richiamo MPR e della vaccinazione contro la varicella in condizioni specifiche.** Il tutto sarà meglio specificato nelle raccomandazioni.

## Raccomandazioni specifiche per le vaccinazioni dei pazienti pediatrici

### 1. Raccomandazioni per vaccini non vivi

- A) **La vaccinazione contro l'influenza stagionale (non vaccino vivo) è fortemente raccomandata nei pazienti pediatrici che eseguono terapie immunosoppressive.** Non essendoci studi specifici su pazienti pediatrici senza trat-

tamento immunosoppressivo, le indicazioni 2022 sono più limitate rispetto a quelle del 2011 che la consigliavano in tutti i pazienti pediatrici estrapolando però i risultati di studi su pazienti adulti. In conclusione, i pazienti pediatrici in immunosoppressione sembrano essere a rischio di infezioni influenzali e la vaccinazione è sicura e discretamente immunogena.

- B) **La vaccinazione pneumococcica con vaccino coniugato (PCV) è raccomandata in tutti i pazienti non vaccinati.** L'immunogenicità e la sicurezza dei PCV è stata dimostrata anche nei pazienti pediatrici, compresi i pazienti trattati con MTX e glucocorticosteroidi. Recentemente si sono accumulati lavori anche in pazienti trattati con bDMARD che ne hanno confermato sicurezza e immunogenicità. Rimane aperta la questione se i pazienti pediatrici debbano ricevere anche una vaccinazione di richiamo con il PPSV-23. Sfortunatamente non sono ancora disponibili studi sull'incidenza di malattia pneumococcica invasiva (IPD) nei pazienti pediatrici, né ci sono studi sull'efficacia del PPSV-23 in aggiunta ai PCV nel prevenire l'IPD. Per questi motivi il documento di consenso di EULAR/PRES riporta che non ci sono evidenze per aggiungere il PPSV-23 e quindi tale vaccinazione non può (ancora) essere raccomandata come cura standard in tutti i pazienti pediatrici. Tuttavia, PPSV-23 può essere preso in considerazione nei pazienti immunodepressi o nei pazienti affetti da LES, poiché è sicuro e immunogenico. Si consiglia quindi in questi casi di somministrare la vaccinazione PPSV-23 ogni 5 anni, in accordo con le linee guida per adulti, in aggiunta ai PCV.
- C) **La vaccinazione contro il tetano deve essere somministrata in accordo con le raccomandazioni per la popolazione generale.** In caso di indicazione per tale vaccinazione/rivaccinazione a causa di un trauma a rischio, l'immunizzazione passiva (immunoglobuline iperimmuni) è raccomandata per i pazienti sottoposti a terapia di deplezione delle cellule B negli ultimi 6 mesi poiché tale trattamento deprime fortemente la produzione anticorpale e di conseguenza il livello di anticorpi TT in soggetti precedentemente vaccinati. Tre recenti studi hanno mostrato concentrazioni di anticorpi TT inferiori a quelli protettivi nei pazienti pediatrici diversi anni dopo la vaccinazione; ciò può rendere opportuno un dosaggio degli anticorpi TT e una eventuale anticipazione del richiamo se necessario. Il vaccino TT è sicuro e non sono stati osservati eventi avversi correlati anche dopo la vaccinazione DT. Ciò rafforza l'indicazione di anticipare senza rischi il richiamo TT se necessario.
- D) **La vaccinazione contro l'HPV dovrebbe essere somministrata in ottemperanza con il PNPV ai pazienti pediatrici.** Tale vaccinazione è fortemente raccomandata nei pazienti con lupus eritematoso sistemico non vaccinati poiché esistono dati sul più alto rischio, in questi pazienti, della persistenza dell'infezione da papilloma virus e della comparsa di lesioni precancerose.

### 2. Raccomandazioni per i vaccini vivi attenuati

Queste raccomandazioni si riferiscono solo ai vaccini vivi attenuati sistemici che vengono iniettati per via intramuscolare o sottocutanea e non ai vaccini somministrati sulle mucose come il vaccino influenzale vivo attenuato (spray nasale) e il vaccino contro il rotavirus (vaccino per os). Il vaccino antirotavirus ha scarsa importanza nei pazienti pediatrici IMID mentre quello influenzale vivo potrebbe essere interessante soprattutto per la facilità nell'utilizzo ma bisognerà aspettare lavori specifici prima di formulare raccomandazioni.

- A1) **La vaccinazione di richiamo contro morbillo/parotite/rosolia (MMR) può essere somministrata ai pazienti in trattamento con MTX.**



La vaccinazione di richiamo MMR negli studi effettuati non ha indotto riacutizzazioni della malattia di base e non sono state notate infezioni dovute ai virus attenuati contenuti nel vaccino. Tutti i pazienti testati hanno mostrato un aumento significativo delle concentrazioni anticorpali. Poiché la correlazione tra le concentrazioni di anticorpi specifici per morbillo e rosolia e la protezione contro le infezioni è buona, questi pazienti sono da considerarsi immunoprotetti; tuttavia, la persistenza di questi anticorpi potrebbe essere più breve anche se gli studi effettuati non hanno dato risultati univoci. Per maggior sicurezza può essere opportuno valutare nel tempo la sieroprotezione.

- A2) **La vaccinazione di richiamo MMR** per i pazienti trattati con glucocorticosteroidi a basso dosaggio, farmaci anti-TNF, anti-IL1 e anti-IL6 può essere presa in considerazione. La raccomandazione rispetto al richiamo MMR è stata sdoppiata poiché gli studi eseguiti negli ultimi dieci anni sulla sicurezza in corso di terapie con cortisonici o bDMARD non hanno fornito risultati univoci. Ciò ha comportato un atteggiamento più prudente consigliando una maggior cautela rispetto alle indicazioni per i pazienti in trattamento solo con MTX. È tuttavia da segnalare che in un ampio studio retrospettivo multicentrico pubblicato nel 2020 [8] anche su pazienti pediatrici in trattamento con bDMARD non sono state osservate infezioni indotte dal vaccino e nessuno ha avuto eventi avversi moderati o gravi.
- B1) **La vaccinazione contro la varicella (VZV)** dovrebbe essere fortemente presa in considerazione nei pazienti naive alla vaccinazione/infezione della varicella in trattamento con MTX.
- B2) **La vaccinazione VZV** nei pazienti naive alla vaccinazione/infezione della varicella in trattamento con glucocorticosteroidi a basso dosaggio, farmaci anti-TNF, anti-IL1 e anti-IL6 può essere presa in considerazione. I pazienti immunocompromessi hanno un rischio più elevato, in caso di varicella, di complicanze costituite da sovrainfezione batterica delle lesioni cutanee, polmonite, encefalite, epatite o complicanze emorragiche. Nei pazienti pediatrici IMID, naive per VZV, c'è sempre la minaccia della varicella. Le esposizioni devono essere evitate, causando ai bambini allontanamento temporaneo da scuola e dai gruppi di gioco/sport, il trattamento immunosoppressivo può dover essere interrotto con conseguenze potenzialmente negative sulla malattia e vi è il rischio di una grave malattia disseminata. Pur essendo ancora insufficienti i dati sull'efficacia del vaccino contro la varicella nella prevenzione delle infezioni da VZV nei pazienti pediatrici con IMID, i dati sulla sua sicurezza, anche sotto trattamento con bDMARD, appaiono tranquillizzanti. Pertanto appare ragionevole raccomandare tale vaccinazione. Nei pazienti in trattamento con glucocorticosteroidi a basso dosaggio, farmaci anti-TNF, anti-IL1 e anti-IL6 rimane, come per il vaccino MMR, una maggior cautela, che sembra però non suffragata da studi specifici.

L'ultima raccomandazione non rappresenta una indicazione prioritaria per i pazienti europei dato che il virus della febbre gialla non è presente nel nostro continente; pur tuttavia con la presenza nel territorio europeo di popolazioni immigrate provenienti dall'Africa, Asia e Sudamerica, può succedere che bambini e bambine affetti da IMID originari di quei continenti debbano o vogliano tornare nei Paesi di origine ove può essere alto il rischio di febbre gialla e l'ultima raccomandazione affronta appunto il problema di tale vaccinazione nei pazienti con IMID. Può anche non essere impossibile che qualche famiglia con bambini con IMID desideri passare le ferie in Paesi a rischio, al di là di sconsigliare tale scelta la raccomandazione può dare utili indicazioni.

- C) **La vaccinazione contro la febbre gialla (YF)** dovrebbe essere evitata in tutti i pazienti immunosoppressi. Non esistendo al momento dati sulla sicurezza del vaccino YF primario nei pazienti pediatrici IMID immunosoppressi, è opportuno evitare la vaccinazione in corso di terapia immunosoppressiva. Qualora fosse necessario vaccinare poiché il rischio di contrarre la febbre gialla è alto, sarebbe opportuna, se possibile, la sospensione temporanea della terapia immunosoppressiva. Non esistendo linee guida internazionali si rimanda a una recente pubblicazione della Società brasiliana di reumatologia che riporta i periodi consigliati di interruzione dei farmaci prima della vaccinazione [9]; c'è invece consenso sulla ripresa dei farmaci che deve essere almeno dopo quattro settimane dalla vaccinazione. I pazienti con IMID senza terapia immunosoppressiva possono essere vaccinati per la YF in tutta sicurezza.

Nessuna raccomandazione sui vaccini anti Covid-19 in pazienti pediatrici con IMID è inclusa nel documento di consenso di EULAR/PRES, poiché gli studi erano ancora in corso al momento della sua pubblicazione. Negli ultimi mesi sono diventati disponibili i primi studi sul vaccino BNT162b2 mRNA Covid-19. Questi primi rapporti mostrano una buona immunogenicità a breve termine con livelli anticorpali lievemente inferiori rispetto ai controlli sani e solo un lieve aumento di effetti collaterali, tutto ciò anche nei bambini in trattamento immunosoppressivo [10]. I richiami vaccinali sembrano inoltre efficaci nel migliorare la protezione a breve termine senza un aumento significativo degli effetti collaterali. ■

## Bibliografia

1. <https://www.osservatoriomalattierare.it/altre-malattie-croniche/11744>.
2. Falagas ME, Manta KG, Betsi GI, Pappas G. Infection-related morbidity and mortality in patients with connective tissue diseases: a systematic review. *Clin Rheumatol* 2007 May;26(5):663-670.
3. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019.
4. Jansen MHA, Rondaan C, Legger GE, et al. EULAR/PRES recommendations for vaccination of paediatric patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: update 2021. *Ann Rheum Dis* 2023 Jan;82(1):35-47.
5. Cari L. L'artrite reumatoide quali farmaci abbiamo a disposizione? <https://www.sifweb.org/sif-magazine/articolo/l-artrite-reumatoide-quali-farmaci-abbiamo-a-disposizione-2022-11-17>.
6. Ter Haar NM, van Dijkhuizen EHP, Swart JF, et al. Treatment to target using recombinant interleukin-1 receptor antagonist as first-line monotherapy in new-onset systemic juvenile idiopathic arthritis: results from a five-year follow-up study. *Arthritis Rheumatol* 2019 Jul;71(7):1163-1173.
7. Corica D, Romano C. Biological Therapy in Pediatric Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *J Clin Gastroenterol* 2017 Feb;51(2):100-110.
8. Uziel Y, Moshe V, Onozo B et al. Live attenuated MMR/V booster vaccines in children with rheumatic diseases on immunosuppressive therapy are safe: multicenter, retrospective data collection. *Vaccine* 2020 Feb 24;38(9):2198-2201.
9. Pileggi GS, Da Mota LMH, Kakehasi AM et al. Brazilian recommendations on the safety and effectiveness of the yellow fever vaccination in patients with chronic immune-mediated inflammatory diseases. *Adv Rheumatol* 2019 Apr 29;59(1):17.
10. Heshin-Bekenstein M, Ziv A, Toplak N et al. Safety and immunogenicity of BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in adolescents with rheumatic diseases treated with immunomodulatory medications. *Rheumatology (Oxford)* 2022 Nov 2;61(11):4263-4272.

