

1994-2023: trent'anni di Quaderni acp

quaderniacp

RIVISTA BIMESTRALE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI



Editoriale

- 241 Dialoghi sull'errore
Dante Baronciani

Formazione a distanza

- 242 L'alimentazione complementare. Fra dubbi e certezze, buone e cattive pratiche
Maurizio Iaia

Osservatorio internazionale

- 255 Eliminare la trasmissione perinatale dell'HIV: un traguardo possibile?
Melodie O. Aricò, Désirée Caselli

Salute mentale

- 258 Disturbo dello spettro autistico: insight sul fenotipo femminile
Intervista di Patrizia Neri a Sara Calderoni e Antonio Narzisi

I primi mille

- 261 Il diritto alla salute dei bambini
Mario De Curtis

Focus

- 263 L'ascolto dei pazienti: l'esperienza dell'ospedale pediatrico Meyer IRCCS
Francesca Menegazzo, Elisa Conti, Michela Sica, Stefania Solare, Elise M. Chapin

Il punto su

- 266 La borreliosi che non risparmia il fegato
Maria Scaioli, Alessia Bellotto, Melodie O. Aricò, Enrico Valletta

Endocrinologia pratica

- 268 Accelerazione improvvisa dell'età ossea nel bambino prepubere. Quali le possibili cause?
Brunetto Boscherini, Marco Cappa, Chiara Minotti

Genetica per non genetisti

- 271 Le malattie infiammatorie croniche intestinali: aspetti clinici
Paolo Quitadamo, Daniele De Brasi

Educazione in medicina

- 275 "Amarcord 2" di un vecchio neonatologo
Dino Pedrotti
- 277 I bisogni formativi del medico specializzando. L'esperienza di una specializzanda nelle cure primarie
Arianna Turriziani Colonna, Laura Reali

Il bambino e la legge

- 279 Il nuovo art. 403 del codice civile. Parte II. Aspetti operativi in relazione agli interventi multiprofessionali
Dario Vinci

Libri

- 281 Giorgio Tamburlini, *I bambini in testa*
281 Renato Luigi Rossi, *Zona d'ombra*
281 Francesca Guido, Francesca Indraccolo, *Il nido del pettirosso*
282 Francesco Niccolini con Luigi D'Elia e Sandra Gesualdi, *La scuola più bella che c'è*

Lettere

- 283 Apriamo un dialogo per rispettare i diritti di tutti

Congressi in controluce

- 285 Buone notizie dalla Calabria
Domenico Capomolla

286 Indice delle rubriche 2023

Norme redazionali per gli autori

I testi vanno inviati alla redazione via e-mail (redazione@quaderniacp.it) unitamente alla dichiarazione che il lavoro non è stato inviato contemporaneamente ad altra rivista.

Per il testo, utilizzare carta non intestata e carattere Times New Roman corpo 12 senza corsivi; il grassetto va usato solo per i titoli. Le pagine vanno numerate. Il titolo (in italiano e inglese) deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo e sintetico. Può essere modificato dalla redazione. Vanno indicati l'istituto/ente di appartenenza e un indirizzo di posta elettronica per la corrispondenza. Gli articoli vanno corredati da un riassunto (abstract) in italiano e in inglese, ciascuno di non più di 1000 caratteri (spazi inclusi). La traduzione di titolo e abstract può essere fatta, su richiesta, dalla redazione. Non occorre indicare parole chiave.

Negli articoli di ricerca, testo e riassunto vanno strutturati in "Obiettivi", "Metodi", "Risultati", "Conclusioni".

I casi clinici per la rubrica *Il caso che insegna* vanno strutturati in: "La storia", "Il percorso diagnostico", "La diagnosi", "Il decorso", "Commento", "Cosa abbiamo imparato".

Tabelle e figure vanno poste in pagine separate, una per pagina. Ciascun elemento deve presentare una didascalia numerata progressivamente; i richiami nel testo vanno inseriti in parentesi quadre, secondo l'ordine di citazione.

Scenari (secondo Sackett), casi clinici ed esperienze non devono superare i 12.000 caratteri (spazi inclusi), riassunti compresi, tabelle e figure escluse. Gli altri contributi non devono superare i 18.000 caratteri (spazi inclusi), compresi abstract e bibliografia (casi particolari vanno discussi con la redazione). Le lettere non devono superare i 2500 caratteri (spazi inclusi); se di lunghezza superiore, possono essere ridotte d'ufficio dalla redazione. Le voci bibliografiche non devono superare il numero di 12, vanno indicate nel testo fra parentesi quadre e numerate seguendo l'ordine di citazione. Negli articoli della FAD la bibliografia va elencata in ordine alfabetico, senza numerazione. Esempio: Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. *Quaderni acp* 2000;5:10-4. Nel caso di un numero di autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura "et al." Per i libri vanno citati gli autori (secondo l'indicazione di cui sopra), il titolo, l'editore e l'anno di pubblicazione.

Gli articoli vengono sottoposti in maniera anonima alla valutazione di due o più revisori. La redazione trasmetterà agli autori il risultato della valutazione. In caso di non accettazione del parere dei revisori, gli autori possono controdedurre.

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

quaderniacp

DIRETTORE

Michele Gangemi

DIRETTORE RESPONSABILE

Franco Dessì

PRESIDENTE ACP

Stefania Manetti

COMITATO EDITORIALE

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

COMITATO EDITORIALE PAGINE ELETTRONICHE

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

COLLABORATORI

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

PROGETTO GRAFICO ED EDITING

Oltrepagina s.r.l., Verona

PROGRAMMAZIONE WEB

Gianni Piras

STAMPA

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

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

Pubblicazione iscritta nel registro nazionale della stampa n. 8949

© Associazione Culturale Pediatri ACP

Edizioni No Profit

REDAZIONE

redazione@quaderniacp.it

AMMINISTRAZIONE

segreteria@acp.it

DIREZIONE

direttore@quaderniacp.it

UFFICIO SOCI

ufficiisoci@acp.it

IN COPERTINA: Mirco Marchelli, *Tante belle cose* (2022), tempera e cera su tela e plexiglass, cm 48x59x8 cad, foto di Enrico Minasso (courtesy marcorossi 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.

Dialoghi sull'errore

Dante Baronciani

Neonatologo, "Laboratorio della conoscenza Carlo Corchia"

Può permettersi, un'associazione che ha scelto il nome di "Laboratorio della Conoscenza" (intitolato a Carlo Corchia), di eludere il tema dell'errore? La risposta è quasi pleonastica: no! La storia delle scoperte scientifiche evidenzia, con numerosi esempi, come l'errore sia elemento costitutivo del processo di conoscenza. La famosa metafora di Karl Popper sull'"ameba e Einstein" sottolinea come entrambi procedano per tentativi ed errori ma diverso è il loro atteggiamento; mentre l'ameba morirà a causa dei propri errori, Einstein, affrontando criticamente ogni nuova ipotesi, cercando di scoprire se in essa vi sia un errore, sopravviverà proprio grazie ai propri errori. Quanto siamo coscienti di questo aspetto "positivo" dell'errore, che porta diversi autori a tessere un "elogio dell'errore"? Quanto spazio è stato dedicato, nella nostra formazione di professionisti sanitari, al tema dell'errore, a come cercarlo, a cosa fare nel caso si verifichi?

Il Laboratorio ha deciso di organizzare, presso l'Health Campus Meyer di Firenze, il 18-19 gennaio 2024, un convegno per affrontare il tema nelle sue diverse dimensioni. L'incontro avrà carattere multidisciplinare e vedrà la partecipazione (oltre a ginecologi, neonatologi e pediatri) di filosofi, epidemiologi, psicologi, magistrati, ingegneri informatici e giornalisti scientifici.

Il convegno cercherà di affrontare i due principali scenari che possono registrare l'evento errore: quello della ricerca, allorché l'obiettivo è individuare le migliori pratiche assistenziali (le famose "prove di efficacia") e quello della prassi clinica, allorché il comportamento del professionista si discosta da quello che si sarebbe dovuto fare secondo le prove di efficacia (o secondo quanto concordato in assenza delle stesse).

Il primo scenario richiama alla mente l'epilogo del libro di Pietro Greco sull'errore, il quale riporta il pensiero di Albert Einstein secondo il quale "gli errori ci aiutano a trovare a tentoni la via d'uscita dall'oscurità della caverna" e quello di Karl Popper che sottolinea come "la nostra conoscenza si accresce nella misura in cui impariamo dagli errori".

Stante che le prove di efficacia supportano (fino a prova contraria) solo una parte del nostro agire in campo diagnostico e terapeutico è evidente come, nell'ambito dell'incertezza che ne consegue, le nostre scelte possano essere caratterizzate da errori.

Il rapporto tra errore e incertezza, richiamato nel titolo del convegno, è tema assai complesso e sovente comporta importanti ricadute sul piano della comunicazione. Se il professionista non acquisisce competenze nell'accompagnare il paziente (il genitore o il ragazzo nel nostro caso) nell'incertezza, l'insuccesso o la complicità possono essere vissuti come errori.

Assai grave è la confusione tra incertezza ed errore nel campo della comunicazione mediatica, che sovente sembra ignorare sia le modalità di acquisizione delle conoscenze in ambito scientifico sia la complessità dell'agire rispetto alla salute.

Rispetto al ruolo dei media è necessario sottolineare come in generale si osservi un mancato ricorso all'opera dei numerosi, validi, giornalisti scientifici presenti nel nostro Paese (il convegno è dedicato a due di loro, Pietro Greco e Rossella Panarese).

Per quanto riguarda il tema della complessità è necessario sottolineare come la multifattorialità che caratterizza l'agire

in medicina, renda difficile comprendere appieno la genesi dell'eventuale errore. E qui si apre il secondo scenario: come affrontare l'errore in ambito clinico.

Il punto di partenza può essere quello che possiamo definire genericamente un "evento sentinella", che, secondo Rutstein, ci fa porre la domanda: "Perché è successo?" È importante rifuggire dalla logica della ricerca del colpevole per comprendere quali siano i fattori che possono aver facilitato un comportamento che si discosta da quanto raccomandato (sulla base di prove di efficacia o di una condivisione tra professionisti). È fondamentale avviare una valutazione che analizzi tutti i fattori con l'obiettivo di individuare quelli che possono essere rimossi al fine di evitare l'eventuale ripetersi dell'errore.

È necessario, come detto precedentemente, affrontare la complessità: dalle specifiche condizioni che caratterizzano quel paziente, ai fattori umani (compresi i bias cognitivi), organizzativi e gestionali che possono aver contribuito al determinarsi dell'evento.

Per avviare questa valutazione (dal debriefing all'audit) è necessario acquisire un metodo di lavoro che ponga la massima attenzione a due aspetti che rischiano di rendere difficile il processo: il clima (inteso come l'atmosfera che caratterizza i rapporti tra professionisti nel singolo contesto) e la comunicazione (sia quella tra professionisti sia quella rivolta alla vittima e ai suoi familiari).

Da questo processo di valutazione può scaturire il piano di prevenzione di quello specifico contesto; che può anche individuare eventi critici che, pur in assenza di un evento avverso, devono essere monitorati al fine della prevenzione (trigger).

Rispetto all'errore qual è la formazione per i professionisti sanitari? Salvo poche, lodevoli, eccezioni, siamo costretti a evidenziare un assordante silenzio, sia nella formazione di base sia in quella specialistica. Il Laboratorio della Conoscenza "Carlo Corchia" ha messo a punto un corso di formazione rivolto ai professionisti clinici dell'ambito perinatale per garantire l'acquisizione di un metodo di lavoro e ottimizzare il loro coinvolgimento nel lavoro dei professionisti della gestione del rischio clinico.

Nel concludere questa presentazione non posso che richiamare il pensiero di Karl Popper secondo il quale "l'unico peccato imperdonabile è nascondere un errore". ■

Programma e modalità di iscrizione al convegno sul sito:
www.laborcorchia.it

L'alimentazione complementare

Fra dubbi e certezze, buone e cattive pratiche

Maurizio Iaia
pediatra, Cesena

Introduzione

Il periodo dell'alimentazione complementare (AC) si estende dall'età "ideale" di circa 6 mesi, quando vengono introdotti i primi alimenti complementari per soddisfare le nuove richieste di calorie e nutrienti del lattante, fino all'età di 24 mesi (quando il bambino si sarà completamente adeguato alle abitudini alimentari della sua famiglia). Tale periodo corrisponde a un ampio segmento temporale all'interno della finestra estremamente plastica dei primi 1000 giorni durante la quale l'interazione genotipo-ambiente può determinare, attraverso complessi adattamenti epigenetici (*early programming*), effetti a lungo termine sulla salute psicofisica. La nutrizione infantile è considerata uno dei più importanti modulatori epigenetici attualmente conosciuti. In questa fase evolutiva il bambino sviluppa crescenti competenze psico-relazionali e di autonomia nel mangiare; inoltre scopre una varietà di alimenti diversi per aspetto-consistenza-sapori e imposta le sue preferenze alimentari che tendono a mantenersi invariate nel tempo e, se ben orientate dal contesto familiare, favoriscono un'appropriata traiettoria di crescita staturale con effetti preventivi nei confronti dell'obesità e di altre malattie croniche non trasmissibili che rappresentano un grande problema sociale e di salute pubblica.

Considerata l'ampiezza del tema, saranno esaminati solo alcuni aspetti più dibattuti e zone d'ombra dell'AC riferendoci ai lattanti sani nati a termine e alla realtà dei Paesi industrializzati.

Allattamento e timing dell'AC

Quando posso cominciare a dargli qualcosa oltre il latte?

L'allattamento "esclusivo" nei primi 6 mesi di vita è considerato il gold standard nutrizionale dalle più importanti società scientifiche come la WHO e l'AAP [Meek JY, 2022]; a conferma di ciò, il "Pregnancy and Birth to 24 Months Project" 2019 dell'USDA, dopo un'ampia revisione della letteratura, ha concluso che gli alimenti complementari introdotti prima di tale età non offrono alcun beneficio ai lattanti in termini sia di crescita sia di stato del ferro corporeo e, se introdotti prima dei 4 mesi di età, possono essere associati con un rischio aumentato di sovrappeso/obesità.

Vi è attualmente un consenso sostanzialmente unanime nell'indicare i 6 mesi (180 giorni) come l'età di avvio dell'AC [Caroli et al., 2022]; tuttavia l'ESPGHAN, pur riconoscendo l'esclusività del LM fino a tale età come un obiettivo desiderabile, al contempo afferma che è possibile iniziare l'AC fra 17 e 26 settimane di età (4-6 mesi), dal momento che la funzionalità renale e gastrointestinale è sufficientemente matura per metabolizzare gli alimenti complementari.

Il criterio di maggior senso per iniziare l'AC non deve comunque limitarsi alla raggiunta efficienza metabolica bensì comprendere la constatazione che il lattante, oltre a mostrarsi vivamente interessato ad alimenti diversi dal latte, presenta una concomitanza di segni rivelatori che è "pronto" da un punto di vista oro-neuromotorio a mangiare cibo semisolido/solido.

Tali segni, che compaiono generalmente a un'età media di 6 mesi (5-7 mesi), sono:

- tiene la testa e il collo allineati con il tronco;
- sta seduto da solo o con minimo supporto;
- coordina occhio-mano-bocca così da poter localizzare, afferrare il cibo con prensione a mano piena e portarselo in bocca da sé, come fa con i suoi giocattoli;
- tiene il cibo in bocca per masticarlo, anche in assenza di denti, e lo sposta dalla parte anteriore a quella posteriore della bocca per deglutirlo invece di sospingerlo fuori dalla bocca e farlo colare sul mento.

A dispetto di quanto sopra affermato un'alta percentuale di bambini, soprattutto se alimentati con formula, continua a essere svezzata ben prima dei 6 mesi. È ragionevole affermare che, nei casi specifici in cui non sia possibile sostenere l'allattamento esclusivo al seno per 6 mesi o l'alimentazione con formula (come integrazione/sostituzione del LM in caso di deficit/assenza di quest'ultimo), diventa necessario che il PLS personalizzi il timing del divezzamento (mai prima dei 4 mesi compiuti) senza colpevolizzare i genitori e previa valutazione del contesto familiare, del rapporto mamma-bambino, delle esigenze specifiche della mamma, dell'andamento della crescita e dell'evoluzione neuromotoria del bambino.

Gli alimenti complementari

Cosa posso iniziare a dargli da mangiare?

Con il termine *alimenti complementari* si indicano gli alimenti liquidi/semisolidi/solidi diversi dal latte materno o formulato. Essi devono garantire un apporto adeguato di energia e nutrienti critici (ferro, zinco, iodio, vitamine B, proteine, LCPUFA ecc.) per sostenere l'elevato ritmo di crescita e sviluppo corporeo/cerebrale tipici di questa fase. Poiché i lattanti riescono a mangiare piccoli volumi di cibo (avendo una limitata capacità gastrica) è importante che gli alimenti complementari abbiano un'alta densità nutrizionale e un giusto contenuto calorico, diversamente da quanto emerso in una percentuale rilevante di baby food commerciali: in essi è stata rilevata una bassa densità energetica e nutrizionale rispetto ai loro analoghi preparati in casa, dovuta soprattutto all'aggiunta abituale di acqua non dichiarata in etichetta [WHO 2019]. In conseguenza di ciò i bambini potrebbero sentirsi pieni e smettere di mangiare prima di aver introdotto una congrua quantità di calorie e nutrienti.

Box 1. Come ridurre il rischio di aspirazione di cibo nelle vie aeree

- Sorvegliare sempre il bambino mentre mangia.
- Assaggiare il cibo prima di darlo al bambino: morbido da impastare con la lingua e a temperatura giusta.
- Non tenere il bambino sdraiato sul dorso durante il pasto e offrirgli il cibo solido solo se si mostra pronto: è in grado di stare seduto con minimo appoggio (preferibilmente nel seggiolone) mantenendo la testa allineata al tronco e mostra una sufficiente coordinazione occhi-mano-bocca.
- Non esercitare pressioni e non distarlo per infilargli cibo in bocca e aspettare che sia il bambino ad aprire la bocca.
- Non distrarre il bambino mentre è concentrato a masticare.
- Evitare alimenti che per forma e consistenza sono maggiormente a rischio se proposti come tali fornendo una lista:
 - piccoli, duri, tondi, lisci e scivolosi: (arachidi e frutta secca oleosa in generale, acini d'uva, piselli, pomodorini, pop corn, olive, caramelle dure o gelatinose ecc.);
 - cibi che si spezzano senza perdere la consistenza dura come carota cruda, mela cruda ecc.
 - alimenti appiccicosi o collosi;
 - cibi con filamenti come finocchio, sedano, prosciutto crudo (vanno adeguatamente privati dei filamenti e tagliuzzati).
- Da bandire l'aggiunta di cereali o altri solidi nel biberon.

Tabella 1. Evoluzione delle abilità del bambino nell'uso delle mani, cucchiaio e forchetta, tazza

<p>Mani Dare l'opportunità di usare all'età giusta le mani per prendere da sé cibo adatto per forma, dimensioni e consistenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mangiare con le mani è una capacità che compare in modo "naturale" nel corso dello sviluppo e permette al bambino di sperimentare la sua autonomia. - Essere "allenato" a mangiare tramite il cucchiaio non è un prerequisito per diventare capaci di mangiare da sé con le mani (la posateria è comparsa nel Rinascimento). - Toccare un alimento risveglia una nostra necessità ancestrale legata alla sopravvivenza e ci permette di trarre informazioni sensoriali prima di ingerire un cibo (caldo, freddo, morbido, duro ecc.). - A 6-7 mesi il bambino inizia ad afferrare con prensione palmare (ultime 4 dita piegate a gancio sul palmo) un pezzo di cibo a forma di manico e lo porta in bocca per mangiare la parte che sporge dal pugno. - <i>Esempi di finger food domestici</i>: fiori di broccoli o cavolfiori con il gambo; bastoncini di carote-patate-zucchini-zucca gialla; fagiolini; strisce di pane; pasta in forme impugnabili; stick di formaggio; strisce di carne o pezzi di filetto di pesce senza spine. - A 8-9 mesi afferra un pezzettino di cibo chiudendo il pollice e l'indice a pinzetta, dapprima con il pollice esteso (<i>pinza inferiore</i>) ma verso i 9-10 mesi lo trattiene fra i polpastrelli di pollice e indice (<i>pinza superiore</i>). - A 9-10 mesi impara ad allungare l'indice per indicare un cibo che vuole.
<p>Cucchiaio e forchetta Dare l'opportunità di usare da sé cucchiaio e forchetta da circa 1 anno di età: fino a 18 mesi scegliere utensili che abbiano un manico corto e tozzo (più facili da impugnare) e le estremità di dimensioni appropriate alla larghezza della bocca del bambino</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fra i 4-6 mesi di età: <ul style="list-style-type: none"> - tiene la lingua appiattita e bassa per accogliere il cucchiaio; - stringe le labbra attorno al cucchiaio, e ne asporta il contenuto; - mastica e deglutisce cibo morbido dato con il cucchiaio. - Il bambino può iniziare a usare da sé il cucchiaio verso i 12 mesi di età ma il suo uso migliora verso 16-18 mesi di età.
<p>Tazza Dare l'opportunità al bambino di usare la tazza per imparare a bere a sorsi invece che con la suzione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il bambino inizia a imparare a bere da una tazza aperta senza beccuccio verso 8-9 mesi di età. - A circa 12 mesi è capace di tenere la tazza con due mani. (N.B. Il biberon andrebbe eliminato verso 1 anno di età).

Gli alimenti complementari vengono dati con il cucchiaio come alimenti casalinghi dopo opportuni adattamenti della loro consistenza/dimensioni/forma (buoni esempi sono la carne finemente triturrata e il pesce) ma spesso si ricorre a baby food commerciali i cui limiti saranno discussi. Il bambino va anche incoraggiato a mangiare da sé con le mani se mostra di volerlo fare. A circa 6 mesi, quando avrà imparato a stare seduto senza perdere l'equilibrio, potrà afferrare con prensione palmare pezzi di cibo messi alla sua portata e forgiati a mo' di manico (sufficientemente sodi da non sciogliersi in mano ma anche sufficientemente morbidi da poter essere masticati e ingoiati) e portarseli in bocca mangiando la parte che fuoriesce dal pugno.

Fra gli 8-10 mesi di età, il cibo da mangiare con le mani può essere proposto a pezzettini più piccoli dal momento che il bambino sarà in grado di afferrarli fra pollice e indice. La progressione delle abilità nell'uso delle mani, delle posate e della tazza in rapporto all'età è riportata in **Tabella 1**.

È importante che genitori e caregiver adottino comportamenti adeguati a prevenire il rischio di *choking* (soffocamento da corpo estraneo) e siano eruditi sulla differenza che c'è fra *gagging* e *choking* [Box 1,2].

Dopo una fase iniziale di piccoli assaggi in cui il bambino si sarà abituato a mangiare un po' di tutto, è bene programmare i pasti secondo menù ispirati ai principi dell'alimentazione

Box 2. Gag reflex, gagging e choking

Gag reflex e gagging

Quando il bambino inizia ad assumere alimenti complementari si manifestano con una frequenza variabile alcuni conati di vomito (*gagging*). Sono dovuti all'attivazione del *gag reflex* (riflesso faringeo), del tutto normale in quanto si tratta di un riflesso protettivo che aiuta il bambino nell'apprendere come gestire il cibo solido in bocca contro il rischio di inalazione nelle vie aeree. Viene sollecitato quando il bambino ha troppo cibo in bocca o quando pezzi di cibo non sufficientemente masticato (o un oggetto estraneo) sfuggono verso la parte posteriore della bocca: la contrazione del faringe con vigorosa spinta della lingua in avanti proietta fuori dalla bocca l'oggetto estraneo o sposta in avanti pezzi di cibo grossi per consentire che siano masticati ulteriormente. Lo stesso fenomeno si osserva quando il bambino si infila in bocca le sue stesse dita spingendole posteriormente per allenarsi nel controllo oromotorio dei volumi solidi in bocca. Il *gagging* è molto comune in tutti i lattanti (sia svezzati convenzionalmente con pappe in purea che con finger food) fino a 8-9 mesi di età quando si riduce nettamente. Infatti, dopo i 4 mesi il punto nella bocca in cui viene elicitato si sposta sempre più posteriormente riducendosi alla zona del quarto posteriore della lingua verso l'età di 1 anno, ma non scompare mai completamente fungendo da sentinella delle vie aeree in caso di emergenza. Il *gagging* non spaventa e non disturba il bambino (se i genitori non si mostrano spaventati).

Choking (soffocamento)

Del tutto diverso è il *choking* che si riferisce all'ostruzione parziale o totale delle vie aeree per inalazione di cibo o da corpo estraneo:

- ostruzione parziale: il bambino è in grado di tossire vigorosamente, piangere e parlare. In questi casi lasciare che gestisca da sé questa evenienza evitando qualsiasi manovra di disostruzione, standogli vicino e lasciando che tossisca;
- ostruzione totale: il bambino non emette suoni, può cambiare colore, occhi spalancati e impauriti, agita braccia e gambe. (N.B. In tal caso chiamare il 118 e mettere in atto la manovra di disostruzione).

Tabella 2. Pianificazione del menù tipo; timing di introduzione di alimenti cosiddetti allergizzanti e del glutine; alimenti da evitare nel primo anno di vita

<p>Criteri per comporre un menù giornaliero/settimanale vario ed equilibrato</p>	<p>Pranzo e cena tipo <i>Primo piatto:</i> cereali (meglio semi-integrali nell'età 6 mesi-2 anni e successivamente integrali). Preferire pasta semplice (piuttosto che all'uovo o ripiena) con condimenti semplici (sugo di pomodoro e/o verdure). Si può abbinare un primo piatto asciutto a pranzo e una minestrina alla sera. <i>Secondo piatto:</i> carne 3 v/sett. (alternando carne rossa e carne bianca); pesce 3 v/sett.; legumi secchi 3-4 v/sett.; uova 1-2 v/sett.; formaggio 1-2 v/sett. <i>Verdure di stagione; olio extravergine d'oliva; pane.</i> <i>Frutta fresca di stagione.</i> <i>Acqua:</i> educare i bambini a soddisfare la sete bevendo esclusivamente acqua. <i>Piatto unico</i> (in sostituzione di primo e secondo piatto): cereali + legumi (es. pasta e ceci, polenta con fagioli, riso con piselli ecc.) oppure cereali + pesce o carne. <i>Colazione:</i> primo anno di vita latte materno (o in sua assenza formulato); secondo anno di vita latte materno (o in sua assenza latte vaccino intero +cereali). <i>Spuntini:</i> devono essere leggeri (frutta fresca) e pianificati a orari regolari. N.B. In caso di <i>divezzamento vegano</i> è perentorio garantire un'adeguata densità energetica della dieta e apporti adeguati di proteine, vitamina B12 (il cui deficit può portare a danni neurologici permanenti), vitamina D, acido folico, acidi grassi omega 3 (in particolare DHA), ferro, zinco e calcio [Fewrell et al., 2017] <i>Porzioni di cibo:</i> vedi Tabelle 3,4.</p>
<p>Timing di introduzione degli alimenti cosiddetti allergizzanti (uovo, pomodoro, pesce, latte vaccino ecc.) e del glutine</p>	<p><i>Introduzione di alimenti potenzialmente allergizzanti:</i> può avvenire insieme con l'introduzione degli altri alimenti complementari intorno ai 6 mesi di vita, indipendentemente dalla modalità di allattamento e dal rischio atopico. Riguardo alla prevenzione delle allergie alle arachidi, nei Paesi con alto consumo di arachidi è indicato introdurre questo alimento fra i 4-6 mesi di età (e comunque non oltre gli 11 mesi) in caso di dermatite atopica severa o allergia all'uovo [Togias et al., 2017]. <i>Introduzione del glutine</i> [ESPGHAN 2016]: il glutine si può introdurre in qualsiasi momento fra i 4-12 mesi. L'allattamento al seno prima/durante l'introduzione del glutine non è associato a una riduzione del rischio di celiachia.</p>
<p>Alimenti da limitare o evitare nel primo anno di vita</p>	<p><i>Zucchero.</i> L'assunzione di zuccheri liberi (spesso presenti nei baby food commerciali o aggiunti nella cucina domestica o naturalmente presenti nei succhi di frutta) deve essere minimizzata sec. indicazioni LARN 2014 (< 15% calorie tot. giornaliere). Evitare le bevande zuccherate/dolcificate (tisane varie, camomilla). <i>Sale.</i> Nella cottura degli alimenti (pasta, brodo, sughi ecc.) si può utilizzare il sale iodato per tutta la famiglia in piccole quantità, mentre va limitato il più possibile come condimento. Limitare gli alimenti più ricchi di sale (formaggi, salumi, prodotti da forno, pesci in scatola). <i>Il miele</i> non deve essere introdotto nel primo anno di vita per evitare il botulismo. <i>Il finocchio selvatico</i>, usato a volte sotto forma di infusi per le coliche o sintomi digestivi nel lattante, contiene estragolo, un cancerogeno genotossico. In mancanza di adeguati dati di sicurezza nel bambino queste preparazioni non sono consigliate sotto i 4 anni di vita [Fewrell et al., 2017]. <i>Le bevande di riso</i> non dovrebbero essere utilizzate nei lattanti e nei primi anni di vita per ridurre l'esposizione all'arsenico inorganico [Fewrell et al., 2017]. <i>Il latte vaccino</i> non è indicato in età <12 mesi, al posto del latte materno o formulato, per il suo scarso contenuto in ferro e per un eccessivo contenuto proteico. Può essere tuttavia utilizzato in piccole quantità come ingrediente di varie preparazioni o offerto 1-2 v/sett. come yogurt o formaggio. Evitare gli <i>alimenti che comportano un rischio di strozzamento.</i></p>

mediterranea, privilegiando alimenti semplici non ultraprocessati appartenenti a tutti i gruppi alimentari [Tabella 2]. La preferenza va data ad alimenti di produzione nazionale e di qualità controllata. Riguardo ai prodotti confezionati occorre leggere attentamente le etichette; per i prodotti freschi sono da preferire quelli di produzione integrata e a km zero o da agricoltura e allevamento biologici. Il *timing* di introduzione di alimenti potenzialmente allergizzanti e del glutine e i pochi alimenti da evitare/limitare nel primo anno di vita sono indicati in **Tabella 2.**

Quanto deve mangiare?

I fabbisogni di energia e nutrienti in rapporto all'età sono riportati nell'ultima revisione dei LARN (IV ed.) e tradotti in indicazioni pratiche nelle Linee guida per una sana alimentazione del CREA (2018). Uno degli aggiornamenti dei nuovi LARN è rappresentato dalla riduzione, soprattutto nella primissima infanzia, del fabbisogno proteico in quanto alcuni studi hanno evidenziato un'associazione tra un elevato intake proteico (15-20% delle calorie totali/die) nei primi 2 anni di vita e il rischio di sviluppare sovrappeso/obesità in età scolare in soggetti predisposti; la percentuale di proteine non dovrebbe perciò superare il 14% delle calorie totali/die nel periodo dell'AC.

Nelle **Tabelle 3 e 4** sono indicate le porzioni dei principali alimenti (generalmente minori di quelle ritenute erroneamente idonee dai genitori) e le frequenze di consumo giornaliere/settimanali nell'età 6-24 mesi, basate sulle indicazioni dei due documenti sopra citati. Esse hanno un significato genericamente orientativo e non prescrittivo, dal momento che i lattanti sanno per natura autoregolarsi sul loro intake energetico. È stata la pediatra americana Clara Davis a dimostrare per prima nei lontani anni '30 che bambini di 6-11 mesi erano capaci di autoregolarsi istintivamente sia su *cosa* che su *quanto* mangiare se messi in condizioni di "scegliere liberamente" fra una varietà di alimenti casalinghi semplici e salutari, tanto da mantenere nel follow-up di 5 anni normali parametri di crescita e biomorali.

Criticità dei baby food commerciali

L'industria del baby food mira a convincere i genitori che, per favorire una sana crescita dei bambini e non incorrere in carenze nutrizionali, non si possa fare a meno dei suoi cibi "scientifici" realizzati da esperti. I prodotti pronti per l'uso offrono inoltre l'accattivante vantaggio di far risparmiare tempo ed energia a genitori sempre più condizionati dagli attuali ritmi di vita accelerati e sempre meno avvezzi

Tabella 3. Quantità (alimento crudo e al netto degli scarti) e frequenze di consumo consigliate dei più comuni alimenti per l'età 6-12 mesi (considerando 2 pasti solidi giornalieri; gli altri pasti sono assicurati dal latte materno o dal latte di proseguimento) [adattato da Linee Guida per una sana alimentazione - Dossier scientifico - Crea 2018]

Alimenti	Quantità consigliata	Frequenze di consumo
Pasta, riso, cuscus ecc. ¹	20-25 g (dimezzare per brodi)	2 volte al giorno
Pane ²	10 g	2 volte al giorno
Verdure di stagione (patate escluse)	10 g insalate (es. lattuga, pomodori ecc.) 60 g verdura da cuocere (es. bieta, spinaci ecc.)	2 volte al giorno
Frutta fresca di stagione	35-40 g	3 volte al giorno
Legumi	25 g freschi o 10 g secchi	3 volte alla settimana
Yogurt	60 g	1-2 volte a settimana
Formaggio	25 g fresco (es. ricotta, casatella) o 10 g altri formaggi (es. caciotta)	2 volte alla settimana
Formaggio grattugiato	12 g stagionato (es. parmigiano)	da suddividere nell'arco della settimana
Pesce ³	20-30 g	3 volte alla settimana
Carne ⁴	15-25 g	3 volte alla settimana
Uova ⁵	25-50 g	1 volta alla settimana
Olio ⁶	5-10 g extravergine d'oliva	2 volte al giorno

1. Per minestre in brodo o passati di verdura o legumi dimezzare le quantità.
2. In questa fascia di età è opportuno il consumo esclusivo di pane a basso contenuto di sale.
3. Per il ragù di pesce come condimento del primo piatto dimezzare la quantità. N.B. Il pesce è un'importante fonte di nutrienti essenziali come gli acidi grassi poliinsaturi a lunga catena della serie n-3 (LCPUFA n-3). Tuttavia, occorre limitare il consumo di pesce di grande taglia (es. tonno, salmone, pesce spada) per contenere l'assunzione di metilmercurio, tossico per il sistema nervoso. L'EFSA ha calcolato il numero di porzioni settimanali di pesce il cui consumo copre il fabbisogno di LC-PUFA senza superare il TWI (Tolerable Weekly Intake) riguardo il metilmercurio che varia in base a età e peso. I bambini di 1-3 anni raggiungono il TWI assumendo 2-3 porzioni di pesce alla settimana ma nel caso dei pesci predatori di grande taglia può essere raggiunto dopo il consumo di meno di 1 o 2 porzioni. In linea generale è consigliabile preferire abitualmente pesce azzurro di taglia piccola.
4. Preferire tagli magri e carne bianca (pollo, tacchino e coniglio). Per il ragù di carne come condimento del primo piatto dimezzare la quantità.
5. Le diverse grammature corrispondono rispettivamente a ½ uovo (6 mesi) e 1 uovo intero (12 mesi).
6. Le diverse grammature corrispondono rispettivamente a 1 cucchiaino (6 mesi) e 1 cucchiaino (12 mesi). N.B. Qualora si dovesse ricorrere a vasetti di omogeneizzati di vari alimenti (verdure, carne, pesce, legumi, formaggio) sono in vasetti da 80 g; frutta in vasetti da 100 g) la quantità della porzione è di mezzo vasetto dall'età di 6 mesi fino all'anno; a 1 anno si può proporre 1 intero vasetto.

Tabella 4. Quantità (alimento crudo e al netto degli scarti) e frequenze di consumo consigliate per bambini di 12-23 mesi [adattato da Linee Guida per una sana alimentazione - Dossier scientifico - Crea 2018]

Alimenti	Quantità consigliata	Frequenze di consumo
Pasta, riso, polenta, orzo, farro ecc. ¹	25 g	2 volte al giorno
Pane	15 g	2 volte al giorno
Pizza ²	80 g	0-1 volta alla settimana
Prodotti da forno e cereali da colazione	1 biscotto o 1 fetta biscottata o 10 g cereali da colazione	1 volta al giorno
Patate	70 g	0-1 volta alla settimana
Verdure di stagione	15 g insalate (es. lattuga, pomodori ecc.) 70 g verdura da cuocere (es. bieta, spinaci ecc.)	2 volte al giorno
Frutta fresca di stagione	40 g	3 volte al giorno
Legumi	30 g freschi o 10 g secchi	3 volte alla settimana
Latte vaccino intero	150 ml	1 volta al giorno
Yogurt	60 g	1 volta al giorno
Formaggio	25 g fresco (es. mozzarella) o 15 g altri formaggi (es. caciotta)	2 volte alla settimana
Formaggio grattugiato	15 g stagionato (es. parmigiano)	da suddividere nell'arco della settimana
Pesce ³	30 g	3 volte alla settimana
Carne ⁴	25 g	3 volte alla settimana
Uova	50 g (1 uovo)	2 volte alla settimana
Olio	23 g extravergine d'oliva	da suddividere nell'arco della giornata
Dolci	20 g dolci da forno o 10 g cioccolato, marmellata ecc. o 40 g dolci a cucchiaio (es. gelato, budino ecc.).	1 volta alla settimana
Acqua	4 bicchieri (circa 800 ml)	nell'arco della giornata

1. Per minestre in brodo o in passati di verdura o legumi dimezzare la quantità. Per la pasta all'uovo ripiena (es. ravioli, tortellini) la porzione è circa +50%. Per la pasta all'uovo fresca (es. tagliatelle) la porzione è circa +25%.
2. Si tratta di pizza al piatto variamente condita, quindi di un prodotto diverso dalla pizza al taglio. Di norma si considera come piatto unico.
3. Limitare il consumo di pesce di grande taglia (es. tonno, salmone, pesce spada). Vedi anche nota 3 della tabella 3. Per il ragù di pesce come condimento di primo piatto dimezzare la quantità.
4. Preferire tagli magri e carne bianca (pollo, tacchino e coniglio). Per le carni trasformate dimezzare la quantità. Per il ragù di carne come condimento di primo piatto dimezzare la quantità.

Box 3. Criticità dei baby food commerciali

- In un'alta percentuale di baby food commerciali esaminati in Europa è stato riscontrato un **eccesso di carboidrati totali e zuccheri aggiunti** il cui consumo abituale può indirizzare precocemente verso una spiccata preferenza alimentare per gli alimenti dal sapore dolce e aumentare il rischio di eccesso ponderale e carie dentali; sono molto utilizzati zuccheri aggiunti sotto forma di succo concentrato di frutta o liofilizzati di frutta o saccarosio [Hutchinson J et al., 2021; WHO 2019; Theurich M et al., 2022].
- Vi è inoltre un marketing diffuso di tè e tisane dolci per il primo anno di vita che hanno sapori molto dolci o alti livelli di sostituti di zuccheri. [WHO 2019; Hutchinson J et al., 2021].
- Una percentuale di baby food commerciali variabile dal 28 al 60% viene commercializzata in alcuni Paesi campione europei come utilizzabile al disotto dell'età di 6 mesi, in aperta violazione delle regole internazionalmente concordate e riportate nel Code e nella Guidance della WHO [WHO, 2019].
- Una percentuale elevata di baby food commerciali destinati alla prima infanzia ha una **bassa densità energetica** (riscontrata in molte minestre, alcuni yogurt, alimenti a base di carne o pesce, puree di frutta) rispetto agli analoghi alimenti preparati in casa, mentre in altri prodotti della categoria "biscotti/wafers/patatine» (abituale e inopportuno consumati come snack) è stata rilevata una **densità energetica troppo elevata** [WHO, 2019].
- La lavorazione industriale può ridurre la quantità di micronutrienti.
- Vengono aggiunte con una certa frequenza varie sostanze per renderli appetibili: oltre agli zuccheri, oli con origini talora non dichiarate, sale, aromi naturali [WHO, 2019].
- Hanno sapori e consistenza standardizzati sempre uguali a se stessi: l'introduzione ritardata oltre i 9-10 mesi di età del primo cibo domestico "a pezzettini" favorisce la comparsa di difficoltà sia di accettazione sia di gestione del cibo solido fino a 7 anni di età [Coulthard et al., Child Nutr 2009;5:75-85; Potock M, 2022].
- I bambini svezzati con i baby food generalmente assumono la pappa in momenti differenziati rispetto al pasto della famiglia.
- Costano in genere molto di più [ACP, 2017] e non sono migliori sul piano nutrizionale dei loro corrispettivi fatti in casa (es. la carne e il pesce omogeneizzati spesso contengono quantità di ferro e zinco minori dei loro equivalenti casalinghi).
- Sono inquinanti: elevato consumo di energia per la produzione industriale e per la distribuzione su lunghe distanze, aumento dei rifiuti da imballaggio da smaltire ecc.

e addestrati alle preparazioni culinarie domestiche. Il marketing del baby food punta su questi aspetti nei messaggi pubblicitari per incrementare le vendite dei suoi prodotti. Il loro largo consumo in un'età estremamente sensibile della crescita impone tuttavia un'attenta valutazione.