# Libri

## Occasioni per una buona lettura

Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

### Sono sempre io

L'incidente, il nuoto, la mia rivincita

di Giulia Ghiretti con Andrea Del Bue  
PIEMME, 2023, pp. 205, € 10,90

Conosco Giulia e conosco la sua famiglia. Lei è molto conosciuta a Parma, la città dove anch'io abito. E questa è la sua autobiografia, la storia di una ragazza che in prossimità del suo sedicesimo compleanno ha avuto un assurdo, incredibile incidente durante un allenamento sportivo causandole la paraplegia. Quindi dal trampolino elastico, dove era già un'atleta a livello nazionale, Giulia, che mai avrebbe rinunciato a fare sport, passa al nuoto con una determinazione ben chiara: vincere. E vince decine di medaglie a livello nazionale e mondiale: due medaglie d'oro ai mondiali IPC, tre medaglie ai giochi paralimpici, innumerevoli titoli e record italiani e internazionali. Giulia non è solo sport, non rinuncia a studiare ed è ingegnere biomedica; ed è anche impegnata a portare la sua testimonianza di sportiva in eventi pubblici, soprattutto nelle scuole. Mi chiedo come faccia a fare tutte queste cose: la vedi bella, dolce e gentile e poi scopri in lei un ciclone di energia e volontà.

Ma ritorniamo al suo racconto. Se volete sapere tutto del suo incidente, Giulia lo descrive con chiarezza e tranquillità (il capitolo "L'ultimo salto" è un'esposizione, fotogramma per fotogramma, di ciò che avvenne in palestra e in ospedale) e poi inizia a raccontare del buio iniziale della riabilitazione, tra fisioterapisti e ammalati, ma anche prezioso spazio di incontro di un'incredibile umanità, forse la medicina più preziosa che si possa avere al proprio fianco. Il rientro a scuola, le amicizie, la casa che deve essere riprogettata, la famiglia (mamma, papà, fratello e sorella) e quindi i primi approcci come nuotatrice si leggono avidamente così come gli ultimi capitoli, con i racconti entusiasmanti delle imprese sportive che la vedono protagonista.

Con la sua particolare spontaneità, Giulia nel suo narrarsi porta, con semplicità e immediatezza – doti rare ai giorni nostri –, la sua testimonianza. Non dice come fare, ma racconta se stessa. E dalle sue esperienze comprendiamo cosa sia davvero la *resilienza*, parola ormai abusata anche a livello politico, quel processo interattivo tra la personalità dell'individuo e l'ambiente intorno a lui. Giulia ha avuto (e ha) accesso a questa risorsa interiore e ha saputo cogliere le manifestazioni di aiuto della famiglia e degli amici, anche se alcune situazioni le sono state ostili. Ecco, la lettura di questo libro (da non perdere le ultime emozionanti pagine dal titolo "Sono fatta così") è un insegnamento vero, molto di più di quanto potrebbe fare un maestro o un manuale. Se siamo alla ricerca di testimoni e non di insegnamenti questo è il libro giusto. Ed è il libro che consiglierai a ogni adolescente e che io stesso vorrei riprendere in mano nei momenti in cui rischio di lasciarmi naufragare. *Never give up*, d'accordo con te, Giulia.



Costantino Panza

### Il primo maestro

di Tschingis Aitmatov

Marcos y Marcos, 2020, pp. 128, € 15,00

Ho sviluppato una sensibile attrazione nei confronti dei libri che hanno a che fare con il mondo della scuola. *Il primo maestro* dello scrittore kirghiso Tschingis Aitmatov (1928-2008), scritto nei primi anni Sessanta e pubblicato in Italia nel 2020, mi ha dato un'ulteriore occasione di riflessione sui temi dell'educazione e delle sue straordinarie conseguenze.

La protagonista, Altynaj, è una quindicenne orfana dei genitori, affidata a una zia senza scrupoli. Abita a Kurkureu, uno sperduto villaggio situato sulle propaggini delle montagne kirghise dominanti la steppa kazaka. Come una novella Cenerentola si riscatterà non trasformandosi in una principessa, ma con lo studio, che la porterà alla cattedra universitaria di filosofia. Il vero eroe del libro è, però, il maestro Djujsen, un giovane semianalfabeta che decide di utilizzare come scuola una capanna di argilla con fessure attraverso le quali si vedono le cime innevate dei monti. Djujsen insegna come può, ciò che sa: leggere sillabando, tenere in mano la matita, sapere i nomi di alcune città, conoscere la provenienza del combustibile, ma soprattutto infonde nel suo insegnamento una passione smisurata, che lo porterà a condividere con lo spirito e con il corpo le vicende dei suoi allievi.

Il romanzo è ambientato negli anni del fervore ideologico sovietico e della difficile diffusione capillare dell'istruzione. Djujsen, maestro infervorato dalle idee leniniste, ma in realtà filantropo nella sua profonda essenza, mira a un tipo di insegnamento di largo respiro, con il coinvolgimento emotivo dei suoi scolari e con la comprensione profonda dei loro caratteri e delle loro situazioni sociali. Djujsen interverrà nella vita di Altynaj in maniera incisiva tanto che la ragazza dirà: "Mi chinerai a terra e bacerei le orme del maestro".

*Il primo maestro* è un libro che ci porta nelle lande lontane del Kirghizistan in un'epoca in cui, mentre l'Italia viveva il boom economico, nelle remote regioni dell'URSS le condizioni di vita erano ancora molto arretrate.

Sebbene il fulcro del romanzo sia l'esaltazione della figura del maestro, questa lettura ci offre anche altre suggestioni. La descrizione della notte di tempesta di neve coi lupi fuori casa e, in un passo decisamente più sereno, la transizione dall'inverno alla primavera, così come la presenza dei cavalli come usuale mezzo di trasporto, ci danno un'idea della natura dei luoghi, con sollecitazioni per tutti gli organi di senso.

Un'altra chiave di lettura è da ricercare nella descrizione delle donne del romanzo, per lo più in situazioni di povertà materiale e morale, relegate a un ruolo domestico, tra umiliazioni e prepotenze subite e inflitte. Il riscatto sociale di Altynaj, ispirato e promosso dal maestro, rappresenta una via nuova, mai percorsa in precedenza in quel contesto.

Ancora, in questa lettura, avvertiamo il senso dei segni profondi lasciati dagli avvenimenti nel corso del tempo di una vita. La visione dei due pioppi piantati da Djujsen sulla collina e ritrovati da Altynaj al suo ritorno al paese, ormai adulta e realizzata, fanno comparire nella donna "una triste ombra di riflessione" che farà scrivere ad Aitmatov: "Questa donna colta si era ricordata all'improvviso di quel periodo della sua giovinezza che non riuscirai a urlare fuori di te neanche dalla vetta della montagna più alta". È una buona descrizione dei recessi più antichi e nascosti della vita interiore.



Angela Cazzuffi

## Nati con la camicia... di plastica

Come il nostro organismo assorbe le microplastiche già nel grembo materno

di Antonio Ragusa

Aboca edizioni, 2021, pp. 160, € 16,00

Una cara amica, già oncoematologa al Bambino Gesù di Roma, mi ha prima parlato, poi regalato questo libro, leggendo il quale i miei livelli di ansia e timore per i piccoli, che ci seguono come generazione, si sono accresciuti a dismisura!

Tanto era ed è già conosciuto riguardo la fase che ci troviamo a vivere: antropocene, determinata dalla profonda capacità dell'uomo di modificare l'ambiente.

Ormai sono gli uomini a perturbare il pianeta tramite il loro operato e non certo il mondo a spingere gli uomini a modificare il modo in cui vivono.

Antonio Ragusa, direttore della UOC di ostetricia e ginecologia dell'ospedale Fatebenefratelli di Roma, si rende conto che la plastica ormai non si limita a invadere il mondo circostante, e ne siamo assai consapevoli, ma è giunta fin dentro di noi... E naturalmente anche questo dovevamo immaginarlo... ma...

Grazie a una ricerca scientifica condotta con i suoi collaboratori, Ragusa ha dimostrato che le microplastiche penetrano nel grembo materno, sono nella placenta e dunque nel feto. Di conseguenza la presenza della plastica nel corpo umano potrebbe alterarne i meccanismi immunitari e modificare il modo in cui l'organismo gestisce soprattutto il metabolismo dei grassi.

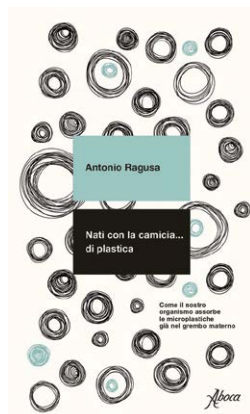
Il lavoro è stato pubblicato nel gennaio 2021 sulla rivista *Environment International* e ha suscitato subito un grande interesse.

La lettura è fluida e coinvolgente. Ragusa unisce chiarezza e precisione, mostrando il gran lavoro di studio compiuto.

Ciò che provo alla conclusione è un senso forte di impotenza per poter arginare questo più che drammatico accadimento, di cui, naturalmente e come moltissimi, ero già consapevole (mi ostino alla ricerca di abiti in tessuti naturali, ormai quasi introvabili; taglio bustine di tè e tisane utilizzandone le erbe in esse contenute, visto che – stando alla Mc Gill University – in una singola tazza di tè possono esserci 11,6 miliardi di pezzi di microplastica!) ma solo ora sono consapevole della vera consistenza di questo enorme problema.

Buona lettura... con accanto fiori di camomilla.

Lina Di Maio



Il libro inizia con le immagini della campagna del Gloucestershire, dove lavora Sassal, che immediatamente si fanno paesaggi interiori: "I paesaggi possono essere ingannevoli. A volte si direbbe che un paesaggio non sia tanto lo scenario della vita dei suoi abitanti quanto un sipario dietro il quale hanno luogo le loro lotte, le loro conquiste e le loro disgrazie", questo è l'incipit. Dalla dimensione narrativa delle prime pagine si passa a quella esperienziale di Sassal e quindi si giunge a una dimensione intima, giungendo a un diario morale e psicologico dove si affrontano le questioni filosofiche della clinica medica e della vita del medico. "Il paziente infelice va dal medico per offrirgli una malattia – nella speranza che almeno questa parte di lui (la malattia) possa essere riconoscibile". E il medico si impegna a riconoscere l'umanità dei propri pazienti quando la malattia ha usurpato o devastato corpo e mente della persona. Riconoscere, testimoniare: ma a quale prezzo? I costi per il medico che non riconosce il proprio agire possono essere elevatissimi, dall'incontro con la depressione all'ambizione dell'onnipotenza. Il libro contiene una preziosissima postfazione dello stesso Berger scritta oltre trent'anni dopo la pubblicazione del libro con la conclusione della biografia di Sassal e di cui non sveliamo nulla.

Un libro rivoluzionario e oggi impossibile da replicare: quando mai si riuscirà a ripetere questa eccezionale esperienza di affiancare un medico (che coraggio ha avuto Sassal nel farsi accompagnare da uno scrittore e da un fotografo per un lungo tempo nell'intimità della sua vita) con lo scopo di analizzare il significato della medicina delle cure primarie, la relazione medico-paziente e il ruolo del medico nella comunità. Un libro infine che mette al primo posto dei valori di una comunità le professioni di aiuto. Ancora oggi questa rimane una lettura fondamentale per i medici in formazione. Con il dottor Sassal che trova collocazione al limitare della porta, una soglia che rivela il rispetto e anche il limite tra medico e paziente, una porta tra guarigione e passaggio verso la morte, con il medico in bilico su questo limite e che cerca, con grande fatica, di renderlo vivibile.

Costantino Panza



## Un uomo fortunato

Storia di un medico di campagna

di John Berger e Jean Mohr

Il Saggiatore, 2022, pp. 204, € 22,00

Dove c'è John Berger, lì ci sono anch'io. Ho imparato un nuovo modo di vedere, di leggere l'arte e di approcciare la storia attraverso gli scritti di Berger e non rinuncerò mai a leggere qualcosa di questo scrittore (romanziera e saggista, ma anche pittore, sceneggiatore, commediografo, giornalista, critico d'arte). Grande gioia quindi per questa prima traduzione italiana di un suo libro del 1967 che racconta la storia di un medico del servizio sanitario nazionale, John Sassal. Parte integrante del racconto sono anche le numerose foto in bianco e nero di Jean Mohr (grande fotografo di respiro internazionale, le foto a p. 90 e 103 sono da incorniciare nella memoria).



# Broker

## Le buone stelle

Rubrica a cura di Italo Spada

Comitato per la Cinematografia dei Ragazzi di Roma

### Le buone stelle – Broker

Titolo originale: *Broker*

Regia: Kore-eda Hirokazu

Con: Song Kang-ho, Gang Dong-won, Bae Doona, Ji-eun Lee, Lee Joo-young

Corea del Sud, 2022

Durata: 129'

Traduciamo: *broker* sta per *speculatore*; *baby box* è un modo dolce di chiamare la *ruota* dove i genitori coreani possono abbandonare i figli indesiderati. Troppo poco per chiarire

quello che il regista giapponese Kore-eda Hirokazu racconta in questo film, premiata a Cannes 2022. Ed è anche troppo poco quello che, sull'argomento, si può scrivere in una recensione; non solo perché lo spazio è ridotto, ma soprattutto perché la comunicazione visiva provoca sensazioni non sempre traducibili con parole appropriate. Ci proviamo comunque, ben coscienti di sfiorare appena la sufficienza.

Notte di pioggia. A Busan, in Corea, una giovane donna si avvicina al baby box di una chiesa-famiglia, deposita per terra il bimbo ancora in fasce, si allontana. "Woo-sung, mi dispiace, tornerò a prenderti", ha scritto sul biglietto che gli ha lasciato. Sa bene che sarà difficile mantenere fede alla promessa, ma la sua speranza è che la polizia lo prelevi per affidarlo alle cure di un ospedale, un orfanotrofio, un'istituzione benefica. Non conosciamo ancora il motivo di questo abbandono, ma dalla tristezza che traspare dal suo volto supponiamo che a farle compiere quel gesto sia stato un evento drammatico. Quando la donna va via, scopriamo che qualcuno era già sul posto: due poliziotte che, dopo aver provveduto a sistemare il neonato nel baby box, attendono l'arrivo di qualche ladro di bambini (i broker, per l'appunto, che speculano su queste tragedie rivendendo le piccole creature al migliore offerente) per individuarlo, seguirlo, coglierlo in flagrante e assicurarlo alla giustizia. Non devono attendere molto; la "trappola" funziona e inizia il pedinamento.

Alt. Si consiglia di astenersi da affrettati giudizi e condanne. Non giudichiamo e non saremo giudicati. I fili si intrecciano e, di sequenza in sequenza, scopriremo che dietro i diversi comportamenti dei personaggi ci sono storie personali e avvenimenti che, anche se non giustificano, spiegano. Sapremo che la ragazza si chiama So-yung e che, prima di diventare snaturata madre, è stata costretta a fare la prostituta, è rimasta incinta, non ha voluto abortire, ha ucciso l'uomo che voleva disfarsi del suo bambino, ha il cuore a pezzi e ha un unico desiderio: "Sognare che la pioggia le lavi il passato". Sogno mai realizzato che si infrange ogni volta che, aprendo gli occhi, si rende conto che la sua vita non è cambiata. Sapremo anche che i broker sono due, si chiamano Sang-hyun e Dong-soo, sbarcano il lunario in una lavanderia, hanno anche loro sofferto la solitudine e il distacco familiare, subiscono ricatti dai malviventi locali, cerca-

no di racimolare denaro con il contrabbando di bambini abbandonati che giudicano meno infame dell'abbandono dei genitori. Sapremo, infine, che persino le due poliziotte hanno un cuore che batte sotto le loro divise. Insomma, i *cattivi* bisogna cercarli altrove: tra i ricchi che credono di poter comprare tutto, tra le mogli tradite che cercano vendetta, tra i malviventi che chiedono il pizzo e minacciano.

Passano i minuti e il film si colora di giallo diventando un *road movie*, con inseguiti e inseguitori, soste e pedinamenti, ostilità e complicità. Vernice che non riesce a oscurare del tutto le vere domande: Quando si parla della famiglia che cosa si intende? Chi abbandona il proprio figlio è sempre un mostro? La *ruota* incentiva o no gli abbandoni dei bambini? Esistono broker di buone azioni? Le leggi per le adozioni vanno riviste a seconda dei casi o è meglio essere inflessibili a costo di lasciare i bambini negli orfanotrofi?

Interrogativi che fanno accostare lo scalcinato furgoncino – sul quale i broker Sang-hyun e Dong-soo, la ragazza madre So-yung e il piccolo Woo-sung (più un simpatico e intelligentissimo monello fuggito dalla casa famiglia) intraprendono il loro viaggio – alla misera abitazione di *Un affare di famiglia*, Palma d'Oro a Cannes nel 2018. Altri richiami tra i due film inducono a credere che non siamo di fronte alla casualità: la coppia di speculatori, la lavanderia, la ragazza pornstar, il ragazzino abbandonato dai genitori, il rapimento di una bambina, la legge che non ammette famiglie senza vincoli di sangue, l'autoaccusa, il carcere. Il sospetto (fondato) è che l'uomo Kore-eda nutra un particolare interesse per i problemi legati alla famiglia e, da cineasta, voglia suggerire agli spettatori di ringraziare il cielo per la vita che ci è stata data, di guardare in alto e di volare anche quando tutto sembra crollare. La conferma arriva da due espressioni che, intenzionalmente, mette in bocca a So-yung, principale vittima tra le vittime che il destino ha fatto incontrare. La prima è un *ringraziamento* ripetuto più volte cambiando solo i nomi dei "compagni di viaggio" che si stanno rivelando un vero nucleo familiare: "Grazie per essere venuto al mondo". La seconda è una

*lezione* impartita al ragazzino che, fuggito dall'orfanotrofio, è diventato "figlio acquisito" e le chiede il significato del nome che ha dato al piccolo: "Woo – gli dice – vuol dire *ali* e *sung* sta per *stelle*".

Bisogna dare atto al regista che ha saputo trattare con tenerezza un tema così delicato, facendo presa anche sulla bravura degli interpreti. Dopo due ore di apnea, si esce dalla sala con le immagini di un finale poetico e rilassante che rafforza la convinzione dell'importanza della presenza dei bambini nella vita personale e familiare.

Peccato che la realtà ci riconduca con i piedi per terra e metta a dura prova quel "non giudicare" che ci eravamo imposti.

Come mai e perché?

Perché, oltre a essere spettatori, siamo anche lettori di quotidiani e leggiamo: *Il folle piano*: "Ora uccido il bimbo, così impara a dormire" (*Il Messaggero*, 3 febbraio 2023); *Trasforma il figlio di nove anni in un bersaglio per la balestra* (*Corriere della Sera*, 7 febbraio 2023); *In Italia, ogni due settimane, un genitore ha ucciso il figlio* (*Agi, Cronaca*, 15 giugno 2022).

I particolari? No, no. Meglio lasciare a chi sta leggendo la facoltà di agoscarsi o meno, più di quanto non dicano i soli titoli.



# Info

Rubrica a cura di Sergio Conti Nibali

## Report 7° rating dei menu scolastici dell'osservatorio Foodinsider

*Con i Criteri Ambientali Minimi (CAM), la mensa diventa un'occasione di sviluppo per tutti: per le comunità, i territori, i Comuni e le aziende, insieme per una conversione ecologica che passa dal cibo a scuola.*

Migliorano nel complesso almeno il 42% dei menu, mentre peggiora il dato sul consumo del pasto: il 47% degli insegnanti che hanno risposto al sondaggio (l'anno scorso era il 38%) dichiara che i bambini mangiano meno della metà del pasto. Si tratta di un dato che potrebbe migliorare se i Comuni applicassero i Criteri Ambientali Minimi (CAM) che, tra le varie disposizioni, chiedono di calcolare e monitorare le eccedenze alimentari, di sottoporre questionari di gradimento agli utenti e di avviare correttivi, per esempio variando le ricette dei menu che non dovessero risultare gradite.