In un *Position paper* della Committee on nutrition dell'ESPGHAN [Fewtrell M et al., 2017] viene dedicato uno spazio al confronto qualitativo fra cibi complementari "preparati in casa" versus "baby food commerciali" con le seguenti conclusioni:

- gli alimenti complementari casalinghi, ben preparati e senza aggiunta di sale e di zuccheri, offrono l'opportunità di apprendere una maggiore varietà di consistenze e di sapori culturalmente appropriati alle tradizioni alimentari e garantiscono una maggiore densità energetica rispetto ai baby food commerciali;
- due studi hanno evidenziato un deficit di varietà vegetali nei cibi complementari commerciali, con una predominanza di verdure dolci come patate e carote;
- nello studio tedesco di coorte DONALD i bambini con un'alta percentuale di consumo di baby food commerciali hanno presentato successivamente una minore assunzione di verdure nella prima infanzia e (nei maschi) un minor consumo di frutta e verdura in età prescolare e scolare.

Varie indagini eseguite recentemente nei Paesi europei hanno svelato l'inadeguatezza nutrizionale di una percentuale elevata di baby food commerciali, in particolare per un eccesso di carboidrati totali e zuccheri liberi o aggiunti, oltre alla loro promozione inappropriata [Hutchinson J et al., 2021; WHO, 2019; Theurich M et al., 2022]. Nel **Box 3** sono riportate alcune criticità associate al consumo di baby food commerciali.

Un prodotto affermatosi sul mercato europeo è rappresentato dai cosiddetti *baby food pouches*: puree di frutta in sacchetti spremibili direttamente e rapidamente in bocca [**Box 4**].

Lo sviluppo del gusto e delle preferenze alimentari

La transizione dalla dieta latte monotona dei primi mesi di vita a una dieta necessariamente onnivora richiede che il bambino superi la naturale diffidenza (di grado variabile) a introdurre nel proprio corpo nuovi alimenti che hanno sapori,

colori, odori, consistenze totalmente diversi ("paradosso dell'onnivoro" di Rozin). I bambini nascono programmati con una preferenza per i gusti *dolce, salato* (dai 4 mesi circa di età) e *umami* (dovuto all'aminoacido L-glutammato presente in alimenti come i concentrati di carne o i prodotti stagionati come il parmigiano) che caratterizzano i cibi ricchi di principi nutritivi indispensabili per la sopravvivenza e un'avversione per i gusti *amaro e acido* evolutivamente finalizzata a proteggere l'individuo dall'ingestione di sostanze potenzialmente dannose. Una diversa soglia di percezione determina differenze individuali circa l'intensità con cui essi vengono percepiti. È in fase di approfondimento la scoperta di un sesto gusto del *grasso* i cui recettori ne regolano l'assunzione.

Diversamente dal numero limitato di gusti, le nostre percezioni olfattive sono generate da centinaia di differenti odori volatili che stimolano i rispettivi recettori nella parte anteriore del naso e nelle fosse nasali posteriori. Il sistema olfattivo si è sviluppato per individuare in un ambiente originariamente ostile cibi pericolosi e cibi affidabili annusandone/memorizzandone l'odore prima di ingerirli. La società contemporanea, più sicura rispetto al passato, ha reso l'olfatto meno importante tanto che non utilizziamo più circa 2/3 dei nostri recettori olfattivi.

Sebbene queste tendenze innate abbiano migliorato le possibilità di sopravvivenza in contesti primitivi caratterizzati da scarsità di cibo, esse (continuando a essere operanti nei geni dell'uomo contemporaneo) sono chiaramente disadattive nei nostri contesti di vita in cui i bambini sono sovraesposti a una moltitudine di cibi dolci/grassi/salati e bevande zuccherate, fortemente pubblicizzati ad arte dall'industria, esaltatori del piacere che aggirano la percezione del senso di sazietà e li espongono al rischio di un eccessivo incremento ponderale. Al contrario, la diffidenza per l'amaro spiega perché i bambini spesso rifiutano le verdure dal sapore amaro come per es. le crucifere (cavolo, cavolfiore, broccoli, rapa, ravanelli, rucola) che hanno un riconosciuto valore protettivo/preventivo contro le malattie da civilizzazione.

Tuttavia le preferenze innate possono essere modellate dalle successive esperienze ambientali.

Box 4. Cosa sono i baby food pouches

I cosiddetti *baby food pouches* in vendita sul mercato europeo (Italia compresa) sono puree di frutta confezionate in sacchetti di plastica spremibili, provvisti di un beccuccio e di un tappo a vite, il cui consumo è proposto dai 4 o dai 6 mesi di età a seconda del diverso produttore. A parità di volume costano circa il doppio rispetto ai vasetti convenzionali di omogeneizzati di frutta. Il contenuto della busta può essere rapidamente spremuto in bocca dallo stesso bambino o dal caregiver o succhiato attraverso il beccuccio, con minimo impegno della muscolatura delle labbra, mandibola, lingua [Koletzko B et al., 2019].

Secondo molti genitori questi prodotti consentono un approccio pratico all'avvio dell'alimentazione complementare: quale modo più sbrigativo per gestire un pasto del bebè e più efficace per fargli mangiare frutta e verdure! Le etichette enfatizzano caratteristiche accattivanti come la presenza di ingredienti naturali o biologici, l'assenza di additivi, la specificazione "senza zuccheri aggiunti" che crea la falsa impressione di un basso contenuto di zuccheri (spesso gli zuccheri presenti sono effettivamente solo quelli presenti in natura nella frutta utilizzata che tuttavia è ricca di fruttosio, e contiene in misura minore glucosio e saccarosio), le caratteristiche vegetariane/vegane del prodotto, la dicitura per alcuni prodotti che il materiale della busta è 100% riciclabile.

Spremi, gusta e ricicliami recita l'etichetta italiana dei *pouches* di un'arcinota multinazionale.

L'abitudine a succhiare cibo complementare in forma di purea priva il bambino di una serie di importanti esperienze di apprendimento oromotorio e sensoriale (masticare/deglutire, toccare, scoprire nuovi sapori e consistenze, vedere i diversi colori del cibo). Qualora si dovesse ricorrere a un cibo complementare in purea è sempre meglio darlo con il cucchiaino invece che lasciarlo succhiare da una busta.

Altre importanti criticità del consumo abituale di *baby food pouches*:

- il **sapore molto dolce** che condiziona precocemente la preferenza per alimenti con tale sapore. Gli zuccheri nelle puree di frutta vengono liberati durante il trattamento industriale dalle pareti cellulari della frutta conferendo un sapore più dolce rispetto alla frutta preparata in casa che mantiene buona parte degli zuccheri nella sua matrice;
- il **contenuto molto elevato di zuccheri liberi** che aumenta il **rischio di carie dentali** (maggiore tempo di aderenza alle superfici dentali della purea rispetto alla frutta a pezzi la cui masticazione ha un effetto abrasivo) e di **sovrappeso/obesità**.

N.B. È importante che il PLS spieghi ai genitori la differenza che c'è fra mangiare un frutto fresco a pezzi (alimento salutare di cui si dovrebbero assumere 3 porzioni al giorno) e berlo in forma di purea.

La suzione di cibo in purea o liquido spremuto da una busta può essere pratico per un astronauta, ma non deve diventare per i bambini un modo abituale di mangiare.

Effetto delle esposizioni precoci e ripetute sull'accettazione di nuovi cibi

A partire dalla vita prenatale e durante l'infanzia vi sono ripetute opportunità che consentono di "imparare" a gradire i sapori di cibi protettivi per la salute; per esempio, l'accettazione di un nuovo alimento da parte del bambino è facilitata se le sue caratteristiche gli diventano "familiari". Le prime esperienze gustative/olfattive iniziano nell'epoca prenatale (i recettori gustativi e olfattivi iniziano a svilupparsi nelle prime settimane di gravidanza, raggiungendo un elevato livello di funzionalità soprattutto nel 3° trimestre) grazie all'esposizione ripetuta in utero attraverso il liquido amniotico ai sapori derivanti dalla dieta materna, e proseguono con la riesposizione agli stessi attraverso il latte materno, a differenza di quanto si verifica nei bambini alimentati artificialmente che sono esposti esclusivamente agli aromi della formula artificiale. Questi ponti chemiosensoriali che collegano

vita intra- ed extrauterina formano un continuum che ha la funzione adattiva di permettere al piccolo della specie il riconoscimento degli odori/sapori della dieta materna (fonti sicure di sostanze edibili) che saranno preferiti rispetto ad altri al momento del svezzamento.

È stata inoltre identificata una *finestra sensibile per i sapori* compresa fra i 4-6 mesi circa di età, durante la quale il bambino, se esposto a nuovi cibi, dimostra di accettarli e gradirli più facilmente anche se hanno un sapore amaro come molti vegetali [Harris G, 2017]. Per raggiungere tale scopo possono essere necessari da 8 a 10 assaggi (talora fino a 15) di ciascun nuovo singolo alimento, ripetuti a distanza di pochi giorni senza forzature. Purtroppo, i genitori desistono spesso dal riproporre un alimento rifiutato dopo 3-4 tentativi falliti soprattutto perché influenzati dall'espressione facciale di rifiuto da parte del bambino che invece può essere semplicemente un'espressione di sorpresa di fronte a un sapore non familiare.

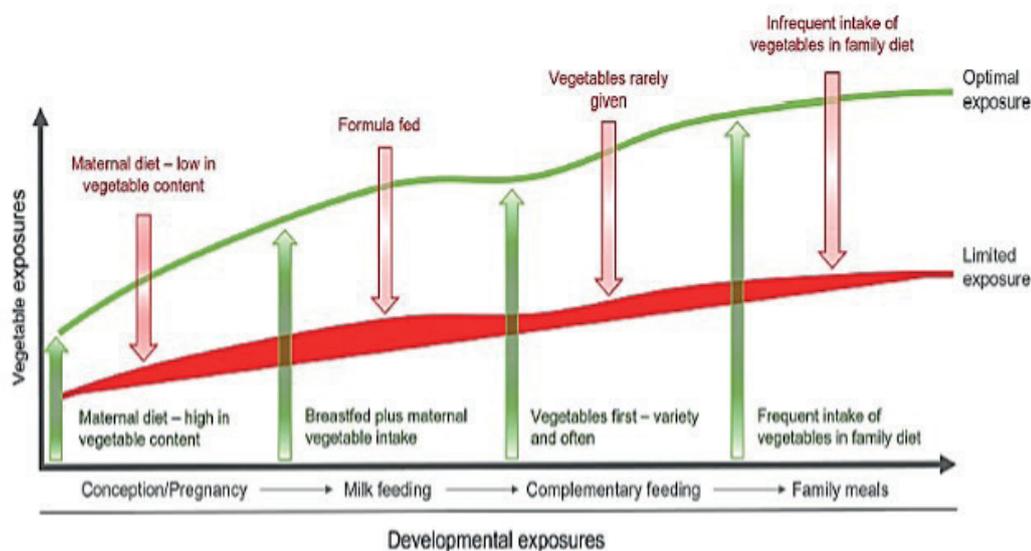


Figura 1. Esposizione chemiosensoriale al sapore delle verdure dal concepimento alla dieta familiare, con il numero ideale di esposizioni in verde e il numero scarso di esposizioni in rosso. I lattanti avranno esposizioni variabili in funzione dei comportamenti materni nelle prime epoche della vita (gravidanza, allattamento, alimenti complementari proposti) e delle successive esperienze alimentari relative alla dieta familiare ed extrafamiliare (Tratta da Nekitsing C, Hetherington MM. Implementing a 'Vegetables First' Approach to Complementary Feeding. *Curr Nutr Rep.* 2022 Jun;11(2):301-310.

Box 5. Educazione al consumo di verdure e frutta e sostenibilità ambientale

L'abitudine a un congruo consumo giornaliero di verdure e frutta rappresenta un fattore protettivo nei confronti delle malattie cronico-degenerative non trasmissibili. Inoltre, le Nazioni Unite avvertono che un'alimentazione prevalentemente basata su alimenti vegetali è diventata una necessità per contrastare a livello globale i cambiamenti climatici, dal momento che le pratiche di produzione agraria sono molto meno inquinanti degli allevamenti di bestiame.

Le due esigenze di tutelare la salute degli individui e dell'ambiente convergono nell'indicare a livello globale la necessità inderogabile di promuovere uno stile alimentare sostenibile prevalentemente basato su alimenti vegetali con una prevalenza di cereali integrali, verdure, frutta fresca, frutta secca oleosa e legumi rispetto agli alimenti di origine animale e derivati del latte, come sottolineato nel report della commissione *EAT – Lancet* sulla salute del pianeta. Considerato che i bambini hanno generalmente uno scarso consumo di frutta e verdure (in particolare di verdure a foglia), è importante pianificare l'esposizione precoce ai sapori delle verdure a partire dalla vita fetale in poi come modalità facilitante il loro gradimento e la loro accettazione nel tempo [Nekitsing C et al., 2022]. Alcune evidenze sugli interventi per favorire il consumo di verdure nel periodo infantile sono di seguito riportate.

- Un *consensus* di esperti promosso dalla *British Nutrition Foundation* (2016) ha sottolineato, dopo l'esame di revisioni della letteratura, l'importanza di incoraggiare i genitori a adottare fin dall'inizio dell'alimentazione complementare il seguente approccio:
 - *vegetable first* = iniziare l'alimentazione complementare con **piccoli assaggi di verdure**, soprattutto quelle di sapore amaro, invece che con la frutta o i cereali;
 - *frequently* = **esporre ripetutamente fino a 8 o più volte** (senza forzature) all'assaggio distinto di ciascuna singola verdura nell'arco di 2 settimane (una o più tipi di verdure al giorno) per favorirne l'accettazione a breve e lungo termine. Non vi sono invece evidenze che il mescolamento/mascheramento con altri cibi più graditi ne migliori l'accettazione;
 - *variety* = privilegiare una varietà di verdure dal sapore amaro **senza ricadere nell'errore di proporre solo quelle dolci**.
- Una "revisione a ombrello" comprendente 11 review sistematiche [Bell LK et al., 2021] sul grado di efficacia di strategie per aumentare il consumo di verdure in bambini con età fino a 5 anni ha confermato che vi sono: a) evidenze "promettenti" (consistente e ampio corpo di evidenze di qualità moderata) che le esposizioni "ripetute" (fino a 10 o più) sono efficaci a tale scopo e b) evidenze "emergenti" (da piccolo a moderato corpo di evidenze di qualità moderata) che sia le strategie che aumentano la familiarità con il sapore delle verdure (esposizione in utero e attraverso il latte materno, verdure come primi alimenti all'inizio dell'alimentazione complementare) che l'adozione di comportamenti educativi come il role modeling parentale positivo risultano efficaci nel facilitare l'accettazione delle verdure.

In conclusione, la review ritiene ragionevole che le agenzie di salute pubblica e gli operatori sanitari (MMG/PLS/OSTETRICHE...) incoraggino il consumo di verdure nei primi 1000 giorni di vita attraverso interventi di educazione alimentare rivolti alle donne che intendono intraprendere una gravidanza o con gestazione in corso e durante l'allattamento al seno, e promuovano un approccio "verdure come primo alimento" nell'introdurre i lattanti all'alimentazione complementare".

Il tipo di esperienze sensoriali dei primi 1000 giorni (scelta di alimenti assunti dalla madre durante la gravidanza e l'allattamento al seno, tipo di alimenti complementari casalinghi o commerciali proposti con l'avvio e il proseguimento dell'AC a casa ed eventualmente al nido d'infanzia) può influenzare in misura diversa le preferenze alimentari del bambino in funzione del grado variabile di esposizione (da scarsa a ottimale/continuativa) ai diversi sapori [Figura 1] con effetti persistenti negli anni successivi. Oltre alla suddetta finestra sensibile per i sapori, si ritiene che i bambini presentino i maggiori progressi nell'apprendimento delle capacità di mordere/masticare/deglutire cibo di consistenza semisolida/solida in una *finestra motoria* compresa fra 6 e 9-10 mesi di età [Harris G, 2017; Potock M, 2022]. Studi longitudinali hanno evidenziato che, se si ritarda fino a 9-10 mesi o più l'introduzione di cibo solido a pezzettini ricorrendo solo ad alimenti semiliquidi (pappe in purea, commerciali o casalinghe, in cui vi è il mescolamento dei sapori in un tutt'uno e una consistenza sempre uguale), aumenta il rischio di provocare l'insorgenza di avversità alimentari al momento del passaggio al cibo casalingo, tanto da richiedere un "secondo svezzamento" e di indurre in maniera protratta negli anni successivi impaccio oromotorio nella gestione del cibo solido e una ridotta accettazione di vari alimenti come per esempio verdure e frutta.

È molto importante, perciò, esporre il bambino a una varietà di alimenti casalinghi salutari nella loro integrità anche se opportunamente adattati (verdure, legumi, pesce, frutta...) fin dall'inizio dell'AC per consentirgli di elaborare, attraverso la progressiva integrazione/memorizzazione dei dettagli sensoriali percepiti, gli identikit dei vari alimenti che diventeranno via via più familiari e meglio riconosciuti/accettati nel tempo. Tutti i sensi cooperano nel fornire informazioni nelle esplorazioni alla scoperta del *nuovo*:

- *vista*: colore, forma degli alimenti prima/dopo sminuzzamento; riconoscimento visivo di un alimento già provato e richiamo del ricordo positivo o negativo; osservare che altri membri del gruppo mangiano quell'alimento;
 - *tatto*: manipolare, schiacciare; sentire la consistenza e la temperatura con le mani e in bocca;
 - *gusto e olfatto*: responsabili del sapore di ciò che mangiamo o beviamo, che è il risultato della stretta integrazione fra gli odori percepiti dai recettori olfattivi retronasali con i gusti percepiti attraverso le papille gustative della bocca (è per questo che quando abbiamo il raffreddore non riusciamo a riconoscere molti sapori); inoltre l'olfatto è un potente attivatore di ricordi e sensazioni legate al consumo di quel particolare cibo grazie alle proiezioni delle percezioni olfattive all'amigdala (sistema limbico);
 - *udito*: sentire i nomi degli alimenti e il diverso suono che producono durante la masticazione, es. cracker vs banana.
- Su questi aspetti possono essere pianificati interventi di educazione polisensoriale in ambito familiare e/o nelle collettività infantili.

L'importanza di educare precocemente al consumo di frutta e verdure e gli effetti sulla sostenibilità sono commentati nel **Box 5**.

Importanza dell'ambiente alimentare familiare

Un adeguato contesto relazionale/sociale è determinante nel contribuire all'accettazione/gradimento di nuovi alimenti. Il rituale di mangiare insieme in un ambiente sereno, evitando distrazioni (tv, smartphone...), con caregiver rassicuranti che danno il buon esempio nel mangiare cibi sani e ne incoraggiano l'assaggio con commenti entusiastici ed espressioni facciali di piacere gustativo (role modeling positivo), permette al bambino di accettare positivamente le novità. La tendenza istintiva del piccolo della specie a imitare un

dato comportamento osservato in altri membri del gruppo di cui si fida (genitori, nonni, fratelli, educatori e compagni del nido d'infanzia) è una forma di apprendimento basilare per imparare a distinguere nell'ambiente ciò che è utile da ciò che è pericoloso, e inoltre gli conferma la sua identità e il suo senso di appartenenza al gruppo. Il consumo frequente di pasti in famiglia in un clima positivo si associa a comportamenti alimentari più salutari, migliore qualità della dieta e riduzione del rischio di sviluppare sovrappeso/obesità [Pérez-Escamilla R, 2021].

Effetti dell'interazione bambino-cibo-genitori sul comportamento alimentare

L'AC, oltre a fornire nutrienti essenziali (cosa mangiare), rappresenta un periodo fondamentale riguardo il **come** si realizza l'interazione alimentare fra il bambino e i genitori, i quali in tale fase sensibile imparano a interpretare sempre meglio, l'un l'altro, i segnali comunicativi verbali e non verbali. Questo processo rappresenta, se ben avviato, la base per la creazione dei legami affettivo-relazionali essenziali nel favorire anche un buon rapporto con il cibo e sane abitudini alimentari. Un avvio sereno dell'alimentazione complementare richiede due elementi:

- un allattamento armonioso che lo precede e accompagna (le madri che allattano sono generalmente più responsive e sensibili nel riconoscere e rispettare i segnali di fame/sazietà del loro bambino);
- la disponibilità di mamma e bambino a uscire dall'esclusivo "corpo a corpo" per accogliere all'interno della loro relazione qualcosa di estraneo (il primo cibo solido veicolato dal cucchiaino). Ciò comporta due importanti esperienze affettivo-relazionali:

- *la separazione*; sperimentando momenti di separazione dal rassicurante seno o biberon il bambino inizia a percepire che la mamma non è più un prolungamento del suo corpo; può anche non esserci (es. ritorno al lavoro). Realizzando che la propria soddisfazione dipende da un "altro diverso da sé", il bambino inizierà ad assumere un ruolo sempre più attivo con i primi tentativi di mangiare da solo. La madre, dal suo canto, può temere che il bambino non sia ancora capace di autoregolarsi e potrebbero emergere conflitti fra gli obiettivi di autonomia del bambino e l'obiettivo della madre di "farlo mangiare a sufficienza";
- *l'attesa*; la momentanea privazione dell'oggetto capace di soddisfarlo è un'esperienza frustrante ma necessaria allo sviluppo psicologico del bambino per imparare a tollerare l'attesa (autoregolazione emozionale) tra il momento in cui emerge il bisogno (sensazioni di fame) e il momento della sua soddisfazione (orari pianificati dei pasti).

Questa nuova fase di crescita offre l'opportunità di evidenziare l'importanza della funzione del padre che, attraverso un ruolo più attivo e partecipativo nella gestione del pasto, promuove l'emancipazione del bambino dalla simbiosi diadica iniziale con la figura materna e la progressiva affermazione della sua autonomia.

La "transazione" bambino/cibo/genitori è influenzata sia dalle caratteristiche (anche innate) del bambino (temperamento; *traits* individuali dell'appetito che vanno da un estremo, con bambini abitualmente poco interessati al cibo e/o svogliati nel mangiare, fino a bambini fortemente attratti dal cibo e/o con un'"eccessiva velocità nel mangiare" e un "ritardato senso di sazietà" che favoriscono l'eccesso ponderale [Garcidueñas-Fimbres TE et al., 2023]; stato ponderale ecc.) sia dalle

Tabella 5. Pratiche "non responsive" di accudimento alimentare

<p>Pressione per indurre a mangiare di più (<i>pressure to eat</i>)</p>	<p>"Fai il bravo e finisci quello che è nel piatto", "Fai contenta la mamma, mangia ancora un altro boccone", "Se mangi tutto ti faccio vedere i cartoni". Spesso i genitori esercitano pressioni verbali o fisiche più o meno evidenti, e talora non intenzionali, per condizionare i loro bambini a mangiare, ignorando i loro segnali di sazietà, a causa di varie dispercezioni (pensano sia di scarso appetito/incapace di autoregolarsi/di scarso peso mentre ha una crescita normale). Tali forzature, ripetute più volte, possono produrre un effetto opposto a quello desiderato. In particolare, nel caso di bambini che per indole sono più lenti/svogliati nel mangiare e/o più riluttanti ad accettare nuovi cibi, queste pressioni possono produrre ansia associata al cibo, avversioni e disturbi alimentari.</p> <p>Una strategia per ottenere che il bambino mangi un dato alimento è quella di promettere in cambio un alimento premio (spesso ricco in zuccheri e grassi): "Se mangi tutta la verdura la mamma poi ti dà il dolcino". Tale pratica può nell'immediato ottenere che il bambino mangi la verdura, ma egli impara anche a svalutarla/non gradirla più in futuro (è solo un mezzo per ottenere il premio) e, al contrario, a sopravvalutare l'alimento "premio".</p> <p>Altre strategie frequenti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> – distrarre il bambino per invogliarlo a mangiare, come fare l'"aeroplano" o fargli guardare la televisione per imboccarlo a sorpresa o dargli da mangiare in giro per la casa mentre lo distrae con dei giochi; – la mamma catering che di fronte al bambino che non vuole mangiare prepara estemporaneamente vari cibi altamente stuzzicchevoli (diversi dal menù pianificato per la famiglia). <p>La <i>pressure to eat</i> è risultata associata in alcuni studi a uno scarso aumento di peso e a un BMI basso. N.B. La <i>pressure to eat</i> non va confusa con l'incoraggiamento attivo ad assaggiare alimenti salutari senza forzature, che è una strategia utile per facilitare l'accettazione di nuovi sapori.</p>
<p>Restrizione della quantità di cibo (<i>restriction</i>)</p>	<p>Il timore che il loro bambino mangi troppo e diventi grasso potrebbe spingere alcuni genitori a esercitare un controllo restrittivo per limitare il suo accesso a determinati alimenti ipercalorici. Il controllo restrittivo può essere:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. di tipo "aperto": in casa sono presenti alimenti non salutari ai quali il bambino è esposto ma gli viene proibito l'accesso. Ciò può alimentare la desiderabilità dei cibi "proibiti" quando il bambino diventerà più autonomo nel procurarseli e favorire lo sviluppo di eccesso ponderale; b. di tipo "coperto": non vengono tenuti in casa gli alimenti che si vogliono limitare in modo che il bambino, non vedendoli e non conoscendoli, non sia invogliato a richiederli. Ciò può avere effetti positivi nel limitare il consumo di cibi non salutari.
<p>Uso emozionale del cibo per calmare il bambino</p>	<p>L'uso del cibo per calmare il bambino, e non per il reale bisogno di mangiare, utilizzato spesso con bambini dal temperamento "difficile a calmarli" e irrequieti, può favorire disturbi dell'autoregolazione con iperalimentazione, come il <i>mangiare in assenza di fame</i> e un maggior rischio di sviluppare eccesso ponderale.</p>

Tabella 6. Stili di accudimento parentali

Stile autorevole/responsivo (genitori sia responsivi che esigenti)	Il genitore autorevole è caldo nella relazione e <i>responsivo</i> ai segnali del bambino ma al contempo ha aspettative elevate sull'aderenza del bambino alle regole educative stabilite. Non è invadente e fornisce feedback coerenti essendo capace di dire sì o no con calma quando necessario. Un ambiente strutturato con delle regole e dei rinforzi appropriati all'età, educa il bambino all'autonomia e all'autocontrollo. Lo <i>stile autorevole</i> contribuisce allo sviluppo di un "attaccamento sicuro" nell'infanzia ed è stato associato a vari effetti positivi. Una revisione sistematica di 36 studi (DiSantis et al., 2011) ha evidenziato che i bambini con genitori "autorevoli" hanno comportamenti alimentari più salutari, sono fisicamente più attivi, hanno valori inferiori del BMI rispetto ai bambini di genitori che adottano un modello educativo di tipo autoritario, indulgente o permissivo.
Stile autoritario (genitori molto direttivi ma poco responsivi)	Il caregiver è freddo, poco responsivo ma molto esigente riguardo al rispetto delle regole da parte del bambino e adotta pratiche di eccessivo controllo sul bambino forzandolo a mangiare di più o, al contrario, condizionandolo a mangiare di meno rispetto a quanto vorrebbe.
Stile indulgente o permissivo (genitori molto responsivi ma poco direttivi)	Il caregiver permissivo è caldo nella relazione ma incapace di stabilire delle regole e di farle rispettare. I bambini prendono il sopravvento e qualunque cosa chiedano viene loro concessa. In un tale contesto lassista e disorganizzato il bambino ha difficoltà a decifrare una linea di condotta coerente. In mancanza di una guida parentale, i bambini sono attratti più facilmente da alimenti ad alto contenuto in sale e/o zuccheri seguendo la loro predisposizione innata verso questi gusti.
Stile negligente o poco coinvolto	Il caregiver è freddo, poco responsivo e con bassa esigenza nel rispetto delle regole; vi è un deficit di organizzazione del setting alimentare e un'assenza di supporto da parte del genitore durante il pasto. In risposta a questa mancanza di reciprocità, i bambini possono ricorrere a modalità brusche e inappropriate per attirare l'attenzione del caregiver come, per esempio, scagliare via il cibo o rifiutare ostinatamente di mangiare.

risposte adattive messe a punto via via dai genitori e che risentono delle esperienze personali legate all'alimentazione che hanno vissuto nella propria infanzia. Senza considerare l'influenza dei diversi fattori culturali, sociali ed economici.

Pratiche di accudimento alimentare e stili educativi dei genitori

Il comportamento di accudimento alimentare dei genitori è il risultato dei due seguenti aspetti, distinti ma fra loro correlati [Iaia M, 2016]:

- a. le "pratiche di accudimento alimentare" che riguardano le strategie che i genitori utilizzano per influenzare *quando, cosa e quanto* il bambino mangia.
Esse possono ricondursi a tre differenti domini: controllo, struttura, e supporto all'autonomia.
 1. il "controllo" si riferisce all'uso di pratiche orientate a dominare, esercitare pressioni per condizionare quanto il bambino "deve" mangiare, oppure a usare il cibo per ottenere un comportamento desiderato o calmare emozioni negative [Tabella 5];
 2. la "struttura" si riferisce alle pratiche adottate per rafforzare regole e limiti correlati all'atto alimentare: routine degli orari dei pasti e degli snack, non mangiare frettolosamente, non utilizzare distrattori durante i pasti (tv, tablet ecc.), pianificare menù equilibrati, mangiare a tavola seduti nel seggiolone e non in giro per la casa. "Se vostro figlio si agita perché non ha più voglia di stare seduto a tavola, non insistete. Fatelo scendere dal seggiolone e dategli che il suo pranzo è finito... continuate a mangiare il vostro piatto; tuttavia, dategli che non potrete occuparvi di lui finché non avrete finito il vostro pasto. Non dategli da mangiare fuori pasto a parte gli spuntini previsti... Alla fine, imparerà a prendere esempio da voi" [Brazelton, *Il tuo bambino e... il cibo*, Raffaello Cortina Editore, 2004];
 3. il "supporto all'autonomia" comprende l'insieme di risposte appropriate da parte del caregiver ai segnali di fame e sazietà del bambino che rafforzano la sua capacità di autoregolazione dell'intake di cibo;
- b. lo "stile educativo", che indica *come* il genitore interagisce con il figlio, la qualità del clima emotivo in cui si realizzano le in-

terazioni (anche nel contesto nutritivo) ed è caratterizzato dal diverso grado in cui i genitori sono "responsivi" (in che misura rispondono abitualmente ai bisogni dei figli con calore e coinvolgimento emotivo) ed "esigenti" (in che misura si aspettano che le risposte dei figli siano adeguate alle istanze educative). Dalla combinazione di questi due aspetti derivano i quattro diversi stili educativi riportati in **Tabella 6**. In particolare, i genitori con uno "stile autorevole" sono responsivi ai segnali del bambino ma al contempo forniscono struttura e regole aspettandosi che il bambino vi aderisca.

Diverse modalità di alimentazione complementare: svezzamento convenzionale e alimentazione responsiva

Nei Paesi industrializzati come l'Italia i lattanti vengono disvezati nella maggioranza dei casi con una modalità convenzionale in cui è il genitore che pilota lo svezzamento (*parent led weaning*) proponendo a un'età predefinita (in genere 4 mesi o poco più) le prime pappe sotto forma di puree (spesso baby food commerciali) attraverso il cucchiaino (*spoon feeding*) con successivo passaggio ad alimenti di consistenza semisolida e tardivamente a finger food, secondo le prescrizioni del pediatra riguardo il tipo, le quantità e il timing di introduzione dei diversi alimenti. L'aspettativa dei genitori è che il bambino si comporti secondo le modalità ritenute idonee dagli esperti mangiando quanto prescritto (*volume driven eating*). Del tutto diversa è la modalità di comunicazione circolare che caratterizza l'*alimentazione complementare responsiva* [Iaia M, 2016; Perez-Escamilla R et al., 2017, 2021; Potock M, 2022] in cui il bambino conduce l'interazione alimentare segnalando fame/sazietà [Tabella 7] e i genitori si dimostrano capaci di rispondere in modo pronto, contingente, emotivamente ed evolutivamente appropriato ai suoi segnali, rafforzando così l'apprendimento della sua capacità innata di autoregolare fame/appetito/sazietà, secondo le modalità descritte nel **Box 6**.

Va precisato che fame e appetito non sono sinonimi:

- la fame è ciò che sentiamo grazie all'attivazione di specifici sensori presenti nel nostro sistema digestivo e nel cervello, che rilevano quando stiamo esaurendo il glucosio e ci informano che abbiamo bisogno di nutrimento;

Tabella 7. Evoluzione dei segnali di fame e sazietà nei primi 2 anni di vita [tradotto e adattato da Pérez-Escamilla R, et al., 2017]

Età	Segnali di fame	Segnali di sazietà
Nascita-5 mesi	<ul style="list-style-type: none"> - Si sveglia e si agita - Produce rumori e movimenti di succhiamento con le labbra - Si succhia il pugno o il dito - Gira la testa da una parte all'altra cercando il seno/la tetta - Apre la bocca durante il pasto per indicare che ne vuole ancora - Piange (è un segnale tardivo di fame*) o si agita 	<ul style="list-style-type: none"> - Serra le labbra - Gira la testa dall'altra parte - Rallenta o interrompe la suzione - Sputa fuori il capezzolo/la tettarella o si addormenta quando è sazio
4-6 mesi	<ul style="list-style-type: none"> - Sorride al genitore, lo guarda fisso o "tuba" mentre mangia per indicare che ne vuole ancora - Muove la testa verso il cucchiaino aprendo la bocca o cerca di spingere il cibo verso la bocca - Piange* o si agita 	<ul style="list-style-type: none"> - Rallenta o interrompe il pasto - Sputa fuori il capezzolo/la tettarella o il cucchiaino - Gira la testa dall'altra parte - Appare distratto e presta attenzione all'ambiente circostante
5-9 mesi	<ul style="list-style-type: none"> - Tenta di afferrare con le mani il cucchiaino o il cibo - Punta con gli occhi il cibo - Tira a sé la maglia della madre 	<ul style="list-style-type: none"> - Comincia a mangiare più lentamente - Tiene la bocca chiusa e spinge il cibo lontano da sé - Punta i piedi e inarca la schiena all'indietro
8-11 mesi	<ul style="list-style-type: none"> - Punta il dito verso il cibo - Si eccita alla vista del cibo muovendo braccia e mani a mo' di battito d'ali - Raggiunge e afferra il cibo 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene le labbra serrate - Spinge via il cibo il cibo
10-12 mesi	<ul style="list-style-type: none"> - Esprime preferenze per specifici alimenti con parole o suoni 	<ul style="list-style-type: none"> - Muove la testa da una parte all'altra per dire che non ne vuole più
1-2 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Combina frasi e gesti per far capire che vuole un dato cibo - Può indirizzare il genitore al frigo e indicare un cibo o una bevanda desiderati 	<ul style="list-style-type: none"> - Usa parole come "fatto" o "giù" - Comincia a usare il cibo come gioco o lo lancia via

* Il pianto da fame del lattante è spesso riconoscibile perché è intensamente "esplosivo", breve e insistente ed è inoltre accompagnato da altri segnali (es. stringere i pugni e portarli verso la bocca).

N.B. Un bambino può piangere per ragioni diverse dalla fame (stanchezza, desiderio di contatto fisico/sociale, sensazioni di freddo o caldo, pannolino da cambiare). Se questo pianto viene interpretato abitualmente dai genitori in modo sbagliato come un segnale di fame, i bambini imparano ad associare sentimenti di distress con il ricevere cibo, e ciò crea le basi per l'affermarsi dell'*emotional eating* (mangiare in risposta a uno stress) nel corso della loro crescita. È parimenti importante riconoscere i segnali di sazietà (i genitori in genere riconoscono meglio i segnali di fame) e non usare forzature per spingere il bambino a mangiare di più.

• l'appetito è la nostra risposta alla sensazione di fame e non è sempre una risposta ben calibrata; a volte mangiamo un cibo delizioso perché lo amiamo e ci spingiamo oltre alla sensazione di sazietà.

Sebbene i bambini nascano con la capacità di autoregolazione

energetica, è la risposta dei caregiver al loro appetito che ha un'importanza critica nel modellare la capacità del bambino di sviluppare un'adeguata autoregolazione dell'appetito (es. non esporre i bambini forti mangiatori e/o *fast eaters* a porzioni eccessive di cibo e non prolungare oltre misura la durata

Box 6. Gli step dell'alimentazione responsiva

L'alimentazione responsiva, caratterizzata dalla reciprocità e circolarità della comunicazione tra il bambino e i genitori, è basata sui 4 step di seguito riportati. Essa è metaforicamente assimilabile nelle fasi iniziali a quella di due ballerini che imparano a danzare: i primi passi creano un certo imbarazzo e richiedono una maggiore concentrazione affinché vengano eseguiti nella sequenza giusta, ma poi acquisendo via via confidenza e dimestichezza ciascuno dei due danzerà in sincronia e potrà condividere questa piacevole esperienza.

- Step 1: *il genitore fa in modo che i pasti diventino dei rituali prevedibili per il bambino creando un ambiente organizzato ed emozionalmente appropriato che promuove l'interazione.* La creazione di un ambiente alimentare positivo incoraggia i bambini a comunicare i loro bisogni in modo più chiaro, e i caregiver a rispondere appropriatamente.
- Step 2: *il bambino segnala che ha fame attraverso atti motori, espressioni facciali o vocalizzazioni con modalità consone all'età.*
- Step 3: *è compito fondamentale del genitore riconoscere i segnali di fame e sazietà del proprio bambino rispondendo in un tempo congruo, in modo empatico, contingente al segnale emesso (es. offre cibo se ha realmente fame e non in risposta ad altri bisogni) ed evolutivamente appropriato al suo livello di sviluppo (non esporre a porzioni eccessive ma iniziare con una piccola quantità di cibo di consistenza, forma e dimensioni adatte all'età, mostrandosi disponibili a offrirne ancora un po' se il bambino fa capire che ne vuole ancora; adottare una modalità flessibile in cui viene usato il cucchiaino ma si permette anche al bambino di poter usare le mani per mangiare il cibo a pezzi per incoraggiare la sua progressiva autonomia), lasciando che sia il bambino a decidere se e quanto mangiare.*
- Step 4: *il bambino fa esperienza di una risposta positiva e prevedibile da parte del caregiver.* Ciò induce nel bambino fiducia in se stesso dal momento che il segnale emesso è stato efficace nell'ottenere l'appagamento del suo bisogno e lo rassicura sul fatto che il caregiver sa quali sono i suoi bisogni. Con tale feedback sia il bambino che il genitore imparano a capirsi e a interagire sempre meglio.