Questa in sintesi la situazione che emerge dal report del 7° rating dei menu scolastici pubblicato da Foodinsider, che raccoglie i dati dell'indagine che ogni anno monitora lo stato della mensa scolastica, conducendo anche un questionario di gradimento nelle mense di molte città d'Italia. I dati dell'indagine si riferiscono all'anno scolastico 2021-22. Il report dimostra il forte impatto positivo dell'applicazione dei CAM sia per la qualità dei menu sia per il loro impatto ambientale: le amministrazioni e le aziende che applicano i criteri hanno eliminato quasi del tutto il cibo processato; ridotto le monoporzioni di plastica (yogurt e budini o formaggio monodose) e le carni rosse; introdotto alimenti più sostenibili e, soprattutto, aumentato il biologico, cercando di privilegiare i fornitori locali. Lo scorso anno si era già notato l'"effetto CAM" sulla mensa di Bologna, passata da 100 a 140 punti; quest'anno è ancora più evidente nei Comuni che hanno fatto nuove gare d'appalto, come Roma (+42 punti), Bergamo (+31), Lecce (+26), Bolzano (+24), Firenze (+15), applicando nella disciplina di gara le regole dei CAM. I menu migliorano, ma aumenta il divario tra i menu migliori rispetto ai peggiori. Parma e Fano sono entrambe al primo posto e Reggio Calabria è fanalino di coda nella classifica dei menu con più di 150 punti di scarto. Tra l'altro la Regione Calabria è una delle 5 Regioni dove la ristorazione scolastica è un servizio per pochi con una percentuale di alunni che va dal 20% al 37% massimo. In sintesi il report raccoglie informazioni che rispecchiano tre tipi di mense scolastiche che hanno obiettivi distinti: la mensa che punta a saziare la fame dei bambini che si ritrova in menu standard che privilegiano cibo processato, pronto all'uso a base di pizza, pasta in bianco, bastoncini di pesce, prosciutto, hamburger e budino, senza alcun alimento né ricetta che attinge dalla produzione o dalla cultura del territorio; la mensa che mira a nutrire il corpo e la mente delle bambine e dei bambini con menu che mostrano un buon equilibrio delle diverse fonti proteiche e una varietà degli alimenti biologici con i quali si esprime un approccio attento verso la salute e l'educazione; la mensa che nutre la comunità che si realizza connettendo il cibo offerto a scuola con le produzioni locali che vengono convertite in colture sostenibili per rispondere al bisogno di salute dei bambini e dell'ambiente. Quest'ultimo tipo di mensa rappresenta un esempio concreto di come la ristorazione scolastica possa diventare "un buon affare" per tutti gli attori della comunità: bambini, Comuni, famiglie e imprenditori. Con più di 2 milioni di pasti al giorno le mense di comunità della scuola pubblica

devono divenire un elemento importante della nostra nazione perché nutrono le future generazioni e possono avere un grande impulso per il nostro settore dell'agrifood.

Scarica il report (<https://www.foodinsider.it/classifica-menu-mense-scolastiche/7-rating-menu-2021-22/>).

## Pelé: un testimonial per l'allattamento

Come ci ha ricordato Kul Chandra Gautam, ex vicedirettore esecutivo dell'UNICEF e segretario generale aggiunto delle Nazioni Unite, Pelé ha ispirato milioni di giovani a unirsi al "bel gioco", ma della grande stella del calcio va anche ricordata la dimensione umanitaria. Tutti conoscono Pelé come probabilmente il miglior giocatore di calcio al mondo della storia. Ma pochi conoscono il suo importante contributo ad altre grandi cause sociali. All'insaputa di molti dei suoi fan, Pelé ha contribuito a salvare la vita e a migliorare la salute di milioni di bambini in Brasile. Ha anche contribuito a promuovere cause globali degne di nota come l'ecologia e l'ambiente, lo sport e lo sviluppo e la risoluzione pacifica dei conflitti come ambasciatore di buona volontà per le Nazioni Unite, l'UNESCO e l'UNICEF. Negli anni Ottanta e Novanta, l'UNICEF è stato coinvolto nella promozione di molti metodi innovativi di mobilitazione sociale per influenzare le politiche pubbliche a favore dell'infanzia in Brasile. Un esempio è la promozione dell'allattamento per migliorare la salute dei bambini e ridurre gli alti tassi di mortalità infantile e di malnutrizione. A causa del marketing aggressivo delle formule di latte per bambini da parte di multinazionali private, l'allattamento era diminuito drasticamente, al punto che negli anni Ottanta solo l'8% delle madri brasiliane allattava esclusivamente al seno i propri figli nei primi sei mesi. Gli sforzi per promuovere l'allattamento da parte del Ministero della Salute e dei pediatri interessati non stavano producendo i risultati sperati, a fronte, appunto, di una pubblicità molto aggressiva e ingannevole da parte delle aziende produttrici di formule artificiali. Nella ricerca di chi potesse essere il messaggero più rispettato e credibile, ai cui consigli le madri avrebbero prestato attenzione, l'UNICEF ha trovato una scelta insolita ma ovvia: Pelé, il giocatore di calcio più popolare del Brasile e il migliore del mondo. L'UNICEF non ha dovuto faticare per convincere Pelé a prestare il suo nome a questa meritevole missione di salvare la vita e proteggere la salute di milioni di bambini brasiliani. Il declino dell'allattamento colpiva tutti i segmenti della popolazione brasiliana, ma le conseguenze peggiori si avevano tra i più poveri. Molte donne povere erano state influenzate dalle pubblicità che presentavano l'alimentazione al biberon come un'alternativa sana e affascinante all'allattamento. Le donne ricche e belle venivano mostrate mentre preferivano il biberon all'allattamento. Persino i medici e le infermiere degli ospedali erano arruolati dalle aziende produttrici delle formule artificiali per influenzare le neomamme a passare al biberon. L'UNICEF, l'OMS e l'Associazione Internazionale di Pediatria, le principali organizzazioni mondiali per la salute dell'infanzia, avevano prove scientifiche incontestabili che l'allattamento era il miglior nutrimento per i bambini e che l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi e l'allattamento continuato fino a due anni con l'introduzione graduale di cibi sani per lo svezzamento proteggevano i bambini dalle infezioni, dalla malnutrizione e dalle comuni malattie infantili. Con queste argomentazioni l'UNICEF ha convinto Pelé a farsi paladino dell'allattamento. Ha contribuito a preparare un poster attraente che è stato affisso in tutto il Paese, in cui si vedeva la madre di Pelé che dava una pacca sulla spalla al suo famoso figlio e diceva: "Certo, è il miglior giocatore di calcio del mondo. L'ho allattato al seno!" Questo poster è diventato il fulcro di una campagna di promozione dell'allattamento che ha portato in pochi anni a un drammatico aumento dell'allattamento esclusivo. La vita di migliaia di bambini brasiliani è stata salvata e la salute di milioni di persone

è migliorata grazie a questa campagna. Kul Chandra Gautam conclude: “Come responsabile dell’UNICEF per l’America Latina e i Caraibi negli anni Ottanta, e in seguito come direttore dei programmi globali, ho avuto l’opportunità di visitare il Brasile molte volte e di testimoniare l’impatto del contributo di Pelé, insieme a quello della Chiesa cattolica e dei vivaci mezzi di comunicazione brasiliani, sugli impressionanti progressi del Paese in termini di sopravvivenza e sviluppo infantile”.

### Appello alla Commissione europea

Segnaliamo questo importante appello. Si tratta di un’Iniziativa dei Cittadini Europei (ICE) intitolata *Appello a creare un ambiente senza tabacco e la prima generazione europea libera dal tabacco entro il 2030* (<https://eci.ec.europa.eu/o29/public/#/screen/home>). L’obiettivo è la richiesta alla Commissione europea di prendere in considerazione una serie di misure proposte, tra cui mettere fine alla vendita di prodotti del tabacco o a base di nicotina ai cittadini nati dopo il 2010; creare spiagge e parchi liberi dal tabacco e da mozziconi; ampliare gli spazi in cui sia vietato fumare sigarette o utilizzare sigarette elettroniche, specialmente quelli frequentati dai minori; eliminare la pubblicità dei prodotti del tabacco e la loro presenza sui social media, e finanziare progetti di ricerca indipendenti dall’industria del tabacco (per maggiori informazioni, si veda: <https://tfe-it.ensp.network/>). L’iniziativa è stata promossa da Nofumadores, un’associazione spagnola, supportata dall’European Network for Smoking and Tobacco Prevention (EN-SP). L’istituto Mario Negri di Milano è il coordinatore italiano dell’iniziativa e, insieme alla Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), si occuperà della raccolta firme a livello nazionale. L’obiettivo è raccogliere un milione di firme a sostegno di questa iniziativa nel corso di un anno, per far sì che la Commissione europea prenda in considerazione le nostre richieste e si impegni per costruire un’Europa senza tabacco. Avremo tempo fino al 15 gennaio 2024 per raccogliere adesioni. La raccolta firme è attiva sul sito internet ufficiale dell’Unione europea: <https://eci.ec.europa.eu/o29/public/#/screen/home>. In Italia qualsiasi persona con 18 anni o più può aderire all’iniziativa. Vi chiediamo quindi di firmare l’appello e di diffondere l’iniziativa a conoscenti e colleghi.

### Conflitti di interesse delle facoltà di Medicina

Alcuni anni fa i NoGrazie assieme ad alcuni studenti del Segretariato Italiano Studenti Medicina (SISM), avevano sviluppato un progetto con l’obiettivo di analizzare le politiche sui conflitti di interessi (CdI) delle facoltà di scienze mediche italiane e dei relativi ospedali di insegnamento. Sono riusciti a raccogliere tutta la documentazione necessaria e ad assegnare a ogni università un primo punteggio, da ridiscutere prima di attribuirlo in via definitiva. A questo punto il progetto di ricerca si è arenato ed è finito nel dimenticatoio. Nel frattempo, in altri Paesi, gruppi equivalenti al SISM e a NoGrazie avevano già concluso o stavano per concludere progetti simili, con l’obiettivo di fare pressione sulle università perché sviluppassero rigorose politiche sui CdI o rafforzassero quelle esistenti. Una revisione sistematica, prima autrice una NoGrazie (Alice Fabbri) ha analizzato 22 studi sull’argomento, tutti in Paesi ad alto reddito (17 dal Nord America, i restanti da Europa e Australia), pubblicati tra il 2000 e il 2020. In 20 di questi studi si riporta la prevalenza di politiche sui CdI: dal 5% al 100%, con una mediana di 85%. Il punteggio riguardante la robustezza di queste politiche, calcolato con diversi strumenti, varia tra 2% e 73% (mediana 30%). Un punteggio basso indica una politica debole. Le politiche delle università e degli ospedali di insegnamento del Nord America sembrano in generale più robuste di quelle delle corrispondenti istituzioni europee. Nessuno degli studi inseriti nella revisione sistematica mostra un’associazione tra le politiche sui CdI e la produzione scientifica o la

qualità della didattica. La conclusione degli autori è che esiste una grande variabilità tra scuole di scienze mediche per quanto riguarda le politiche sui CdI, e che il contenuto di queste politiche è molto variabile e ancora non in grado, nella maggioranza dei casi, di prevenire e controllare i CdI. Per tornare al progetto interrotto, l’analisi della documentazione relativa a circa 40 facoltà di scienze mediche, e relativi ospedali di insegnamento, e i punteggi preliminari, ricavati con uno strumento simile a quello usato in Canada, sembra indirizzare i risultati verso quelli peggiori riportati dalla revisione sistematica: bassa prevalenza di politiche sui CdI e apparente debolezza delle stesse. Bisognerebbe concludere il progetto e pubblicare i risultati, ma, soprattutto, bisognerebbe fare pressione affinché tutte le scuole di scienze mediche e relativi ospedali di insegnamento adottassero e attuassero politiche rigorose per la prevenzione e il controllo dei CdI (fonte: NoGrazie).



# Lettere

## Bambini “devianti” e bambini “normali”

A proposito del contributo *Autismo, un ABC per il pediatra* in *Quaderni acp* 1/2023, ritengo utile inviare alcune precisazioni su alcune delle dodici domande proposte per il pediatra nella fascia 0-12 mesi come indicatori di sviluppo anomalo o deviante.

1. *Sei preoccupata per il tuo bambino? Constatisti che è diverso dagli altri bambini della sua età?* Si dice che il 50% dei genitori sospetta qualche problema prima del compimento dell'anno di età. È quindi evidente di per sé che si tratta di una domanda non utile a uno screening.

3. *Il bambino ha scoperto le sue mani e i suoi piedi e gioca con essi? (compare 1-3 mesi).* Il “gioca” può essere fuorviante. Secondo il Denver a 4 mesi il 25% dei bambini afferra un sonaglio con la mano sulla linea mediana e l'afferrare con la mano difficilmente comincia prima dei 3 mesi di età. Altra cosa è il giocare con lo sguardo muovendo mani e piedi davanti a sé.

5. *Il bambino vocalizza e imita i tuoi vocalizzi? (compare a un mese).* Secondo l'ELM compare a un mese nel 25% dei bambini ma a 3 mesi vi è ancora un 10% di bambini che non vocalizza.

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).* Secondo ELM il gesto richiestivo del bambino compare nel 25% dei bambini a 10 mesi, ma a 18 mesi è ancora assente nel 5-10% dei bambini.

12. *Il bambino balbetta? (la lallazione monosillabica compare a 6 mesi, polisillabica a 9 mesi).* Secondo ELM compare nell'età indicata nel 50% dei bambini ma la lallazione monosillabica è assente nel 10% dei bambini a 10 mesi e la polisillabica è assente nel 10% dei bambini a 11 mesi.

Nelle domande finalizzate allo screening di una devianza dalla norma di qualunque misura o prestazione è sempre utile indicare non l'età in cui compare nella popolazione quella prestazione, ma l'età in cui quella prestazione è raggiunta da almeno il 90% della popolazione (<10 centile). Addirittura come per l'iposomia dovremmo inviare allo specialista solo i devianti al terzo centile (97% della popolazione), ma purtroppo per lo sviluppo psicomotorio non possediamo strumenti di misura così discriminanti.

Per evitare un sovraccarico di invio al secondo livello è opportuno perciò attenersi a questi criteri per un sospetto sviluppo anomalo di motricità e/o comunicazione. Infine, rispettato questo criterio, va detto che uno sviluppo deviante così accertato richiede comunque al secondo livello una diagnosi differenziale tra ritardo motorio da cause neuromuscolari, disturbo uditivo o visivo, ritardo mentale, disturbo specifico di linguaggio, grave incuria, autismo. Cordiali saluti,

Francesco Ciotti, pediatra e neuropsichiatra infantile, Cesena

*Nel bambino piccolo, sotto l'anno di età, non si parla di diagnosi di autismo ma di individuazione di segni precoci che possono portare a una disabilità. La diagnosi di autismo viene solitamente formulata tra i 24 e i 36 mesi di vita. Lo studio di Sally Rogers del 2014 descrive i risultati del trattamento “neuropsicoeducativo” dei bambini sintomatici tra i 6 e i 12 mesi di vita. Nel gruppo trattato si è registrata una riduzione statisticamente significativa della diagnosi a 3 anni di età, a differenza del gruppo dei bambini non trattati, fino a parlare di “guarigione”. Prima dei 3 anni è difficile quindi formulare una*

*diagnosi, però è possibile identificare alcuni segnali di allarme dell'autismo a partire dai primi mesi di vita e che sono riportati nei 12 punti elencati nell'articolo di Quaderni acp 1/2023. Concordo con Francesco Ciotti quando dice che esiste una variabilità d'età per quanto riguarda la comparsa dei sintomi e dei segni precoci, ma bisogna dire che i 12 punti non costituiscono un test di screening ma vogliono essere un elenco di sintomi e segni che, quando presenti, devono indurre il pediatra a guardare a questi bambini con un occhio critico, consigliando ai genitori misure atte a uno sviluppo armonico delle funzioni del bambino, senza fare mai cenno all'autismo e senza inviare questi bambini alle indagini di secondo livello fino a quando si avrà la certezza di trovarsi di fronte a un bambino “a rischio evolutivo”. In tal caso il bambino, intorno ai 12/18 mesi, verrà inviato dallo specialista neuropsichiatra infantile competente per un'indagine più approfondita.*

Angelo Spataro, pediatra, Palermo

## La FAD ACP è cambiata... in meglio!

Scrivo poche righe per ringraziare chi si occupa della Formazione a Distanza (FAD), in primis Michele Gangemi che ne è il responsabile scientifico. Fino all'edizione 2021 i test conclusivi dei moduli eseguiti durante l'anno si dovevano svolgere dopo aver completato l'ultimo modulo e questo lo ho sempre trovato faticoso. Nell'edizione 2022 ho scoperto con piacere che ogni modulo è indipendente, gli argomenti sono sempre molto interessanti e la parte più tecnologica è intuitiva e fruibile. Ancora grazie per queste piccole ma sostanziali migliorie!

Maria Tolu, pediatra, Barberino Val d'Elsa (FI)

## Superato un primo ostacolo... la migliore di sempre!

Cari amici, relativamente alla nuova FAD volevo dirvi che dopo qualche difficoltà iniziale nel collegarmi con la piattaforma e superato questo piccolo ostacolo, ho molto apprezzato la divisione in moduli indipendenti ma soprattutto la qualità dei contenuti e della comunicazione. Il tempo impiegato nell'ascolto è adeguato e non stanca. La FAD migliore a cui ho partecipato! Un saluto a tutti,

Mimmo Capomolla, pediatra, Reggio Calabria

*Ringrazio a nome di tutta la redazione Maria Tolu e Mimmo Capomolla per l'apprezzamento ricevuto per la nostra formazione a distanza. Con la X edizione sono stati introdotti, come sottolineato dai colleghi, accorgimenti che ne permettono una migliore fruibilità.*

*Speriamo che queste due lettere aprano la strada ad altri commenti che per noi rappresentano un riscontro del lavoro fatto e ci permettono di migliorare ulteriormente.*

*Vi invitiamo a iscrivervi e a sostenerci in questa iniziativa arrivata oggi alla XI edizione.*

Michele Gangemi, responsabile scientifico FAD

## Proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento: le buone intenzioni non bastano

*Riceviamo da Leonardo Speri questa lettera che merita la massima diffusione all'interno e all'esterno dell'ACP. Il sostegno dell'allattamento è sempre stato una peculiarità della nostra associazione, come dimostrato anche in questo numero dall'editoriale di Sergio Conti Nibali e dal contributo di Anna Pedrotti e colleghi. Ricordiamo che l'autore della lettera è psicologo impegnato da anni nella promozione della salute materno-infantile, membro del Comitato Tecnico Scientifico della Sorveglianza 0-2, in passato coordinatore dei programmi sull'allattamento di UNICEF Italia e coordinatore scientifico del programma GenitoriPiù.*

Michele Gangemi, direttore Quaderni acp

È stata lanciata da alcuni mesi dalle società scientifiche SIN, SIP, SIGO, SINUPE, AOGOI, FNOPO, FNOPI, SININF, SIPINF e da VIVERE ONLUS, un'iniziativa di advocacy autonoma, esterna agli organismi di governo e indirizzo istituzionale, denominata Politica Aziendale Sull'allattamento (PAA), Progetto inter-societario di promozione della salute materno-infantile per Promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento nei Centri di Neonatologia, di Ginecologia ed Ostetrici in modo da ottenere un incremento dell'avvio dell'allattamento (<https://www.sininf.it/progetto-di-politica-aziendale-sull'allattamento-paa-un-progetto-inter-societario-di-promozione-della-salute-materno-infantile/>).

Si ispira dichiaratamente alla Baby Friendly Hospital Iniziative OMS/UNICEF (<https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/>), un progetto di salute pubblica degli ultimi decenni tra i più consolidati in termini di evidenze scientifiche e inserito tra gli interventi da attuare nel documento *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita* del Ministero della Salute ([https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3120\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3120_allegato.pdf)). Parte tuttavia dal presupposto che la BFHI sia insufficiente e che la sua piena realizzazione sia condizionata dalla richiesta del rispetto del Codice di commercializzazione dei sostituti del latte materno. Di qui l'opportunità di "attivare un'iniziativa di promozione dell'allattamento ispirata alla BFHI, ma indipendente (sic!), che riguardi i professionisti direttamente coinvolti nell'assistenza alla coppia madre-neonato", offrendone una versione riduttiva ed estremamente semplificata.

Ma quali sono i motivi che stanno alla base di tassi di allattamento lontani dall'auspicato? Anche se non dappertutto, a leggere i dati della Sorveglianza o-2 dell'Istituto Superiore di Sanità.

Non è più un problema di riconoscimento dell'importanza dell'allattamento, su cui c'è ormai totale convergenza, grazie all'azione di advocacy di UNICEF e altre ONG, ma in primis delle stesse società scientifiche, maturata anche in un impegno collettivo solennemente assunto già vent'anni fa a Chianciano. Nemmeno all'ingombro del Codice può essere imputabile la lentezza o l'inerzia al cambiamento, dato che è ormai recepito quasi integralmente dalla legislazione.