Box 7. Componenti basilari di interventi educativi per l'implementazione del responsive feeding risultati efficaci nel promuovere comportamenti più responsivi dei caregivers, miglioramento della qualità dell'alimentazione e dell'outcome "peso" dei bambini [tradotto e adattato da Pérez-Escamilla R et al., 2021]

- *Segnali di fame e sazietà*: il caregiver riconosce i segnali di fame e sazietà del bambino (mutevoli con l'età) e vi risponde in modo emozionalmente appropriato e contingente essendo in grado di distinguere i segnali di fame da altri bisogni manifestati dal bambino con agitazione o pianto.
- *Stile di accudimento alimentare del caregiver*: il caregiver è paziente ed evita qualsiasi tipo di forzatura sul bambino per indurlo a mangiare/finire il contenuto del piatto o per limitare l'assunzione di cibo (es. per il timore che aumenti eccessivamente di peso).
- *Modi per calmare il bambino*: il caregiver non usa il cibo per calmare il bambino quando non ha fame.
- *Introduzione degli alimenti complementari*: il caregiver introduce gli alimenti complementari predisposti secondo modalità appropriate alle capacità neuro- e oromotorie del bambino.
- *Preferenze alimentari*: il caregiver propone una dieta varia e nutrizionalmente bilanciata con esposizioni ripetute ad alimenti salutarli dando l'esempio personale nel mangiarli con gusto, ed evita di offrire alimenti ultraprocesati e bevande zuccherate.
- *Porzioni degli alimenti*: il caregiver offre alimenti e bevande in quantità adeguate ai bisogni nutrizionali del bambino, servendoli nel piatto e nella tazza personali del bambino e utilizzando utensili (es. cucchiaino) adatti all'età.
- *Contesto relazionale/emozionale dei pasti*: il caregiver parla in modo amorevole e incoraggiante con il bambino, lo guarda negli occhi e lo incoraggia verbalmente nelle sue esplorazioni alimentari.
- *Mangiare insieme in famiglia*: si permette al bambino di partecipare al momento del pasto familiare quando si mostra interessato al cibo dei genitori, dandogli il buon esempio nel preparare e consumare alimenti/bevande salutarli (role modeling positivo) in un ambiente ad hoc pulito e piacevole.
- *Evitare distrazioni durante il pasto*: il caregiver non utilizza screen (tv, tablet ecc.) o smartphone mentre si mangia.
- *Routine quotidiane*: il caregiver pianifica routines quotidiane ben strutturate. Mentre il lattante può essere nutrito "a domanda" fin dalle prime poppate, con l'introduzione dell'AC è opportuno instaurare via via un'adeguata struttura e routine dei pasti (orari più regolari per favorire il giusto appetito quando è ora di mangiare e imparare ad aspettare acquisendo maggiore consapevolezza dello stimolo della fame; far lavare le mani; stesso luogo; posizionare correttamente nel seggiolone e usare cinghia di sicurezza; tavola apparecchiata).

del pasto, educare a una masticazione lenta ecc.). Un componente essenziale dell'alimentazione responsiva è rappresentato dal *principio di divisione di responsabilità di Satter (You provide, your child decides)* secondo il quale:

- i genitori hanno la responsabilità di provvedere a *cosa, quando, dove* mangiare proponendo alimenti salutarli e strutturando adeguatamente modalità e tempi dei pasti senza esercitare pressioni sul bambino;
- il bambino ha la responsabilità di decidere liberamente *se e quanto* mangiare di ciò che gli viene proposto.

Al contrario di quanto detto, *l'alimentazione non responsiva* è caratterizzata da una cronica mancanza di reciprocità tra caregiver e bambino con i seguenti possibili scenari: a) il caregiver domina e iper-controlla la situazione alimentare esercitando pressioni sul bambino; b) il bambino assume il controllo della situazione con genitori indulgenti incapaci di strutturare un ambiente alimentare con regole; c) il caregiver ignora i segnali del bambino e non è emotivamente coinvolto. Tali modalità possono alterare la capacità del bambino di rispondere accuratamente ai suoi segnali interni di fame/sazietà e interferire con lo sviluppo della sua autonomia, favorendo l'insorgere di errate abitudini alimentari e/o di eccesso o deficit ponderale [Tabelle 5,6,8].

Sia la WHO che l'American Academy of Pediatrics [AAP] raccomandano il *responsive feeding (RF)* come standard da adottare a partire dalle prime poppate fino al periodo dell'alimentazione complementare e oltre [AAP, Dietary goals for Americans 2020-2025].

Nel **Box 7** sono riportati gli elementi costitutivi di interventi educativi sui genitori per favorire l'alimentazione responsiva che rappresentano anche indicatori utili per la formulazione di specifiche linee guida. L'implementazione dell'alimentazione responsiva è risultata efficace nel promuovere un sano comportamento alimentare e modellare corrette abitudini alimentari associate con traiettorie più favorevoli della crescita pondero-staturale con un effetto preventivo contro lo sviluppo di sovrappeso e/o obesità [Redsell et al., 2016; Spill et al., 2019; Boswell et al., 2021; Bergamini et al., 2022] [Figura 2], tanto da essere indicata a tal fine come modello di riferimento anche in un recente statement scientifico dell'Ameri-

can Heart Association a conclusione di un'estesa review della letteratura [Wood AC et al., 2020].

L'alimentazione complementare a richiesta nella sua versione italiana (Il punto di vista dell'ACP sull'alimentazione complementare, 2017; Piermarini L, 2008) condivide i principi basilari dell'alimentazione complementare responsiva.

Una modalità che per vari aspetti può essere assimilabile all'AC responsiva, ma che se ne differenzia per un'eccessiva enfaticizzazione posta sul grado di autonomia di cui il bambino è potenzialmente capace nelle fasi iniziali dell'AC, è il *Baby Led Weaning (BLW)* come originariamente proposto da Rapley (2003) in cui l'uso delle posate è bypassato e il bambino mangia da sé esclusivamente con le mani il cibo che gli viene presentato nella sua integrità a pezzi di dimensioni e forme appropriate, condividendo con i familiari gli stessi cibi e gli stessi orari. Il BLW sembra associato a una migliore autoregolazione dell'intake di cibo e ipoteticamente a un minor rischio di sviluppare eccesso ponderale, ma su quest'ultimo outcome

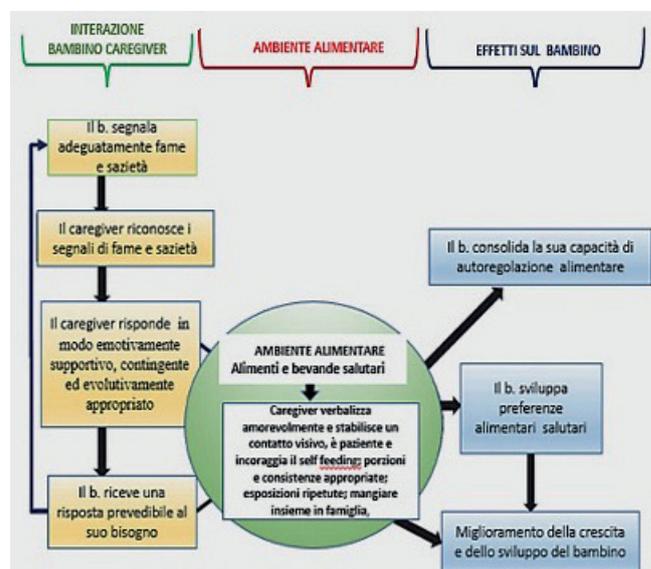


Figura 2. Circoli virtuosi dell'alimentazione responsiva [tratta e adattata da Pérez-Escamilla R et al., 2021].

Tabella 8. Evidenze scientifiche riguardo benefici e rischi in bambini di 4-24 mesi (Paesi industrializzati) associati ai diversi metodi di alimentazione complementare (AC): Baby Led Weaning (BLW)/BLISS; AC responsiva (RF); AC convenzionale; pratiche non responsive di AC

Outcomes valutati	BLW/BLISS vs AC convenzionale o pratiche non responsive	AC responsiva (RF) vs altri metodi (AC convenzionale o pratiche non responsive)
<i>Effetti sul comportamento alimentare</i>	I bambini BLW/BLISS hanno evidenziato livelli minori di comportamento "schizzinoso" (<i>food fussiness</i>) e livelli più elevati di "piacere nel mangiare" (<i>food enjoyment</i>) e "responsività alla sazietà" (<i>satiety responsiveness</i>) vs i bambini svezzati convenzionalmente o in modo non responsivo (Boswell et al., 2021).	Associazione positiva fra pratiche di tipo responsivo e comportamenti alimentari salutari: livelli minori di comportamento "schizzinoso" (<i>food fussiness</i>) e più elevati di "piacere nel mangiare" (<i>food enjoyment</i>) e responsività alla sazietà (<i>satiety responsiveness</i>) vs i bambini svezzati convenzionalmente o vs pratiche di accudimento non responsive (Boswell et al., 2021).
<i>Effetti sulla crescita: rapporto peso/lunghezza e rischio di sovra- e sottopeso</i>	Pochi studi hanno riportato un minor rischio di SO/OB in bambini BLW/BLISS rispetto a bambini svezzati in modo convenzionale, ma nessuna conclusione definitiva si può trarre data la bassa qualità metodologica ("autoselezione" dei genitori che seguono il BLW; dati antropometrici dei bambini autoriferiti dai genitori; natura di tipo prevalentemente osservazionale degli studi; perdita significativa di dati ecc.). Sono necessari ulteriori studi RCT di buona qualità per accertare se BLW/BLISS possono avere un effetto preventivo rispetto al rischio di sviluppare SO/OB (Bergamini et al., 2022).	Conclusioni di revisioni sistematiche (Redsell et al., 2016; Spill et al., 2019; Boswell et al., 2021; Bergamini et al., 2022) con un grado moderato di qualità metodologica: a. studi di intervento RCT. Il responsive feeding favorisce un adeguato incremento ponderale e minor rischio di sviluppare sovrappeso/obesità fino a 2 anni di vita in bambini le cui madri hanno ricevuto un counseling per riconoscere/rispondere appropriatamente ai segnali di fame/sazietà rispetto ai controlli non guidati da counseling; b. studi longitudinali di coorte. L'impiego di pratiche non responsive di tipo restrittivo (limitazione intake di cibo) è associato a un maggior incremento ponderale e a un peso finale più elevato; al contrario, le pratiche del tipo <i>pressure to eat</i> (pressioni per spingere a mangiare di più) sono risultate associate a un minor incremento ponderale e a un peso finale più basso. N.B. Le pratiche di accudimento adottate risultano correlate alle preoccupazioni circa il peso del figlio (se percepito come di peso eccessivo è più probabile che vengano adottate pratiche restrittive, e il contrario se percepito di peso scarso).
<i>Intake di nutrienti</i>	Pochi studi in merito. Nessuna differenza certa finora emersa fra BLW/BLISS vs AC convenzionale riguardo: intake di energia, di ferro e di zinco (review Boswell N et al., 2021)	Il responsive feeding è attualmente considerato lo stile relazionale standard per favorire l'acquisizione di abitudini alimentari salutari (American Academy of Pediatrics; WHO)
<i>Rischio di choking (soffocamento)</i>	Nessuna differenza evidenziata fra i diversi metodi di svezzamento. N.B. Il maggior fattore di rischio è la mancata sorveglianza del bambino durante i pasti.	Nessuna differenza fra i diversi metodi di svezzamento N.B. Il maggior fattore di rischio è la mancata sorveglianza del bambino durante i pasti.

non si possono trarre conclusioni definitive data la scarsa qualità metodologica degli studi. Un risultato più convincente riguarda invece il fatto che i bambini BLW sono in genere meno "schizzinosi" dei bambini svezzati con il metodo tradizionale [Bergamini M et al., 2022].

Il Baby Led Introduction to Solids (BLISS) è una versione modificata del BLW basata sugli stessi principi ma in cui viene fornito un counseling specificamente finalizzato a contrastare il timore di alcuni "presunti" effetti indesiderati associabili al metodo BLW (come il rischio di un deficit di intake calorico e di nutrienti e un maggior rischio di choking che però sono stati finora smentiti dalle evidenze della letteratura): 1) prevenire un deficit di ferro e di calorie attraverso l'introduzione in ogni pasto di un alimento ricco di ferro (es. carne rossa o cereali fortificati con ferro) e di un alimento a elevata densità energetica e 2) dare istruzioni specifiche per prevenire il rischio di choking.

Le evidenze su vari benefici dell'AC responsiva vs altre pratiche di AC sono riportate in **Tabella 8**.

Nella **Tabella 9** sono riportate le differenze essenziali tra 3 diverse modalità di alimentazione complementare

Pratiche di accudimento alimentare e rischio di obesità

Sebbene le pratiche precoci di accudimento alimentare dei genitori rappresentino uno fra i fattori che possono influenzare nel bene e nel male il rischio di obesità del

bambino, il loro effetto specifico su tale outcome è di piccole dimensioni (Freemark M. Pediatric obesity. Humana Press 2018). Dovrebbe essere perciò usata più cautela nell'attribuire la colpa dell'obesità del bambino in modo preponderante a modalità inappropriate di parenting e invocare una visione più complessa dell'obesità in cui entrano in gioco anche altri fattori favorenti come la tendenza genetica, la familiarità, un eccessivo incremento di peso in gravidanza, il diabete gestazionale, il fumo in gravidanza, specifici fenotipi comportamentali del bambino (che richiedono approcci individualizzati), gli effetti di un ambiente sociale obesogeno e stigmatizzante. Sono necessari ulteriori RCT per chiarire maggiormente le direzioni di causalità. L'approccio multidimensionale/multilivello è quello ritenuto finora più idoneo per contrastare una malattia complessa multifattoriale come l'obesità.

Conclusioni

Il modello di *alimentazione complementare responsiva*, riconosciuto come lo standard di riferimento più adeguato a promuovere un sano comportamento alimentare, è basato sulla capacità dei genitori di riconoscere e rispettare i segnali di fame e sazietà del bambino. Alcuni interventi educativi familiari di responsive feeding (RCT) si sono finora dimostrati efficaci nel favorire l'acquisizione di tale competenza con un conco-

Tabella 9. Differenze di base dei metodi di alimentazione complementare: svezzamento convenzionale, alimentazione complementare responsiva e baby led weaning

Indicatori	Svezzamento convenzionale	Alimentazione complementare responsiva	Baby led weaning (sec. G. Rapley)
Quando	Generalmente fra i 4-5 mesi in base a criteri prevalentemente nutrizionali, invece di dare la priorità alla prontezza neuro-oromotoria del bambino.	A circa 6 mesi se interessato a ciò che mangiano i genitori, se sta seduto con minimo appoggio, si porta il cibo in bocca con le mani e lo mastica/deglutisce.	A circa 6 mesi se interessato a ciò che mangiano i genitori, se sta seduto con minimo appoggio, se si porta il cibo in bocca con le mani e lo mastica/deglutisce.
Dove	Il bambino non mangia con i genitori ma in un momento diverso.	Il bambino mangia a tavola con i genitori.	Il bambino in genere mangia a tavola con i genitori.
Cosa	Alimenti dati con il cucchiaino specificamente preparati per il bambino (spoon feeding) che sono inizialmente in forma di purea (più frequentemente commerciali che domestici) e poi di consistenza gradualmente maggiore sec. dieta prescritta ad hoc dal pediatra (diversa da quella dei genitori): all'inizio un pasto di latte è sostituito con un pasto di cibo solido e più tardi nel corso di 1-2 mesi con un secondo pasto solido. Gli alimenti della dieta familiare sono generalmente introdotti da 1 anno di età in poi.	I genitori propongono il loro stesso cibo ma selezionano gli alimenti che ritengono nutrizionalmente appropriati per il bambino e li adattano alle sue capacità oro- e neuromotorie (purea, sminuzzato/triturato/schiacciato/finger food di dimensioni forma e consistenza adatte...) senza aggiungere sale o zucchero.	Il bambino mangia solo cibo casalingo proposto dai genitori a pezzi interi, di dimensioni e forma che è in grado di prendere autonomamente ed esclusivamente con le proprie mani. Potrebbe teoricamente comportare, all'inizio dell'AC, un deficit in nutrienti essenziali (non tutti gli alimenti ricchi in nutrienti possono essere presi con le mani e mangiati). Sono completamente bypassati i baby food commerciali o casalinghi.
Come e quanto	La situazione alimentare è guidata dal genitore (<i>parent led</i>) e la priorità è ottenere che il bambino mangi le quantità di cibo prescritte dal pediatra (<i>volume-driven eating</i>). Vi è il rischio di "pressioni esterne" da parte dei genitori per condizionare le quantità di cibo che il bambino "deve" mangiare, bypassando i suoi segnali di sazietà.	Il bambino conduce la relazione alimentare e l'offerta di cibo avviene solo in risposta ai suoi segnali di fame e termina quando segnala che è sazio. Modalità flessibile in cui il genitore supporta il bambino con il cucchiaino ma gli consente anche di mangiare con le mani se dimostra di volerlo fare.	Il bambino decide autonomamente di avviare il pasto e si autoalimenta esclusivamente da sé con le mani lasciandolo libero di decidere quanto mangiare.

mitante effetto preventivo nei confronti di un eccessivo incremento ponderale nei primi 2-3 anni di vita. Nel 1° anno di vita del loro bambino i genitori sono particolarmente complianti nel seguire i consigli del PLS il quale (se formato ad hoc) può svolgere un ruolo strategico molto importante nel promuovere attraverso il loro empowerment modalità responsive di accudimento alimentare e orientare virtuosamente le scelte alimentari del nucleo familiare [Servizio Sanitario RER, 2019], a partire dall'allattamento (il più possibile esclusivo, e protratto dopo l'avvio dell'AC) per proseguire nel periodo dell'alimentazione complementare e oltre dal momento che le abitudini alimentari acquisite nei primi 2-3 anni di vita tendono a persistere influenzando la qualità dell'alimentazione negli anni successivi. Al contempo il PLS ha un ruolo chiave nell'intercettare indicatori precoci di rischio per lo sviluppo di una successiva obesità come un *rapid weight gain* nei primi 2 anni di

vita, e contrastare pratiche non responsive e opzioni alimentari sbagliate. Il modello di dieta da promuovere con precoci strategie di educazione sensoriale, che dovrebbero idealmente iniziare già nel periodo prenatale con il coinvolgimento delle agenzie territoriali di salute pubblica, è quello della *dieta mediterranea* apprezzata a livello mondiale per i benefici dimostrati in termini di tutela della salute e prevenzione delle "malattie cronico-degenerative non trasmissibili" oltre che per le sue valenze di sostenibilità ambientale. ■

La bibliografia di questo articolo è consultabile online.

maurizio.iaia@icloud.com

Eliminare la trasmissione perinatale dell'HIV: un traguardo possibile?

Melodie O. Aricò¹, Désirée Caselli²

Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì; 2. UOC Malattie Infettive, Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, Azienda Ospedaliero-Universitaria consorziale Policlinico di Bari

Introduzione

Nonostante le numerose terapie che si sono rese disponibili nei decenni e l'impegno di molti organi governativi e non, la lotta all'HIV rimane un problema sempre attuale. A oggi, infatti, l'incidenza e la prevalenza dell'infezione rimangono molto alte in alcune regioni del mondo. Il report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2022 [1] descrive che sono state rilevate ancora 39 milioni di persone che vivono con l'HIV (people living with HIV, PLHIV). Vi rientrano anche 1,8 milioni di bambini con meno di 14 anni: di questi solo il 53% ha la possibilità di accedere alle terapie antiretrovirali [2].

In concomitanza con la pandemia da SARS-CoV-2 è stata segnalata dalle autorità una riduzione dell'incidenza di nuovi casi di HIV: un'analisi critica degli eventi ha fatto emergere come in realtà la riduzione delle nuove diagnosi, fino a una riduzione del 22% in Africa [3], fosse dovuta a un dirottamento delle risorse diagnostico-strutturali verso la gestione del nuovo mostro infettivo. Superato lo scoglio del SARS-CoV-2, la lotta all'HIV è ripresa da dove si era fermata [4].

Il contesto

Il contagio da HIV in età pediatrica è cambiato nei decenni: all'inizio della storia, la via più frequente di contagio per il paziente pediatrico era la trasmissione materno-fetale e materno-neonatale, oppure con l'allattamento. L'introduzione della terapia antiretrovirale già durante la gravidanza di madri infette o conviventi con pazienti HIV-positivi, la sospensione dell'allattamento in quei contesti socioeconomici in cui l'alimentazione del neonato può essere garantita altrimenti, hanno permesso di ridurre significativamente la trasmissione materno-fetale e materno-neonatale.

Altri eventi assai più rari, a rischio di trasmissione orizzontale, sono l'allattamento al seno surrogato, la premasticazione del cibo e le trasmissioni associate all'assistenza sanitaria [5-7].

Nel mondo ci sono ancora 150.000/anno nuove infezioni da HIV nei bambini di età compresa tra 0 e 14 anni; solo il 53% dei pazienti pediatrici attualmente ha accesso alla terapia antiretrovirale (ART) e il 15% delle donne in gravidanza candidate all'ART non accede alla terapia per la prevenzione della trasmissione verticale [2]. Tutti questi valori sono lontani dall'obiettivo dell'OMS di zero nuove infezioni tra i bambini entro il 2020 [8].

Raggiungere questi obiettivi può essere ancora difficile a causa dell'impatto della pandemia di Covid-19 sull'accesso ai test HIV e all'ART, in particolare nei paesi in via di sviluppo dove si verifica il 90% della trasmissione verticale [4].

Il report

Nel 2012 il Centre for Disease Control and Prevention (CDC) ha prodotto il documento *A framework for elimination of perinatal transmission of HIV in the United States* [9], che descriveva una cornice di lavoro da applicare, con riferimento agli Stati Uniti, per raggiungere l'obiettivo di eliminazione della trasmissione materno-fetale dell'HIV, dando come valore target una incidenza di meno di 1 caso su 100.000 nati vivi.

A gennaio 2023 è uscito su *Pediatrics* "Achieving Elimination of Perinatal HIV in the United States" [10], in cui vengono riportati i risultati del registro americano "National HIV Surveillance System data" in seguito all'applicazione dei provvedimenti descritti nel 2012 e il successo raggiunto: tra il 2010 e il 2019 la trasmissione materno fetale sarebbe calata da 1,9 a 0,9 per 100.000 nati vivi [Figura 1].

L'azzeramento della trasmissione materno fetale è davvero stato raggiunto?

Andando a valutare i dati emerge una non uniformità all'interno dello stesso stato; in particolare in alcune comunità, quali nativi dell'Alaska, ispanici, hawaiani, asiatici, l'incidenza è tuttora attorno all'1-2% [Figura 2]. Nonostante la disparità presente nei diversi gruppi, l'elemento importante emerso da questo progetto è la possibilità di ottenere risultati come quelli descritti, fino a 1:100.000 nuovi casi per nascite, incidendo in maniera significativa sulla trasmissione dell'infezione.

I punti cardine per contrastare la trasmissione perinatale comprendono quindi una diagnosi precoce di tutte le categorie, in particolare di donne in gravidanza, l'avvio quanto più tempestivo della terapia antiretrovirale in gravidanza sia per donne infette che per donne conviventi di persone HIV positive, la prosecuzione della terapia nel peri e post-partum mante-

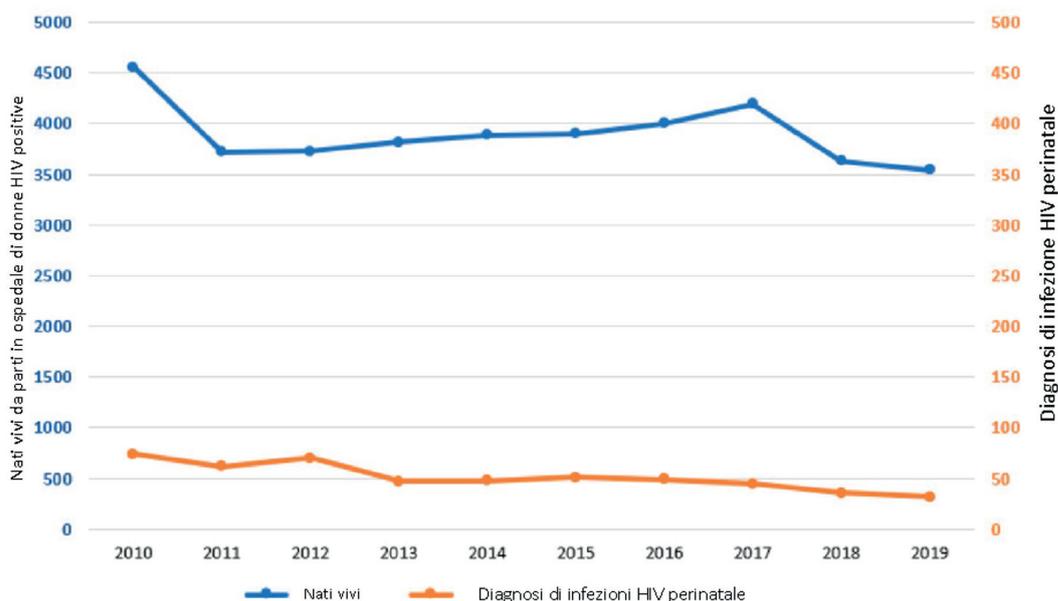
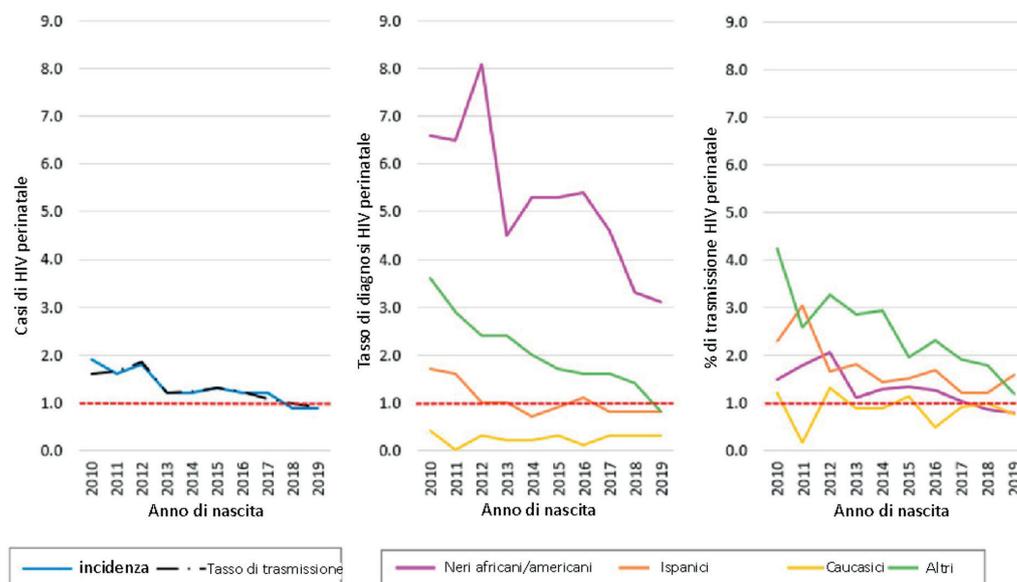


Figura 1. Nati vivi in ospedale tra donne con una diagnosi di HIV (asse di sinistra; National Inpatient Sample, Healthcare Cost and Utilization Project) e di neonati nati negli Stati Uniti con una diagnosi infezione perinatale da HIV (asse di destra; National HIV Surveillance System) per anno di nascita, 2010-2019 [modificato da 10].

Figura 2. Tasso di nuove diagnosi e di trasmissione perinatale di HIV nei nuovi nati negli Stati Uniti, per anno di nascita tra 2010 e 2019, in generale, e per razza/etnia della madre. I tassi di diagnosi si intendono per 100.000 nati vivi (National HIV Surveillance System). I tassi di trasmissione rappresentano la percentuale di diagnosi di HIV acquisito per via perinatale tra i nati vivi da donne con una diagnosi di HIV al parto (National HIV Surveillance System; National Inpatient Sample, Healthcare Cost and Utilization Project). Le persone ispaniche possono appartenere a qualsiasi razza; le altre razze includono indiani d'America/nativi dell'Alaska, asiatici, nativi hawaiani/altri isolani del Pacifico e persone multirazziali [modificato da 10].



nendo una adeguata soppressione virale, l'avvio precoce della terapia al neonato in attesa di conferma diagnostica, quando possibile il non avvio dell'allattamento materno e infine l'esecuzione precoce di test diagnostici in lattanti a rischio.

Le terapie

Dalla sua introduzione, la terapia antiretrovirale a 3 farmaci ha ridotto notevolmente morbilità e mortalità dell'infezione da HIV, trasformandola in una malattia cronica con un'aspettativa di vita simile alla popolazione generale [11,12]. Una volta ottenuto un buon controllo dell'infezione è partita la corsa alla ricerca di schemi terapeutici più semplici, sia per migliorare l'aderenza in tutte le fasce di età, che per ridurre la tossicità.

Come per molte infezioni croniche, infatti, la compliance alla terapia è fondamentale data la spiccata capacità del virus di mutare portando alla comparsa di ceppi virali resistenti. Il risultato sarà una riduzione del controllo virologico sul singolo individuo, con aumentato rischio di trasmissione ad altri e aumentato rischio per il paziente di morbilità e mortalità.

Uno dei primi passi verso la semplificazione della terapia è stata la valutazione di efficacia e non inferiorità di schemi a 2 farmaci: alcune combinazioni (es: dolutegravir-rilpivirina, lamivudina-dolutegravir, lopinavir/ritonavir-lamivudina) si sono rivelate efficaci sia nel paziente naïve, cioè mai sottoposto a terapia, sia in paziente che ha già raggiunto con altri trattamenti la soppressione virologica stabile [13,14].

Elementi farmacologici importanti per il miglioramento delle terapie sono: la disponibilità di formulazioni di farmaci antivirali ad alta efficacia, iniettabili, a lunga durata di azione. Quest'ultima caratteristica permetterebbe la somministrazione bimestrale o addirittura semestrale come il cabotegravir (inibitore delle integrasi) e la rilpivirina (inibitore non nucleotidico della trascrittasi inversa NNRTI) [15]. Attualmente queste terapie non sono però ancora consigliate in gravidanza e allattamento.

Le difficoltà in gravidanza

L'uso dell'ART in gravidanza, con raggiungimento della soppressione della carica virale materna, è un punto cruciale nella riduzione della trasmissione dell'infezione, come descritto da UNAIDS *Global HIV & AIDS Statistics-2020 Fact Sheet* [8], dal calo del 52% delle nuove infezioni per trasmissione verticale dal 2010.

Le novità farmacologiche per il trattamento antiretrovirale in gravidanza e in età pediatrica risentono, come per molte altre categorie di farmaci, della cautela generale in merito alla sperimentazione in queste popolazioni "delicate". Il risulta-

to però è un importante ritardo, rispetto ad altre categorie, nell'introduzione di novità terapeutiche.

Da giugno 2019 è stato avviato il progetto PREGART, studio clinico multinazionale a partecipazione anche italiana, che mira a identificare il regime terapeutico ottimale e semplificato, per prevenire la trasmissione dell'HIV da madre a figlio. Questo studio è focalizzato a verificare la non inferiorità di un dosaggio minore di efavirenz associato al delutegravir, rispetto ai classici schemi di prima linea attualmente consigliati dall'OMS, in gravidanza e allattamento. Lo studio prevede l'arruolamento di quasi 1830 madri sieropositive in gravidanza e in allattamento in Etiopia e in Uganda [16].

Le difficoltà in età pediatrica

La criticità principale in età pediatrica a ora rimane però la compliance, in maniera trasversale in tutte le regioni del mondo.

Le formulazioni disponibili a oggi hanno una scarsa palatabilità rendendo difficoltosa l'assunzione da parte dei più piccoli; inoltre, per i pazienti sotto i 20 kg, non esistono associazioni precostituite rendendo gli schemi terapeutici ancor più complessi. Sono stati introdotti impianti sottocutanei per il rilascio continuativo della terapia, permettendo una semplificazione dello schema terapeutico. Questi dispositivi potrebbero migliorare la qualità di vita nei bambini infetti (children living with HIV o CLWH) portando a una migliore aderenza, a un minor numero di visite cliniche e a una "normalizzazione" della vita [17]. Per altro la facile identificazione di questi dispositivi potrebbe "stigmatizzare" i pazienti come positivi, con una importante ricaduta sociale.

Si stima che nel mondo i bambini infetti attualmente siano 1.800.000 [8]. Dovranno fare terapia per tutta la vita con le difficoltà sanitarie, psicologiche e finanziarie che questo comporta per loro e la società.

Le terapie croniche comportano, nel tempo, delle tossicità d'organo: in pazienti adulti in terapia da lungo tempo il rischio di sviluppare diabete, ipertensione, e malattie cardiovascolari è aumentato. L'entità della tossicità negli individui trattati sin dalla nascita non è però ancora nota.

Un altro effetto possibile è che, indipendentemente dalle terapie, questi bambini presentino nel corso della vita una senescenza immunologica precoce che determinerebbe già in gioventù il quadro immunologico sovrapponibile a quello di individuo di 65 anni [18].

La ricaduta globale

Come per tutte le patologie croniche, il trattamento a vita di questi pazienti ha un impatto economico importante sulla so-

cietà: le recenti linee guida terapeutiche dell'OMS [18] indicano il trattamento di tutti i bambini con HIV, indipendentemente dalla soglia CD4⁺. Questo elemento associato all'aumento dell'aspettativa di vita grazie all'efficacia della terapia antiretrovirale (ART), ha portato i bilanci sanitari nazionali a dover provvedere all'ART permanente in un numero sempre maggiore di individui [19]. Nel mondo i pazienti in terapia sono circa 1 milione: la ricaduta economica, che grava soprattutto su paesi a limitate risorse economiche (dove si concentra la maggior parte dei casi) è enorme, rendendo necessaria non solo la pianificazione per la sostenibilità di queste terapie, ma anche l'applicazione di strategie che permettano di contenere l'insorgenza di nuovi casi.

Le prospettive

Per tutti questi motivi trovare una terapia efficace contro l'HIV sarebbe importantissimo: eppure a distanza di più di 40 anni non riusciamo ancora a guarire una persona infetta o a trovare una modalità efficace di prevenzione di massa contro la trasmissione del virus.

HIV-1 ha una straordinaria diversità genetica e complessi meccanismi di evasione immunitaria. Le glicoproteine dell'involucro dell'HIV-1 sono scarsamente riconosciute dal sistema immunitario: questo rende la produzione di anticorpi neutralizzanti, tali da eliminare l'infezione, molto difficili da produrre sia in vivo che in vitro. In vivo infatti sono indotti solo raramente nel contesto dell'infezione da HIV-1.

La ricerca per la produzione di un vaccino efficace è molto vivace, seppur contrastata dall'efficienza del virus a sopravvivere.

Conclusioni

Nonostante gli sforzi di organi nazionali e sovranazionali, l'HIV rimane una infezione diffusa nel mondo anche in età pediatrica. Prevenire l'insorgenza di nuovi casi pediatrici permette di contenere non solo i nuovi casi, le complicanze HIV e non HIV correlate; di ridurre la tossicità farmaco correlata; di ridurre la spesa economica per la prosecuzione di terapia "a vita".

Un momento cardine nella prevenzione è l'interruzione della trasmissione materno-fetale e materno-neonatale: il report "Achieving Elimination of Perinatal HIV in the United States" [10] mostra un esempio, per quanto limitato, di come sia possibile ottenere una riduzione molto importante dei casi di trasmissione verticale del virus. ■

Bibliografia

1. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/jo294-who-hiv-epi-factsheet-v7.pdf?sfvrsn=5cbb3393_7.
2. Katusiime MG, Van Zyl GU, Cotton MF, Kearney MF. HIV-1 Persistence in Children during Suppressive ART. *Viruses*. 2021 Jun 12;13(6):1134.
3. Roberts L. How COVID is derailing the fight against HIV, TB and Malaria. *Nature*. 2021 Sep;597(7876):314.
4. Jewell BL, Mudimu E, Stover J, et al. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: Results from multiple mathematical models. *Lancet HIV*. 2020 Sep;7(9):e629-e640.
5. Myer L, Essajee S, Broyles LN, et al. Pregnant and breastfeeding women: A priority population for HIV viral load monitoring. *PLoS Med*. 2017 Aug 15;14(8):e1002375.
6. Moland KMI, De Paoli MM, Sellen DW, et al. Breastfeeding and HIV: Experiences from a decade of prevention of postnatal HIV transmission in sub-Saharan Africa. *Int Breastfeed J*. 2010 Oct 26;5:10.
7. Myburgh D, Rabie H, Slogrove A, et al. Horizontal HIV transmission to children of HIV-uninfected mothers: A case series and review of the global literature. *Int J Infect Dis*. 2020 Sep;98:315-320.
8. UNAIDS. Global HIV & AIDS Statistics-2022 Fact Sheet. UNAIDS; Geneva, Switzerland <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> (ultimo accesso agosto 2023).

9. Nesheim S, Taylor A, Lampe MA, et al. A framework for elimination of perinatal transmission of HIV in the United States. *Pediatrics*. 2012 Oct;130(4):738-44.
10. Lampe MA, Nesheim SR, Oladapo KL, et al. Achieving Elimination of Perinatal HIV in the United States. *Pediatrics*. 2023 May 1;151(5):e2022059604.
11. Gueller A, Moser A, Calmy A, et al. Swiss HIV Cohort Study, Swiss National Cohort. Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population. *AIDS*. 2017 Jan 28;31(3):427-436.
12. Cahn P, Andrade-Villanueva J, Arribas JR, et al. GARDEL Study Group. Dual therapy with lopinavir and ritonavir plus lamivudine versus triple therapy with lopinavir and ritonavir plus two nucleoside reverse transcriptase inhibitors in antiretroviral-therapy-naïve adults with HIV-1 infection: 48 week results of the randomised, open label, non-inferiority GARDEL trial. *Lancet Infect Dis*. 2014 Jul;14(7):572-80.
13. Cahn P, Madero JS, Arribas JR, et al. Dolutegravir plus lamivudine versus dolutegravir plus tenofovir disoproxil fumarate and emtricitabine in antiretroviral-naïve adults with HIV-1 infection (GEMINI-1 and GEMINI-2): week 48 results from two multicentre, double-blind, randomised, non-inferiority, phase 3 trials. *Lancet*. 2019 Jan 12;393(10167):143-155.
14. Orkin C, Llibre JM, Gallien S, et al. Nucleoside reverse transcriptase inhibitor-reducing strategies in HIV treatment: assessing the evidence. *HIV Med*. 2018 Jan;19(1):18-32.
15. Bares SH, Scarsi KK. A new paradigm for antiretroviral delivery: long-acting cabotegravir and rilpivirine for the treatment and prevention of HIV. *Curr Opin HIV AIDS*. 2022 Jan 1;17(1):22-31.
16. https://www.iss.it/archivio/-/asset_publisher/U2OocK2cWrd9/content/pregart-sicurezza-ed-efficacia-di-dolutegravir-e-efv400-per-le-donne-incinte-e-che-allattano-uno-studio-clinico-randomizzato-di-non-inferiorita-C3Ao?p_r_p_resetCur=true&p_r_p_categoryId=3853070&p_r_p_categoryId=3853070&com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_U2OocK2cWrd9_assetEntryId=5105492&com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_U2OocK2cWrd9_redirect=https%3A%2F%2Fwww.iss.it%2Farchivio%3Fp_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_U2OocK2cWrd9%26p_p_lifecycle%3Do%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_r_p_resetCur%3Dtrue%26p_r_p_categoryId%3D3853070%26p_r_p_categoryId%3D3853070%26com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_U2OocK2cWrd9_assetEntryId%3D5105492%26com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_U2OocK2cWrd9_cur%3Do.
17. Storgie F, Hawley I, Fairlie L, et al. Acceptability of Implants for HIV Treatment in Young Children: Perspectives of Health Care Providers in Johannesburg, South Africa. *AIDS Patient Care STDS*. 2022 Oct;36(10):389-395.
18. Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *Lancet*. 2023 Aug 5;402(10400):464-471.
19. Fastenackels S, Sauce D, Vigouroux C, et al. HIV-mediated immune aging in young adults infected perinatally or during childhood. *AIDS*. 2019 Sep 1;33(11):1705-1710.