Trascurando il lavoro con la comunità, e quindi l'indispensabile accompagnamento prima della nascita o la rilevanza dei determinanti socioeconomici e culturali sul proseguimento, limitandoci all'avvio dell'allattamento in ospedale, il vero problema a mio avviso è la fatica in generale, in ogni atto di salute pubblica, in ogni struttura sanitaria, di mettere al centro la persona e le sue risorse.

La buona riuscita dell'allattamento non risponde a logiche causa-effetto, ma è il risultato di una convergenza complessa di fattori favorevoli che puntano semplicemente al miglior benessere e consapevolezza della donna e al rispetto delle prerogative sue e del neonato. È l'effetto collaterale del fisiologico procedere della vita, libero da interferenze; di ogni tipo, organizzative e iatrogene prima ancora che commerciali.

Questa nuova proposta di politica purtroppo non vede al centro mamme e bambini ma il personale e le direzioni. La policy può favorire, ma l'annosa esperienza internazionale della BFHI (recepta nei nuovi materiali rinnovati grazie alla preziosa e rigorosa valutazione esterna, capace di valorizzare i feedback delle madri e dei professionisti sul campo) ci dice che ogni struttura ha le sue risorse e le sue lacune e che la guida migliore per rilevarle e intervenire è la comprensione dell'interazione, non segmentabile in una check-list, dei 10 passi. A patto che al centro rimanga la relazione tra professionista e famiglie. Dove il cambiamento culturale e il sistema di relazioni con le famiglie e anche fra i diversi professionisti funziona, funzionano anche il sostegno e la protezione dell'allattamento. La BFHI è un volano di cambiamento che va oltre l'allattamento.

Per quanto la numerosità nel tempo degli ospedali certificati BFH (40) possa essere percepita più o meno soddisfacente, i dati ci dicono che si può fare, e che non ci sono dubbi sull'effetto trascinato visti gli ospedali in percorso (37) e quelli interessati (62). Un terzo degli oltre 400 punti nascita ha incontrato la BFH.

Si può fare certamente di più e meglio, ma se la qualità è quella riconosciuta anche dagli estensori del progetto, che senso hanno proposte alternative, confuse e di ripiego? E a cosa porteranno, data l'autorevolezza dei firmatari, se non a un'inutile, ulteriore confusione? E perché soggetti così autorevoli e da anni in prima fila propongono un progetto che rinuncia a inseguire una "eccellenza che dovrebbe essere la normalità", impoverendone il significato?

Leonardo Speri, psicologo psicoterapeuta  
leonardosperi@gmail.com

### Carta o digitale?

Caro Direttore, grazie per il confronto avvenuto ieri sera sulla proposta di cambiare *Quaderni* in formato digitale.

Devo essere sincera... il mio cuore ha tremato... Capisco le motivazioni portate dai colleghi, non solo condivisibili, ma che un po' fanno sentire in colpa la mia parte ambientalista (poco a dir la verità, perché so che se questo avvenisse consumatori elettricità, carta e toner... per poi pentirmi... ma tant'è l'egoismo prevale...), ma all'idea di non provare più l'emozione di trovare nella buca delle lettere la copia di *Quaderni*, bella, fragrante, liscia da accarezzare, da assaporare mentre la leggi, come un buon caffè, mi ha gelato il sangue.

*Quaderni* è un simbolo. Anche da lasciare sulla scrivania, in bella mostra per tutti, genitori, colleghi e informatori. Quante volte mi sono sentita chiedere "ah... ma lei è ACP?" Sì, orgogliosamente. Non posso scriverlo sulla maglietta, ma "lui" sta lì, in bella mostra. E poi *Quaderni* è il "libro delle facce" di quando diventi grande... sei stanca, innervosita, ne hai sentite in ogni modo, allunghi il braccio, lo prendi nelle mani, vedi i suoi colori, le immagini, sfogli rapidamente i titoli, senza cercare necessariamente qualcosa e poi ti fermi su quello che ti ha colpito in quel momento, ti immergi nella lettura, facendo scivolare le dita sulla pagina, ascoltando il fruscio della carta... sono sensazioni che nessun tablet potrà mai dare! E poi vogliamo parlare di quando apro l'anta dell'armadio dove conservo tutte le copie precedenti? Sono tutte lì che mi guardano e mi dicono "non mi buttare! Non mi buttare... vedrai che prima o poi ti servo!" Buttarle io? Io che conservo tutti i numeri di *Topolino* dal 1963 agli anni Ottanta, difesi strenuamente da mia mamma quando voleva fare spazio?

Insomma Direttore... no, ti prego, non spezzare il cuore dei nostalgici che come me non riescono proprio ad adattarsi alla tecnologia. Quasi quasi questa lettera te la mando scritta a penna, via posta... chissà se la riceverai?

Un abbraccio,

Antonella Lavagetto, pediatra di famiglia, Genova

Cara Antonella, ho molto apprezzato l'emotività e la partecipazione che traspaiono dalla tua lettera.

Ti ringrazio a nome di tutta la redazione per l'apprezzamento della rivista e per aver introdotto il dibattito sull'eventuale rinuncia alla versione cartacea mantenendo solo la versione digitale. La rivista è un patrimonio dell'Associazione e dopo trent'anni qualsiasi decisione in merito va accompagnata da una profonda riflessione al suo interno.

Invito i lettori a intervenire e a farci conoscere la loro opinione. Per la redazione,

Michele Gangemi

## Famiglie arcobaleno: pediatri alla ministra Roccella, "Preoccupante vuoto normativo espone i bambini a una grave carenza di diritti"

Da troppo tempo nel nostro Paese permane un preoccupante vuoto legislativo nella tutela dei figli nati da coppie omosessuali tramite procreazione medicalmente assistita (PMA) all'estero, nei Paesi in cui ne è regolamentato l'accesso. Accordandosi alle sentenze 32 e 33 (2022) della Corte Costituzionale; alle recenti proposte dell'Unione europea e alle richieste del Gruppo di lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC) [1], oggi anche l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) ha scritto una lettera a Eugenia Roccella, ministra per la Famiglia, la natalità e le pari opportunità per chiedere una legge indirizzata a garantire ai bambini, fin dalla nascita, il riconoscimento del genitore intenzionale (sociale), oltre a quello biologico, nell'ottica del best-interest del minore. Le stesse posizioni sono state espresse di recente anche nella lettera congiunta dei presidenti degli Ordini degli Psicologi delle Regioni Lazio, Campania, Sicilia, Marche, Abruzzo, Veneto ed Emilia Romagna indirizzata alla ministra Roccella [2].

"Il nostro intento è dare un contributo alla prospettiva di proteggere i diritti delle bambine e dei bambini che sono nati e nasceranno nelle famiglie omogenitoriali", commenta Chiara Centenari, pediatra e ricercatrice ACP.

"Secondo l'attuale normativa italiana – spiega Centenari – i minori nati da coppie omogenitoriali vedono riconosciuto solamente il genitore biologico. Il genitore 'intenzionale' (o sociale) che cioè ha partecipato al progetto genitoriale e all'estero ha firmato il consenso informato per assumere una responsabilità genitoriale verso quel bambino/a, non ha in Italia alcun dovere connesso alle decisioni sanitarie, al mantenimento, all'assistenza o all'istruzione del minore; allo stesso tempo non ha il potere di ritirare i figli da scuola se non con delega scritta del genitore biologico, né il diritto al voto attivo negli organismi scolastici. In caso di morte del genitore legale, il bambino non ha diritto alla continuità affettiva, ma verrà posto sotto la tutela degli unici parenti biologici. Lo stesso in caso di separazione: nessun obbligo legale di far mantenere al bambino i rapporti con il genitore intenzionale, che non ha neppure il dovere di partecipare al suo mantenimento".

La posizione dell'Associazione Culturale Pediatri si fa forte dei circa 20 anni di esperienza sul campo, e di ricerca scientifica diretta in merito, integrata con l'ampia letteratura internazionale che gli ultimi 40 anni hanno generato sull'argomento. ACP ha prodotto pubblicazioni [3,4] ed eventi formativi per alzare l'attenzione della comunità pediatrica sullo stato di salute dei figli delle coppie omogenitoriali, enfatizzando quel che ad oggi la scienza ha certificato:

- lo sviluppo sano, equilibrato e armonioso dei bambini si basa sulla qualità delle relazioni affettive genitore-figlio; sulla presenza di legami sicuri e stabili con adulti responsabili e amorevoli; sulla capacità dei genitori di accogliere e seguire la crescita dei bambini, dar loro sostegno creando un ambiente sicuro, sereno e protettivo, indipendentemente dal fatto che essi siano conviventi, separati, risposati, single o dello stesso sesso;
- i dati mostrano che l'adattamento, lo sviluppo cognitivo, sociale e psicosessuale, la qualità delle relazioni e il successo scolastico dei bambini e degli adolescenti cresciuti da genitori omosessuali non si discostano da quelli dei figli cresciuti da genitori eterosessuali;
- nei figli di genitori omosessuali non si presentano differenze rispetto ai bambini di genitori eterosessuali nella percezione del senso di sicurezza. Ciò che può influire negativamente su questi bambini è invece quel processo di discriminazione sociale e rifiuto che si esprime sotto forma di commenti negativi, bullismo, violenza fisica e mancanza di

tutela legale. Ovvero, non è il rapporto tra figlio e genitore a creare difficoltà, ma quello dovuto all'omofobia dell'ambiente esterno nei confronti dei genitori;

- nonostante quanto sopra, i dati disponibili rivelano che i bambini cresciuti da gay e lesbiche seguono i percorsi di sviluppo attesi. Nonostante le maggiori sfide e le difficoltà incontrate dalle famiglie omogenitoriali, la capacità di resilienza sembra fornire loro il potenziale per far fronte alle avversità positivamente;
- questo risultato indica che la soluzione è nel proseguimento della crescita e nell'adeguamento culturale delle comunità a questo genere di famiglie, che passa innanzitutto per l'attribuzione alle stesse di famiglie di identiche condizioni, riconoscimenti e diritti.

Per i motivi sopra citati, ribadiamo la nostra richiesta di tutelare il benessere dei bambini figli di coppie omosessuali, che può essere garantita solo da una loro affermazione sociale riconosciuta giuridicamente.

### Bibliografia

1. Nel 12° rapporto del Gruppo di lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC) si parla del "diritto al riconoscimento della genitorialità sociale per i figli di genitori omosessuali" (p. 90 del CRC, capitolo VI, consultabile su <https://gruppo-crc.net/documento/12-rapporto-crc/>).
2. Ordine Psicologi Lazio (2023).
3. Manetti S. Ci sono famiglie e famiglie...? Le Famiglie LGBT. Quaderni acp 2020;27:169-170.
4. Fruggeri L. Oltre il pregiudizio: la specificità dei processi di sviluppo delle famiglie contemporanee. Quaderni acp 2021;28:88-90.

### Carenza di farmaci essenziali: il caso amoxicillina, lettera aperta all'AIFA

Chiar.mo prof. Giorgio Palù, presidente AIFA, chiar.ma dott.ssa Anna Maria Marra, sostituto direttore generale AIFA, dal mese di novembre 2022 persiste, e si è aggravata, la carenza della amoxicillina, farmaco di primo intervento in età pediatrica.

Se a partire dal 2021 la carenza riguardava alcune formulazioni d'uso ospedaliero, come riconosciuto anche da AIFA, da alcuni mesi la carenza a livello territoriale riguarda tutte le formulazioni di amoxicillina. Fenomeno ciclico in alcune realtà più stabilizzato in altre.

Un grave e serio problema non solo per l'attività pediatrica delle cure primarie, essendo questo antibiotico la prima scelta per tutte le più comuni patologie infettive, come indicato anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e da tutte le linee guida internazionali pertinenti, è di basso costo, e, se usato in maniera appropriata, è efficace, e contribuisce anche al controllo dell'antibiotico resistenza di cui l'Italia ha il triste primato in Europa insieme alla Spagna.

La carenza di amoxicillina sta inducendo sempre di più la prescrizione di inappropriate alternative terapeutiche, con l'aumentato rischio della comparsa di effetti avversi e reazioni avverse.

Attitudine cronica italiana che differenzia l'Italia nell'abuso prescrittivo di antibiotici, indipendentemente dall'età e l'indicazione, dalle altre nazioni, nonostante le indicazioni delle linee guida per il trattamento di faringotonsillite, otite e polmonite batterica, infezioni target per l'uso di amoxicillina. Per queste infezioni ogni alternativa terapeutica rappresenterebbe, comunque, una scelta non appropriata.

Basta pensare alle infezioni da SBEA per le quali il farmaco è di elezione, o in termini di antibiotico resistenza, ai ceppi di E. coli, sempre più resistenti all'amoxicillina-acido clavulanico, maggiormente e anche impropriamente utilizzato nel contesto pediatrico italiano.

Ricordiamo che l'antibiotico resistenza è ambientale e non in-



dividuale, il rischio è non solo per il singolo individuo, ma per tutta la comunità.

Tutti i precedenti rapporti AIFA pubblicati sulla prescrizione dei farmaci in pediatria sottolineano, giustamente, la inappropriata prescrizione di troppi antibiotici e, tra questi, di un carente utilizzo di amoxicillina, carenza prescrittiva documentata anche durante il lockdown, e raccomandano vivamente di orientare la prescrizione verso questo antibiotico laddove indicato.

Da diversi mesi i pediatri sono costretti a fare esattamente il contrario, non potendo la scelta prescrittiva essere dettata dalla appropriatezza e correttezza professionale, ma dalla disponibilità delle farmacie. Di fatto ci stiamo adeguando a quanto fino allo scorso anno veniva considerato un comportamento rischioso e inappropriato.

L'attuale epidemia di infezioni streptococciche in corso può avere acuito il problema della scarsa disponibilità e della inappropriata prescrizione con il rischio di trovarci di fronte a complicanze suppurative sempre più difficili da trattare, come già segnalato da alcuni reparti ospedalieri pediatrici.

Il problema della scarsità di farmaci, tra cui l'amoxicillina, è mondiale; siamo consapevoli dei diversi e complessi passaggi necessari per arrivare alla immissione in commercio di un farmaco, che passano dalla produzione del principio attivo al confezionamento, inscatolamento fino alla sua commercializzazione, passaggi che avvengono spesso in nazioni diverse.

Tuttavia, la disponibilità di farmaci dichiarati dall'OMS come farmaci essenziali dovrebbe essere assicurata non solo in produzione ma anche in una giusta distribuzione, e questo dovrebbe essere garantito da agenzie regolatorie nazionali e internazionali.

L'appello che facciamo al Governo italiano e all'AIFA è che vengano prontamente attivate iniziative efficienti affinché si

sopperisca alla carenza di farmaci classificati come "essenziali", una carenza che limita la qualità delle cure di infezioni frequenti nella popolazione tutta. Una situazione che sta cronicizzando e che quindi va anche prevenuta in futuro.

Si ribadisce di considerare la possibilità di sopperire alla cessata produzione di un antibiotico troppo poco costoso per essere interessante produrlo dal punto di vista dell'industria, perché a differenza di altre illustri perdite del passato (penicillina orale ed eritromicina), il suo abbandono può rappresentare un grave rischio per la salute pubblica data l'ampia numerosità della popolazione che può averne bisogno.

In mancanza di aziende disposte a continuare a produrla, dovremmo considerare le possibili alternative che può fornire un sistema sanitario universalistico, che dovrebbe occuparsi della salute di tutte le persone e non abbandonare un farmaco efficace e poco costoso. Il nostro Paese dispone di uno stabilimento chimico farmacologico militare con una rinomata tradizione nella realizzazione di prodotti farmacologici di primo soccorso.

Sembra che non ci sia troppo interesse a occuparsi di questo problema, i bambini sono forse troppo pochi e poco importanti da questo punto di vista, anche se il problema non è solo pediatrico.

I pediatri, che hanno la responsabilità di prendersi cura in maniera appropriata della salute delle bambine e bambini, chiedono con forza e urgenza la soluzione a questo problema. Strumenti di cura efficaci e di basso costo devono essere resi disponibili indipendentemente da eventuali logiche di mercato.

*Stefania Manetti, presidente ACP  
Annamaria Staiano, presidente SIP  
Antonio D'Avino, presidente FIMP*

## Parma Pediatria... dove si balla

Parma Pediatria quest'anno era anche Parma Peratoner per ricordare Leopoldo, per tutti Duccio, figura di riferimento dagli anni di Tabiano Pediatria.

Maestro di *sapere* e di *saper essere*, così forte da non aver paura di far percepire le sue fragilità e la sua commozione, soprattutto quando trattava temi a lui cari, come la cura degli ultimi. È stato con noi costantemente, grazie al ricordo che tanti ne hanno fatto.

Voglio partire dall'ultima relazione, una lezione magistrale di Giorgio Longo che ha prima ricordato l'amico Duccio con affetto e aneddoti di vita non solo lavorativa, per condurci poi in una revisione dei saperi allergologici col messaggio finale che ci incitava a non rimanere arroccati in consuetudini sorpassate.

La sessione del venerdì mattina "A tutto Trieste" è stata un'altalena tra problemi ospedalieri e nell'ambulatorio del pediatra di famiglia. Urgenze, bandierine rosse, appropriato uso dei farmaci, bambino stanco: da ogni relazione è emersa l'importanza di quanto sia fondamentale la collaborazione tra ospedale e territorio per garantire una corretta gestione di ogni singolo caso e delle risorse. Il futuro che ci aspetta è globalizzato e la popolazione mondiale, sempre in aumento (siamo già 8 miliardi), lo impone. Per chi è sul territorio diventa quindi sempre più importante cogliere anche piccoli segnali, che emergono da un'attenta anamnesi ed esame obiettivo e che possono guidarci verso una diagnosi corretta.

Sempre interessante è il focus che Parma Pediatria ci propone su problematiche neuropsichiatriche. Quando non sono eclatanti, queste, possono essere considerate dal pediatra di famiglia come una variante normale, ma a volte sottendono un disturbo specifico. Nel dialogo con i genitori capita che ci vengano raccontate esperienze che a prima vista riteniamo marginali o di secondaria importanza. Penso a quante volte sentiamo racconti di bambini che iniziano una restrizione qualitativa dei cibi molto precocemente oppure rifiutano determinate consistenze (disturbi precoci dell'alimentazione). Racconti di bambini che quando iniziano la scuola primaria dimostrano sofferenza; sono bambini che potremo definire "impacciati" e che a una più attenta valutazione presentano una discrepanza significativa tra quoziente intellettivo verbale e quoziente visuo percettivo (disturbo non verbale di apprendimento). Un riconoscimento tempestivo con invio a centri specializzati può cambiare il destino di molti bambini.

Il sabato mattina c'è stata una conferma dell'importanza dei piccoli segni: saper ben interpretare uno stick urine, un elettrocardiogramma e l'andamento di una febbre può fare la differenza. Ci ha sorpreso anche sapere che i pazienti con fibrosi cistica hanno una minor incidenza di infezioni gravi da SARS-CoV-2. Penso che l'emozione che abbiamo provato nel sentire la relazione di Federico Marchetti sia dovuta al fatto che è riuscito a farci ricordare e immedesimare in un caso vissuto in prima persona. Molti di noi hanno avuto a che fare con la disabilità grave, con la sofferenza delle famiglie, le difficoltà nell'affrontare scelte difficili in bilico tra accanimento terapeutico e assistenza. Sapere che nuove e sempre più efficaci terapie, come per esempio quelle relative alla SMA (atrofia muscolare spinale), sono in arrivo non può che motivarci a essere sempre più attenti per una diagnosi precoce che può cambiare il destino di questi bambini.

Cosa c'è di bello a Parma? Alcuni relatori negli anni ce lo hanno detto molto chiaramente: si ascolta, c'è scambio diretto tra relatori e uditorio, uno scambio fatto di domande, esperienze condivise, in un clima disteso ma stimolante che arricchisce entrambi.

Di bello c'è che si dà spazio ai giovani specializzandi che, guidati da Egidio Barbi, presentano le loro relazioni e le cinque migliori vengono presentate in plenaria.

Di bello c'è anche l'aspetto conviviale che quest'anno ha raggiunto lo zenit nella serata Cantaballa. Giovani e "diversamente giovani" hanno ballato e cantato insieme fino a tarda serata, guidati dall'insossidabile Vittorio Canepa e dalla sua band.

La ciliegina sulla torta è il finale che non ti aspetti: la parte artistico-culturale che quest'anno ci ha portato al Battistero di Parma con Italo Marinelli che ci ha spiegato i particolari nascosti delle sculture di Benedetto Antelami.

Tutto questo contribuisce a fare in modo che Parma Pediatria sia qualcosa di più di un congresso: è un momento irrinunciabile dove si cresce dal punto di vista professionale e umano.

La parola *cultura*, centrale nella nostra sigla ACP (Associazione Culturale Pediatri), ci sprona a non dimenticare che l'essere medici e il curare abbracciano aspetti che vanno oltre la scienza: il progresso è il risultato di un continuo dialogo intergenerazionale, dialogo possibile solo se si costruiscono ponti e si abbattano barriere.