Disturbo dello spettro autistico: insight sul fenotipo femminile

Intervista di Patrizia Neri¹ a Sara Calderoni² e Antonio Narzisi³

¹Pediatra Gruppo Pediatria di Genere ACP

²IRCCS Fondazione Stella Maris, Pisa; Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa

³IRCCS Fondazione Stella Maris, Pisa

L'intervista si focalizza su alcuni aspetti dei disturbi dello spettro autistico che stanno emergendo nel dibattito scientifico e al momento oggetto di ulteriori approfondimenti.

Il numero di persone affette da disturbi dello spettro autistico (ASD) è aumentato significativamente negli ultimi decenni. La metodologia di rilevazione dei casi influisce sul rapporto di prevalenza M/F. Studi di popolazione hanno aumentato la percentuale di femmine identificate, suggerendo la presenza di una quota di femmine con ASD non diagnosticata o con diagnosi errata, in particolare tra gli individui ad alto funzionamento. I fattori biologici-genetici e culturali-ambientali contribuiscono alla diversa prevalenza tra i generi. Alcuni studi dimostrano come le femmine con ASD (fASD) presentino maggiori alterazioni genetiche rispetto ai maschi con ASD (mASD). La teoria del "cervello maschile estremo" postula che gli individui con ASD abbiano uno stile cognitivo maschile estremo. I fattori culturali e ambientali portano ancora oggi a considerare l'ASD come un disturbo tipicamente maschile: di conseguenza, la presenza di sintomi autistici nelle bambine potrebbe non essere riconosciuta, contribuendo così a una ridotta individuazione. L'"effetto camouflage" si riferisce alla capacità delle persone con disturbi dello spettro autistico di mascherare i loro problemi sociorelazionali imitando comportamenti neurotipici. Questo mascheramento richiede enormi sforzi cognitivi e può portare a stress e problemi di salute mentale. Il camouflage può anche indurre un ritardo nella diagnosi. Pertanto una migliore comprensione di questo meccanismo potrebbe aiutare a identificare i segni di ASD in modo più precoce e accurato.

The number of people with Autism Spectrum Disorders (ASD) has increased significantly in recent decades. Case detection methodology affects the M/F prevalence ratio. Population studies have increased the proportion of females identified, suggesting the presence of a proportion of females with undiagnosed or misdiagnosed ASD, particularly among high-functioning individuals. Biological-genetic and cultural-environmental factors contribute to the different prevalence between genders. Some studies showed that females with ASD (fASD) exhibit greater genetic alterations than males with ASD (mASD). The "extreme male brain" theory postulates that individuals with ASD have an extreme male cognitive style. Cultural and environmental factors still lead to ASD being viewed as a typically male disorder: therefore, the presence of autistic symptoms in girls may go

unrecognized, thus contributing to reduced detection. The "camouflage effect" refers to the ability of people with autism spectrum disorders to mask their social-relational problems by mimicking neurotypical behaviors. This masking requires enormous cognitive effort, and can lead to stress and mental health problems. Camouflage can also induce a delay in diagnosis: a better understanding of this mechanism could therefore help to identify signs of ASD more accurately.

Introduzione

La prevalenza dei disturbi dello spettro autistico (ASD) è aumentata notevolmente negli ultimi decenni, considerando che nel 1970 era riportata una prevalenza di 1:10.000 negli Stati Uniti, mentre gli ultimi dati indicano una prevalenza di 1:36 [1]. In Italia solo recentemente è stato eseguito un rigoroso studio di prevalenza che ha identificato la presenza di ASD in un bambino su 87 di età compresa tra i 7 e i 9 anni [2]. Fin dalle prime descrizioni dell'autismo come categoria diagnostica a sé stante, è stata riportata una maggiore prevalenza del disturbo nei maschi. Infatti, nel 1943 lo psichiatra infantile Leo Kanner ha identificato 11 bambini con "autismo infantile" di cui 8 maschi e 3 femmine, mentre nel 1944 il pediatra Hans Asperger ha descritto 4 ragazzi, tutti di sesso maschile, con intelligenza e linguaggio preservati, ma che mostravano comportamenti di tipo autistico. Tutti gli studi epidemiologici successivi hanno confermato una prevalenza dell'ASD più pronunciata nei maschi che risulta indipendente dalla provenienza geografica e dall'etnia della popolazione esaminata, con un rapporto di prevalenza maschi/femmine (M/F) circa di 4:1.

Come cambiano i dati epidemiologici in base al genere?

La prevalenza dell'ASD nei maschi e nelle femmine appare modulata dal funzionamento cognitivo (M/F circa 2:1 nell'ASD con disabilità intellettiva; fino a 11:1 nell'ASD senza compromissione intellettiva) e dall'età del campione considerato (M/F quasi 5:1 nei bambini e adolescenti; circa 2:1 negli adulti). Inoltre, anche la metodologia di rilevazione dei casi influisce sul rapporto di prevalenza M/F, in base a una recente revisione sistematica e metanalisi [3]. In particolare, il rapporto di prevalenza M/F è 4,56:1 quando i casi di ASD sono stati identificati a partire da registri clinici/scolastici preesistenti, mentre scende a 3,25:1 quando i casi di ASD sono stati attivamente selezionati partendo dalla popolazione generale. Il fatto che uno screening dell'ASD sull'intera popolazione aumenti la percentuale di femmine identificate suggerisce la presenza di una quota di femmine con ASD non diagnosticata o con diagnosi errata, in particolare tra gli individui ad alto funzionamento. Tale dato è in linea anche con la riduzione della discrepanza M/F all'aumentare dell'età, espressione della difficoltà tutt'oggi presente a diagnosticare le femmine precocemente.

Da cosa può essere spiegata la diversa prevalenza dell'ASD nei maschi e nelle femmine?

A oggi, i meccanismi alla base della diversa prevalenza dell'ASD nei maschi e nelle femmine sono ancora oggetto di studio. È probabile che alla base vi sia un modello multifattoriale, in cui i fattori di rischio genetici e ambientali interagiscono con assetti ormonali e immunologici che differiscono in base al sesso, determinando in ultima analisi una prevalenza dell'ASD più pronunciata nei maschi.

I molteplici fattori che contribuiscono alla diversa prevalenza tra i generi possono essere raggruppati in due categorie: da un lato aspetti biologico-genetici; dall'altro fattori culturali e ambientali.

In particolare, a sostegno degli aspetti biologico-genetici sono state proposte due teorie esplicative non mutuamente esclusive:

1. il modello di suscettibilità differenziale, secondo il quale sono presenti fattori di rischio specifici per i maschi o fattori protettivi specifici per le femmine che rendono i maschi più predisposti all'ASD rispetto alle femmine. In tal senso, vari studi di genetica supportano l'“effetto protettivo femminile” (FPE) dal momento che dimostrano come le femmine ASD presentino maggiori alterazioni genetiche rispetto ai maschi ASD: più mutazioni *de novo*, sia variazioni del numero di copie (CNVs) (cioè delezioni o duplicazioni di regioni cromosomiche), sia mutazioni puntiformi con effetto deleterio (cioè la sostituzione di un amminoacido con un altro che si traduce in una perdita di funzione del gene);
2. la teoria del “cervello maschile estremo” (Extreme Male Brain, EMB), elaborata dallo psicologo britannico Simon Baron-Cohen, postula che gli individui con ASD abbiano uno stile cognitivo maschile estremo che favorisce le capacità di sistematizzazione rispetto a quelle empatiche, riconducibile all'effetto mascolinizante sul cervello in via di sviluppo dell'elevata esposizione prenatale al testosterone. A sostegno di tale ipotesi, l'aumento dei livelli di testosterone fetale è stato collegato a successive diagnosi di ASD in un campione derivato dai registri di popolazione [4].

I fattori culturali e ambientali sono quelli che portano ancora oggi a considerare l'autismo come un disturbo tipicamente maschile. Nell'immaginario collettivo, il bambino autistico è rappresentato come un maschio con interessi circoscritti “maschili” (dinosauri, treni), o che si focalizza sui dettagli (anche in questo caso gli esempi classici fanno riferimento a giochi tipicamente maschili, come girare ripetutamente la ruota di una macchinina). A questo proposito, un importante studio britannico evidenzia come le femmine con ASD arrivano più facilmente all'attenzione clinica nel caso abbiano dei disturbi concomitanti di tipo intellettivo, comportamentale o emotivo, mentre nei maschi non è necessaria la presenza di tali comorbidità affinché siano portati in consultazione [5]. Viceversa, la presenza di sintomi autistici nelle bambine potrebbe non essere riconosciuta e i deficit sociali potrebbero non destare particolare preoccupazione ed essere interpretati da genitori e insegnanti come tratti caratteriali di timidezza, introversione, ansia nelle situazioni sociali. Questi aspetti possono contribuire a determinare una ridotta individuazione delle femmine con ASD.

Da qualche tempo si sente parlare di effetto camoufflage: di cosa si tratta?

A molte persone i segni e i sintomi dell'ASD vengono rilevati in ritardo ed essi, pertanto, possono “volare” sotto il radar diagnostico per diversi anni. In parte, ciò accade a causa delle strategie apprese da questi individui per mascherare i problemi sociorelazionali, a differenza di individui che vengono diagnosticati durante l'infanzia. I soggetti con una diagnosi tardiva frequentemente possono soffrire di disagio psicologico a causa dello stress a lungo termine causato dall'adattamento forzato alla vita sociale quotidiana [6]. Essi possono sviluppare meccanismi di coping disfunzionali dovuti sia al ridotto supporto ambientale sia alla pressione per adattarsi alla comunicazione sociale neurotipica.

Uno di questi meccanismi di coping consiste nell'essere in grado durante le interazioni sociali di “camuffare” le proprie difficoltà sociorelazionali [6], ovvero di mascherare azioni che possono essere ritenute socialmente inappropriate per “comportarsi artificialmente” o assumere atteggiamenti sociali considerati neurotipici. Fingono, in altre parole, di non essere autistici. Alcuni esempi di camoufflage possono essere: a) forzarsi a mantenere il contatto visivo durante la conversazione; b) usare frasi apprese o battute prepreparate durante una conversazione; c) imitare le azioni sociali degli

altri, le espressioni facciali o i gesti e apprendere ed eseguire rigidi script sociali.

Di conseguenza, è possibile per questi individui imparare a parlare consapevolmente in modo più discreto e/o non essere troppo vicini a un altro individuo e/o non fare osservazioni personali, modellando le loro azioni su un pari neurotipico, al fine di ottenere maggiore approvazione. In termini di benessere psicologico, tuttavia, i resoconti autobiografici indicano che il camoufflage può anche avere un costo molto alto in termini di stress.

Perché?

Perché esso necessita di un enorme sforzo cognitivo, può portare a un aumento dello stress e persino a un crollo evolutivo innescato dal sovraccarico sociale che può determinare ansia, depressione e persino effetti negativi sulla crescita della propria identità [6].

Studi di popolazione hanno suggerito che alle ragazze viene più spesso diagnosticato l'ASD quando sono più grandi [7] e meno prontamente degli uomini, a meno che i problemi comportamentali o cognitivi, come abbiamo detto in precedenza, non siano in comorbidità [8]. Insieme ad altri potenziali “fenotipi di autismo femminile”, migliorare la nostra comprensione del camoufflage potrebbe promuovere ulteriormente il riconoscimento dei segni e dei sintomi diagnostici, migliorando il rilevamento anche delle forme più difficili da diagnosticare di ASD.

Sebbene il camoufflage sia stato spesso identificato come una delle caratteristiche chiave delle ragazze con ASD, la ricerca scientifica sistematica è stata sorprendentemente limitata [6].

Cosa dice la letteratura scientifica sul camoufflage?

In linea generale la letteratura ci sta informando della presenza di un fenotipo comportamentale che fino a pochi anni fa non contemplavamo. Per esempio, nello studio del 2014 condotto da Hiller et al. [9] le ragazze con ASD avevano maggiori probabilità di integrare comportamenti non verbali e verbali, avevano una migliore immaginazione, avevano maggiori abilità nel conversare e nell'iniziare (ma non mantenere) amicizie. Queste caratteristiche avevano avuto un impatto ecologico, poiché gli insegnanti della scuola avevano riferito molte meno preoccupazioni per le ragazze (rispetto ai ragazzi) con ASD riguardo alle abilità sociali, alle amicizie e alla esternalizzazione dei problemi comportamentali. Nel 2014 Head et al. [10] hanno ipotizzato che le femmine con ASD avrebbero mostrato abilità sociali migliori rispetto ai maschi con ASD nei test che valutavano l'amicizia e il funzionamento sociale. Nel 2016, Rynkiewicz et al. [7] hanno evidenziato che le ragazze con ASD tendevano a usare i gesti in modo più vivido rispetto ai ragazzi con ASD durante le attività dimostrative dell'ADOS-2. Nel 2016 Tierney et al. [11] hanno intervistato 10 ragazze adolescenti con ASD sulle sfide sociali associate all'adolescenza. Queste ragazze hanno riferito di avere sviluppato, negli anni, strategie esplicite per la gestione delle relazioni sociali, in particolare l'imitazione e il camoufflage. Nel 2019 Schuck et al. [12] hanno messo a fuoco che il camoufflage è risultato più comune nelle femmine con ASD rispetto ai maschi. Inoltre, il camoufflage era correlato negativamente con l'espressività emotiva nelle femmine, ma non nei maschi, con ASD. Questi risultati rafforzano il dato del camoufflage più comune nelle femmine e si aggiungono alla letteratura su come il camoufflage può essere diverso nelle femmine rispetto ai maschi.

Cosa è bene sapere

- La diagnosi di ASD ritardata o omessa nelle femmine ha un impatto negativo sia sull'intervento riabilitativo, che dovrebbe essere precoce e personalizzato, sia sulla possibilità

di usufruire di una consulenza genetica per i genitori, al fine di valutare il rischio di ricorrenza del disturbo.

- Viceversa, una diagnosi tempestiva e appropriata può fornire ai genitori una spiegazione delle difficoltà incontrate nella vita quotidiana dalle loro figlie, un adeguato sostegno in ambito scolastico, una maggiore tutela rispetto a episodi di esclusione, discriminazione e bullismo.
- Inoltre, la diagnosi di ASD può consentire alle bambine e alle ragazze con ASD di ricevere la preparazione e la formazione necessarie – adattate al loro funzionamento cognitivo – per far fronte a possibili problematiche, tra cui episodi di abuso o molestie fisiche, sessuali e emotive.
- La transizione adolescenziale può infatti risultare particolarmente problematica per le femmine con ASD, con difficoltà a adattarsi ai cambiamenti puberali riguardanti la trasformazione fisica, le pulsioni sessuali e la crescente autonomia. Anche le interazioni con i pari diventano in adolescenza più complesse, e si arricchiscono di un “linguaggio non letterale”: i modi di dire, i sottintesi, l'ironia, il sarcasmo, l'inganno e le metafore risultano particolarmente difficili da decifrare per queste ragazze. Inoltre, la possibile difficoltà di capire le intenzioni malevole dell'altro fa sì che queste ragazze possano risultare ingenuo e quindi a rischio di essere manipolate o raggirate.
- Identificare precocemente le situazioni di camouflagge può ridurre la comparsa di comorbidità psichiatrica.
- Infine, per i soggetti ad alto funzionamento, la diagnosi potrebbe fornire una spiegazione delle problematiche socio-relazionali sperimentate, chiarendo il motivo per cui incontrano difficoltà a interagire con le persone e a integrarsi, e può quindi in ultima analisi determinare una riduzione del senso di colpa e dei vissuti di inadeguatezza. ■

Questo studio è stato in parte supportato dal Ministero della Salute attraverso il finanziamento concesso all'IRCCS Stella Maris per l'attività di Ricerca Corrente e 5 × 1000.

Bibliografia

1. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ.* 2023 Mar 24;72(2):1-14.
2. Narzisi A, Posada M, Barbieri F, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder in a large Italian catchment area: A school-based population study within the ASDEU project. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018 Sep 6;29:e5.
3. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017 Jun;56(6):466-474.
4. Baron-Cohen S, Auyeung B, Nørgaard-Pedersen B, et al. Elevated fetal steroidogenic activity in autism. *Mol Psychiatry.* 2015 Mar;20(3):369-76.
5. Dworzynski K, Ronald A, Bolton P, Happé F. How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012 Aug;51(8):788-97.
6. Lai MC, Lombardo MV, Auyeung B, et al. Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015 Jan;54(1):11-24.
7. Rynkiewicz A, Schuller B, Marchi E, et al. An investigation of the “female camouflagage effect” in autism using a computerized ADOS-2 and a test of sex/gender differences. *Mol Autism.* 2016 Jan 21;7:10.
8. Lai MC, Lombardo MV, Pasco G, et al. A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PLoS One.* 2011;6(6):e20835.
9. Hiller RM, Young RL, Weber N. Sex differences in autism spectrum disorder based on DSM-5 criteria: evidence from clinician and teacher reporting. *J Abnorm Child Psychol.* 2014 Nov;42(8):1381-93.
10. Head AM, McGillivray JA, Stokes MA. Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Mol Autism.* 2014 Feb 28;5(1):19.
11. Tierney S, Burns J, Kilbey E. Looking behind the mask: Social coping strategies of girls on the autistic spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders.* 2016;23:73-83.
12. Schuck RK, Flores RE, Fung LK. Brief Report: Sex/Gender Differences in Symptomology and Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2019 Jun;49(6):2597-2604.

sara.calderoni@fsm.unipi.it

Il diritto alla salute dei bambini

Mario De Curtis

già Ordinario di Pediatria, Università di Roma La Sapienza; presidente del Comitato per la Bioetica della Società Italiana di Pediatria; componente della Commissione Salute dell'Accademia Nazionale dei Lincei

Il diritto alla salute dei bambini è un principio fondamentale sancito, oltre che dall'art. 32 della Costituzione, da una serie di Convenzioni internazionali riconosciute dal nostro Paese. Ogni bambino ha il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di avere accesso a cure mediche adeguate. Questo diritto fra l'altro prevede: l'accesso a cure preventive, cure mediche appropriate in caso di malattie, una nutrizione adeguata e un ambiente sicuro e sano privo di fattori nocivi. Il diritto alla salute dei bambini è essenziale per garantire il loro sano sviluppo fisico e mentale e il pieno godimento di altri diritti come quello all'istruzione e alla protezione.

Molti di questi diritti sono oggi negati in Italia, che pur vanta un'antica tradizione di solidarietà e difesa dell'infanzia. Inique differenze nella fruizione del diritto alla salute riguardano tutti coloro che vivono in Italia in qualsiasi fascia d'età, ma presentano risvolti di particolare responsabilità nelle prime epoche della vita, segnate da una particolare vulnerabilità, ma anche decisive, in positivo o in negativo, per il futuro della persona. Sebbene l'Italia disponga di un sistema sanitario universale che garantisce l'accesso alle cure mediche, ci sono ancora notevoli disparità nella cura della salute dei bambini dipendenti da fattori socioeconomici e geografici. I bambini provenienti da famiglie con basso reddito o situazioni economiche precarie hanno minori opportunità di accesso a cure mediche adeguate e tempestive, a una nutrizione adeguata e ai servizi sanitari. Gli ultimi dati dell'ISTAT indicano che nel 2022 un milione 269 mila bambini e ragazzi non potevano permettersi le spese minime necessarie per condurre una vita accettabile, si trovavano cioè in uno stato di povertà assoluta [1]. La povertà infantile può essere legata a diversi fattori, tra cui la disoccupazione dei genitori, la precarietà lavorativa, la monogenitorialità, l'immigrazione e altre situazioni di vulnerabilità. Dal momento che molte giovani coppie hanno lavori precari e non dispongono di un reddito definito, la nascita di un bambino può farle precipitare nella situazione di povertà assoluta. Questa povertà, infatti, è tanto più frequente quanto maggiore è il numero dei figli minori in famiglia: 6,5% per le coppie con un figlio minore, 10,6% per quelle con due figli minori e 21,0% per le coppie con tre o più figli minori [1].

I bambini di famiglie povere si ammalano e muoiono di più, sviluppano più frequentemente patologie croniche, sono meno spesso allattati al seno, vanno incontro più spesso a infezioni, disturbi di crescita, obesità, anemia, carenze nutrizionali, carie dentali, disturbi psicologici, comportamentali e anche psichiatrici ecc. [2,3]. Quello che un bambino sperimenta durante i primi anni pone le basi per tutta la sua vita. La povertà nelle prime epoche della vita, con le condizioni negative che le sono associate, ha effetti negativi sullo stato di salute non solo nelle prime epoche della vita ma anche nell'età adulta. Un recente documento della Commissione Salute dell'Accademia Nazionale dei Lincei ha spiegato come un problema sociale, quale la povertà infantile, possa determinare problemi biologici e medici [4]. Recenti studi di genetica sembrano indicare che, in età pediatrica, le modificazioni epigenetiche in-

dotte dalle disuguaglianze sociali in bambini economicamente svantaggiati mostrano profili di metilazione del DNA indicativi di una maggiore infiammazione cronica e di un ritmo più rapido di invecchiamento biologico, esponendo di fatto il bambino a una aumentata e precoce vulnerabilità alle malattie dell'età adulta [5,6]. La Caritas nel rapporto 2022 su *Povertà ed esclusione sociale* ha sottolineato che esistono varie forme di povertà: da quella ereditaria che si trasmette "di padre in figlio", per cui occorrono almeno cinque generazioni a una persona che nasce in una famiglia povera per raggiungere un livello medio di reddito, alla povertà educativa, tanto che solo l'8% dei giovani con genitori senza titolo superiore riesce a ottenere un diploma universitario [7].

I bambini più a rischio sono quelli che vivono nel Mezzogiorno che, rispetto a quelli che risiedono nel Centro Nord, hanno tassi di povertà assoluta più elevati, una mortalità infantile più elevata di circa il 50% e, quando si ammalano, più spesso si recano in un'altra Regione per curarsi (11,9% vs 6,9%) [8]. Questa migrazione sanitaria, che si verifica per l'aspettativa di ottenere un esito migliore di quello che si potrebbe avere facendosi curare nella propria Regione, determina profonde sofferenze per il distacco dal luogo di origine, problemi economici per le famiglie a causa delle spese di trasferimento e difficoltà di lavoro dei genitori per l'allontanamento dalla loro sede. Questo tipo di mobilità genera iniquità, poiché non tutte le famiglie sono in grado di sostenere i costi dei trasferimenti, e viola il diritto costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute.

Per affrontare queste disuguaglianze in salute, è necessario un approccio che comprenda programmi di sostegno per le famiglie povere, iniziative per promuovere uno stile di vita sano, campagne di educazione sanitaria, miglioramento dell'organizzazione sanitaria nelle aree svantaggiate e iniziative per garantire l'accesso equo all'assistenza per tutti i bambini indipendentemente dalla loro situazione socioeconomica o geografica. Bisogna evitare il fenomeno dell'assistenza inversa, cioè quella condizione per la quale la disponibilità di servizi sanitari varia inversamente ai bisogni delle varie aree geografiche.

Un miglioramento dello stato di salute dei minori si può avere migliorando le condizioni sociali e la formazione scolastica particolarmente carente nel Mezzogiorno, dove è insufficiente il numero di asili nido, di scuole dell'infanzia e dove più elevati sono i tassi di abbandono scolastico. Il problema è ancora più critico per i figli di genitori immigrati che hanno tassi di mortalità neonatale e infantile più elevati dei figli di genitori italiani e questo maggiore rischio di mortalità aumenta ulteriormente se nascono e risiedono nel Mezzogiorno [9]. È fondamentale puntare sulla prevenzione delle malattie sin dai primi anni di vita, al fine di migliorare lo stato di salute della popolazione in età adulta. È ben noto che la speranza di vita in Italia è tra le più elevate del mondo (nel 2022 è stimata in 80,5 anni per gli uomini e in 84,8 anni per le donne), ma gli anni in buona salute sono 68,7 per le donne e 67,2 per gli uomini [10,11]. Molte malattie potrebbero essere prevenute con corretti stili di vita. La gran parte delle malattie insorge dopo i 65 anni ed è influenzata dagli stili di vita degli anni precedenti. L'introduzione nei programmi scolastici di principi generali di educazione sanitaria potrebbe giocare un ruolo importante per raggiungere questo fine. La prevenzione deve iniziare precocemente in famiglia, ma la scuola può giocare un ruolo fondamentale perché soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza si formano la personalità dell'individuo e il concetto di salute.

È necessario da parte del governo un adeguato finanziamento per la sanità al fine di garantire un'adeguata qualità di servizi. In seguito ai progressivi tagli dei finanziamenti per la spesa della sanità pubblica attuati negli ultimi decenni, l'Italia è al di sotto della media della spesa europea ed è l'ultima per spe-

sa pubblica pro-capite tra i Paesi del G7 [12]. Per l'imponente sotto-finanziamento, la carenza del personale sanitario, i modelli organizzativi obsoleti, l'incapacità di ridurre gli sprechi stanno venendo meno i principi di universalità, uguaglianza ed equità del Servizio Sanitario Nazionale.

Ugualmente è urgente affrontare il problema dell'organizzazione dell'assistenza pediatrica ospedaliera e del territorio del nostro Paese divenuta critica negli ultimi anni, nonostante la diminuzione della natalità, per la carenza di pediatri. L'attuale organizzazione, introdotta negli anni '80, con una netta separazione della pediatria ospedaliera da quella territoriale, non è più sostenibile e molti reparti di pediatria in tutto il Paese sono a rischio di non fornire più un'adeguata assistenza.

Sono quindi indispensabili e urgenti interventi per ridurre le disuguaglianze, per migliorare le condizioni sociali dell'infanzia e l'organizzazione sanitaria affinché ci sia un futuro per il nostro Paese. L'investimento nell'infanzia è il più efficace, duraturo e il miglior contributo allo sviluppo di una società. ■

Bibliografia

1. Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà. Anno 2021. In crescita la povertà assoluta a causa dell'inflazione. <https://www.istat.it/it/files//2023/10/REPORT-POVERTA-2022.pdf>.
2. Child health inequalities driven by child poverty in the UK - position statement. Royal College of Paediatrics and Child Health. 21 September 2022. <https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-health-inequalities-position-statement>.
3. Wickham S, Anwar E, Barr B, et al. Poverty and child health in the UK: using evidence for action. *Arch Dis Child*. 2016 Aug;101(8):759-66.
4. Contrastare la povertà infantile per migliorare la salute. Documento della Commissione Salute dell'Accademia Nazionale dei Lincei. https://www.lincci.it/sites/default/files/documenti/Commissioni/ANL_Commissione_Salute_Contrastare_la_poverta_infantile_giu2023.pdf.
5. Stringhini S, Polidoro S, Sacerdote C, et al. Life-course socioeconomic status and DNA methylation of genes regulating inflammation. *Int J Epidemiol*. 2015 Aug;44(4):1320-30.
6. Raffington L, Belsky DW, Kothari M, et al. Socioeconomic Disadvantage and the Pace of Biological Aging in Children. *Pediatrics*. 2021 Jun;147(6):e2020024406.
7. L'anello debole. Rapporto 2022 su povertà ed esclusione sociale. <https://www.caritas.it/rapporto-2022-su-poverta-ed-esclusionesociale>.
8. De Curtis M, Bortolan F, Diliberto D, Villani L. Pediatric interregional healthcare mobility in Italy. *Ital J Pediatr*. 2021 Jun 24;47(1):139.
9. Simeoni S, Frova L, De Curtis M. Inequalities in infant mortality in Italy. *Ital J Pediatr*. 2019 Jan 11;45(1):11.
10. Indicatori Demografici. Anno 2022 La popolazione cala ancora ma non al livello del biennio 2020-21. ISTAT 7 Aprile 2023. <https://www.istat.it/it/archivio/283229>.
11. Healthy Life Years at Birth. Eurostat <https://www.reumatologia.it/cmsx.asp?IDPg=1761#-:text=Publicazioni-,Eurostat%3A%20Italia%20al%203%C2%Bo%20posto%20nella%20UE%20oper,di%20vita%20in%20buona%20salute&text=I3%20giugno%202022%20%E2%80%93%20Terzo%20gradino,di%20vita%20in%20buona%20salute>.
12. Cartabellotta N. I principi fondamentali del SSN sono stati traditi. GIMBE, 8 settembre 2023. <https://welfare.it/salute-e-assistenza/cartabellotta-gimbe-i-principi-fondamentali-del-ssn-sono-stati-traditi/>.

mario.decurtis@uniroma1.it

blister

L'atropina per la miopia? Sì, ..., forse

L'insorgenza della miopia di solito si verifica tra i 7 e 16 anni quando gli occhi in via di sviluppo possono iniziare a crescere troppo in lunghezza assiale (dalla parte anteriore a quella posteriore). Invece di mettere a fuoco sulla retina, le immagini di oggetti distanti vengono focalizzate in un punto più anteriore così che le persone abbiano una scarsa visione da lontano mentre la loro visione da vicino rimane invariata. Attualmente, con l'aumento dell'utilizzo degli schermi anche tra i bambini più piccoli, l'età di insorgenza della miopia si sta anticipando così come la prevalenza di questo disturbo nell'età pediatrica, soprattutto in alcune popolazioni asiatiche nelle quali fino all'80% degli adolescenti presenta questo disturbo (v. blister in Quaderni acp 2022;1:26).

2 RCT recentemente pubblicati hanno testato l'uso dell'atropina nel ridurre la progressione della miopia nei bambini. Lo studio di Zatnik (CHAMP study, 576 bambini con età 6-10 aa), svolto in doppio cieco con placebo in 31 centri tra Europa e USA, ha valutato l'utilizzo per 36 mesi di atropina 0,01 o 0,02%. I risultati hanno mostrato una buona efficacia dell'atropina 0,01% nella riduzione della progressione della miopia, nella lunghezza assiale e negli errori refrattivi [1]. Lo studio di Repka (187 bambini con età 5-12 aa), svolto in doppio cieco con placebo in 12 centri USA ha valutato l'utilizzo di atropina 0,01% per 24 mesi e un follow-up di 6 mesi senza terapia. A differenza dello studio di Zatnik, i partecipanti a questo RCT non hanno mostrato una riduzione nella progressione della miopia e nella lunghezza assiale dell'occhio alla fine del follow-up [2]. I risultati contrastanti di questi RCT arricchiscono le conclusioni della Cochrane con metanalisi a rete che rileva un discreto effetto dell'atropina nel ridurre la progressione della miopia, riconoscendo un'efficacia maggiore per dosi giornaliere di atropina elevate vs quella a basso dosaggio (rispettivamente > 0,5% vs < 0,1%) [3]. Tuttavia la maggior parte degli studi raccolti da questa revisione sistematica è su popolazioni asiatiche, per le quali è possibile (e probabile) una differenza genetica nell'elasticità del globo oculare e quindi con una diversa sensibilità all'azione di questo farmaco anticolinergico.

Cosa dire ai nostri pazienti in cura con atropina per la riduzione della progressione della miopia? Ancora non sappiamo quanto deve durare il trattamento con atropina, se è presente un rischio di rebound alla fine della terapia, qual è la dose giornaliera più efficace, qual è l'età pediatrica con maggior probabilità di successo e la reale differenza di efficacia tra le diverse etnie. A differenza di altri trattamenti con lenti, l'atropina è sicura e sembra promettente, ma ancora abbiamo bisogno di più dati per rispondere a queste domande.

1. Zadnik K, Schulman E, Flitcroft I, et al. Efficacy and Safety of 0.01% and 0.02% Atropine for the Treatment of Pediatric Myopia Progression Over 3 Years: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Ophthalmol*. 2023 Oct 1;141(10):990-999.
2. Repka MX, Weise KK, Chandler DL, et al. Low-Dose 0.01% Atropine Eye Drops vs Placebo for Myopia Control: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Ophthalmol*. 2023 Aug 1;141(8):756-765.
3. Lawrenson JG, Shah R, Huntjens B, et al. Interventions for myopia control in children: a living systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Feb 16;2(2):CD014758.

L'ascolto dei pazienti: l'esperienza dell'ospedale pediatrico Meyer IRCCS

Francesca Menegazzo¹, Elisa Conti²,
Michela Sica³, Stefania Solare⁴,
Elise M. Chapin⁴

¹Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer IRCCS, Firenze

²Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

³Ufficio Ricerca e Study Design, Meyer Children Research Institute, Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer IRCCS, Firenze

⁴Programma Insieme per l'Allattamento, Area Advocacy, Comitato Italiano per l'UNICEF Fondazione ETS, Roma

Il diritto all'ascolto dei pazienti rappresenta un principio fondamentale nell'ambito delle cure mediche, in particolare nel caso dei minori ospedalizzati, come descritto nella Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Nel 2018 AOU Meyer ha introdotto una versione pediatrica dell'indagine PREMs, riscontrando tuttavia dei limiti nel coinvolgimento dei giovani pazienti. Il progetto VoiCEs, iniziato nel 2021, ha implementato un nuovo sistema di raccolta dell'opinione sull'esperienza di ricovero che ha significativamente incrementato la partecipazione diretta dei pazienti pediatrici. Così concepita, l'indagine concretizza il diritto a essere ascoltati e i suoi risultati costituiscono una preziosa fonte informativa per modellare un ospedale più a misura di bambina, bambino e adolescente.

A patient's right to be heard represents a fundamental principle in the field of medical care, particularly in the case of hospitalized minors, as described in the Convention on the Rights of the Child. In 2018, the Meyer Children's Hospital introduced a pediatric version of a PREMs survey, however the involvement of young patients was limited. The VoiCEs project, started in 2021, has implemented a new system for collecting opinions on the hospitalization experience which has significantly increased the direct participation of pediatric patients. As it is now set up, the survey gives real meaning to the right to be heard and its results constitute a precious source of information for shaping a hospital that is more welcoming to girls, boys and adolescents.

Essere ascoltati è un diritto dei pazienti, particolarmente rilevante per quelli potenzialmente più vulnerabili, quali i minori. Accanto a ciò, l'utilizzo dell'opinione dei pazienti quale fonte informativa per guidare interventi correttivi all'interno di processi di miglioramento della qualità delle cure offerte, risulta essere uno strumento di provata efficacia [1,2]. E di particolare interesse l'ascolto diretto di bambine, bambini e adolescenti ospedalizzati, visti non più come "oggetti" di cu-

ra, ma come protagonisti attivi che possono fornire informazioni e opinioni riguardanti i percorsi assistenziali in cui sono coinvolti [3]. Le priorità e i punti di vista degli adulti di riferimento non sempre combaciano con quelli dei diretti interessati: diventa quindi strategico l'ascolto diretto delle opinioni dei pazienti pediatrici.

Su queste basi, nel 2018 l'Azienda Ospedaliero Universitaria IRCCS Meyer di Firenze (AOU Meyer) ha sviluppato assieme al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (SSSA) una versione pediatrica dell'indagine PREMs (Patient-Reported Experience Measures) sul ricovero ordinario [4], già attiva per l'ambito adulto in numerose aziende sanitarie in Toscana [5].

L'indagine comprendeva una sezione di questionario con 55 domande a risposta multipla e una narrativa, con cinque domande aperte. Tale PREMs pediatrico era rivolto ai genitori dei pazienti fino ai tredici anni di età, con qualche domanda aggiuntiva per i maggiori di quattro anni; gli adolescenti dai 14 anni in poi erano invece invitati a rispondere in autonomia, ricevendo alcune domande specifiche in più rispetto alle altre fasce d'età. Nella sezione dello storytelling vi erano domande aperte rivolte direttamente al minore e altre rivolte al caregiver.

Nel corso degli anni di indagine PREMs (dal 1° dicembre 2018 al 14 novembre 2022), è stato possibile osservare l'utilità e i limiti della stessa. Se da un lato se ne confermava la capacità di rilevare pregi e criticità dell'assistenza dal punto di vista dei caregiver, dall'altro emergeva che non si era in grado di raggiungere in modo soddisfacente la voce dei giovani pazienti.

Dall'analisi del profilo dei rispondenti, considerando un periodo campione (dal 15 novembre 2021 al 30 settembre 2022, scelto per poter effettuare un confronto con un intervallo analogo di VoiCEs), risultava infatti che su 1546 questionari compilati, in 34 il minore aveva risposto autonomamente e in 149 assieme a un caregiver; in totale, la voce diretta di bambine, bambini e adolescenti è stata raccolta in 183 casi, pari solo all'11,8% dei questionari ricevuti.

Partendo da questa esperienza, con l'obiettivo di sviluppare ex novo uno strumento ad hoc e un osservatorio per la valutazione dell'esperienza di ricovero da parte dei pazienti pediatrici, AOU Meyer dal 2021 partecipa al progetto europeo VoiCEs, Value of including Children's Experiences for improving their rights during hospitalization.

Il progetto, coordinato dalla SSSA e cofinanziato dall'Unione europea nell'ambito del programma Union's Rights, Equality and Citizenship 2014-2020 (REC-RCHI-PROF-AG-2020), coinvolge tre ospedali universitari pediatrici europei oltre ad AOU Meyer, selezionati in quanto già impegnati in attività di raccolta della voce dei loro pazienti: Children's Clinical University Hospital di Riga, New Children's Hospital di Helsinki ed Erasmus University Medical Center, Sophia Children's Hospital di Rotterdam. Ulteriore membro del consorzio è il Comitato Italiano per l'UNICEF, che da anni opera a livello internazionale e nazionale per assicurare che ogni bambina, bambino e adolescente possa godere dei diritti declinati nella Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, fra cui il diritto di esprimersi nei processi decisionali che riguardano loro in prima persona [6]. Il progetto è inoltre supportato dalla European Children's Hospitals Organisation (ECHO), dall'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI) e dal Picker Institute Europe.

La definizione del nuovo sistema di indagine è avvenuta attraverso un processo partecipativo che ha coinvolto professionisti di diversi ambiti disciplinari, stakeholder, pazienti pediatrici e caregiver.

Tra i risultati raggiunti, vi è stata la produzione di un questionario per i caregiver e quattro questionari pediatrici, uno per ciascuna delle quattro fasce di età individuate (0-3 anni, con

Tabella 1. Numero di questionari VoiCEs compilati, stratificati per fascia di età del rispondente, relativi al periodo 15 novembre 2022-30 settembre 2023

Età del rispondente	Numero di questionari
0-3 anni (attraverso il caregiver)	379
4-7 anni	197
8-13 anni	241
14-17 anni	110
< 17 anni	23
Totale	950

risposta data dal caregiver, 4-7 anni, 8-13 anni e dai 14 anni), con un numero di domande e un linguaggio opportunamente modulati in base alla fascia di età del rispondente [7,8]. Per le fasce di età 4-7 e 8-13 anni, il questionario è inoltre arricchito da immagini e smiley per promuovere il coinvolgimento e facilitare la comprensione di domande e risposte.

Tra le metodologie di partecipazione adottate, si sono rivelate particolarmente informative le interviste semi-strutturate condotte da ricercatrici di AOU Meyer con bambine, bambini e adolescenti ricoverati e i loro caregiver. Quanto emerso dalle interviste ha infatti permesso di rettificare due aspetti che sembravano avere un alto impatto sulla partecipazione al precedente questionario PREMs: la lunghezza e il linguaggio poco accessibile alla popolazione pediatrica.

Nelle interviste si chiedeva ai giovani pazienti di esprimere quali ritenevano essere gli elementi determinanti della qualità dell'esperienza di ricovero ordinario, attribuendovi inoltre un punteggio di rilevanza. Quanto emerso ha permesso di decurtare le domande chiuse (portandole da 55 a un minimo di 5 fino a un massimo di 20 per questionario, in funzione della fascia di età del paziente), prendendo in considerazione gli aspetti individuati da bambine, bambini e adolescenti come importanti, consentendo così di focalizzare il questionario su un numero di parametri più limitato ma anche più significativo dal punto di vista dei minori.

Le cinque sezioni della parte narrativa sono rimaste invariate, perché corrispondenti a quanto ritenuto rilevante e perché negli anni di indagine PREMs si è riscontrato che ricevono risposte numerose e circostanziate.

Tale nuovo sistema di indagine VoiCEs è stato avviato in AOU Meyer il 15 novembre 2022 ed è tuttora attivo.

È stata condotta sull'indagine VoiCEs (periodo dal 15 novembre 2022 al 30 settembre 2023) un'analisi sul profilo dei rispondenti analoga a quella condotta per PREMs; in questo caso, avendo questionari diversificati per età, oltre che misurare il numero di casi in cui è il minore a rispondere al questionario, è possibile conoscerne la fascia di età di appartenenza. I risultati sono riportati nella **Tabella 1**.

L'introduzione del sistema di indagine VoiCEs rispetto al precedente PREMs pediatrico ha incrementato la partecipazione di bambine, bambini e adolescenti significativamente: in un medesimo intervallo di tempo sono stati raccolti 950 questionari VoiCEs compilati da minori vs 183. Le fasce di età che nel PREMs pediatrico precedente non trovavano voce (0-14 anni), costituiscono in VoiCEs oltre l'85% delle opinioni raccolte. Si tratta di un risultato importante che costituisce un esempio concreto della realizzazione del diritto all'ascolto. Per ogni paziente dimesso è stata raccolta anche l'esperienza dell'adulto di riferimento con un questionario dedicato.

Per incentivare la partecipazione all'indagine sono state introdotte nel tempo azioni diversificate: messa a disposizione di gadget e materiali informativi, diffusione di informazioni e comunicati stampa attraverso il sito web dell'ospedale e il sito dedicato voicesproject.eu, giornate informative aperte alla cittadinanza e formazione delle professioniste e dei professio-

nisti con impatto sulla promozione del coinvolgimento di pazienti e famiglie.

Le informazioni ricavate dall'indagine vengono utilizzate dall'ospedale a livello di Direzione, reparti o per funzioni trasversali, individuando criticità da affrontare e punti di forza da valorizzare. Sino a settembre 2023, il processo di analisi dei risultati e definizione di interventi è stato condotto esclusivamente dal personale ospedaliero. Recentemente è stata sollevata la proposta, in linea con la modalità partecipativa che ha portato alla creazione dei questionari stessi, di coinvolgere i giovani pazienti anche nella fase di definizione delle priorità e delle modalità di intervento basate sui risultati dell'indagine.

In un'ottica di realizzazione del diritto al pieno coinvolgimento dei caregiver e dei giovani pazienti, si intende rendere questi ultimi soggetti attivi, si intende rendere i giovani pazienti soggetti attivi all'interno del sistema di cura attraverso tutto il processo di valutazione-azione di raccolta e analisi delle opinioni e definizione degli interventi ai fini del miglioramento dell'assistenza.

In prima battuta, l'ospedale intende avvalersi a tale proposito del Consiglio dei ragazzi e delle ragazze del Meyer, organismo composto da adolescenti pazienti, ex pazienti e sorelle o fratelli di questi, specificamente costituito nel 2018 per permettere il coinvolgimento attivo nel sistema di cure ospedaliero, contribuire al potenziamento dell'alleanza fra pazienti, famiglie e personale sanitario e consolidare i percorsi di sicurezza delle cure e di umanizzazione sotto i loro molteplici aspetti. Rappresentanti del Consiglio hanno già condiviso le loro esperienze di ricovero partecipando attivamente alla riunione conclusiva del progetto VoiCEs il 22 settembre 2023 a Firenze, come avvenuto con le ragazze del Consiglio del Sophia Children's Hospital durante un incontro del progetto europeo a Rotterdam nel dicembre 2022.

La proposta di affiancare la Direzione dell'ospedale nella progettazione di interventi è stata accolta con grande interesse dai membri del Consiglio, accogliendo il loro desiderio di mettere a frutto in modo concreto la propria esperienza ai fini di migliorare quella dei giovani pazienti che verranno dopo di loro e consentendo al contempo di dare un nuovo significato alla propria dolorosa esperienza, trasformandola in una preziosa fonte di informazioni per modellare un ospedale più a misura di bambina, bambino e adolescente e attuando pienamente il diritto di essere ascoltati. ■

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Dixon J, Ward J, Blower S. "They sat and actually listened to what we think about the care system": the use of participation, consultation, peer research and co-production to raise the voices of young people in and leaving care in England. *Child Care in Practice*. 2019;25(1):6-21.
2. De Rosis S, Pennucci F, Nuti S. From Experience and Outcome Measurement to the Health Professionals' Engagement. *Micro & Macro Marketing*. 2009;28(3):493-520.

3. Comitato sui Diritti dell'Infanzia (2009). Commento Generale n. 12. Il diritto del bambino e dell'adolescente di essere ascoltato. (CRC/C/GC/12). (New York: United Nations). <https://www.dato-cms-assets.com/30196/1607952000-commentogeneralen-12.pdf>.
4. Corazza I, Gilmore KJ, Menegazzo F, Abols V. Benchmarking experience to improve paediatric healthcare: listening to the voices of families from two European Children's University Hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2021 Jan 27;21(1):93.
5. Vainieri M, Severino MC, Peruzzo E, et al. Indagine prems patient-reported experience measures. rilevazione sistematica dell'esperienza di ricovero ordinario riportato dai pazienti adulti e pediatrici nella sanità toscana. 2023. https://www.santannapisa.it/sites/default/files/inline-files/Report_PREMs_2022.pdf.
6. Nazioni Unite (1989). Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. (New York: UNICEF). <https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia>.
7. De Rosis S, Bonciani M, Spataro V, et al. Value of including the Children's Experience for improving their rights during hospitalization: protocol of the VoiCEs project. *JMIR Res Protoc*. 2023 Apr 3;12:e42804.
8. Menegazzo F, Conti E, Sica M, et al. La voce dei bambini sul ricovero in ospedale: il progetto VoiCEs in Italia. *Quaderni acp*. 2023;5:196.

francesca.menegazzo@meyer.it

blister Lo zuranolone per la depressione postpartum

La depressione postpartum (PPD), oltre ad avere un effetto negativo sulla salute mentale del genitore, può produrre conseguenze significative anche nella prole, con un aumentato rischio di problemi sociali, emotivi e comportamentali durante lo sviluppo; anche la sfera cognitiva e di linguaggio così come lo sviluppo motorio del bambino possono essere interessati negativamente da una madre depressa [1].

Il primo passo è impegnarsi a fare una valutazione del genitore, aiutandosi per esempio con le domande di Whooley o la scala di Edimburgo per riconoscere le persone a rischio. A maggior ragione oggi poiché la farmacologia offre uno strumento in più per aiutare la mamma con depressione maggiore in epoca post natale. Infatti, è stato approvato dalla FDA nell'agosto 2023 lo zuranolone, un modulatore allosterico positivo del recettore GABA, per il trattamento della PPD. Il farmaco si assume per 14 giorni con il risultato di ridurre i sintomi della depressione maggiore già dai primi giorni di somministrazione, una riduzione apprezzabile anche dopo 40 giorni dalla sospensione della terapia. Un grande vantaggio considerando che il trattamento oggi si avvale della terapia della parola, a volte combinata con antidepressivi come gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina che possono richiedere fino a 12 settimane per fornire sollievo. Il primo trial di fase III sulla PPD ha supportato l'efficacia di un dosaggio di 30 mg/die di zuranolone 1 v/die alla sera per 14 giorni in donne di 18-45 anni con depressione maggior diagnosticata tra il terzo trimestre di gravidanza e le prime 4 settimane dal parto [2]. Il secondo studio di fase III ha randomizzato 196 pazienti con disturbo depressivo maggiore insorto sempre tra il terzo trimestre di gravidanza e le prime 4 settimane di vita. In termini di efficacia non solo sono stati osservati effetti significativamente maggiori sulla misura dell'esito primario per il farmaco rispetto al placebo, ma questi effetti sono emersi dopo appena 3 giorni dall'inizio del trattamento [3]. Il meccanismo d'azione della molecola è differente rispetto ad altri antidepressivi e sembra agire in modo specifico sulla depressione perinatale, in particolare sull'allopregnanolone, uno steroide neuroattivo che agisce sul recettore GABAergico e che si attiva in occasione del periodo perinatale. Questo spiegherebbe perché altri trial su differenti sottotipi di depressione maggiore nell'adulto hanno rilevato effetti meno rilevanti. Lo zuranolone sembra ben tollerato, permette alle mamme di prendersi cura dei loro bambini e, secondo il Drugs and Lactation Database (LactMed®), a causa delle basse quantità del farmaco nel latte, non ci si aspetta che causi effetti avversi nei neonati allattati al seno e pertanto non sarebbe necessario interrompere l'allattamento. Attualmente non sappiamo quando (e se) il farmaco sarà approvato dall'EMA, il costo e le specifiche condizioni d'uso. Tuttavia, se non si inizia ad indagare la depressione perinatale – così adesso è definita nel DSM-5 – già durante la gravidanza e nelle prime settimane di vita, avremo minori opportunità di mettere alla prova questo farmaco e, soprattutto, lasceremo mamma e figlio in una condizione di rischio.

1. Slomian J, Honvo G, Emonts P, et al. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 2019 Jan-Dec;15:1745506519844044.
2. Deligiannidis KM, Meltzer-Brody S, Gunduz-Bruce H, et al. Effect of Zuranolone vs Placebo in Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2021 Sep 1;78(9):951-959.
3. Deligiannidis KM, Meltzer-Brody S, Maximos B, et al. Zuranolone for the Treatment of Postpartum Depression. *Am J Psychiatry*. 2023 Sep 1;180(9):668-675.

La borreliosi che non risparmia il fegato

Maria Scaioli^{1,2}, Alessia Bellotto^{1,2},
Melodie O. Aricò², Enrico Valletta²

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

Le zecche sono artropodi diffusi in tutto il mondo e la borreliosi è la malattia trasmessa dagli artropodi più frequente dopo la malaria. Anche in Italia le zecche sono vettrici di diversi agenti infettivi, tra cui anche le spirochete appartenenti al genere *Borrelia*. L'interessamento epatico in corso di borreliosi è evento molto poco frequente in pediatria e descriviamo qui un caso nel quale la puntura di zecca ha determinato una malattia di Lyme con significativo danno citolitico del fegato.

Ticks are arthropods widespread throughout the world and borreliosis is the most frequent disease spread by arthropods after malaria. In Italy too, ticks are vectors of various infectious agents, including spirochetes belonging to the genus Borrelia. Liver involvement in the course of borreliosis is a very rare occurrence in pediatrics and we describe here a case in which a tick bite resulted in Lyme disease with significant cytolytic liver damage.

Le zecche sono artropodi diffusi in tutto il mondo e se ne conoscono circa 900 specie. In Italia ne sono note 36 specie, le più comuni albergano sugli uccelli (piccioni), sui cani o più genericamente sugli animali selvatici (zecca dei boschi) [1]. Non sono molto selettive nella scelta dell'organismo da parassitare e il loro ciclo biologico può compiersi su uno stesso ospite oppure su due o tre ospiti diversi. La loro attività si concentra nei mesi primaverili-estivi fino a tutto l'autunno, ma le condizioni climatiche locali possono modificare sostanzialmente il periodo di maggiore presenza. La rilevanza sanitaria risiede nella potenziale trasmissione all'uomo di agenti infettivi (protozoi, batteri, virus) di cui sono portatrici. Le malattie più frequentemente trasmesse dalle zecche in Italia sono elencate nella **Tabella 1**.

Tabella 1. Principali infezioni trasmesse dalle zecche in Italia [1]

- Encefalite da zecca (TBE)
- Borreliosi (malattia di Lyme)
- Rickettsiosi
- Febbre ricorrente da zecche
- Tularemia
- Meningoencefalite da zecche
- Ehrlichiosi

La m. di Lyme è la malattia trasmessa da un vettore più diffusa nei climi temperati e, tra le malattie veicolate da artropodi, è seconda per frequenza solo alla malaria [2]. L'agente infettivo è un batterio appartenente al genere *Borrelia* ed è trasmesso attraverso la puntura di zecche dure del genere *Ixodes* e forse anche *Amblyomma* e *Dermacentor* (le zecche del cane). I principali serbatoi dell'infezione sono rappresentati dagli animali selvatici (roditori, caprioli, cervi, volpi, lepri). L'infezione colpisce prevalentemente la pelle, le articolazioni,

il sistema nervoso e gli organi interni con tendenza alla cronicizzazione se non viene curata.

La presentazione della malattia accompagnata da un significativo coinvolgimento epatico è tutt'altro che frequente nella letteratura pediatrica e ne descriviamo, di seguito, un caso recentemente osservato.

La storia di Letizia

È estate e si presenta in pronto soccorso Letizia (1 anno e 10 mesi) per la comparsa di un'area eritematosa localizzata in zona preauricolare destra, non rilevata, con margini sfumati, calda al tatto, non dolente alla palpazione, lievemente estesa anche sulla superficie inferiore del lobo auricolare e inferiormente all'orecchio. Nient'altro di clinicamente significativo.

I genitori riferiscono che cinque giorni prima avevano notato una lesione compatibile con una puntura di zecca sulla guancia destra. Dal giorno precedente la comparsa dell'eritema, Letizia presenta anche vomito, inappetenza e irritabilità. Nell'anamnesi non c'è altro da segnalare: è sempre stata bene, a eccezione di un ricovero per verosimili crisi tonico-cloniche in apiressia a due settimane dalla vaccinazione anti-rotavirus, è regolarmente vaccinata, non ha allergie note. Si decide di ricoverare la bambina per eseguire qualche accertamento e monitorare le sue condizioni generali. Agli esami, emocromo, elettroliti e funzionalità renale sono nella norma, la PCR è negativa. ALT (124 U/L) e AST (122 U/L) sono 4x i valori di norma (vn) con GGT, ALP e bilirubina nei limiti.

Poiché il quadro clinico appariva complessivamente stabile, la bambina si manteneva apiretica e aveva ripreso ad alimentarsi con buona tolleranza, si è deciso per la dimissione in terapia antibiotica con amoxicillina (75 mg/kg/die) non sentendoci di potere escludere una borreliosi in fase iniziale. I risultati delle sierologie richieste perverranno dopo la dimissione e mostreranno una modesta positività delle IgG per *Borrelia burgdorferi* e negatività delle IgM confermata all'Immunoblot; nessuna indicazione di infezione attiva per toxoplasma, CMV, EBV ed enterovirus.

Letizia torna a follow-up dopo dieci giorni. Da due giorni circa, ha sintomi compatibili con una flogosi delle alte vie associata a qualche episodio di vomito in seguito a tosse e febbre serotina (TC max 37,8 °C). Il valore delle transaminasi è notevolmente aumentato (AST 291 U/L, 9x vn; ALT 461 U/L, 15x vn) [Figura 1], con indici di colestasi sempre negativi. Decidiamo di ricoverare nuovamente Letizia per indagare le principali cause di citolisi epatica.

È stata esclusa una rhabdmiolisi acuta (CPK nei limiti) come causa extraepatica di incremento delle transaminasi. Tra le cause intraepatiche, sono state indagate e poi escluse: le epatiti acute infettive da agenti virali (HAV, HBV, HCV, CMV, EBV, adenovirus, enterovirus e parotite), batterici (brucella,

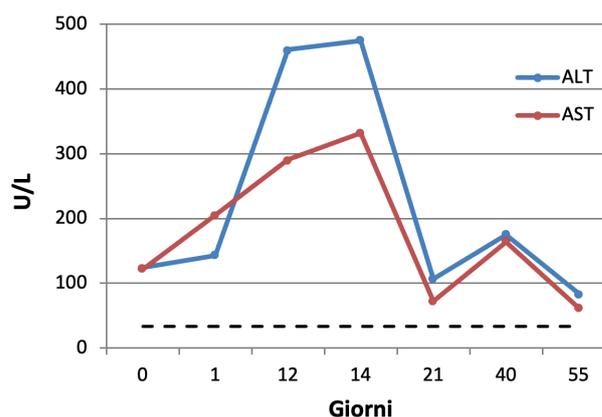


Figura 1. Modificazioni di ALT e AST nel corso della malattia. La linea tratteggiata rappresenta il limite della norma.

bartonella, rickettsia, salmonella) o da protozoi (leishmania); le epatiti autoimmuni (ANA positivo 1:80 con pattern speckled; ASMA, LKM, ENA, ANCA e ASCA negativi); le epatopatie metaboliche (ceruloplasmina, ferritina, alfa-1 antitripsina, assetto lipidico, emogasanalisi e ammonio nella norma). L'aspirato naso-faringeo era positivo per virus parainfluenzale 3. Una nuova sierologia per *Borrelia* ha finalmente mostrato una sierconversione rispetto al dato del precedente ricovero con debole positività delle IgG e positività delle IgM confermata all'Immunoblot. È stato così possibile porre diagnosi definitiva di borreliosi o malattia di Lyme, confermando la terapia con amoxicillina per un totale di 21 giorni.

A completamento, si eseguiva un'ecografia dell'addome con riscontro di fine iperecogenicità lungo gli spazi portali e formazioni rotondeggianti ipoecogene a livello splenico, compatibili con tessuto linfoide attivato. ECG ed ecocardiografia erano nella norma e l'eventuale interessamento neurologico è stato sorvegliato ed escluso monitorando clinicamente la bambina. Durante il secondo ricovero, Letizia si è subito sfebbrata (ricordiamo la positività per parainfluenza 3) e non ha mostrato alcun sintomo di rilievo. È stata dimessa dopo quattro giorni con controllo clinico e laboratoristico in ambulatorio. Nel corso delle successive settimane, le transaminasi hanno mostrato una chiara tendenza alla normalizzazione (AST 62 U/L, 2x vn; ALT 84 U/L, 2-3x vn) con indici di colestasi sempre nella norma. A casa, Letizia si è mantenuta in benessere.

Discussione

Fin da subito il quadro clinico e il forte sospetto di una puntura di zecca ci hanno indirizzati verso la diagnosi di m. di Lyme. L'agente eziologico è la *Borrelia*, una spirocheta di cui si conoscono varie specie tra cui la più comune, alle nostre latitudini, è la *Borrelia burgdorferi*, trasmessa dalle zecche. In Emilia Romagna questo patogeno è presente in circa un quinto delle zecche [3]. L'incidenza della malattia è massima nei mesi primaverili ed estivi; in Europa e negli Stati Uniti si sta assistendo a un incremento dei casi, anche a causa dell'aumento delle temperature registrato negli ultimi anni [4].

La borreliosi, nella fase precoce localizzata, si manifesta con la comparsa di un eritema migrante che, in taluni casi, può essere sostituito da un rash aspecifico. Infatti solo nel 22% dei pazienti il rash ha la classica forma a coccarda con l'area di guarigione centrale; più frequentemente (27%) si tratta di un rash uniforme, come nel nostro caso [5]. La manifestazione cutanea compare da alcuni giorni a settimane dopo la puntura della zecca, attorno alla sede di attacco [6]. In questa prima fase di malattia possono essere presenti altri segni e sintomi aspecifici come cefalea, astenia, mialgia, artralgia e linfadenopatia [7]. La **Tabella 2** riporta le principali manifestazioni cliniche osservate in una casistica di 79 pazienti con borreliosi [5]. Se non trattata, la borreliosi può interessare anche altri organi: nella fase precoce disseminata si riscontrano multipli eritemi migranti, interessamento cardiologico e neurologico; la presentazione tardiva invece è caratterizzata da artrite mono- o oligo-articolare con coinvolgimento delle grandi articolazioni, come ginocchio e anca [6-8].

Nei bambini, durante le prime fasi della malattia è frequente l'iperpiressia, anche superiore a 40 °C [7]. La manifestazione neurologica più frequente è la paralisi del facciale e la borreliosi è, infatti, la causa più comune di paralisi del facciale in età pediatrica nelle zone endemiche. La neuroborreliosi può esordire anche come meningite – spesso accompagnata da ipertensione endocranica o radicolonevriti – che nel bambino ha decorso favorevole se opportunamente trattata con terapia antibiotica [6].

Le manifestazioni cardiologiche della fase precoce sono rare. L'evidenza più frequente è il blocco atrioventricolare, mentre raramente sono state descritte miocarditi. Infine, il coinvol-

Tabella 2. Principali sintomi e segni in pazienti con eritema migrante da borreliosi [5]

Sintomi	%	Segni	%
Stanchezza	54	Nessun segno	42
Artralgia	44	Linfadenopatia localiz-	
Mialgia	44	zata	23
Cefalea	42	Linfadenopatia genera-	
Febbre	39	lizzata	6
Torcicollo	35	Febbre >37,8°C	16
Anoressia	26	Dolore alla flessione del	
Disestesie	20	collo	9
Vertigini	20	Rigidità nucale	1
Nausea/vomito	14	Dolore articolare	8
Difficoltà di concentra-		Gonfiore articolare	1
zione	9	Congiuntivite	4
Tosse	6	Paralisi del VII nervo	
		cranico	1
		Dolore addominale	1
		Faringite	1

gimento articolare tardivo è molto variabile e questo rende spesso la diagnosi più difficile.

Nella storia di Letizia, quello che si discostava dalla classica presentazione clinica era il concomitante e significativo incremento degli indici di citolisi epatica. L'interessamento del fegato nella m. di Lyme è descritto nella popolazione adulta, mentre non sono disponibili dati per l'età pediatrica. Horowitz, et al. [9] e Steere, et al. [7] hanno riscontrato rispettivamente l'incremento di almeno un indice di citolisi epatica nel 44% dei pazienti con sierologia o coltura positive per *B. burgdorferi* e il rialzo delle AST nel 19% dei casi descritti. L'elevazione degli enzimi epatici nella maggioranza dei casi era di lieve entità e si normalizzava nel corso della terapia antibiotica [7,9]. In ambito pediatrico si segnala solo la rara eventualità di un rialzo delle transaminasi in bambini con coinfezione da *B. burgdorferi* ed *Anaplasma phagocytophilum*, coinfezione che nel nostro caso non è stato possibile accertare [6,10].

La patogenesi del danno epatico è tuttora oggetto di ipotesi. Studi autoptici hanno dimostrato la persistenza delle spirochete all'interno dei tessuti umani sotto forma di aggregati e di biofilm, a riprova di una possibile invasione epatica per via ematogena [11]. Un altro meccanismo di danno si attribuisce alla risposta infiammatoria dell'ospite mediata dalla liberazione di citochine, in particolare IL-1, indotta dai lipopolisaccaridi di origine batterica. Un ulteriore meccanismo è quello autoimmune per mimetismo molecolare: è stato infatti dimostrato che l'antigene dei flagelli di *B. burgdorferi* è condiviso da vari tessuti, tra cui gli epatociti [9]. La terapia della m. di Lyme è antibiotica e di supporto. Poiché il trattamento prolungato con doxiciclina nei bambini di età inferiore a 8 anni è sconsigliato per il rischio di alterazioni ossee e dentali, amoxicillina, azitromicina, ceftriaxone e cefuroxime trovano indicazione prevalente in relazione al coinvolgimento sistemico e alle condizioni cliniche [6]. Nel nostro caso, senza interessamento neurologico o cardiaco, abbiamo utilizzato l'amoxicillina, con progressiva riduzione degli indici di citolisi a tre settimane dall'inizio della terapia. ■

La bibliografia di questo articolo è consultabile online.

Accelerazione improvvisa dell'età ossea nel bambino prepubere. Quali le possibili cause?

Brunetto Boscherini¹, Marco Cappa², Chiara Minotti³

¹Già Ordinario di Clinica Pediatrica Università di Roma Tor Vergata; ²Pediatra Endocrinologo, Unità di Ricerca su Terapie Innovative in Endocrinologia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma; ³Specializzanda in Genetica, Università di Roma Tor Vergata

Giorgio è inviato all'età di 6 anni 6 mesi dal pediatra di famiglia al pediatra endocrinologo per scarso accrescimento staturale e qualche nota dismorfica del volto. Secondogenito di genitori non consanguinei. La sorella maggiore è in buona salute. Padre alto 177 cm, madre 161 cm, menarca anni 11 e mezzo. Bersaglio genetico cm 175,5 (50° pc). Non risultano patologie importanti nell'anamnesi familiare. Gravidanza decorsa regolarmente, parto indotto a 39 settimane per sofferenza fetale; il periodo neonatale è decorso senza complicazioni. Alla nascita kg 2650, cm 49. Circonferenza cranica non nota. Secondo la madre l'accrescimento nei primi anni di vita è stato regolare. Modesto ritardo dello sviluppo psicomotorio: prime parole dopo l'anno, deambulazione autonoma a 17 mesi. È seguito presso la neuropsichiatria infantile per "ritardo di sviluppo e lieve disabilità intellettiva (QI 63) e problemi comportamentali" ed è in trattamento fisioterapico di psicomotricità. Inoltre, è seguito in broncopneumologia per episodi di asma bronchiale e dagli oculisti per un modesto strabismo. I genitori riferiscono che Giorgio, visitato all'età di 5 anni e 6 mesi, aveva una statura di cm 101,9 (3° pc), un peso di kg 17,5 e una età ossea 4 anni e 6 mesi. Date le note dismorfiche del volto erano stati consultati due genetisti che non hanno formulato un sospetto diagnostico. La CGH array era risultata negativa. All'esame obiettivo (6 anni e 6 mesi) le condizioni generali e di nutrizione sono buone, rapporto arti/tronco conservato. Si notano alcune modeste dismorfie del volto, lieve strabismo e modesto ritardo di sviluppo cognitivo. L'esame dei vari organi e apparati è negativo. Statura cm 107 (3° pc, 10 cm sotto il bersaglio genetico), peso kg 21, BMI 15 (25° pc). L'età ossea risulta di 5 anni e mezzo (1 anno inferiore all'età cronologica). Il pediatra endocrinologo decide di ricontrollare la crescita staturale a distanza di 6-12 mesi. In realtà il bambino viene rivisitato all'età di 8 e 4 mesi. Il periodo tra le due visite è decorso senza particolari eventi. Persistono le dismorfie, rapporto tronco/arti regolare, genitali prepuberi. Statura cm 123 (10° pc, entro il bersaglio genetico), peso kg 25, BMI 16,6 (25°-50° pc), circonferenza cranica cm 52,5 (50° pc). L'età ossea risulta di 10 anni, quasi 2 anni superiore alla cronologica. Riassumendo: statura ai limiti bassi della norma, alcune note dismorfiche, modesto ritardo psicomotorio e cognitivo,

rapida accelerazione dell'età ossea che da ritardata di 1 anno sia all'età di 5 anni e 6 mesi che a 6 anni e 6 mesi è diventata superiore di quasi 2 anni a 8 anni e 4 mesi con conseguente peggioramento della prognosi della statura finale (vedi **Figura 1**).

George is referred at age 6 years 6 months from family pediatrician to a pediatric endocrinologist for poor statural growth and some facial dysmorphic notes. Second child of non consanguineous parents. Older sister is in good health. Father 177 cm tall, mother 161 cm, menarche 11 1/2 years. Genetic target cm 175.5 (50° pc). No major pathologies in family history. Pregnancy passed regularly, induced delivery at 39 weeks due to fetal distress; neonatal period progressed without complications. At birth kg 2650, cm 49. Head circumference unknown. According to the mother, growth in the first years of life was regular. Modest delay in psychomotor development: first words after one year, independent walking at 17 months. He is followed in Child Neuropsychiatry for "developmental delay and mild intellectual disability (IQ :63) and behavioral problems" and is undergoing psycho-motor physiotherapy treatment. He is also being followed in Broncho Pneumology for episodes of bronchial asthma and by ophthalmologists for modest strabismus.

The parents report that George, seen at age 5 years and 6 months, had a stature of 101.9 cm (3° pc), a weight of 17.5 kg, and a bone age 4 years and 6 months.

Given the dysmorphic facial notes, two geneticists had been consulted who did not make a diagnostic suspicion. CGH array was negative.

On objective examination (6 years and 6 months), general and nutritional conditions are good, preserved limb/trunk ratio. Some modest facial dysmorphism, mild strabismus and modest delay in cognitive development are noted. Examination of the various organs and apparatuses is negative.

Height 107 cm (3° pc, 10 cm below genetic target), weight 21 kg, BMI 15 (25° pc). Bone age found to be 5 1/2 years (1 year below chronological age). The pediatric endocrinologist decides to recheck statural growth at 6 to 12 months.

In fact, the child is revisited at ages 8 and 4 months. The period between the two visits has progressed without any particular events. Dysmorphism persists, regular trunk/limb ratio, prepubertal genitalia. Height 123 cm (10° pc, within genetic target), weight 25 kg, BMI 16.6 (25°-50° pc), head circumference 52.5 cm (50° pc). Bone age: 10 years, almost 2 years higher than chronological age.

*Conclusions: stature at low limits of normal, some dysmorphic notes, modest psychomotor and cognitive delay, rapid acceleration of bone age, which at age 5 1/2 years and at 6 years 6/12) 1 year lower than chronological became at 8 years 4 months almost 2 years higher resulting in worsening prognosis of final stature (see **Figure 1**).*

L'accelerazione dell'età ossea (AEO) si può osservare in alcune condizioni nelle quali la prognosi della statura finale rimane invariata in quanto si associa a un corrispondente incremento della velocità di crescita staturale. Questo particolare comportamento auxologico si osserva nel bambino che nel corso di alcuni mesi o anni aumenta molto di peso oppure in quello che svilupperà una "pubertà anticipata", in genere familiare, condizione benigna anche per quanto riguarda la statura definitiva.

Al contrario, nelle seguenti condizioni l'AEO comporta un peggioramento della prognosi della statura definitiva in quanto all'AEO corrisponde un incremento relativamente minore della statura:

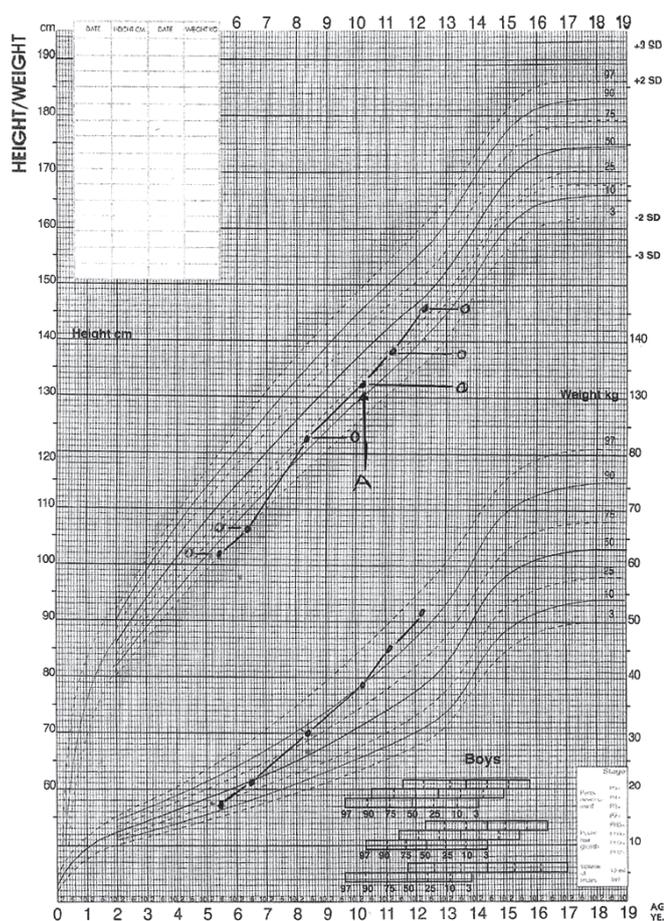


Figura 1. Curva di crescita nel nostro bambino: la prognosi della statura definitiva valutata nel tempo mediante le variazioni della statura in rapporto non all'età cronologica ma a quella scheletrica (o) dimostra un progressivo miglioramento della prognosi della statura definitiva dopo l'inizio della terapia con anastrozolo. Una valutazione più precisa (ed espressa in cm) della prognosi della statura definitiva si ottiene utilizzando le tabelle contenute nell'Atlante di Greulich e Pyle. ● età staturale; ○ età ossea; A anastrozolo.

1. trattamento con testosterone o con anabolizzanti steroidei (in realtà oggi eccezionalmente usati nel bambino prepubere);
2. pubertà precoce centrale;
3. pseudo pubertà precoce di origine gonadica o surrenalica;
4. mutazione del gene ACAN;
5. bambini nati SGA.

Ritorniamo al nostro bambino

Il particolare comportamento dell'età ossea che da ritardata di 1 anno sia all'età di 5 anni e 6 mesi che a 6 anni e 6 mesi è diventata superiore di quasi 2 anni a 8 anni e 4 mesi, in un bambino prepubere con statura ai limiti bassi della norma e modeste dismorfie facciali faceva sospettare la mutazione del gene ACAN.

Il successivo decorso avvalorava il sospetto diagnostico, infatti, l'AEO persisteva tanto che a 10 anni e 3 mesi (cm 132, kg 38,7, BMI 75°-90° pc) l'età ossea era di 13 anni e 6 mesi con peggioramento progressivo della prognosi della statura definitiva [Figura 1].

A una più approfondita rivalutazione le note dismorfiche risultavano: sinofria, distopia dei canti interni, ipertelorismo, fessure palpebrali strette e a mandorla, piramide nasale dritta, ponte nasale alto, padiglioni auricolari dritti, anterorotati, attaccatura bassa dei capelli sulla nuca; l'aspetto era armonico, l'unica anomalia corporea era un basso impianto dell'ombelico. Persisteva un modesto ritardo cognitivo. Da segnalare l'assenza di sintomi di iperandrogenismo o di pubertà precoce iso- o eterosessuale.

Poiché all'età di 10 anni e 3 mesi oltre al peggioramento della prognosi della statura definitiva si rilevava anche un aumento del volume testicolare (4 ml), che indicava l'inizio della pubertà, si decideva di richiedere una indagine genetica più approfondita (Next-Generetion Sequencing, NGS) e di iniziare la terapia con un inibitore dell'aromatasi (anastrozolo, 1 mg/die), farmaco che si oppone alla formazione degli estrogeni dagli

androgeni e di conseguenza a una ulteriore accelerazione della maturazione scheletrica.

Ai successivi controlli, a 11 e 2 mesi e 12 anni e 2 mesi, si constatava che l'età ossea era rimasta invariata a 13 anni e 6 mesi, fatto che aveva permesso il ritorno della prognosi della statura definitiva nell'ambito della norma (vedi Figura 1 e Tabella 1). Nello stesso periodo i caratteri sessuali puberali erano progrediti (pubarca IV stadio, volume testicolare 20 ml) e la statura aveva raggiunto il 25° pc. L'indagine genetica Next-Generetion Sequencing (NGS) rilevava poi la mutazione non del gene ACAN, come avevamo supposto, ma di KMT2A, suggerendo quindi che anche altri geni possono essere responsabili della "sindrome da mutazione del gene ACAN".

La sindrome da mutazione del gene ACAN

Il gene ACAN (cromosoma 15q26.1) codifica per la proteina Aggrecan che è la componente maggiore della matrice extracellulare della cartilagine di accrescimento delle ossa e della cartilagine articolare. La mutazione eterozigote con perdita di funzione di ACAN (trasmissione autosomica dominante) determina la sindrome caratterizzata da grave deficit staturale associato ad AEO, e, a volte, da anomalie osteo-articolari, come displasia spondiloepifisaria, osteocondrite disseccante e osteoartrite.

Durante il periodo prepuberale il deficit staturale è variabile, può mancare, essere modesto oppure notevole tanto da raggiungere le -4 DS; l'età ossea può essere inizialmente normale o ritardata ma poi subisce un'accelerazione, come farebbe presumere la frequente constatazione dell'età ossea avanzata negli anni appena precedenti l'inizio della pubertà. Durante il periodo puberale si verifica, dopo un ridotto spurt puberale, una progressiva decelerazione della velocità di crescita staturale con cessazione della crescita staturale in genere intorno a 12-13 anni. La saldatura prematura delle cartilagini di accrescimento è la conseguenza dell'eccessiva maturazione scheletrica. La statura definitiva è costantemente bassa, valori medi di cm 156 (-2,9 DS) nei maschi e cm 143,9 (-3 DS) nelle femmine. Alcune modeste dismorfie cranio-facciali sono descritte nella letteratura occidentale ma possono anche mancare come viene riportato nella popolazione cinese; quelle più frequenti sono ipoplasia medio-facciale (bozze frontali prominenti, radice del naso piatta, filtrum lungo), punta del naso larga, orecchie anteverse e collo corto. Le anomalie corporee più frequenti sono: brachidattilia, alluce largo, scoliosi lombare. In genere lo sviluppo cognitivo è normale.

La mutazione del gene ACAN è stata identificata anche in bambini precedentemente diagnosticati come "Bassa Statura Idiopatica" e anche nel 3,8% dei bambini nati SGA che presentavano oltre al deficit staturale anche l'età ossea avanzata.

Un deficit di GH nei soggetti con la sindrome da mutazione di ACAN è stato trovato solo in alcuni pazienti e la terapia con GH avrebbe dato buoni risultati ma il giudizio sulla sua efficacia è al momento sospeso.

L'associazione di inibitori della maturazione scheletrica (anastrozolo) o della pubertà (GnRH analoghi) con GH è risultata efficace in qualche esperienza ma sono necessari risultati a lungo termine.

Tabella 1. Prognosi della statura definitiva prima e dopo terapia con anastrozolo (secondo le tabelle nel bambino con età ossea accelerata di 1 o più anni*)

Età cronologica (anni)	Statura (cm)	età ossea (anni)	% statura definitiva (cm)	prognosi statura definitiva (In base all'età ossea)
10 3/12	132,6	13,6 /12	87,5	151
dopo ANASTRAZOLO, 1 mg/die				
12 2/12	146,1	13,6	87,5	166,8

* Greulich WW, Pyle SI. Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. Stanford University Press, California 1950.

Rivalutazione critica del nostro caso

Il nostro bambino presenta tutte le caratteristiche auxologiche descritte nella mutazione di ACAN, anche se la mutazione di cui è portatore riguarda un gene diverso da ACAN; se ne differenzia solo per il modesto ritardo cognitivo e per le diverse dismorfie facciali. La terapia con un inibitore dell'aromatasi ha migliorato la prognosi della statura definitiva. Il nostro caso dimostra l'importanza del riconoscimento di questa sindrome recentemente descritta, perché permette di instaurare una terapia, peraltro non ancora standardizzata, nel tentativo di migliorare il raggiungimento di una statura finale accettabile.

Cosa abbiamo imparato?

A ogni bambino che nel periodo prepuberale presenta una statura intorno a -2 DS deve essere sempre richiesta e ripetuta annualmente l'età ossea.

La valutazione della prognosi della statura definitiva ha un valore approssimativo ma è ugualmente utile se effettuata nel tempo e nello stesso individuo.