- Gortani G. Approccio pratico al bambino "sempre stanco". *Medico e Bambino* 2022;41:168-172.
- Cozzi G, Poropat F. Pronto Soccorso. *Medico e Bambino* 2021;40:14.
- Zanusi C, Musante L, Faletra F et al. Encefalopatie epilettiche e dello sviluppo: dalla pratica alla genetica, andata e ritorno. *Medico e Bambino* 2022;41:33-40.
- Iacono A. Un minestrone preparato con il cuore. *Medico e Bambino* 2019;38:449-451.
- Crestani A, Passini E, Spaggiari V et al. Lo shock settico nei primi tre mesi di vita. *Medico e Bambino* 2021;40:567-75.

Maria Tolu

## Zero-Due. Dati alla mano, c'è davvero molto da fare

Il 23 marzo si è tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità il Convegno "I risultati del Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino. Raccolta dati 2022" [1].

Dopo la fase sperimentale 2014-2016 [2], articolata e fruttuosa, dopo il DPCM 3 marzo 2017 che ha inserito a pieno titolo la Sorveglianza 0-2 anni nel corpus delle Sorveglianze di popolazione, dopo la paziente fase di avvio 2018-2019, con l'adesione di 11 Regioni [3], la rilevazione 2022 oggetto del Convegno ha raggiunto la quasi totalità delle Regioni. L'importanza della lacuna colmata è stata sottolineata nei saluti istituzionali del presidente Brusaferrò, e l'iniziativa si può ritenere ormai a regime, dato anche il carico di lavoro non indifferente che ha investito servizi ancora provati dall'esperienza della pandemia.

Per i promotori nel 2000 del 6+1 e nel 2006 di GenitoriPiù si può parlare di missione compiuta?

In parte sì, considerando alcuni risultati:

- i determinanti di salute precoci e l'ECD hanno trovato nel documento di indirizzo *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita* del Ministero della Salute l'indispensabile riconoscimento formale, in linea con le parallele indicazioni della nurturing care dell'OMS (2018);
- la ratifica del documento in Conferenza Stato Regioni (2020) fornisce la premessa per una applicazione diffusa e verosimilmente solida, data anche la previsione, annunciata nel convegno, del **passaggio del tema da azione facoltativa ad obbligatoria nei futuri Piani Regionali della Prevenzione**;
- la sorveglianza ha un impianto forte: il sistema di valutazione iniziato nel 2009 con GenitoriPiù è stato perfezionato dove necessario ed è gestito da una struttura istituzionale dedicata che ha nelle sorveglianze un vero punto di forza;
- l'attenzione alle disuguaglianze precoci è diventato un criterio irrinunciabile delle progettualità.

Nella sessione moderata da Serena Donati e dallo scrivente "Investire nella prima infanzia: le strategie nazionali e i risultati della sorveglianza", Renata Bortolus per il Ministero della Salute ha tratteggiato le tappe che hanno portato al riconoscimento dell'ECD come cruciale per il futuro di salute delle comunità. E Mihaela Ionescu dell'International Step by Step Association (ISSA) ha sottolineato i punti chiave: la centralità del lavoro con le famiglie e sulle competenze genitoriali, l'intersettorialità, il capitale sociale, il ruolo fondamentale, ma tutt'altro che esclusivo, dei servizi e dei professionisti sanitari, la necessità di sistemi di valutazione in grado di cogliere le disuguaglianze e di sistemi comuni e confrontabili a livello europeo per la valutazione dello sviluppo. Saranno i temi, a partire dai nuovi dati, su cui lavorerà il Tavolo sui Primi Mille giorni di cui è stata annunciata una prossima convocazione.

La sessione "Genitorialità responsiva e lo sviluppo del bambino: ruolo della famiglia, dei servizi, della comunità" moderata da Manila Bonciani, Enrica Pizzi e Arianna Saulini, ha fatto eco alla visione generale, sviluppando contenuti risultati felicemente complementari. L'ECD è stato analizzato nei suoi aspetti psicologici, sia delle life skill, con Paride Braibanti,

sia della relazione tra professionisti e famiglia, con Gherardo Rapisardi e l'approccio Brazelton; e anche nella quotidianità, dall'esposizione ai rischi – con focus sull'interferenza sullo sviluppo dell'uso dei device – con Giorgio Tamburlini da un lato, all'esposizione ai fattori positivi come la musica e la lettura, trattate da Fernanda Melideo dall'altro, per arrivare al gioco nelle scuole dell'infanzia, con l'esperienza di Reggio Emilia presentata da Marika Lorenzani.

Una sessione che ha reso viva e concreta la parte epidemiologica di fine mattinata, curata da Enrica Pizzi e Antonio Salvatore e centrata sui dati (già online [4]). E, dati alla mano, se possiamo annotare che lo strumento ha mostrato tutta la sua validità, a partire da un tasso di risposta delle madri elevatissimo, è risultata sinceramente preoccupante la persistenza, nonostante anni di lavoro, di uno scarto pesante tra situazione reale e livello auspicabile. Tanta luce quindi, ma che svela come ci siano ancora troppi bambini a rischio di malformazioni congenite (a dispetto del deciso aumento delle gravidanze programmate), di FAS e FASD, ma anche di SIDS, tanti non ancora allattati adeguatamente, o troppo esposti a schermi, anche fra i più piccoli, solo per citare alcuni dei problemi. Persistono le disuguaglianze sociali ma soprattutto è tristemente confermato e forse aumentato il divario nord sud. Penso eloquente che la discussione (un centinaio i presenti e trecento on-line) sia stata aperta da Michele Grandolfo, padre del Progetto Obiettivo Materno Infantile del 2000, così poco applicato e per certi versi insuperato.

Siamo rimasti così fermi? Sappiamo che c'è molto da fare, sappiamo bene come si dovrebbe operare, cosa fare o non fare e con che strumenti. Non ci sono alibi.

Perché non si rimedia a questa genitorialità zoppicante? Una parte di responsabilità grava sul sistema sanitario e sui suoi professionisti, e anche la tavola rotonda conclusiva con le società scientifiche (7 sulle 9 previste, moderate da Elise Chapin, Angela Giusti e Angela Spinelli) non ha mancato di rilevare le obiettive difficoltà che da tempo attraversa la sanità pubblica. Purtroppo proposte come la fortificazione degli alimenti con i folati evocano una resa o una incomprensione della visione strategica di promozione della salute, così come la proposta di policy sull'allattamento meno rigide rispetto al Codice internazionale, come se i veri ostacoli non fossero soprattutto di carattere culturale, relazionale e organizzativo.

Non è stato sciolto del tutto il nodo della formazione dei professionisti e talora non si è andati oltre a una rituale disponibilità a collaborare per promuovere formazione *pre e in service*. Qui si è avuta la maggiore convergenza, sottolineando la necessità di un deciso cambio di paradigma nel modo di operare dei professionisti e di una formazione più mirata alle competenze.

Il gruppo di lavoro dell'ISS ha fatto egregiamente la sua parte. Si tratta, ancora una volta, di capire come tradurre gli enunciati più positivi in azioni concrete e di non rinunciare alle azioni di advocacy, anche locale, a sostegno delle iniziative sui primi mille giorni, ora che i dati ci sono.

### Bibliografia

1. [www.epicentro.iss.it/sorveglianzao2anni/indagine-2022-convegno-23-marzo-2023](http://www.epicentro.iss.it/sorveglianzao2anni/indagine-2022-convegno-23-marzo-2023).
2. [www.epicentro.iss.it/materno/pdf/RAPPORTO\\_FINALE\\_SORVEGLIANZA\\_BAMBINI\\_0\\_2\\_anni.pdf](http://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/RAPPORTO_FINALE_SORVEGLIANZA_BAMBINI_0_2_anni.pdf).
3. [www.iss.it/documents/20126/6703853/Rapporto\\_finale\\_+2016\\_sorveglianza+bambini+0-2+anni.pdf/ce1491d3-8e43-e885-d0e3-8d45a6ef73f3?t=1669291538200](http://www.iss.it/documents/20126/6703853/Rapporto_finale_+2016_sorveglianza+bambini+0-2+anni.pdf/ce1491d3-8e43-e885-d0e3-8d45a6ef73f3?t=1669291538200) e in [www.epicentro.iss.it/sorveglianzao2anni/indagine-2018-19](http://www.epicentro.iss.it/sorveglianzao2anni/indagine-2018-19), dove sono disponibili anche i report regionali.
4. [www.epicentro.iss.it/sorveglianzao2anni/pdf/Sintesi\\_CONVEGNO-O\\_2\\_Versione%20STAMPA\\_23\\_Marzo\\_2023.pdf](http://www.epicentro.iss.it/sorveglianzao2anni/pdf/Sintesi_CONVEGNO-O_2_Versione%20STAMPA_23_Marzo_2023.pdf).





#### Editorial

- 97 The Knowledge Lab named after Carlo Corchia continues its journey  
[Michele Gangemi](#)
- 98 The digital health checklist  
[Paolo Siani](#)
- 99 Where do we stand on lactation protection?  
[Sergio Conti Nibali](#)

#### Info parents

- 100 Language promotion in the first months of life  
[Antonella Brunelli](#), [Stefania Manetti](#),  
[Costantino Panza](#), [Antonella Salvati](#)

#### Research letter

- 101 Oral communications presented by young doctors at Parmapediatrics 2023 meeting

#### A window on the world

- 107 Adolescents and suicide: did anything change during and after the pandemic?  
[Enrico Valletta](#), [Martina Fornaro](#)

#### Mental health

- 110 The neuro and psychomotricity therapist  
[Angelo Spataro](#) interviews [Enza D'Ippolito](#)
- 111 Telemedicine and mental health care  
[Massimo Molteni](#)

#### The first thousand days

- 112 The Baby Friendly Initiative in the Trento Province: the experience of certifications in maternity wards and communities  
[Anna Pedrotti](#), [Giancarlo Ruscitti](#), [Giuliano Mariotti](#), [Marisa Dellai](#), [Stefania Solare](#),  
[Stefania Sani](#), [Elise M. Chapin](#)

#### Family trajectories and horizons

- 117 Same-Sex parenting and prejudice  
[Federico Ferrari](#)

#### Focus

- 122 Pediatric Palliative Care (PPC) and Integrated Home Care (ADI): the need for redefinition and integration  
[Mario Renato Rossi](#), [Patrizia Elli](#)
- 124 Climate Crisis: children's rights, human rights  
[Vincenza Briscioli](#)

#### Personal accounts

- 126 Carlo's dream: the "Polo Pediatrico del Salento" project after 10 years  
[Assunta Tornesello](#)

#### The child and the legislation

- 128 Reform of family law  
[Augusta Tognoni](#)

#### Farmacipi

- 130 A guide for the appropriate use of antibiotics  
[Antonio Clavenna](#)

#### Vaccinaci

- 131 Vaccinations in children with immune-mediated chronic inflammatory diseases (IMIDs)  
[Massimo Farneti](#)

#### Books

#### Film

#### Info

#### Letters

#### Meeting synopsis

---

## 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](http://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](http://www.acp.it).

---