Un approfondimento diagnostico è sempre necessario se l'accelerazione dell'età ossea indica un peggioramento della prognosi della statura definitiva: tra le possibili cause va considerata anche la mutazione del gene ACAN o, eccezionalmente, di un altro gene. ■

Bibliografia

- Gkourogianni A, Andrew M, Tyzinski L, et al. Clinical Characterization of Patients With Autosomal Dominant Short Stature due to Aggrecan Mutations. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017 Feb 1;102(2):460-469.
- Deng S, Hou L, Xia D, et al. Description of molecular and phenotypic spectrum in chinese patients with aggrecan deficiency: novel ACAN heterozygous variants in eight Chinese children and review of the literature. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2022 Oct 28;13:1015954.
- Van der Steen M, Pfundt R, Maas SJWH, et al. ACAN gene mutations in short children born SGA and response to growth hormone treatment. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017 May 1;102(5):1458-1467.

brunetto_boscherini@fastwebnet.it

blister

Il colloquio motivazionale dentro la borsa del medico

Una revisione sistematica ha selezionato 26 RCT con lo scopo di valutare l'efficacia del colloquio motivazionale nella gestione del sovrappeso e obesità nei bambini e adolescenti. Dai risultati si rileva l'efficacia dell'intervento nell'81% degli studi; in particolare il 71% è risultato efficace nel cambiamento dei comportamenti salutari e il 65% dei trial ha conseguito un effetto positivo negli obiettivi clinici o nelle misure antropometriche. Inoltre il 71% degli interventi ha riportato effetti benefici in ambito psicosociale (depressione, autoefficacia, qualità di vita). In 6 studi il colloquio motivazionale è stato svolto con gli adolescenti in assenza dei genitori con ottimi risultati. Il training per il professionista, nella maggior parte dei casi pediatri delle cure primarie, ma anche psicologi, infermiere e dietiste, ha comportato un impegno dalle 16 alle 80 ore [1]. In cosa consiste questo stile di comunicazione tra medico e famiglia? Il colloquio motivazionale è un approccio di confronto tra genitore/paziente e professionista basato sul riconoscimento della volontà di cambiamento e sulla contrattazione degli obiettivi da raggiungere. L'obiettivo deve essere concreto, raggiungibile, verificabile e caratterizzato in forma precisa all'interno delle diverse e possibili forme di intervento, dalla dieta alla attività fisica alle modificazioni del comportamento per gli stili salutari di vita. Il punto cruciale di questo colloquio ambulatoriale è l'assenza di prescrizione, l'inesistenza di intento persuasivo da parte del medico che, invece, deve riconoscere nella famiglia o nella persona uno stato contemplativo, ossia una disposizione a contemplare la possibilità di un cambiamento e a riconoscere, all'opposto, uno stato di pre-contemplazione, ossia il rifiuto di prendere in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento oppure una resistenza troppo alta a un possibile cambiamento. Il colloquio motivazionale quindi è uno stile di colloquio centrato sul paziente e sulle sue possibilità ("Che cosa può fare quella famiglia?"), al contrario dei colloqui direttivi centrati sul medico o sul sapere scientifico ("Deve camminare per 10mila passi e non mangiare il gelato"), spesso destinati ad aumentare la resistenza al cambiamento. Nel colloquio motivazionale al medico è chiesto di sospendere i propri giudizi e di avere un ascolto riflessivo con lo scopo di convalidare l'intesa e contribuire al clima di fiducia tra paziente e medico. Ecco perché, tra lo stetoscopio e il tampone faringeo, non deve mancare il colloquio motivazionale tra gli attrezzi del pediatra.

- Lutaud R, Mitilian E, Forte JB, et al. Motivational interviewing for the management of child and adolescent obesity: a systematic literature review. *BJGP Open.* 2023 Jul 4:BJGPO.2022.0145.

Le malattie infiammatorie croniche intestinali: aspetti clinici

Paolo Quitadamo¹, Daniele De Brasi²

¹UOC Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica, AORN Santobono Pausilipon, Napoli; ²UOSD Genetica Medica, AORN Santobono Pausilipon, Napoli

Questo articolo rappresenta la prima parte della trattazione che sarà completata nel n. 1/2024 di Quaderni acp.

Le malattie infiammatorie intestinali (IBD) sono malattie croniche del tratto gastrointestinale in costante aumento negli ultimi anni, in particolare nell'età pediatrica. Le manifestazioni cliniche delle IBD si differenziano a seconda delle forme (m. di Crohn, rettocolite ulcerosa, coliti indifferenziate) e si possono distinguere in intestinali ed extra-intestinali. Il laboratorio contribuisce a vari livelli nella diagnostica delle IBD, dall'utilizzo dei marker di infiammazione, a quelli sierologici più usati (ASCA e p-ANCA), a quelli fecali (calprotectina). L'ecografia delle anse intestinali rappresenta a tutt'oggi l'indagine strumentale non invasiva maggiormente raccomandata, grazie alla sua non invasività, sicurezza e basso costo. Il limite maggiore dell'ultrasonografia è rappresentato dalla variabilità operatore-dipendente, anche se recentemente l'utilizzo di nuova tecnica, la SICUS (Small Intestine Contrast Ultrasonography), si è dimostrato in grado di migliorare notevolmente la sensibilità dell'esame e di ridurre la variabilità inter-operatore. L'indagine endoscopica associata all'analisi istologica dei prelievi biotici rappresenta, a oggi, il gold standard per porre diagnosi di IBD, svolgendo un ruolo fondamentale nella diagnosi e nella terapia di queste condizioni. Gli obiettivi primari della terapia delle IBD in età pediatrica sono l'induzione e il mantenimento di una remissione prolungata con prevenzione delle ricadute cliniche, l'ottimizzazione della crescita e dello sviluppo puberale e il miglioramento della qualità di vita del paziente. L'importanza della componente genetica ed epigenetica nell'espressione fenotipiche delle IBD è sempre più ampiamente dimostrato. Tali aspetti saranno oggetto di un prossimo contributo.

Inflammatory bowel diseases (IBD) are chronic diseases of the gastrointestinal tract that have been steadily increasing in recent years, particularly in pediatric age. The clinical manifestations of IBD differ according to the forms (Crohn's m., ulcerative rectocolitis, undifferentiated colitis), and can be distinguished into intestinal and extra-intestinal. The laboratory contributes at various levels in the diagnosis of IBD, from the use of inflammation markers, to the most commonly used serologic markers (ASCA and p-ANCA), to fecal markers (calprotectin). Ultrasonography of the bowel loops is the most recommended noninvasive instrumental investigation to date because of its noninvasiveness, safety, and low cost. The major limitation of ultrasonography is operator-dependent variability, although recently, the use of new technique, SICUS (small intestine contrast ultrasonography), has been shown to greatly improve the sensitivity of the examination and reduce inter-operator variability. Endoscopic investigation coupled with histologic analysis of biopsy specimens is, to date, the gold standard for making a diagnosis of IBD, playing a key role in the diagnosis and therapy of these conditions. The primary

goals of pediatric IBD therapy are to induce and maintain a sustained remission with prevention of clinical relapse, optimize growth and pubertal development, and improve the patient's quality of life. The importance of the genetic and epigenetic component in the phenotypic expression of IBD is increasingly widely demonstrated. These aspects will be the subject of a forthcoming contribution.

Introduzione

Le malattie infiammatorie intestinali (IBD) sono malattie croniche del tratto gastrointestinale, la cui incidenza è in costante aumento negli ultimi anni, in particolare nell'età pediatrica [1]. A seconda delle loro caratteristiche e del tratto gastrointestinale interessato si suddividono in:

- **rettocolite ulcerosa (RCU)**: caratterizzata da un processo infiammatorio superficiale (che interessa solo la mucosa intestinale) localizzato esclusivamente a livello del colon, che parte dal retto e si può estendere in maniera continuativa fino al cieco;
- **malattia di Crohn (MC)**: caratterizzata da un processo infiammatorio che può colpire in maniera discontinua tutto il tratto intestinale dalla bocca all'ano e che coinvolge tutti gli strati della parete dell'intestino;
- **colite indeterminata**: termine riservato a quei casi i cui sono presenti aspetti anatomopatologici comuni sia alla rettocolite ulcerosa che alla malattia di Crohn.

L'attuale prevalenza stimata negli USA è di 100-200/100.000 bambini, mentre l'incidenza complessiva in età pediatrica risulta essere di 10/100.000 bambini. Secondo i dati epidemiologici più recenti, circa il 25% dei pazienti riceve una diagnosi di IBD prima dell'età dei 20 anni, il 18% prima dei 10 anni e il 4% prima dei 5 anni [1]. L'esordio in età precoce ha portato alla definizione delle cosiddette IBD a esordio precoce (VEO-IBD), che rappresentano oggi un challenge per il pediatra gastroenterologo, essendo caratterizzate da un fenotipo clinico verosimilmente più severo e da una difficile gestione diagnostico-terapeutica.

Dal punto di vista eziopatogenetico, le IBD sono patologie multifattoriali. Sebbene non del tutto definita, l'ipotesi più verosimile prevede una complessa interazione tra predisposizione genetica, microbiota intestinale e altri fattori ambientali [2]. L'intestino è costantemente stimolato sia da parte di agenti microbici che dagli antigeni assunti con la dieta; in condizioni fisiologiche, tale stimolazione favorisce una risposta infiammatoria controllata e autolimitantesi da parte del sistema immunitario mucosale. Nei pazienti affetti da IBD si assiste alla perdita di questo sistema di autocontrollo che induce un'aberrante e spropositata reazione immunologica, capace di avviare l'iperattivazione e la proliferazione delle cellule immunitarie, con conseguente danno tissutale e sviluppo di uno stato infiammatorio cronico. Si ritiene che il cambiamento dei fattori ambientali avvenuto nella seconda metà del 20° secolo in Nord-America e in Europa possa essere responsabile dell'aumento del numero dei pazienti affetti da IBD. Tra i fattori che determinano tali cambiamenti, sono ritenuti di maggiore importanza la dieta, l'inquinamento atmosferico e dell'acqua, le infezioni, i farmaci e lo stress. Tra i fattori ambientali, anche le più recenti evidenze hanno confermato un'associazione con il fumo che sembra essere protettivo nei confronti della RCU e predisponente per la MC, e con l'appendicectomia, anche questa protettiva per la RCU. Coerentemente con la sempre più accreditata ipotesi igienica, diversi autori hanno riscontrato che l'esposizione precoce a fattori associati a uno stile di vita occidentale possano predisporre all'aumentata incidenza delle IBD, spiegando in questo modo la maggiore prevalenza nei paesi sviluppati rispetto a quelli in via di sviluppo. Ricordiamo tra questi l'esposizione precoce alle terapie antibiotiche, un minor contatto con antigeni virali e batterici, la sostituzione dell'allattamento materno con quello artificiale, gli elevati

livelli di stress della società moderna e la dieta a più elevato contenuto di grassi [3].

Peraltro, numerose evidenze supportano l'importanza della predisposizione genetica nelle IBD. Già dai primi studi nella MC veniva dimostrata una concordanza nei gemelli monozigoti del 50-70% e un rischio relativo di sviluppare la malattia circa 800 volte superiore rispetto alla popolazione generale. Tale percentuale si riduceva per la RCU, dove la concordanza gemellare si attesta attorno al 15%. Complessivamente si ritiene che il 20% dei bambini affetti da IBD abbia un'anamnesi familiare positiva. Attualmente, se si escludono i fenotipi a esordio precoce, si ritiene che i fattori di predisposizione genetica, in termini di varianti geniche associati alle IBD, influiscano soltanto per il 20% [4].

Clinica e diagnostica delle IBD

Le manifestazioni cliniche delle IBD si differenziano a seconda delle forme e possono essere divise in intestinali ed extra-intestinali [Tabella 1]. I sintomi intestinali variano a seconda del tratto interessato dal processo infiammatorio [Figura 1]. Nel caso di interessamento dell'intestino tenue prevalgono i sintomi come diarrea cronica e calo ponderale associati o meno a vomito, distensione addominale e dolori addominali. Nel caso di interessamento del colon, il corteo sintomatologico è caratterizzato principalmente da diarrea e rettorragia. Nei rari casi di interessamento gastrico o duodenale, i sintomi principali possono essere nausea e vomito. Infine, la malattia di Crohn può essere caratterizzata anche da una patologia a livello anale, che si manifesta con la presenza di ragadi, ulcere, fistole, ascessi ed escrescenze carnose. Le IBD possono esordire anche con sintomi esclusivamente extra-intestinali, quali calo ponderale o deflessione della crescita, ritardo puberale, febbre protratta, aftosi orale, eritema nodoso, uveite, artropatia, sacroileite, spondilite anchilosante, colangite sclerosante. La colite indeterminata presenta caratteristiche cliniche aspecifiche con aspetti anatomopatologici comuni sia alla rettocolite ulcerosa che alla malattia di Crohn.

I segni e sintomi clinici e le comorbilità che i medici dovrebbero considerare all'esame fisico iniziale e durante il follow-up sono mostrati nella Figura 2. Le infezioni ricorrenti e atipiche sono comunemente riscontrate nelle IBD monogeniche, dato che una discreta percentuale di patologie sottostanti è costituita da deficienze immunitarie primitive. La presenza di lesioni cutanee specifiche, linfadenopatie ed epatosplenomegalia all'esame fisico dovrebbe far sospettare forme monogeniche di IBD. Peraltro, alcune condizioni monogeniche con sintomatologia e complicanze abbastanza tipiche sono relati-

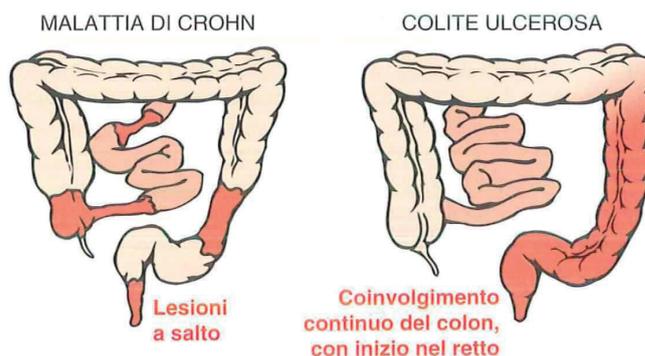


Figura 1. Distribuzione delle lesioni nella malattia di Crohn vs colite ulcerosa.

vamente facili da differenziare. Gravi malattie perianali, follicolite e/o artrite nella prima infanzia suggeriscono infatti la presenza di disturbi da difetti del signalling di IL-10. In caso di manifestazioni extra-intestinali quali anemia autoimmune, diabete mellito di tipo 1, trombocitopenia autoimmune, tiroidite autoimmune, polmonite interstiziale o altre malattie autoimmuni multiorgano, la IBD può costituire uno dei sintomi della sindrome IPEX causata da deficit di *FOXP3* o sindrome IPEX-like, causata da mutazioni in *CTLA4*, *LRBA*, *STAT1*, *STAT3* o *CARMIL2*. Anche la Glicogenosi 1b e la sindrome di Niemann-Pick tipo C possono associare nel loro quadro clinico una IBD, così come ipoglicemia ed epatomegalia possono indicare altre malattie metaboliche della prima infanzia sottostanti, associate a IBD.

La diagnosi di IBD viene posta sulla base di criteri clinici, radiologici, endoscopici e istologici. Nel 2014 sono stati ridefiniti i cosiddetti criteri di Porto per la diagnosi delle IBD pediatriche, che hanno ulteriormente permesso di caratterizzare il fenotipo dalle IBD in età pediatrica [5] [Tabella 1].

Il laboratorio contribuisce a vari livelli nella diagnostica delle IBD. Nella fase pre-diagnostica è indicata l'esecuzione di alcuni esami ematici di routine (VES, PCR, fibrinogeno, emocromo e ferritina). I markers di infiammazione ematica, per quanto solitamente elevati nella fase acuta di malattia, e quindi utili sia al momento della diagnosi che nel follow-up clinico, talvolta possono risultare normali. Dati raccolti dai registri di IBD in età pediatrica indicano che, al momento della diagnosi, il 54% dei pazienti affetti da RCU lieve e il 21% di affetti da MC lieve mostrano esami ematici (Hb, albumina, VES, PCR) nella norma. I markers sierologici più usati continuano a essere

Tabella 1. Principali caratteristiche endoscopiche e anatomico-patologiche delle IBD

	Malattia di Crohn	Rettocolite ulcerosa
Patogenesi	Probabile patogenesi T-linfocito-mediata con ipersensibilità verso antigeni luminali	Probabile patogenesi auto-immune anti-corpo-mediata
Incidenza	7/100.000	11/100.000
Localizzazione	Può essere interessato tutto il tratto gastro-intestinale con distribuzione discontinua delle lesioni (intestino tenue coinvolto nell'80% dei casi)	La malattia è limitata al colon per un'estensione caudo-craniale variabile (retto sempre interessato)
Sintomi	I sintomi più comuni sono diarrea cronica e calo ponderale (la rettorragia è rara)	La rettorragia è il sintomo più comune ed è sempre presente
Aspetto endoscopico	Ulcere aftoidi e serpiginose profonde, aspetto "ad acciottolato", stenosi	Iperemia, erosioni e ulcere superficiali, essudato, pseudopolipi
Aspetto microscopico	Infiammazione transmurale (il granuloma è patognomonico ma raramente osservabile)	Infiammazione mucosale con ascessi criptici
Complicanze	È frequente lo sviluppo di stenosi, fistole e ascessi	Megacolon tossico
Interessamento extra-intestinale	Eritema nodoso, uveite, artrite, sacroileite, psoriasi, colangite sclerosante, pancreatite, coledoliti, nefrolitiasi, pioderma, osteoporosi, episclerite, stomatite, scarsa crescita staturale-ponderale	

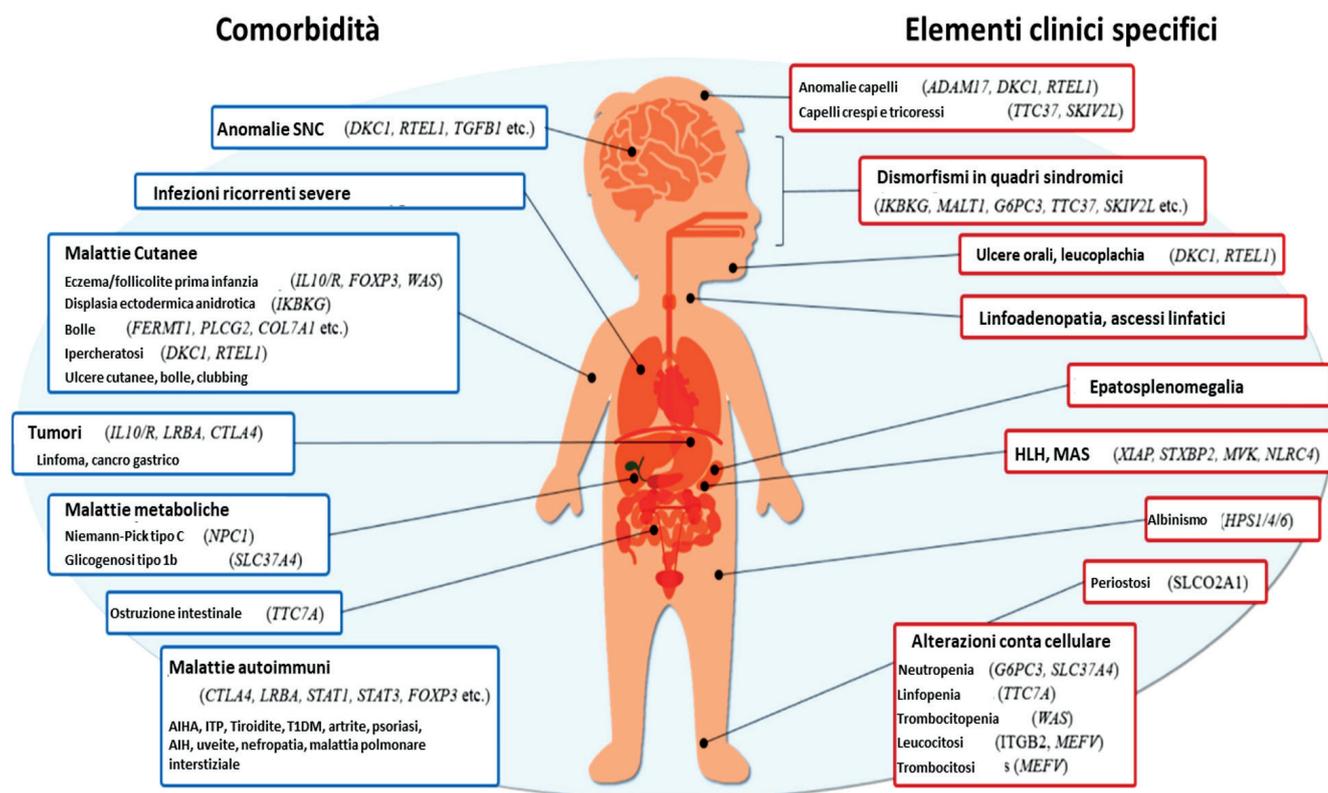


Figura 2. Indicatori-chiave di IBD monogenica nella pratica clinica: caratteristiche cliniche e comorbidità da considerare all'esame fisico iniziale e durante il follow-up [da 19, modificato].

gli anticorpi (Ab) anti-Saccharomyces Cerevisiae (ASCA) e gli Ab anti-citoplasma dei neutrofili (p-ANCA), che possono fornire un supporto nel guidare la diagnosi nei casi di IBD a decorso atipico e aiutare a differenziare tra MC e RCU nei casi di colite indeterminata. La positività degli ASCA è riscontrata maggiormente nella MC (50-70%) rispetto alla RCU (10-15%) e ai controlli sani (<5%). Tuttavia, la sensibilità resta il maggiore limite di queste indagini sierologiche. Un valore negativo di ASCA e ANCA non esclude la diagnosi di IBD [6].

I markers fecali, estremamente sensibili come spie di infiammazione mucosale, non possiedono un'altrettanta elevata specificità nel porre diagnosi di IBD. Il più utilizzato e studiato è la calprotectina fecale. Uno studio prospettico effettuato in 60 pazienti con MC ha mostrato che, al momento della diagnosi, la calprotectina risulta elevata nel 95% dei soggetti. Inoltre, un aumento della calprotectina associato al riscontro di ispessimento dell'ultima ansa ileale all'ecografia, presenta un valore predittivo positivo di circa il 98% nel porre diagnosi di MC [7] [Tabella 1].

Nell'ambito dei test di primo livello, l'ecografia delle anse intestinali rappresenta l'indagine strumentale non invasiva maggiormente raccomandata. Essa viene utilizzata per la sua non invasività, per la sicurezza e il basso costo, associati a una buona sensibilità e specificità. L'esame ecografico in mani esperte possiede un alto valore predittivo negativo per la diagnosi di IBD, in particolar modo per la MC. Le alterazioni ecografiche dell'intestino infiammato possono essere divise in due gruppi: murali ed extra-murali. Le prime si manifestano attraverso l'ispessimento della parete intestinale, che può apparire ipo- o iper-ecogena con perdita di stratificazione e mostrare un aumentato segnale all'eco-color doppler, oltre che riduzione o perdita della peristalsi. I valori di spessore limite per porre il sospetto ecografico di uno stato di infiammazione patologico a livello della parete intestinale sono > 3 mm per l'ileo terminale e > 2 mm per il colon [5]. Le alterazioni extra-murali comprendono l'ispessimento e l'iperecogenicità del ventaglio mesenteriale, le alterazioni del tessuto adiposo peri-intestinale e l'ingrossamento linfonodale di tipo reattivo. La sensibilità

Box 1. Glossario

Autofagia: è un meccanismo cellulare di rimozione selettiva di componenti citoplasmatici danneggiati, che permette la degradazione e il riciclo dei componenti cellulari. Durante questo processo i costituenti citoplasmatici danneggiati sono isolati dal resto della cellula all'interno di una vescicola a doppia membrana nota come autofagosoma.

Calprotectina fecale: è una proteina della famiglia delle S100 ed è presente in grande quantità nei granulociti neutrofili, e, in minore quantità, nei monociti e nei macrofagi attivati, e presenta attività batteriostatica e micostatica. La presenza di calprotectina è stata riscontrata in diversi materiali biologici umani, siero, saliva, liquido cerebrospinale, urine, ma il suo dosaggio nelle feci offre i maggiori vantaggi nella valutazione del grado di infiammazione dell'intestino, anche per la sua stabilità, rimanendo inalterata anche per più di 7 giorni. Nelle IBD è generalmente molto elevata, mentre nella IBS (Inflammatory Bowel Syndrome), il livello è decisamente inferiore, ma comunque superiore a quello riscontrato nei soggetti sani. Ciò riguarda anche l'età pediatrica. Nel neonato invece, che non possiede ancora una funzione intestinale completamente sviluppata, già l'introduzione del latte materno o di alimenti nei primi giorni di vita determina una risposta infiammatoria che si accompagna a livelli estremamente elevati di calprotectina, che tendono tuttavia a diminuire con il normalizzarsi della mucosa.

Mucosal healing (guarigione mucosale): obiettivo terapeutico che si è andato affermando in misura sempre maggiore nel corso degli ultimi anni, accanto a quelli convenzionali, nel concetto generale di raggiungimento della guarigione.

Approccio terapeutico step-up e top-down: approccio terapeutico per le IBD, che prevede, il primo, l'utilizzo in prima istanza di farmaci con una minore efficacia e un migliore profilo di sicurezza, il secondo, di farmaci biologici come prima linea di terapia.

tà dell'esame ecografico è maggiore per le porzioni terminali dell'ileo, diminuendo in senso prossimale e a livello colonico. Il limite più grande dell'ultrasonografia è rappresentato dalla variabilità operatore-dipendente. Recentemente, l'utilizzo di mezzo di contrasto anecoico (PEG) durante l'esecuzione dell'esame ecografico ha contribuito allo sviluppo di una nuova tecnica, la cosiddetta SICUS (Small Intestine Contrast Ultrasonography). La SICUS si è dimostrata in grado di migliorare notevolmente la sensibilità dell'esame e di ridurre la variabilità inter-operatore [8,9].

L'indagine endoscopica con prelievi bioptici multipli rappresenta, a oggi, il gold standard per porre diagnosi di IBD e svolge un ruolo fondamentale nella diagnosi e nella gestione di queste condizioni, poiché il trattamento e le cure sono strettamente correlati al tipo specifico di IBD e all'estensione e alla severità della malattia. L'esame endoscopico è solitamente indicato nei bambini che presentano sintomi di allarme per una malattia organica, che includono calo ponderale, diarrea profusa, diarrea ematica. L'introduzione di strumenti di dimensioni pediatriche e i recenti progressi tecnologici e anestesilogici hanno permesso una più facile valutazione endoscopica del tratto gastrointestinale, anche nei bambini più piccoli e nei lattanti. Inoltre, l'endoscopia ha acquisito maggiore rilevanza negli ultimi decenni, poiché la comunità IBD ha riconosciuto la guarigione della mucosa come l'endpoint ottimale nel paradigma treat-to-target. Recentemente, il gruppo di studio sulle IBD (Porto Group) della Società Europea di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica (ESPGHAN) ha contribuito in modo significativo alla standardizzazione dell'uso dell'endoscopia gastrointestinale nei bambini con IBD [5]. Le principali caratteristiche endoscopiche e istologiche sono riportate nella **Tabella 1**. Esistono alcuni casi di infiammazione del colon con caratteristiche istologiche aspecifiche in cui la distinzione tra MC e RCU non è evidente, che vengono etichettate come IBD-unclassified (IBD-U). Questa condizione è due volte più comune tra i bambini rispetto agli adulti, soprattutto nei più piccoli [10]. La valutazione dell'intestino tenue è spesso impegnativa, poiché esso non è raggiungibile mediante l'endoscopia convenzionale. Per questo motivo, l'identificazione delle lesioni a questo livello nei pazienti affetti da MC è generalmente ritardata [11]. Fino al 70% dei bambini con MC mostra un coinvolgimento dell'intestino tenue e circa il 30% ha presentato una localizzazione dell'infiammazione limitata a questo segmento [12,13]. La corretta definizione dell'estensione della malattia è di fondamentale importanza, poiché la malattia ileale è correlata a un aumentato rischio di recidiva della malattia e complicanze, come stenosi, ritardo della crescita, ritardo puberale e cancro. Pertanto, al fine di stabilire una diagnosi accurata e definire meglio il fenotipo della malattia, la valutazione del piccolo intestino è raccomandata nei pazienti

Box 2. Punti chiave

Le IBD (malattie infiammatorie croniche intestinali) sono in costante aumento negli ultimi anni, in particolare nell'età pediatrica, verosimilmente in funzione del cambiamento di fattori ambientali quali la dieta a più elevato contenuto di grassi, la sostituzione dell'allattamento materno con quello artificiale, l'inquinamento atmosferico e dell'acqua, un minor contatto con antigeni virali e batterici, l'utilizzo di farmaci e lo stress. Le IBD possono manifestarsi con sintomi e segni intestinali ed extra-intestinali: la conoscenza accurata dei segni e sintomi clinici e le comorbilità ne indirizza la diagnosi, e conseguentemente l'approccio diagnostico e terapeutico. La maggior parte dei pazienti con malattia attiva è inizialmente trattata con farmaci corticosteroidi. Tuttavia, la somministrazione precoce di farmaci immunomodulatori e di agenti biologici per mantenere la remissione e rallentare la progressione della malattia si è dimostrata efficace in molti casi di IBD.

con MC, colite indeterminata e con caratteristiche atipiche di RCU [5]. I diversi strumenti disponibili per la valutazione dell'intestino tenue sono l'enterografia a risonanza magnetica, l'endoscopia con capsula wireless e l'ecografia con mezzo di contrasto, i quali hanno mostrato sensibilità e specificità simili nei bambini [14].

Aspetti terapeutici

Gli obiettivi primari della terapia delle IBD in età pediatrica sono: l'induzione e il mantenimento di una remissione prolungata con prevenzione delle ricadute cliniche, l'ottimizzazione della crescita e dello sviluppo puberale e il miglioramento della qualità di vita del paziente. Accanto a questi obiettivi convenzionali, nel corso degli ultimi anni si è andato affermando in misura sempre maggiore il concetto di *mucosal healing*, ovvero il raggiungimento della guarigione mucosale.

La terapia convenzionale si basa sul cosiddetto approccio *step-up*, che prevede l'utilizzo in prima istanza di farmaci con una minore efficacia e un migliore profilo di sicurezza. Tale approccio non può essere attuato laddove la malattia si presenti con caratteristiche di severità già alla diagnosi. In questi casi viene praticato il metodo dello *step-up* accelerato, in cui i farmaci immunosoppressori vengono utilizzati fin dall'inizio in associazione agli steroidi. Entrambi gli approcci non sembrano modificare la storia naturale della patologia. Per raggiungere questo obiettivo, di recente è stato proposto di attuare un approccio più aggressivo, definito *top-down*, utilizzando i farmaci biologici come prima linea di terapia. Attualmente la maggior parte dei pazienti con malattia attiva è inizialmente trattata con farmaci corticosteroidi. Sebbene questo approccio sia generalmente efficace per il controllo dei sintomi, molti pazienti necessitano di ripetuti cicli terapeutici o diventano resistenti o dipendenti dai corticosteroidi, essendo esposti alle numerose complicanze che tali molecole comportano. Anche per questa ragione, negli ultimi 2 decenni sono stati proposti algoritmi terapeutici che tendono a ridurre l'uso dei corticosteroidi, privilegiando l'uso precoce di farmaci convenzionalmente utilizzati come seconda o terza linea di trattamento (immunosoppressori e agenti biologici). Infatti, il trattamento dei casi da moderati a gravi di IBD ha beneficiato del recente sviluppo di farmaci biologici mirati alle citochine (TNF o IL-12-IL-23) o ai recettori del traffico leucocitario (integrina $\alpha4\beta7$).

Alcune recenti evidenze scientifiche supportano l'efficacia della somministrazione precoce di farmaci immunomodulatori e di agenti biologici (terapia *top-down*) per mantenere la remissione e rallentare la progressione della malattia [15]. Tuttavia, tali evidenze sono limitate dalla natura retrospettiva degli studi da cui principalmente derivano. Le valutazioni prospettiche mediante trials clinici randomizzati (RCT) che hanno confrontato i risultati della terapia *top-down* paragonati all'approccio *step-up* classico sono attualmente scarse e hanno mostrato risultati contrastanti [16,17]. Inoltre, sebbene questi RCT abbiano mostrato un'elevata validità interna, loro la validità nei diversi setting della pratica clinica non è stata ancora pienamente valutata. In conclusione, nonostante l'approccio terapeutico "*top-down*" possa risultare maggiormente efficace per talune tipologie di pazienti, sono necessari ulteriori e più robuste evidenze affinché possa essere utilizzato come algoritmo universale nei pazienti affetti da IBD. ■

Una review completa sui diversi aspetti delle IBD è oggetto di una FAD recente [18] (<https://acp.it/it/2021/07/le-malattie-infiammatorie-croniche-intestinali-oltre-lintestino.html>).

La bibliografia di questo articolo è consultabile online.

“Amarcord 2” di un vecchio neonatologo

Dino Pedrotti

Neonatologo, Trento

Apriamo con questo contributo un nuovo spazio nella rivista dedicato ai grandi maestri della pediatria: storie che rimandano a sguardi allargati, capacità di lettura dei bisogni e di risposte innovative. Un modello per comprendere i segni dei tempi che, pur complessi, si rinnovano.

Dieci anni fa Carlo Corchia volle che scrivessi un “Amarcord”: l’ho ritrovato in *Quaderni acp* (2014;1:37-8) tra mille carte che a novant’anni affollano ancora i miei scaffali. Vedo che, nella presentazione, lui lo giudicò “un esercizio di pensiero critico sulla medicina, sui bambini, sul futuro del mondo”. E scrisse poi un sottotitolo enfatico, con parole rivoluzionarie (che erano poi spiegate nell’articolo): “la terapia dis-intensiva neonatale dell’Essere”.

Roba vecchia e passata! Nella nostra comunità l’Azienda ha voluto eliminare quella che per vent’anni chiamavo “cultura attorno all’evento nascita”, basata su un “dipartimento ostetrico-neonatale”, con dialoghi aperti tra ospedali e comunità. Hanno creato “aree indipendenti”, che non dialogano più né tra loro né con la comunità!

Da vecchio deluso, cerco ancora di esprimere sulla stampa locale “il punto di vista del neonato” sui fatti del mondo con la nostra “etica nipio-centrica” (fino al 1980 c’era in Italia la Nipologia di Cacace).

Questa etica metteva in risalto il lato umano della “care neonatale”, intesa come “umanesimo” (non umanizzazione). L’Umanesimo del ’500 metteva al centro le persone più grandi e più dotte. Oggi, col massimo senso di responsabilità, dovremmo mettere al centro il protagonista del mondo futuro, l’essere umano più piccolo e più debole in assoluto: “la persona Neonato, maestro di Amore e di Pace”, disse Maria Montessori. Guardando indietro, alle basi da cui partimmo, ora capisco sempre meglio la fortuna che abbiamo avuto noi neonatologi di poter vivere la prima “neonatologia di base” dagli anni Sessanta ai Novanta. Con lo spirito di Carlo e con il mio spirito di dieci anni fa, descritti in *Quaderni acp* la nostra storia trentina. I neonati degli anni Sessanta erano freddi “oggetti di cura”, con un personale maltrattato e con freddi regolamenti che tenevano lontane le mamme.

Dal 1970 i primi passi, la rete tra ben 14 punti nascita, i trasporti assistiti tutti da noi (con infermiere volontarie!) e i “numeri caldi” che l’ISTAT ci documentava. Partiti da una mortalità infantile tripla rispetto alla Svezia, dopo il 1990 il nostro dato si mantenne più basso del dato svedese (in un territorio omogeneo al 97%). Altissimi i livelli di latte materno. Medici e infermiere erano pochissimi rispetto ad altri centri, ma tutti entusiasti e generosi...

Solo ora riesco a capire la “furbizia” dell’azienda di fronte a una documentata pesante scarsità di dotazioni... Io ero ingenuo e la colpa era mia: io protestavo sì sulla stampa perché non ci davano il minimo di attrezzature e personale, ma poi sulla stampa documentavo anche che avevamo ottimi risultati con poche risorse. Come scrisse Carlo, avevamo inventato “una terapia dis-intensiva, a 360 gradi”, mettendoci nei panni dei Neonati.

Da pensionato ho capito anche perché il personale mi segnalava che i neonati con le mamme vicine avevano meno allarmi (e poi anche meno esiti). L’epigenetica ci dice oggi che il neo-

nato coccolato migliora anche le espressioni del suo DNA. Il trauma del parto pretermine aveva senz’altro sconvolto qualche suo gene. La mamma in reparto tra coccole, latte e dialogo fraterno col personale si riprendeva da una crisi che l’aveva sconvolta. Poter accarezzare ora suo figlio induceva miglioramenti alla base del suo essere... J. Pierre Relier mi confermò che anche a Parigi ebbe la stessa esperienza. Studiò a fondo il problema e lo espose in due libri. I bambini prematuri con le mamme vicine guariscono prima. L’amore è un principio vitale come l’ossigeno.

Decine di infermiere e tre caposala (Ester ha 92 anni) si ritrovano ancora spesso tra loro e mi confermano che “si sentivano mamme” per quei piccolissimi. Nel 1980 un padre chiese a due di loro: “Ma chi controlla qui il vostro lavoro?” e la risposta fu “Suo figlio in incubatrice... LUI! E non perdona!” Pochi mesi fa una giornalista chiese ad alcune infermiere, ora nonne, come fosse organizzato il reparto. E il titolone sul giornale fu *Il primario non era Pedrotti... Il capo era il Bambino*. Ed è vero: erano i suoi diritti che guidavano tutti noi!

Nel 1985 fondammo la prima associazione di genitori (in Italia oggi son più di 50, unite nell’associazione *Vivere*). Da novantenne, mi fa piacere vedermi indicato come “sindacalista dei bambini e delle loro famiglie”. Migliaia di nostre mamme, anche negli ultimi anni, ricordano ancora questa atmosfera positiva (una ci scrisse: “Ho vissuto una scuola di vita”). Infermiere e medici “si mettevano nei panni di mamme, papà e neonati” e il legame profondo era “pratico”: si garantivano i primi diritti, vita, salute e latte materno. Ed era anche “umano”, ma non solo emotivo: dialoghi e formazione continuavano per anni dopo la dimissione, con incontri pubblici nelle vallate, con un manuale formativo (*Bambini sani e felici*) stampato in 80.000 copie in 14 edizioni, in 25 anni.

“Farsi bambino!": motto riscoperto dopo duemila anni

Il “farsi bambino” della Montessori e poi il nostro “farsi Neonato” erano alla base dell’entusiasmo che ci portava a risultati di efficienza. Oggi lo capisco meglio e concordo con la Montessori, quando scrisse che “i teologi sono ciechi e sordi, perché non valorizzano questa frase evangelica”. I nostri ragionamenti erano semplici: “Se io fossi un neonato prematuro, come vorrei essere curato? Certamente come se io fossi figlio del Capo dello Stato”.

In altra frase critica Gesù aveva evidenziato che “il bambino più piccolo, l’infante (ossia chi non parla, dal greco *no-èpos*) ha in sé più verità dei dotti e dei sapienti” (che parlano troppo?). E anche questo era vero nella pratica: il *nipio* più piccolo era per noi la guida del reparto e anche “Maestro di vero Amore”, come disse la Montessori. E gli esiti positivi tecnici e umani della maggior parte dei nostri neonati ci davano ragione.

Altra frase strategica di Gesù (con correzione) era: “Solo chi si fa bambino entrerà nel Regno dell’Amore, della Fraternità universale”. Duemila anni fa Gesù citava allora un “regno dei cieli”, con cieli del tutto incomprensibili per i bambini di oggi. Per noi il “Regno futuro” ideale è “una Terra, tutta a misura di bambino” (ONU, 2002).

Ecco perché, laicamente, vedo Gesù come “primo pedagogista del mondo” (*Medico e Bambino* 1/2023). L’espressione “farsi bambini” è alla base di ogni altro messaggio pratico e pedagogico, indirizzato a chi deve seminare “vero Amore”: ai genitori anzitutto. Dipende soprattutto da mamme e papà l’educazione di un figlio all’amore donativo, anche e soprattutto dopo i primi anni di vita. Ricordo che in tempi bui le mamme povere insegnavano ai figli a spartire il boccone con i più deboli di loro. Solo se si è educati (in famiglia!) a “mettersi nei panni dei più deboli” si sentirà poi il dovere etico-pratico di “essere volontari” o “samaritani”, come scrisse Luca nel Vangelo.

Il Samaritano della parabola fa nove tappe! “Vede un uomo ferito, si ferma e si commuove”. Non basta. “Scende, lo cura e

risale con lui. Non basta. Lo porta in luogo sicuro, lo fa curare bene (a sue spese), e poi lo segue, anche dopo la guarigione, come se fosse suo figlio o fratello. Nella frase ci sono “nove azioni, nove verbi”. Il punto più critico è il terzo: si commuove, ma non si ferma alla commozione, come insegna Buddha. “Si fa vittima” e scende!

Il pediatra “samaritano” si fa bambino in nove tappe

E così, per “essere pediatra” (non per “avere o apparire”) si devono seguire “nove passi”. Se vedi un bambino in gravi condizioni, fermati e commuoviti (“fatti Bambino”!); scendi al suo livello, curalo come se fosse tuo figlio, torna sulla via da sua mamma; curalo in luogo sicuro, affidalo a specialisti e torna a rivederlo guarito. Pediatri e neonatologi curano sì, ma hanno anche un ruolo strategico nel formare genitorialità e future personalità.

So che è inutile “fare prediche esortative”: non si cambia la “personalità di un pediatra” ed è inutile dirgli “imita il buon samaritano!”, come si dice dai pulpiti. I Grandi non lo imiteranno mai, se educati fin da bambini ad “avere e apparire”. L'ACP propone sì idee di una nuova cultura, ma difficilmente convincerà i “Grandi” non educati al servizio. Per avere figli come il samaritano, dobbiamo anzitutto copiare sua mamma e la sua famiglia, e dopo lui!

Queste semplici vecchie idee mi hanno spinto, da vecchione, a scrivere un libro-testamento proprio sul “farsi bambino, farsi neonato”. Tuttora mi sento “neonatologo, esperto di amore materno”, quando commento sulla stampa fatti di cronaca dal punto di vista del protagonista del futuro, il “signor neonato di oggi”.

Purtroppo i fatti si vedono di regola solo *dall'alto* oppure *da destra* o *da sinistra* (tradizione, politica, religione, paternalismi, individualismi, appelli al buonsenso...). Se li vedo “dal basso, facendomi bambino” è più facile rispondere alle domande esistenziali di oggi. “Lui” vuole pace o guerra? Fame o benessere? Dialogo o scontri tra genitori? Mamme serene nei primi anni o assenti da casa? Pediatri che dialogano o pediatri solo prescrittori?

L'epigenetica – come pediatri e ostetrici – ci obbliga oggi a considerarci ancor più responsabili nei confronti dell'assetto del DNA dei più piccoli bambini, futuri protagonisti del mondo. Epi-genetica e bio-etica ci confermano che il “farsi bambino” è l'unica base positiva naturale, da coltivare anche oltre i primi 1000 giorni, assecondando e valorizzando il DNA primario e viscerale di lattante e mamma.

Se il maschietto diventato autonomo a due anni (circa) non si fida dei genitori o si sente incompreso, si orienterà a imporsi nel suo ambiente oppure continuerà a sentirsi incompreso. D'istinto seguirà l'esempio di un padre forte o di un capobranco forte, nella “normale lotta per la vita” (*Homo sapiens*, con molta più intelligenza dello scimpanzé, è arrivato “naturalmente” a far guerre atomiche e femminicidi). Oggi, per prevenire guerre e violenze, non servono urla in piazza e panchine rosse: c'è la sola ricetta dell'educazione all'amore, anche oltre i 1000 giorni. Solo questo farà sì che ragazzi e poi giovani e adulti si fermino, si commuovano, scendano e si prendano cura anche di un estraneo nemico, come fece il Samaritano (e Gino Strada confermò: “perché è giusto”).

In sintesi: si può sì cambiare un po' il mondo, ma solo se si parte dal neonato di oggi e solo se politica e religione avranno il bambino del futuro come guida... Utopia? Disse Baden Powell agli scout del mondo: “Cercate di lasciare questo mondo un po' migliore di come lo avete trovato”. Basterebbe cominciare con quell'*un po'*... ■

Chi desidera leggere in e-book gratuito il libro Farsi bambino, farsi neonato può trovarlo all'indirizzo <https://www.ericksonlive.it/registrati/> inserendo i dati personali richiesti.

dinopedrotti@libero.it

I bisogni formativi del medico specializzando

L'esperienza di una specializzanda nelle cure primarie

Arianna Turriziani Colonna^{1,2} con la speciale partecipazione di Laura Reali^{1,3}

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università Cattolica del Sacro Cuore; ²Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS Roma; ³Pediatra di famiglia, ASL RM1

I presupposti

Per uno specializzando in pediatria, pur essendo nella maggior parte dei casi previsto un periodo di turnazione presso i pediatri di famiglia, quasi tutta la formazione ruota attorno all'ospedale, alla ricerca universitaria, al terzo livello di cure. L'ultraspecializzazione in ospedale, anche nella specializzazione in pediatria, è all'ordine del giorno. Nell'università in cui ci si forma si frequentano gli ambienti dell'assistenza ospedaliera e la settorializzazione è più o meno pervasiva, ma costantemente presente.

Tuttavia la mia indole è sempre stata generalista.

Ero al mio quarto anno di specializzazione quando, per la prima volta da medico in formazione, sono entrata nell'ambulatorio di una pediatra di libera scelta. Dalla nascita fino ai 16 anni avevo frequentato l'ambulatorio della mia pediatra, come paziente e come sorella di altri due pazienti, il più delle volte in buona salute per controlli di crescita, raramente per comuni malanni stagionali. Di quello studio ricordo le pareti tappezzate di disegni dei bambini, il distributore di caramelle sulla scrivania e le schede cartacee contenenti le curve di crescita di tutti i pazienti, annotate a penna con punti blu precisi.

L'esperienza sul territorio

Qualche mese fa, da specializzanda ormai "senior", sentivo che la mia formazione non era completa: dovevo conoscere anche l'attività sul territorio, il mondo della pediatria fuori dall'ospedale. Non avevo molto tempo per frequentare gli ambulatori dei pediatri di base ma lo ritenevo un tassello importante per scegliere la mia futura professione. Dovevo conciliare questo tirocinio con i turni ospedalieri. Desideravo dunque andare a colpo sicuro e scegliere un pediatra di famiglia che mi istruisse su come funziona la pediatria del territorio e mi insegnasse.

Mi sono fidata dei consigli di alcuni colleghi che avevano svolto un turno di due mesi presso i pediatri di libera scelta (PLS) e ho ascoltato il suggerimento del mio mentore universitario. Ho avuto così il piacere di avere come tutor sul territorio una pediatra di famiglia di Roma molto apprezzata e conosciuta, alle soglie della pensione. La inserirei nel circolo di quei PLS illuminati che fanno della salute dei loro pazienti il loro scopo di vita, dedicando a essa il triplo del tempo (e delle energie) previsto dalla legge, e, per mia fortuna, con tanta voglia di trasmettere ai giovani la propria passione e abilità.

Ho trascorso con lei mattine e pomeriggi di una stagione invernale molto impegnativa, con un elevato numero di bambini visitati durante le almeno sei ore di ambulatorio giornaliero, di-

spensando consigli telefonicamente e rispondendo a innumerevoli richieste, anche col supporto dell'esperta segretaria.

Dopo anni in cui ero immersa nell'ambiente ospedaliero-universitario ho scoperto un altro mondo: la pediatria di famiglia e le cure primarie pediatriche. Non si tratta di settori meno rilevanti o meno complessi, ma di una pediatria che definirei "complementare" a quella che impariamo in ospedale, non meno importante né più agevole. È un mondo di cura in cui il setting è diverso e anche l'obiettivo. Il pediatra di famiglia deve dedicare tempo alla prevenzione, alle famiglie, all'ascolto: rientra espressamente nei suoi compiti. È vero che l'ascolto del paziente e i consigli su prevenzione e miglioramento della qualità della vita rientrano nei compiti di tutti i medici, ma è altrettanto vero che i professionisti ospedalieri hanno priorità, obblighi e ritmi diversi e alcune mansioni sono espressamente delegate al territorio. Il PLS è tenuto a rispondere a domande che i genitori di solito neanche rivolgono ai medici ospedalieri. Per esempio, nei quattro anni precedenti di formazione non avevo mai affrontato problemi quotidiani come il trasporto in auto o l'addormentamento, non avevo mai assistito a visite di bambini a cui si era prima dato un libro da sfogliare. Eppure pediatria è anche questo. E anzi, nel quotidiano, mamme e papà chiederanno più spesso come devono trasportare in automobile i loro bambini che quanto paracetamolo dare per la febbre.

Ospedale e cure primarie: amici o nemici

Tra dettagli e grandi differenze ho capito che la pediatria del territorio e quella ospedaliera devono coesistere e collaborare, sono il braccio destro e quello sinistro e vanno conosciute entrambe per poter definire la propria formazione completa. La conoscenza degli scopi di ciascuna e l'aver toccato con mano realtà eccellenti sia in campo universitario che di cure primarie mi hanno permesso di apprezzarle "in parallelo". Entrambe, se di buon livello, contribuiscono alla buona salute della popolazione pediatrica.

Un servizio "a misura di bambino"

Penso che ognuno scelga il tipo di medico che vuole essere, nel senso che ognuno sceglierà quanto dedicarsi alla professione, quanto essere disponibile con i pazienti, quanto investire nello studio e nell'aggiornamento. Nella pediatria di libera scelta questo è quanto mai vero: il titolare dello studio deve sottostare a norme che regolamentano il numero di ore e le prestazioni erogabili ma in fondo sta a lui stabilire "quanto" e "come" curare i suoi pazienti. Ho visitato studi di pediatri di famiglia che non avevano neanche un gioco o un libro nelle loro sale d'attesa e sale visita, e mi sono apparsi così spogli: non a misura di bambino. Durante il mio tirocinio ho imparato cosa vuol dire realizzare degli spazi a misura di bambino, e concedergli il tempo necessario per ambientarsi e collaborare, anche per entrare nella stanza visita se il piccolo inizialmente non vuole farlo. Ritengo che andare dal pediatra debba essere piacevole; spesso, infatti, non è un obbligo, al contrario di ciò che si verifica in ospedale per visite di pronto soccorso o specialistiche. Il bambino deve percepire di essere in un ambiente a lui favorevole, così che sin da piccolo possa andarvi volentieri. Questo faciliterà l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra medico e paziente, che avrà come risultato una migliore assistenza da parte del pediatra, con maggiore comprensione dei bisogni del piccolo e di suoi eventuali disagi.

L'ambulatorio del pediatra di famiglia: oneri e onori

L'ambulatorio del pediatra di famiglia, così prossimo alle famiglie, è il luogo dove si cura e si genera salute. Frequentandolo si fa esperienza di quanto sia importante nel lavoro esercitare la pazienza. Si entra in contatto con qualsiasi tipo di famiglia, incontrando bimbi, genitori, nonni, zii, baby-sitter, con

tutte le loro dinamiche. Accompagnando i pazienti negli anni si è spettatori dei cambiamenti sociali. Imparare a conoscere ciascuna famiglia nello specifico e indicare il miglior percorso di cura rientrano nelle competenze da sviluppare. Alle cure ospedaliere si ricorre il più delle volte per acuzie non risolvibili sul territorio, per cui tra le famiglie e il professionista che si incontra manca il rapporto di conoscenza reciproca preesistente. Riflettendo su questo aspetto, l'ambulatorio del PLS è un setting privilegiato (e al contempo faticoso): il PLS deve imparare a conoscere i propri pazienti e diventare il punto di riferimento di genitori e figli conciliando competenze cliniche e relazionali. Al contempo dovrà adattare le sue abilità comunicative e i possibili mezzi di cura alle richieste del paziente che si troverà davanti.

La solitudine dei numeri uno

A tal proposito ricordiamo che in ambulatorio del PLS si hanno pochi strumenti: le proprie conoscenze, i propri sensi, fonendoscopia, otoscopia, sfigmomanometro... talvolta un collega alla porta accanto, ma il più delle volte si è soli e la semeiotica la fa da padrona. Non tutti possono essere inviati a eseguire visite o esami specialistici (sia per possibilità economiche che per appropriatezza). Grande pecca è dunque la mancanza di un collegamento diretto con le strutture di livello superiore: non c'è la possibilità di indirizzare direttamente un paziente a una prestazione specialistica con corsie dedicate. Molto spesso le corsie dedicate si creano soltanto grazie alla rete di

professionisti "amici" del PLS stesso, che vengono interpellati in prima persona per poter affrontare la questione del bambino nei tempi e modi adeguati. Purtroppo, questo fa sì che chiedere le cure migliori per i propri pazienti nei tempi giusti si configuri a volte come un favore personale e non come l'espletamento di un diritto. Se il PLS non ha gli amici giusti, l'accesso alle cure si trasforma allora in disuguaglianza sociale. Tra le innovazioni più importanti del prossimo futuro ci dovrebbe essere proprio la risoluzione di questo problema. Così come esistono reti tra gli ospedali che trasferiscono pazienti da una struttura all'altra per competenza, così dovrebbe essere possibile inviare il paziente dall'ambulatorio del PLS direttamente alla struttura specialistica dove la sua patologia possa essere presa in carico e la prestazione erogata nei tempi necessari.

Conclusioni

Ho raccontato qui la mia breve esperienza nella pediatria di famiglia, un viaggio appassionato e illuminante che spero rientri nel curriculum di ciascun pediatra in formazione, poiché necessario per una scelta più consapevole del proprio futuro e per uno sviluppo ottimale delle cure primarie. ■

arianna.turricane@gmail.com

blister

Depressione postpartum nella coorte NASCITA

All'interno della coorte NASCITA (NAscere e creSCere in ITALIA), lo studio prospettico osservazionale progettato dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS e che vede coinvolta l'ACP, sono stati analizzati i dati sulla depressione postpartum delle prime visite di 2203 coppie di genitori: 529 madri (19,9%), 141 padri (6,3%) e 110 coppie (5%) hanno riportato sintomi depressivi in occasione della prima visita (tra 0 e 45 gg dalla nascita) o della seconda visita (tra 60-90 gg dalla nascita). Di questi, 141 madri (5,3% del campione totale) e 18 padri (0,8% del campione totale) sono stati classificati come "probabilmente depressi" da una valutazione del pediatra in occasione della terza visita a 5-7 mesi dopo il parto. Le madri a cui era stato diagnosticato un disturbo psichiatrico durante la gravidanza avevano un rischio quasi 10 volte maggiore di essere probabilmente depresse (OR 9,49, IC 95%: 3,20, 28,17) mentre quelle che non allattavano in modo esclusivo alla dimissione ospedaliera presentavano una probabilità più elevata di essere depresse (OR 1,76, IC 95% 1,19, 2,61). Anche i disturbi del sonno del bambino a 2-3 e a 5-7 mesi presentavano una associazione positiva con i sintomi depressivi materni (rispettivamente OR 2,46, IC 95% 1,41, 4,28 e OR 2,18, IC 95% 1,37, 3,47). La depressione paterna era associata ai disturbi del sonno a 2-3 mesi, se anche la madre presentava sintomi depressivi (OR 8,18, IC 95% 2,57, 26,08); inoltre, la presenza della partner con depressione aumentava in modo importante il rischio di sintomi depressivi nel padre (OR 8,19, IC 95% 2,57, 26,08) [1]. Il protocollo di studio prevedeva per la rilevazione di sintomi depressivi nella prima e seconda visita la somministrazione delle due domande di Whooley, un semplice ed efficace strumento di screening che permette di allertare il pediatra di famiglia e quindi di osservare con più attenzione la famiglia. Questo studio dimostra che lo screening all'interno delle cure primarie pediatriche in Italia non solo è possibile, ma è necessario per tutelare lo sviluppo del bambino oltre che per il benessere dei genitori. Per saperne di più, abbiamo già parlato degli screening della depressione postpartum e di quello che può fare il pediatra in ambulatorio nell'Articolo del mese delle Pagine elettroniche di *Quaderni acp* 2018;4 [2].

1. Segre G, Clavenna A, Cartabia M, Bonati M. Postpartum depression screening in mothers and fathers at well-child visits: a feasibility study within the NASCITA cohort. *BMJ Open*. 2023 Jun 23;13(6):e069797.
2. Articolo del mese. Depressione perinatale: interventi per realizzare un cambiamento nell'ambulatorio del pediatra. Una revisione sistematica. Pagine elettroniche di *Quaderni acp* 2018;25:am.1.

Il nuovo art. 403 del codice civile

Parte II. Aspetti operativi in relazione agli interventi multiprofessionali

Dario Vinci

Avvocato, esperto giuridico in diritto minorile. Responsabile Ufficio Tutele Metropolitan del Comune di Bologna

La prima parte dell'articolo è stata pubblicata sul n. 4/2023

1. Premessa

Questo articolo segue la disamina giuridica dell'articolo *Intervento della pubblica autorità a favore dei minori* pubblicato su *Quaderni acp* 2023;4:182-184, nel quale si partiva da alcune considerazioni storiche fino a giungere alla peculiarità di intervento dell'art. 403 per la quale, nei casi di grave pregiudizio per il minore e per contestuali ragioni d'urgenza, poteva essere una pubblica autorità (di fatto i servizi sociali, le Ausl e le FFOO) a intervenire, inserendo il minore in un contesto eterofamiliare con conseguente limitazione genitoriale.

Da qui la più recente formulazione, entrata in vigore il 22 giugno 2022 ai sensi della l. 206/2021, per cui si prevede, al primo comma del nuovo art. 403 c.c., che: "Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o si trova esposto, nell'ambiente familiare, a grave pregiudizio e pericolo per la sua incolumità psico-fisica e vi è dunque emergenza di provvedere, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione".

La nuova versione dell'art. 403 c.c. porta con sé quasi un secolo di movimenti attorno alle decisioni sulla limitazione della funzione genitoriale; si passa da una logica prettamente di diritto pubblico e statalista (all'interno di una tendenziale simmetria tra scelte dei servizi sociali e decisioni della magistratura minorile, con un sistema di regole processuali non definito al fine di avere come prioritario l'interesse del minore) a una caratterizzata da una necessaria proceduralizzazione del rito e da una dialettica processuale tra le parti in cui le funzioni genitoriali possono essere analizzate e limitate, benché nei soli casi di un oggettivo rilievo, nella tipicità di tali limitazioni e a mezzo delle regole del giusto processo, ovvero in un corretto contraddittorio processuale.

Nella nuova formulazione, la "pubblica autorità", a mezzo degli organi preposti alla "protezione dell'infanzia", è tenuta a collocare in contesto protetto (eterofamiliare) i minorenni solo nei seguenti casi: soggetti in condizioni di abbandono morale o materiale; soggetti esposti nell'ambiente familiare a grave pregiudizio o grave pericolo per la loro incolumità psicofisica (per esempio minore vittima di abusi sessuali o maltrattamenti attuali, o soggetto a imminente costrizione al matrimonio o espatrio senza uno o entrambi i genitori).

In entrambe queste macro-fattispecie deve coesistere anche un ulteriore elemento: l'emergenza di collocarlo in luogo si-

curo; ciò sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione (a mezzo di una decisione dell'autorità giudiziaria minorile).

Da ciò alcuni chiarimenti. Intanto il soggetto preposto a disporre l'art. 403: questi potrà essere tanto un operatore delle forze dell'ordine (su tutti Polizia e Carabinieri), ma anche i servizi sociali, a cui i primi (le FFOO) dovrebbero comunque rivolgersi per eseguire tale misura di protezione.

È invece escluso che il 403 possa essere emanato dalla Procura della Repubblica (dato che si tratta di autorità giudiziaria) mentre è possibile, benché meno frequente, che tale atto limitativo di tipo amministrativo sia disposto dalle scuole oppure dalle direzioni sanitarie ovvero dal singolo medico o pediatra, sia in regime privatistico che pubblicistico.

L'esigenza di prevedere un iter definito è quantomeno duplice. Da un lato garantire le regole del cd. "giusto processo", introdotto nel 1999 all'art. 111 della Costituzione italiana. Dall'altro quello di disciplinare in modo molto dettagliato, un po' come nel procedimento di convalida delle misure cautelari penali, un intervento che va a toccare diritti delicatissimi, quali quelli afferenti la limitazione della responsabilità genitoriale peraltro a mezzo di un intervento iniziale di enti diversi dall'autorità giudiziaria.

2. Il nuovo art. 403. Le linee di indirizzo a carattere locale

Lo scorso articolo si concludeva con una considerazione: riforme come quella in oggetto, per essere effettivamente tutelanti dei soggetti deboli che intendono proteggere, devono trovare una corretta e ragionevole applicazione nel diritto vigente.

Per tale motivo, nell'estate del 2022, quasi tutti gli uffici giudiziari minorili d'Italia (Tribunali e Procure della Repubblica) hanno emanato direttive e linee di indirizzo sulla corretta applicazione dell'art. 403 c.c.

Sullo sfondo di una tale esigenza c'è la necessità di indirizzare gli enti titolati a emettere questo provvedimento amministrativo solo nei casi in cui fosse possibile (e legittimo), atteso che non tutti i casi di collocamenti in emergenza di soggetti minorenni d'età in contesti eterofamiliari viene disciplinato dall'art. 403, ma segue invece anche altre fonti normative. Così facendo si evitava altresì di gravare impropriamente i già carenti organici delle autorità giudiziarie minorili, dato che il timing del 403 è paragonabile a un codice rosso ospedaliero, che di fatto impegna gran parte del personale presente in quel momento su quell'intervento.

Tra i procedimenti che questi atti di indirizzo escludono dal 403 troviamo: il collocamento dei minorenni stranieri non accompagnati, caso di genitori assenti o impediti (si pensi al genitore ricoverato d'urgenza per un incidente stradale), minore scappato di casa (salvo che per sfuggire a reati familiari).

Ancora, il caso in cui un genitore si possa allontanare con la prole minorenni dall'altro genitore in seguito a maltrattamento. Quest'ultima ipotesi, in verità è la più controversa perché non tutti gli uffici giudiziari ritengono di escludere il 403 in questa fattispecie; anche dove si indica la possibilità di mettere il nucleo in comunità anche senza 403, si prevede comunque una segnalazione alla procura minorile e inoltre la possibilità, nei casi più gravi, di emettere comunque tale intervento di protezione codificato.

Vi sono poi casi in cui non si emette il 403 perché tecnicamente non vi sono genitori a cui limitare la responsabilità genitoriale, ed è il caso dei minorenni non riconosciuti alla nascita.

3. Il nuovo art. 403. Il raccordo tra Istituzioni e il ruolo del pediatra

Gli aspetti correlati all'applicazione di questa misura di protezione sono assai legati a una serie di obblighi di legge, due dei quali sicuramente confliggenti tra loro: il segreto profes-

sionale da parte del pediatra o di altro operatore sanitario e l'obbligo di segnalazione civile (art. 70 l. 184/83, art. 403 c.c. e art. 328 c.p.) di situazioni di abbandono di minorenne, e penale (artt. 331 e ss. c.p.p.) relativa a reati perseguibili d'ufficio, tra cui i reati familiari più gravi.

Entrambi questi doveri comportano, se inosservati, la commissione di un reato e quindi una sanzione penale. Ma cosa avviene in caso di coesistenza di tali interessi nella medesima situazione?

L'art. 622 c.p. viene in aiuto dell'interprete del diritto prevedendo che il segreto professionale possa essere, legittimamente, disatteso in presenza di una cd. "giusta causa". Tale generico concetto viene dettagliato in diversi articoli del medesimo codice penale. Intanto all'art. 51 per cui "L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica Autorità, esclude la punibilità". Ma anche all'art. 54 comma 1: "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo".

Possiamo quindi affermare che sono rette da giusta causa le norme che impongono al professionista la rivelazione del segreto: per esempio in ambito penale, l'obbligo di denuncia o referto (artt. 361 e 365 c.p.), salve le ipotesi di cui all'art. 365 comma 2, e l'obbligo di rendere testimonianza. Lo stesso varrà per l'obbligo di segnalare condotte di abbandono del minore all'autorità giudiziaria minorile in sede civile, in particolare nei casi in cui dovrà essere adottato una misura di protezione ai sensi dell'art. 403 c.c.

Le norme che impongono la rivelazione del segreto perché abbiano un effetto giustificante in sede penale debbono però essere anch'esse sanzionate penalmente, mentre non rilevano le imposizioni di natura civile e amministrativa.

Si viene poi esonerati dall'obbligo del segreto con il consenso alla rivelazione da parte del titolare del dato (es. paziente). La giurisprudenza della Corte Costituzionale ha inoltre slegato la giusta causa dal rispetto di una precisa norma di legge; come infatti chiarito nella sentenza n. 5/04, in una più ampia disamina sulle formule a questa equivalenti od omologhe, si dice: "dette clausole sono destinate in linea di massima a fungere da 'valvola di sicurezza' del meccanismo repressivo, evitando che la sanzione penale scatti allorché – anche al di fuori della presenza di vere e proprie cause di giustificazione – l'osservanza del precetto appaia concretamente 'inesigibile' in ragione, a seconda dei casi, di situazioni ostative a carattere soggettivo od oggettivo, di obblighi di segno contrario, ovvero della necessità di tutelare interessi confliggenti, con rango pari o superiore rispetto a quello protetto dalla norma incriminatrice, in un ragionevole bilanciamento di valori". Motivo per cui il concetto di giusta causa non sempre è legato a una precisa norma da rispettare (a danno del rispetto del segreto professionale) ma risulta a volte rimandato a un generico concetto di giustizia; quindi si tratta di un richiamo all'analisi che il giudice deve condurre con riguardo alla liceità, sia sotto il profilo etico sia sotto quello sociale, dei motivi che hanno condotto il soggetto a compiere l'atto.

Ovviamente tutto ciò che risulta lecito per legge non può che risultare tale anche per i codici deontologici, dove l'illecito assume un rilievo di tipo disciplinare. Il *Codice di deontologia medica* giunge pertanto a tale sintesi: all'art.10 sancisce che il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o di cui venga a conoscenza nell'esercizio della professione. La rivelazione è ammessa ove motivata da una giusta causa, rappresentata dall'adempimento di un obbligo previsto dalla legge (denuncia e referto all'autorità giudiziaria, denunce sanitarie, notifiche di malattie infettive, certificazioni ob-

bligatorie) ovvero da quanto previsto dai successivi articoli 11 e 12, per cui la deroga al segreto è possibile quando si tratti di "salvaguardare la vita o la salute di terzi".

Nei casi in cui non sussista un preciso obbligo di legge, potrà pertanto esservi comunque una fattispecie coperta da giusta causa e quindi escludente un illecito giuridico e conseguentemente anche di tipo deontologico e disciplinare. Da ciò la considerazione per cui un professionista della sanità quando opera in regime privatistico da un lato non sarà tenuto a una serie di obblighi, tra cui quello alla denuncia di fatti che darebbero avvio a un 403 o alla denuncia penale quali reati, ma dall'altro la possibilità di segnalare/denunciare tali stessi fatti senza incorrere in illeciti civili (risarcimento danni), penali né tantomeno disciplinari. Il tema della mancata segnalazione/denuncia diventa a quel punto quindi un tema etico (non più giuridico).

Questa consapevolezza è fondamentale. Ciò permette altresì di intrecciare non solo la relazione tra professioni sanitarie e 403, ma anche con la recente riforma del cd. "codice rosso" in materia di reati di violenza domestica e di genere (l. 69/19). Assume un senso nuovo pure nella costruzione della cd. "rete", entità costituita non solo da professionisti con rilievo pubblico ma anche con profili privatistici.

Detto ciò, abbiamo parlato di professionisti della sanità, tra cui i pediatri, che, se operanti dentro un'accezione di diritto pubblico, sono tenuti a precisi obblighi di legge. Il loro stesso *munus* descrive anche un'ulteriore titolarità: quella di potere emettere un provvedimento ai sensi dell'art. 403 c.c.

Ma sono quasi sempre i servizi sociali o le FFOO a emettere questo tipo di atti, e quindi anche nel senso di una responsabilità sul piano legale, benché non siano isolati i casi in cui l'impulso di una tale attività giunga dal pediatra (es. dal pronto soccorso pediatrico); ancora meno isolato è il caso per cui dallo stesso fatto pregiudizievole discenda pure una denuncia penale (spesso quale codice rosso). E anche in questo caso sono altri soggetti, diversi dal pediatra, a provvedere operativamente a tali incombenze. Così accade spesso in materia di denuncia di fatti perseguibili d'ufficio, affrontati a livello di direzioni sanitarie o a opera dei servizi sociali, territoriali o ospedalieri.

Motivo per cui il precetto normativo non esclude che il pediatra, in particolare nella sua qualità di pubblico ufficiale ovvero di incaricato di pubblico servizio possa emettere un 403, ma sono gli enti sociali, nella pratica, a adottare con più frequenza un tale di tipo di atto amministrativo. Ciò accade anche quando si tratti di mantenere in protezione un minorenne già presente in ospedale, per esempio perché appena nato con una condizione sanitaria pregiudizievole all'interno di un quadro familiare di estrema fragilità.

Di qui la necessità di un'unica "rete" multidimensionale in grado di affrontare in maniera coesa i singoli interventi derivanti da uno stesso fatto umano pregiudizievole per il minorenne (denuncia penale, segnalazione di tipo civile, esigenze di cura ecc.) e creare contatti tra le varie Istituzioni e i soggetti terzi per garantire al minorenne (e alla famiglia) le necessarie azioni tutelari e di sostegno. Va da sé che in questa prospettiva le professioni sanitarie, e tra queste sicuramente i pediatri, hanno un ruolo strategico. Per fare ciò bisognerà però rafforzare con percorsi formativi e protocolli interistituzionali ciò che spesso si regge sulla buona volontà dei singoli e su reti informali. Solo un intervento del Legislatore potrà ovviare a tali carenze e a rendere uniforme sull'intero territorio nazionale buone prassi al momento presenti solo in alcune realtà locali. ■

Libri

Occasioni per una buona lettura

Rubrica a cura di Maria Francesca Siracusano

I bambini in testa

Prendersi cura dell'infanzia a partire dalle famiglie di Giorgio Tamburlini
Il Pensiero Scientifico Editore, 2023, pp. 167, € 20

La frase di Paulo Freire che dà l'incipit al libro di Giorgio Tamburlini, "L'esperienza insegna a non presumere che l'ovvio sia chiaramente compreso", fa a mio parere da cornice al libro, che è stato per me, lettrice, un testo che si offre a diverse lettrici e anche a diversi lettori. Paola Milani nella sua attenta e ricca presentazione al libro parla di un testo divulgativo, dove per chi legge si sottolineano aspetti ovvii per molti di noi pediatri e pediatrici, ma non per questo compresi nel senso concreto della parola. Il testo ha un percorso che passa dalla narrazione, sostenuta da forti fondamenta scientifiche, alla politica che ha la possibilità di fortemente influenzare i percorsi di vita delle famiglie e delle bambine e bambini, fino agli strumenti necessari per prendersi cura in maniera integrata e multidisciplinare. È un percorso concreto, scientifico, narrato in maniera fresca e leggera, operazione non semplice, ma che denota la grande esperienza dell'autore in questi ambiti sia a livello internazionale che nazionale. Per chi legge è un testo piacevole che va oltre i confini del mondo pediatrico, di facile fruibilità per chi ha interesse e si prende cura delle famiglie e delle bambine e bambini di oggi e di quelli che nasceranno, al fine di offrire pari opportunità per partire bene. Le scelte politiche necessarie affinché tutto questo si possa concretizzare sono descritte in programmi ed esperienze che possono dare ispirazioni e il via a programmi nazionali e priorità all'infanzia, spesso, se non sempre, dimenticata dal mondo della politica. Nelle parole di Tamburlini trapela forte la passione e la voglia di diffondere consapevolezza al fine di mettere i "bambini in testa", con il doppio significato di metterli "nella testa" di chi può decidere e fare, e di metterli in testa, ovvero dare priorità a loro che sono e saranno sempre il nostro futuro. *I bambini in testa* è rivolto anche ai pediatri in formazione, a coloro che svolgono il lavoro sul campo, a tutte le operatrici e operatori che ruotano intorno al mondo dei genitori e dell'infanzia, perché condensa in poche pagine informazioni scientifiche importanti e attuali e dà indicazioni su come poter procedere in maniera integrata e multiprofessionale.

Vi auguro una buona lettura, con un ringraziamento all'autore che ci ha donato un testo necessario.

Stefania Manetti

Zona d'ombra

di Renato Luigi Rossi
Il Pensiero Scientifico Editore, 2022, pp. 280, € 25

Trovate in questo numero l'editoriale di presentazione del convegno dedicato a "Errore e incertezza" promosso dal labo-

torio della conoscenza Carlo Corchia. Nel preparare questo incontro e soffermandomi sull'incertezza nella pratica clinica ho letto e approfondito questo libro che ha come sottotitolo "Dubbi e incertezze tra pazienti e medicina dell'evidenza". L'autore è stato medico di famiglia e si è sempre interessato di tradurre nella pratica clinica le evidenze della letteratura. Nel libro troviamo numerose storie cliniche derivate dall'esperienza dell'autore e dal racconto di colleghi che si prestano ad approfondire la zona d'ombra che riguarda tutte le fasi del processo diagnostico e terapeutico. I dubbi e le incertezze sono connessi con l'errore che si tende a nascondere anziché utilizzare come occasione di formazione (vedi audit). Particolarmente interessante il capitolo 6 dedicato alla diagnosi tra riflessione e intuizione. L'autore sottolinea come il medico si muova tra alberi decisionali e flow-chart e una strategia più rapida. La strategia più impiegata è il cosiddetto occhio clinico che si basa sull'esperienza e i trucchi del mestiere che non ci pone al riparo dall'errore. Secondo Kahneman i pensieri veloci permettono di prendere decisioni in tempi molto rapidi (euristiche). Le euristiche sono processi mentali che non seguono un percorso formalizzato ma si basano sull'esperienza del medico e delle circostanze esterne. Una delle euristiche nota come preferenza per l'ipotesi più semplice si basa sul "rasoio di Occam".

Il filosofo del Trecento sosteneva che quando abbiamo a disposizione una spiegazione più semplice è inutile complicarsi la vita cercando altre ipotesi meno immediate. È chiaro che nella pratica quotidiana le euristiche sono spesso utilizzate, ma è anche evidente che i pensieri rapidi sono funzionali, ma ci espongono all'errore, soprattutto in situazioni complesse. D'altro canto i pensieri lenti richiedono tempo che spesso non si ha a disposizione.

Tutti i capitoli sono pratici e interessanti per il clinico e non solo.

L'autore conclude con considerazioni utili a gestire l'incertezza soffermandosi in particolare sul coinvolgimento del paziente nel percorso decisionale.

Michele Gangemi

Il nido del pettirosso

Testimonianze dal mondo delle malattie genetiche rare pediatriche

di Francesca Guido, Francesca Indraccolo
Lysis edizioni, 2023, pp. 168, € 16

Bambini e bambine con patologie rare che affrontano insieme alle loro famiglie una quotidianità difficile. Il pettirosso è un uccellino tanto bello quanto piccolo ma indomito: nulla gli fa abbandonare il nido, difende i suoi piccoli dai predatori e resiste agli inverni più rigidi. Proprio come le famiglie, le bimbe e i bimbi rari e coraggiosi qui descritti. Libro di facile consultazione, molto formativo, emozionante, mai banale. Dedicato a chiunque desideri avvicinarsi al mondo delle malattie rare. A chi desideri conoscere e condividere le emozioni e le difficoltà, ma anche trovare risposte ai dubbi. Genitori che si mettono a nudo, che condividono le paure ma anche le conquiste e le gioie. Da un'idea del dott. Angelo Selicorni, direttore dell'Unità Operativa di Pediatria dell'Ospedale Sant'Anna di San Fermo della Battaglia (CO) e Centro e Fondazione Mairani per il bambino fragile. Con la sapiente tessitura di due giornaliste e la collaborazione delle famiglie ci si trova in mano un vero e



proprio manuale, ricco di spunti, per addetti ai lavori e non solo. La prefazione è affidata al prof. Giuseppe Zampino, direttore dell'Unità Operativa Complessa di Pediatria del Policlinico Gemelli. Nei successivi capitoli le giornaliste hanno raccolto le testimonianze delle famiglie: esperienze di vita vissuta di genitori e di bimbe e bimbi affetti da diverse malattie rare che esplorano la vita e le particolari difficoltà che incontrano sul loro cammino. La comunicazione della diagnosi, le fatiche dell'assistenza quotidiana, gli ausili, la strumentazione salva vita, la scuola, il tempo libero. Le schede patologia, collocate a seguire di ogni testimonianza, descrivono sinteticamente la malattia, i bisogni specifici e forniscono indicazioni di contatto delle associazioni dedicate. Un valore aggiunto del libro è la presentazione del "Progetto emergenza bambini fragili": a tutte le famiglie dei bambini che afferiscono all'Ambulatorio di Genetica dell'Ospedale Sant'Anna viene consegnata una scheda che contiene i dati necessari all'assistenza in casi di emergenza. La stessa scheda è condivisa con il sistema AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza) per facilitare la presa in carico rapida in situazioni di criticità importante. La riuscita di questa scommessa editoriale è anche merito di alcune associazioni locali che da sempre sostengono le famiglie: Associazione Diversamente Genitori, Associazione S.I.L.V.I.A. e la Cooperativa Agorà 97 che con "Casa di Gabri" accoglie bambini in situazioni sanitarie gravissime. Parte dei proventi delle vendite verrà destinato proprio ai progetti che queste associazioni dedicano alle famiglie con bimbi fragili. Da leggere ma anche da studiare.

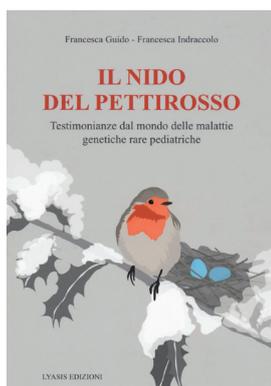
Chiara Di Francesco

La scuola più bella che c'è

Don Milani, Barbiana e i suoi ragazzi

di Francesco Niccolini, con Luigi D'Elia e Sandra Gesualdi
Mondadori, 2023, pp. 160, € 16

Chi non conosce *Don Milani e la scuola di Barbiana*? Alla fine, però, devo dire che mi rimangono in mente i titoli di testa e la memoria non custodisce forma e sostanza della sua storia e dell'impegno pastorale. Ben volentieri, quindi, ho letto il libro di Francesco Niccolini, Luigi D'Elia e Sandra Gesualdi proposto da Mondadori nel catalogo Libri per ragazzi. Lorenzo Carlo Domenico Milani Comparetti nasce a Firenze in una



delle più ricche famiglie toscane: delle 15 automobili immatricolate al tempo, due erano della sua famiglia. L'infanzia e l'adolescenza si svolgono su tre ville, di cui una con 15 poderi, e una scarsa voglia di studiare come raccontano i voti del liceo. Il fratello maggiore, Adriano, noi pediatri lo conosciamo benissimo: la semeiotica neuroevolutiva l'abbiamo imparata da lui. Lorenzo, finito il liceo, decide che diventerà pittore, ma, dopo una manciata di mesi, giunge inaspettata – per chi legge la sua biografia – la conversione al cattolicesimo e l'ingresso in seminario. Il primo incarico da prete fu a Montespertoli, dove la famiglia possedeva la tenuta con i 15 poderi e lui era conosciuto con il nome di Signorino. Aprì la villa e il campo da tennis ai bambini del luogo: immediatamente trasferito. Quindi giunge a Calenzano come coadiutore di un prete ormai anziano: come il miele con le mosche attira e sé una moltitudine di bambini e inizia a fare scuola, e scrive il libro *Esperienze pastorali* che, pur avendo ricevuto l'Imprimatur, sarà quasi subito ritirato dal commercio dall'autorità ecclesiastica perché inopportuno. Solo durante il papato di Francesco il libro è tornato nelle librerie; e Francesco è l'unico papa che è andato in pellegrinaggio a Barbiana a rendere omaggio a don Milani. Nell'occasione è stata realizzata una strada per giungere alla chiesa sperduta nei monti del Mugello, dove venne mandato questo scomodo prete, nonostante la protesta degli abitanti di Calenzano. Sì, a Barbiana non si poteva arrivare se non a piedi. Anche qui don Milani, sempre obbediente e sempre sgradito all'arcivescovo di Firenze, inizia a fare scuola dopo aver raccolto i bambini e gli adolescenti dispersi tra i monti: mattino e pomeriggio, trecentosessantacinque giorni all'anno, anche a Natale e a Capodanno. Quante cose mi preme di raccontarvi, ma lo spazio non lo permette, quindi leggete il libro e fatelo leggere ai bambini e agli adolescenti. Cosa è rimasto della scuola di Don Milani oggi? La risposta l'ho trovata nelle ultime 4 pagine dell'*Uomo del futuro* di Eraldo Affinati: dopo mezzo secolo dalla sua morte don Milani è avanti ancora di cinquant'anni rispetto a noi. Infine, se in cartellone dalle vostre parti c'è Cammelli a Barbiana, andate a teatro ad ascoltare il monologo di Luigi D'Elia che ingoia il palco in un sol boccone e vi inchioda alla sedia per oltre un'ora, con una passione che non può giungere se non dal prete di Barbiana.

Costantino Panza



Lettere

Apriamo un dialogo per rispettare i diritti di tutti

Caro Direttore,
la lettera scritta dalla nostra Presidente Manetti e dal Presidente del CSB Tamburlini al *Quotidiano Sanità* ci ha suscitato diverse domande, domande più grandi dell'ambito in cui la lettera si colloca, domande per rispondere alle quali abbiamo iniziato un percorso di approfondimento personale e di gruppo con l'aiuto di figure diverse (giudice del Tribunale dei Minori, docente di bioetica), un percorso che sta continuando... Desideriamo però a questo punto condividere le nostre domande e alcuni convincimenti finora maturati, sperando che altri amici vogliano condividere le loro domande e si possa contribuire a creare un percorso più grande che aiuti tutti a rendere più consapevoli le proprie risposte. Contiamo quindi che ognuno legga fino in fondo il nostro scritto e se ne lasci interrogare.

Troviamo nelle argomentazioni descritte una posizione che affronta con eccessiva semplificazione tematiche complesse e per nulla scontate sia dal punto di vista giuridico che morale. Vogliamo anzitutto dire che l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) è una grande associazione cui apparteniamo da tanto tempo, al cui interno convivono e si confrontano anime con pensieri e posizioni diverse, tutte da rappresentare e considerare in occasione di un giudizio pubblico. Anche alla luce di obiettivi e interessi fortemente condivisi in merito al privilegio di prendersi cura dell'infanzia.

In merito al contenuto della lettera a *Quotidiano Sanità*, innanzitutto troviamo fuori luogo definire "mostruosità morale" la decisione del Tribunale di riconoscere legittimo il rifiuto da parte dell'Ufficiale di Stato Civile di trascrivere nell'atto di nascita la madre cd. "intenzionale" ma non biologica. Secondo gli scriventi, priverebbe il genitore intenzionale della possibilità di esercitare la responsabilità genitoriale di ordine socio-sanitario e danneggerebbe così il diritto del bambino. Ma la stessa situazione si verifica comunemente per tutti i figli di madri single, per i figli non riconosciuti dal proprio padre biologico o che convivono con un uomo non genitore biologico: in tutte queste situazioni il genitore "non biologico" può esercitare la sua responsabilità genitoriale "intenzionale" seguendo il percorso previsto dalla legge per un'adozione o un affidamento. E così viene proposto anche per il genitore intenzionale in una coppia omogenitoriale.

Come medici, per i quali tutti i bambini sono uguali, ci sembra di dover esprimere alcune riserve e di segnalare la complessità della situazione. Entrare da parte medica nel merito di una decisione giuridica con espressioni dispregiative in una materia così discussa e delicata pare una scelta molto discutibile. Il quadro giuridico è sicuramente complesso, in quanto dopo l'introduzione della procreazione assistita si è creata una scissione tra paternità/maternità biologica e legale. La legislazione e la giurisprudenza paiono molto in difficoltà nel riconoscere la trascrizione degli atti di nascita relativi alla genitorialità intenzionale.

I figli di due genitori maschi non possono essere trascritti in quanto nati certamente da maternità surrogata. E la maternità surrogata (il cosiddetto "utero in affitto") è gravemente lesiva per la dignità della donna la cui persona viene sostanzialmente subordinata alla volontà dei committenti (come si legge nel contratto da firmare). È purtroppo una pratica che sfrutta

spesso situazioni di povertà e che è comunque punita come reato dalla legislazione italiana. Sia la Corte di Cassazione che la Corte Costituzionale hanno espresso un severo giudizio sulla maternità surrogata considerandola gravemente lesiva della dignità della donna.

Non dimentichiamo a questo proposito le parole di A. Mancuso, ex Presidente Arcigay: "I figli non si comprano, non si vendono, non si regalano".

Le conseguenze sul minore della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), sia eterologa che surrogata, sono ormai riconosciute dalla scienza medica e psicologica e pongono all'attenzione diversi temi che meriterebbero un dialogo aperto in quanto attengono profondamente al sano sviluppo dei bambini. Ne accenniamo alcuni.

Sappiamo che la madre che genera non è un mero contenitore: molti studi ci hanno svelato le modificazioni neurofisiologiche che avvengono nella donna durante la gravidanza e l'influenza reciproca tra madre e feto. Già anni fa un "Graffio" di A. Ventura esponeva alcuni dati di letteratura in merito (*Medico e Bambino* 2017;3:147). Questa è una prima considerazione che varrebbe la pena approfondire in ambito pediatrico.

La lettera in questione dà per assunto che oggi nascere in una famiglia omogenitoriale non presenti problematiche differenti da nascere e crescere in una famiglia eterogenitoriale: è questo un delicato argomento tutt'ora oggetto di grandi dibattimenti e confronti sia in campo giuridico che antropologico.

Come pediatri vogliamo porre l'attenzione a un fatto, a noi ben noto per la frequentazione di tante famiglie adottive, ossia come il percorso per diventare genitori sia per queste famiglie un percorso lungo e difficile, a tratti addirittura quasi persecutorio tanto lo Stato, allo scopo di tutelare il diritto del minore in causa, esamina e vaglia le motivazioni dei genitori chiedenti l'adozione, il loro equilibrio e la loro apertura ad accogliere e crescere quel bambino comunque esso sia. I genitori non biologici che chiedono la trascrizione come genitori legali non vengono vagliati in alcun percorso di idoneità.

Tutto il mondo psicologico e psicanalitico riconosce l'importanza della "rappresentazione simbolica" del genitore Terzo estraneo, il genitore che ha generato. Per questo motivo è stato riconosciuto il diritto al figlio adottivo di accedere alle proprie origini persino se la madre biologica non lo ha riconosciuto e viene suggerito ai genitori adottivi di comunicare quanto prima al figlio adottato che egli è tale. Ci chiediamo come potranno i figli della PMA, eterologa e/o surrogata, percorrere la difficile strada che consegue alla domanda di ogni figlio: "Io chi sono?" E prima ancora: "Io da dove vengo?" Senza le risposte a queste domande un/una bambino/a non diventa un uomo certo di sé.

Sono anche da considerare, sempre nella prospettiva medica, le problematiche che potrebbero sorgere in caso di patologie in sede di anamnesi (conoscenza delle problematiche della gravidanza e del parto, patologie familiari ecc.). Quest'ultima osservazione meriterebbe l'apertura di un dialogo da parte nostra con i colleghi ginecologi.

Per tutto questo auspichiamo di poter proseguire in ambito associativo il confronto e l'approfondimento su queste delicate tematiche con le diverse professionalità (giuridiche, mediche e psicologiche) che possono portare il loro specifico apporto e nel rispetto della complessità degli argomenti in causa.

Laura Mauri Pdf Giussano, Lucia Castelli già Pediatra Ospedale Vizzolo Predabissi, Mario Narducci Pdf Cavenago di Brianza, Aurelio Nova Pdf Monza, Luciano Scotti Pdf Monza, Lorena Martignoni Pdf Varese, Giuseppe Elio già Pdf Desenzano, Marco Mazzi Pdf Sommacampagna, Romina Fabbri Pdf Oppeano, Elisabetta Mazzocchi Pdf Milano, Maria Pia Battilana già Pdf Rescaldina, Daniela Corbetta Pdf Busto Arsizio, Alfiero Prandoni Pdf Cerro Maggiore, Tusa Antonino già Pdf Desenzano, Laura Saleri Pdf Milano, Romano Manzot-

ti Pdf Scandiano, Salvatore Curto già Pdf Perledo, Roberto Mattei Pdf Rovigo, Maria Gabriella Metta Pdf Legnano, Teresa Sciascia Pdf Paderno Dugnano, Monica Mantegazza Pdf Saronno, Annalisa Monolo Pdf Legnano

Care Colleghe e Colleghi, grazie per la vostra lettera che, scaturita dal comunicato stampa ACP sui diritti delle bambine e dei bambini che nascono e crescono in famiglie omogenitoriali, sollecita l'ACP a un dibattito e approfondimento non solo al suo interno, ma anche in altre società scientifiche (v. il documento SIP nato proprio a seguito del comunicato ACP).

L'ACP ha avvertito da sempre, in quanto società scientifica e culturale, la necessità di confronto e riflessione su argomenti complessi e, come tali, sicuramente da approfondire con diverse professionalità, come voi stessi sottolineate. Di fatto, proprio nell'ottica di fornire una risposta articolata a una problematica complessa, in ACP si sono già avviati percorsi di approfondimento attraverso la creazione di un gruppo di lavoro sulla pediatria di genere (aperto, come tutti i gruppi di lavoro, a chi voglia prenderne parte) e con la rubrica "Orizzonti e traiettorie familiari" in Quaderni acp.

L'ACP come scrivete "è una grande associazione cui apparteniamo da tanto tempo, al cui interno convivono e si confrontano anime con pensieri e posizioni diverse, tutte da rappresentare e considerare in occasione di un giudizio pubblico".

Proprio perché tale, ACP si regge, citando il prof. Panizon, "sulla forza della cultura" e su condivisione, apertura, scienza e confronto. Il direttivo nazionale, eletto dai soci, viene (oramai quasi quotidianamente) messo al corrente di proposte e argomenti che necessitano approfondimenti e anche pronunciamenti, spesso in tempi anche brevi. Il documento in questione è stato condiviso con il direttivo nazionale ACP, sentiti i gruppi di lavoro dedicati e considerato anche quanto già espresso e pubblicato (<https://omceo-to.it/areastampa/diritti-delle-figlie-e-dei-figli-delle-coppie-omogenitoriali-lordine-dei-medici-di-torino-scrive-una-lettera-aperta-alle-istituzioni/>); (<https://www.ordinemedicinapoli.it/6046-bambine%20che%20nascono%20in%20famiglie%20omogenitoriali%20e%20caso%20amoxicillina%20.php>).

Oggetto del comunicato ACP sono la protezione e i diritti delle bambine e dei bambini che nascono e crescono in famiglie omogenitoriali. È ormai universalmente accettato dalla comunità scientifica che bambini che crescono con genitori omosessuali hanno percorsi di crescita che non differiscono da quelli dei loro pari con genitori eterosessuali e che non ci sono fattori intra-familiari di rischio, ma solo potenziali fattori extra-familiari, quali la mancanza di riconoscimenti legali e lo stigma istituzionale/sociale.

Il nostro appello è stato concepito per chiedere tutele per quelle bambine e bambini che sono coinvolti e a volte travolti da alcune lacune del sistema legislativo italiano.

Molti tra noi si sono posti alcuni dei problemi sollevati nella vostra lettera, in particolare riguardo la preoccupazione del benessere di bambine e bambini che nascono e crescono in famiglie omogenitoriali. Con alcune di queste colleghe e colleghi ho avuto momenti di confronto, in cui loro stessi hanno riferito un cambiamento della propria posizione rispetto a queste preoccupazioni, dopo attente valutazioni e approfondimenti specifici della letteratura e nel confronto con queste famiglie nella pratica clinica.

Un problema importante sollevato nella vostra lettera riguarda il tema della trasparenza delle origini. È un argomento ancora marginalmente affrontato e che pure richiede un approfondimento finora emerso nel nostro paese solo nei confronti dei percorsi di PMA eterologa di coppie omosessuali, mentre non emergono preoccupazioni riguardo i percorsi di PMA eterologa di coppie eterosessuali, ormai una discreta percentuale dei nostri piccoli assistiti. Sono tutti bambine e bambini per i quali, nel nostro comunicato, richiediamo gli stessi diritti e le stesse opportunità.

La vostra lettera ha fatto emergere ancora di più la necessità di "poter proseguire in ambito associativo il confronto e l'approfondimento su queste delicate tematiche con le diverse professionalità (giuridiche, mediche e psicologiche) che possono portare il loro specifico apporto e nel rispetto della complessità degli argomenti in causa".

A tale scopo abbiamo previsto di approfondire la tematica in Quaderni acp con uno spazio aperto alle riflessioni su una materia che ci interpella sempre di più.

Stefania Manetti, presidente ACP

Buone notizie dalla Calabria

Il 18 giugno 2023 si è svolta, organizzata dal coordinamento regionale, la "Prima giornata regionale di Nati per Leggere e Nati per la Musica".

Ha fatto da cornice all'evento lo splendido castello Ruffo di Scilla interamente e gioiosamente animato da varie attività svolte con bambini e famiglie.

Un vero e proprio boom di presenze ha caratterizzato la manifestazione: pubblici amministratori, politici, rappresentanti della società civile ma soprattutto moltissimi volontari, simpatizzanti e famiglie provenienti da varie località della Calabria. Hanno dato anche il loro contributo la dott.ssa Carla Sorgiovanni, rappresentante calabrese per Save The Children, la dott.ssa Alessandra Tavella, rappresentante Unicef, e la dott.ssa Antonella Provenzano, responsabile CSB per il Sud Italia.

Hanno coordinato la giornata il dott. Domenico Capomolla referente regionale ACP per NpL e NpM, la dott.ssa Tiziana Scarcella, referente regionale dell'AIB, e la dott.ssa Galvagno, referente regionale per NpM. I relatori hanno evidenziato che ormai da molti anni si è costruita una rete efficiente per la diffusione dei due progetti in Calabria. Oggi esiste un coordinamento regionale che si è formato in modo naturale unendo le competenze e l'impegno di tutti. Si è riusciti ad attirare l'attenzione di molti amministratori pubblici, politici, rappresentanti della società civile, ma, soprattutto, è diventata un'eccellente realtà la rete di volontari e simpatizzanti. Attualmente esistono in Calabria 5 gruppi molto ben organizzati (Catanzaro, Reggio Calabria, Vibo Valentia, Area Grecanica, Area

piana di Gioia Tauro); a questi va aggiunto il Villaggio di Bagaladi (RC) che, grazie alla coordinatrice dott.ssa Triveri e alle volontarie, è diventato ormai un riferimento per tutto il basso Ionio reggino. Durante lo svolgimento del convegno è emerso tutto l'entusiasmo dei gruppi che, oltre a intrattenere le famiglie coinvolgendole direttamente nel suonare, cantare e leggere ai propri bambini, hanno avuto anche modo di presentare all'ampia platea un resoconto delle loro attività svolte nell'ultimo anno. Un lavoro che appare ancora più prezioso in considerazione del fatto che molte zone tendono a un pericoloso isolamento socioculturale per la natura del territorio, le comunicazioni carenti, la tendenza allo spopolamento e la povertà. I volontari di NpL e NpM contribuiscono ad arginare questi fenomeni creando un tessuto di relazioni e cooperazioni. È stata una preziosa occasione per incontrarsi, scambiarsi idee, opinioni e buone pratiche. Particolarmente apprezzata l'iniziativa del gruppo NpL e NpM di Mileto (VV), presente all'interno del Cantiere Musicale Internazionale, che è riuscito a effettuare interventi importanti all'interno del carcere di Laureana di Borrello (RC).

Il pomeriggio è stato dedicato alla presentazione della nuova guida bibliografica NpL per i volontari e i bibliotecari, a cura di Ida Triglia e Alessandra Stabile, componenti dell'osservatorio editoriale NpL.

Occorre proseguire e potenziare il percorso tracciato di sensibilizzazione delle famiglie per l'assoluto bisogno nella nostra regione di misure tese a contrastare la povertà educativa che imperversa in questa regione da secoli, autentico flagello generatore di povertà economica, sottosviluppo ed emigrazione.

Il successo dell'evento ci spinge e motiva a continuare su questa strada. Uno speciale ringraziamento va ai volontari che sono la spina dorsale di NpL e NpM, al personale del castello e al comune di Scilla che, concedendoci il patrocinio, ha permesso la realizzazione di questa importante giornata.

Domenico Capomolla

Referente regionale per la Calabria di NpL e NpM

Al via la XV edizione del premio nazionale Nati per Leggere

La Regione Piemonte bandisce la quindicesima edizione del premio nazionale Nati per Leggere, istituito nel 2009 in collaborazione con la Città di Torino, il Salone Internazionale del Libro di Torino, il coordinamento nazionale Nati per Leggere e la rivista *LiBeR*.

Tra gli obiettivi del premio c'è il riconoscimento del lavoro delle pediatre e dei pediatri per promuovere la lettura in famiglia con bambini e bambine in età prescolare.

La sezione dedicata ai pediatri intende onorare la memoria del dottor Pasquale Causa, pediatra di libera scelta che ha contribuito in modo determinante alla diffusione di Nati per Leggere.

Il premio annuale viene assegnato a un/una pediatra che, aderendo al programma, abbia promosso nel modo più efficace e continuativo la pratica della lettura in famiglia fin dalla più tenera età.

Per questa sezione le candidature possono essere presentate direttamente dai pediatri e dalle pediatre, dalle famiglie, da bibliotecari/e, da educatori/educatrici e insegnanti, da enti e associazioni - escluse le associazioni di categoria dei pediatri - e dal/dalla referente territoriale.

Per partecipare alla sezione Pasquale Causa i soggetti interessati dovranno, **entro e non oltre mercoledì 31 gennaio 2024**:

- richiedere il modulo d'iscrizione, da restituire compilato, alla Segreteria organizzativa del premio all'indirizzo: premionatiperleggere@circololettori.it;
- fornire in allegato all'indirizzo premionatiperleggere@circololettori.it i dati e i documenti per ogni pediatra candidato (sarà possibile allegare fino a un massimo di 3 documenti).

Ulteriori informazioni possono essere chieste alla segreteria del premio:

- email: premionatiperleggere@circololettori.it;
- telefono: +39 011 432 6837.

Indice delle rubriche

Vol. 30, anno 2023

Aggiornamento avanzato

- 5 199 Umani, animali bi-cerebrali: perché dovremmo occuparci di genitori?
Livio Provenzi

Congressi in controluce

- 1 47 È stato un bel congresso...
Stefania Manetti
- 1 48 Le tante facce della violenza. Webinar ACP 19 novembre 2022
Antonella Brunelli
- 2 95 Corso di formazione multidisciplinare sui disturbi del neurosviluppo. Promosso dai gruppi siciliani ACP
Sergio Speciale
- 2 96 Transition care between adolescent and adult services for young people with chronic health needs in Italy. Il progetto TransiDEA
a cura di Federica Zanetto
- 3 143 Parma Pediatria... dove si balla
Maria Tolu
- 3 144 Zero-Due. Dati alla mano, c'è davvero molto da fare
Leonardo Speri
- 5 240 La revisione della letteratura scientifica: un approccio metodologico. Webinar ACP 24 giugno 2023
Giacomo Toffol
- 6 285 Buone notizie dalla Calabria
Domenico Capomolla

Editoriale

- 1 1 Trent'anni: facciamo "Il Punto"
Michele Gangemi
- 2 49 Scoprire e riscoprire la clinica: "Imparare con i giovani"
Melodie O. Aricò
- 2 50 La pandemia e il grado di umanizzazione degli ospedali
Paolo Siani
- 2 51 Il fronte delle cooperative
Enrico Valletta
- 3 97 Il Laboratorio della conoscenza intitolato a Carlo Corchia prosegue il suo cammino
Michele Gangemi
- 3 98 Il bilancio di salute digitale
Paolo Siani
- 3 99 A che punto siamo con la protezione dell'allattamento?
Sergio Conti Nibali
- 4 145 Guardare avanti con uno sguardo indietro
Stefania Manetti
- 5 193 Istruzioni per l'uso
Michele Gangemi
- 5 194 Genitori, solo e semplicemente genitori
Enrico Valletta
- 6 241 Dialoghi sull'errore
Dante Baronciani

Educazione in medicina

- 1 31 Metodologia formativa nella Scuola di Medicina di Milano Bicocca. Ruolo e obiettivi del docente/tutor
Gabiella Tornotti. Intervista a cura di Federica Zanetto
- 5 214 Porre fine alle sponsorizzazioni di corsi e congressi
Adriano Cattaneo, Laura Reali
- 6 275 "Amarcord 2" di un vecchio neonatologo
Dino Pedrotti
- 6 277 I bisogni formativi del medico specializzando. L'esperienza di una specializzanda nelle cure primarie
Arianna Turriziani Colonna con la speciale partecipazione di Laura Reali

Endocrinologia pratica

- 6 268 Accelerazione improvvisa dell'età ossea nel bambino prepubere. Quali le possibili cause?
Brunetto Boscherini, Marco Cappa Chiara Minotti

Esperienze

- 1 34 Il reparto pediatrico e la sfida dei disturbi del comportamento alimentare
Marco Pandolfi, Laura Giordano, Marta Bonetti, Gianfranca Martella, Cinzia Damato, Angela Pavesi, Luca Bernardo
- 3 126 Il sogno di Carlo: il progetto del Polo Pediatrico del Salento dieci anni dopo
Assunta Tornesello
- 5 222 Epidemiologia clinica. Un percorso per specializzandi in pediatria
Roberto Buzzetti, Angelo Carcione, Cecilia Lugarà, Eloisa Gitto

Farmacipi

- 3 130 Una guida per un utilizzo appropriato degli antibiotici
Antonio Clavenna
- 5 231 La carenza di farmaci: un problema rilevante, anche in età pediatrica
Antonio Clavenna

Film

- 1 44 Maternità nei *Figli degli altri*
- 3 136 *Broker. Le buone stelle*
- 4 187 Adolescenti: fiori da innaffiare in *Close*
- 5 237 Più Genesi che Apocalisse in *Armageddon Time*

Focus

- 2 81 Inquinamento da microplastiche e salute: cosa ne sappiamo e cosa può fare il pediatra
Annamaria Moschetti, Annamaria Sapuppo, Giacomo Toffol, Elena Uga (Pediatri Per Un Mondo Possibile, ACP)
- 3 122 Cure Palliative Pediatriche (CPP) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): la necessità di una ridefinizione e integrazione
Mario Renato Rossi, Patrizia Elli
- 3 124 Crisi climatica: diritti dei bambini, diritti umani
Vincenza Briscioli
- 4 164 Portatori di fibrosi cistica: informare per scegliere con consapevolezza
Carlo Castellani
- 4 166 Il contributo della pediatria di famiglia a una *community oriented primary care* dopo la pandemia da Covid-19. Prospettive dall'Italia
Gianfranco Damiani, Giulio F.M. Pasca, Paola Arcaro, Laura Reali
- 5 207 Salute mentale di bambini e adolescenti: nuove emergenze Sara Uccella, il Team della NPI e della Psicologia Clinica del Gaslini, Lino Nobili
- 6 263 L'ascolto dei pazienti: l'esperienza dell'ospedale pediatrico Meyer IRCCS
Francesca Menegazzo, Elisa Conti, Michela Sica, Stefania Solare, Elise M. Chapin

Formazione a distanza

- 2 54 Le linfadenopatie: dalla diagnosi alla terapia
Sonia Morano, Melodie O. Aricò, Giuseppe Pagano, Giovanna La Fauci
- 4 147 Emogas: istruzioni per l'uso
Melodie O. Aricò, Giuseppe Pagano, Gina Pretolati, Giovanna La Fauci
- 6 242 L'alimentazione complementare. Fra dubbi e certezze, buone e cattive pratiche
Maurizio Iaia

Genetica per non genetisti

- 6 271 Le malattie infiammatorie croniche intestinali: aspetti clinici
Paolo Quitadamo, Daniele De Bras

I primi mille

- 3 112 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
- 4 180 L’asilo nido: una grande opportunità per le bambine e i bambini e per il nostro Paese
Paolo Siani
- 5 204 Maternità e migrazione. Uno studio qualitativo su giovani madri immigrate in Italia
Giovanni Giulio Valtolina, Giancarlo Tamanza, Maria Luisa Gennari
- 6 261 Il diritto alla salute dei bambini
Mario De Curtis

Il bambino e la legge

- 3 128 Riforma del diritto di famiglia
Augusta Tognoni
- 4 182 Il nuovo art. 403 del codice civile, parte I: “Intervento della pubblica autorità a favore dei minori”
Dario Vinci
- 6 279 Il nuovo art. 403 del codice civile, parte II: “Aspetti operativi in relazione agli interventi multiprofessionali”
Dario Vinci

Il caso che insegna

- 4 173 Inquadramento dell’iperuricemia in età pediatrica
Mirella Petrisano, Simona Sestito, Stefania Adessi, Francesco Bruno Mercuri, Licia Pensabene, Daniela Concolino

Il punto su

- 1 22 Bambini, schermi e benessere. Indicazioni dalla ricerca, motivazioni dei genitori e ruolo del pediatra di famiglia
Marco Grollo, Sonia Zanor, Chiara Oretti, Alice Di Leva, Tiziano Gerosa
- 1 26 La mastite neonatale
Francesco Accomando, Melodie O. Aricò, Enrico Valletta
- 2 74 FANS in gravidanza e ipertensione polmonare nel neonato: una questione di dotto
Diana Wrona, Alice Falcioni, Enrico Cocchi, Melodie O. Aricò, Patrizia Limonetti, Enrico Valletta
- 2 77 I bambini e la guerra. Le conseguenze sullo sviluppo
Paola Barachetti, Giovanni Giulio Valtolina
- 4 169 Bambini vittime di maltrattamento e trascuratezza: il contributo dell’odontoiatra
Francesca Zangari
- 5 211 Il sanguinamento vaginale in una bambina prepubere: cosa pensare e cosa fare
Alessia Bellotto, Beatrice Gagliardi di Carpinello, Benedetta Mainetti, Luca Savelli, Enrico Valletta
- 6 266 La borreliosi che non risparmia il fegato
Maria Scaiola, Alessia Bellotto, Melodie O. Aricò, Enrico Valletta

Imparare con i giovani

- 2 69 Anemia, trombocitopenia e insufficienza renale acuta nel lattante: ricordiamoci della sindrome uremico emolitica atipica
Maura Carabotta, Rita Capanna, Daniela Trotta, Maurizio Aricò
- 5 215 Cosa fare nella diarrea ematica? Tutto e niente?
Giovanni Casulli, Marina De Giosa, Giuliana Metrangolo, Melodie O. Aricò, Désirée Caselli

Info

- 1 41 Occhio alla Polio: un allarme dagli USA
- 1 43 Dati Istat sulla pratica dell’attività sportiva
- 3 137 Report 7° rating dei menu scolastici dell’osservatorio Foodinsider
- 3 137 Pelè: un testimonial per l’allattamento
- 3 138 Appello alla Commissione europea
- 3 138 Conflitti di interesse delle facoltà di Medicina
- 5 235 Sistema di sorveglianza o-2
- 5 236 Manifesto sui diritti in ambiente digitale

Infogenitori

- 1 2 Giochi e attività 9-12 mesi
Rubrica a cura di Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza
- 2 52 Bambini e tecnologia le logopediste consigliano alcune raccomandazioni per un uso appropriato
Rubrica a cura di Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza

- 3 100 Come stimolare il linguaggio nei primi mesi di vita
Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Salvati
- 4 155 I sensi nel neonato
Antonella Salvati, Antonella Brunelli
- 5 195 Come stimolare il linguaggio nel bambino da 1 a 3 anni
Antonella Brunelli, Stefania Manetti, Costantino Panza, Antonella Salvati

Lettere

- 2 92 Vaccinazione contro il Papillomavirus HPV: nuove acquisizioni su Gardasil 9
- 2 92 Prescrizione di terapie per la sospensione puberale
- 2 93 Posizione ACP su iniziativa UPPA
- 3 139 Bambini “devianti” e bambini “normali”
- 3 139 La FAD ACP è cambiata... in meglio!
- 3 139 Superato un primo ostacolo... la migliore di sempre!
- 3 139 Proteggere, promuovere e sostenere l’allattamento: le buone intenzioni non bastano
- 3 140 Carta o digitale?
- 3 141 Famiglie arcobaleno: pediatri alla ministra Roccella, “Preoccupante vuoto normativo espone i bambini a una grave carenza di diritti”
- 3 141 Carenza di farmaci essenziali: il caso amoxicillina, lettera aperta all’AIFA
- 4 190 Iniziativa baby friendly: stai sul pezzo!
- 4 190 Considerazioni sulla risposta ricevuta dall’AIFA in merito alla carenza di amoxicillina
- 6 283 Apriamo un dialogo per rispettare i diritti di tutti

Libri

- 1 45 Bessel van der Kolk, *Il corpo accusa il colpo*
- 1 45 Eric-Emmanuel Schmitt, *Paradisi perduti*
- 1 46 Byung-Chul Han, *Le non cose*
- 1 46 Jonathan Coe, *Bournville*
- 2 89 Favollette
- 2 89 Gherardo Rapisardi, *Alla conquista del sonno*
- 2 89 Paola Del Negro Plano, *Il cortile della felicità*
- 2 90 Bernardo Zannoni, *I miei stupidi intenti*
- 2 90 Premio Strega ragazze e ragazzi
- 3 134 Giulia Ghiretti, *Sono sempre io*
- 3 134 Tschingis Aitmatov, *Il primo maestro*
- 3 135 Antonio Ragusa, *Nati con la camicia... di plastica*
- 3 135 John Berger, Jean Mohr, *Un uomo fortunato*
- 4 188 *Nati per Leggere*, a cura di Nives Benati e Angela Dal Gobbo
- 4 188 Perri Klass, *A Good Time to Be Born*
- 4 188 Gherardo Rapisardi, *Alla conquista del sonno*
- 4 189 Ian McEwan, *Lezioni*
- 5 238 Massimo Ammaniti, *Passoscuro*
- 5 238 Luca Carra, Paolo Vineis, *Il capitale biologico*
- 5 238 Gino Castaldo, *Il cielo bruciava di stelle*
- 6 281 Giorgio Tamburlini, *I bambini in testa*
- 6 281 Renato Luigi Rossi, *Zona d’ombra*
- 6 281 Francesca Guido, Francesca Indraccolo, *Il nido del pettirosso*
- 6 282 Francesco Niccolini con Luigi D’Elia e Sandra Gesualdi, *La scuola più bella che c’è*

Narrative e dintorni

- 1 37 L’arcobaleno e dentro di lui la vita e le emozioni
Momcilo Jankovic
- 2 84 Quando un gruppo di pazienti adolescenti diventa luogo comune in oncematologia pediatrica
Paolo Colavero, Alessandro Cocciolo, Daniela Rizzo, Assunta Tornesello
- 5 224 *Passoscuro* e oltre: riflessioni sul passato e sulle possibilità future
Lynne Murray

Occhio alla pelle

- 1 29 Una vescicola non fa varicella
Elisa Milan, Maria Ludovica Deotto, Francesca Caroppo, Anna Belloni Fortina

Osservatorio internazionale

- 1 3** Schistosomiasi e strongiloidosi: perché e quando?
Melodie O. Aricò, Enrico Valletta
- 2 65** Falsi d'autore: bambini a rischio se a essere contraffatto è il farmaco
Fabio Capello
- 3 107** Adolescenti e suicidio: qualcosa è cambiato durante e dopo la pandemia?
Enrico Valletta, Martina Fornaro
- 4 161** L'uso di abbreviazioni mediche nella documentazione clinica: rischi, dubbi e ambiguità
Fabio Capello
- 6 255** Eliminare la trasmissione perinatale dell'HIV: un traguardo possibile?
Melodie O. Aricò, Désirée Caselli

Research letter

- 3 101** Le comunicazioni orali presentate dai giovani dottori al meeting Parmapediatria 2023
- 4 156** Indagine sulla terapia a lungo termine con iniezioni di benzilpenicillina nei bambini italiani
Emanuela Ferrarin, Marcella De Bianchi, Lucia Dell'Accio, Carla Padovan, Michael Morton

Ricerca

- 5 196** La voce dei bambini sul ricovero in ospedale: il progetto VoiCEs in Italia
Francesca Menegazzo, Elisa Conti, Michela Sica, Maria Carmela Leo, Stefania Solare, Elise M. Chapin, Sabina De Rosis

Salute mentale

- 1 7** Autismo, un ABC per il pediatra
Giovanna Gambino, Angelo Spataro
- 1 9** La psicotraumatologia in Psicologia pediatrica: duplicità o integrazione del trauma nelle emergenze pediatriche? Un inquadramento teorico operativo
Giovanna Perricone, Antonio Carollo, Concetta Polizzi
- 2 67** Dormire a contatto o separati?
Angelo Spataro intervista Gherardo Rapisardi
- 3 110** Il terapeuta della neuro e psicomotricità
Intervista di Angelo Spataro a Enza D'Ippolito

- 3 111** Telemedicina e salute mentale
Massimo Molteni
- 5 202** Pediatria e neuropsichiatria infantile: quale risposta a una domanda crescente?
Rubrica a cura di Angelo Spataro
- 6 258** Disturbo dello spettro autistico: insight sul fenotipo femminile
Intervista di Patrizia Neri a Sara Calderoni e Antonio Narzisi

Salute pubblica

- 5 226** L'infermiere di famiglia e comunità nei nuovi e futuri assetti delle cure primarie
Moreno Crotti Partel
- 5 228** Bilinguismo e disturbo primario di linguaggio
Michela Muccinelli, Martina Casprini, Michela Castellucci, Mariella Allegretti, Sara Michelacci

Saper fare in pronto soccorso

- 1 15** Il bambino con atassia acuta
Elena Cattazzo, Francesco Accomando, Melodie O. Aricò, Giuseppe Pagano, Giovanna La Fauci

Traiettorie e orizzonti familiari

- 3 117** Omogenitorialità e pregiudizi
Federico Ferrari
- 4 176** Le domande e le risposte nella morte e nel lutto
Francesca Bonarelli

Vaccinacipi

- 1 39** Eradicazione della poliomielite, un traguardo raggiungibile?
Massimo Farneti
- 2 87** Prima i bambini fragili
Désirée Caselli
- 3 131** Le vaccinazioni nei bambini e nelle bambine con malattie infiammatorie croniche immunomediate (IMID)
Massimo Farneti
- 4 185** Le vaccinazioni nei bambini con patologia renale cronica
Désirée Caselli, Massimo Farneti
- 5 232** Influenza e vaccini: cosa ci aspetta?
Valentina Decimi, Lucia Di Maio, Maria Giuseppina De Gaspari

Ringraziamento ai revisori e ai commentatori

Ringraziamo per il loro prezioso contributo come referee esterni o commentatori della rivista cartacea e delle Pagine elettroniche per l'anno 2023 i seguenti colleghi: Miriana Callegari, Maura Carabotta, Adriano Cattaneo, Rosario Cavallo, Francesco Chiarelli, Antonio Clavenna, Simona Di Mario, Patrizia Elli, Anna Faetani, Stefano Gorini, Francesco Morandi, Luciana Nicoli, Lucio Piermarini, Giuseppe Primavera, Arianna Saulini, Giorgio Tamburlini, Rita Tanas, Maria Luisa Zuccolo.

**La redazione augura ai lettori e alle loro famiglie
Buon Natale e felice 2024**

RESPONSABILE SCIENTIFICO:

MICHELE GANGEMI

Direttore della rivista "Quaderni acp"

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

XI EDIZIONE

MODULO 1: MARZO 2023

Le linfoadenopatie: dalla diagnosi alla terapia

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

MODULO 2: GIUGNO 2023

Emogas: istruzioni per l'uso

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

MODULO 3: NOVEMBRE 2023

L'alimentazione complementare.

Fra dubbi e certezze, buone e cattive pratiche

Maurizio Iaia

Fad Asincrona



WWW.MOTUSANIMIFAD.COM

N. PARTECIPANTI: 500
CREDITI ECM IN FASE DI ACCREDITAMENTO

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

MOTUS ANIMI
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER ECM

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

Quote di iscrizione

€ 25 per singoli moduli

€ 60 per intero corso

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

IBAN: IT15T0101517216000035017181

Banca: Banco di Sardegna

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

Causale: QUADERNI ACP + NOME E COGNOME

Inviare distinta di bonifico a: segreteria@acp.it

Editorial

241 Dialogues on error
Dante Baronciani

Distance learning

242 Complementary feeding. Between doubts and certainties, good and bad practices
Maurizio Iaia

A window on the world

255 Eliminating perinatal transmission of HIV: a possible goal?
Melodie O. Aricò, Désirée Caselli

Mental health

258 Autism Spectrum Disorder: an insight into the female phenotype
Patrizia Neri interviews Sara Calderoni and Antonio Narzisi

The first thousand days

261 Children's rights to health
Mario De Curtis

Focus

263 Listening to patients: an experience from the Meyer Children's Hospital
Francesca Menegazzo, Elisa Conti, Michela Sica, Stefania Solare, Elise M. Chapin

Appraisals

266 Borreliosis that does not spare the liver
Maria Scaioli, Alessia Bellotto, Melodie O. Aricò, Enrico Valletta

Practical endocrinology

268 Sudden acceleration of bone age in the prepubertal child. What are the possible causes?
Brunetto Boscherini, Marco Cappa, Chiara Minotti

Genetics for non-geneticists

271 Clinical aspects of inflammatory bowel diseases (IBD)
Paolo Quitadamo, Daniele De Brasi

Education in medicine

275 "Amarcord 2" of an old neonatologist
Dino Pedrotti

277 The training needs of the medical resident. A resident's experience in pediatric primary care
Arianna Turriziani Colonna, Laura Reali

The child and the legislation

279 The new Article 403 of the Civil Code-Part II. "Operational aspects in relation to multiprofessional interventions"
Dario Vinci

281 **Books**

283 **Letters**

285 **Meeting synopsis**

286 **Index 2023**

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2023 è di 100 euro per i medici, 10 euro per gli specializzandi, 30 euro per il personale sanitario non medico e per i non sanitari.

Il versamento può essere effettuato attraverso una delle modalità indicate sul sito www.acp.it alla pagina «Come iscriversi».

Se ci si iscrive per la prima volta occorre compilare il modulo per la richiesta di adesione e seguire le istruzioni in esso contenute, oltre a effettuare il versamento della quota come sopra indicato.

Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere la rivista bimestrale *Quaderni acp*, le pagine elettroniche di *Quaderni acp* e la newsletter mensile *Appunti di viaggio*. Hanno anche diritto a uno sconto sull'iscrizione alla FAD di *Quaderni acp*; a uno sconto sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino* (come da indicazioni sull'abbonamento riportate nella rivista); a uno sconto sull'abbonamento a *Uppa* (se il pagamento viene effettuato contestualmente all'iscrizione all'ACP); a uno sconto sulla quota di iscrizione al Congresso nazionale ACP.

Gli iscritti possono usufruire di iniziative di aggiornamento e formazione a quota agevolata. Potranno anche partecipare ai gruppi di lavoro dell'Associazione.

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