

il **m**edicop**p**ediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

RIFLESSIONI DI FINE ANNO

Highlights da Paestum

Disturbi psicopatologici da trauma

Bambino vittima o testimone di abusi

Storia di Ebola

Indagine sulla vitamina D

Mutilazioni genitali maschili

Ricordo di Giorgio Cappitelli



in questo numero

4
2019



PACINI
EDITORE
MEDICINA

DIRETTORE ESECUTIVO

Paolo Biasci

DIRETTORE RESPONSABILE

Valdo Flori

COMITATO DIRETTIVO

Paolo Biasci
Luigi Nigri
Antonio D'Avino
Costantino Gobbi
Domenico Careddu
Mattia Doria
Paolo Felice
Luciano Basile
Martino Barretta

COMITATO DI REDAZIONE

Mario Marranzini
Michele Fiore
Valdo Flori
Adima Lamborghini

CONTATTI

ilmedicopediatra@fimp.pro

© COPYRIGHT BY

Federazione Italiana Medici Pediatri
Via Parigi 11, 00161 Roma

EDIZIONE

Pacini Editore Srl, Via A. Gherardesca 1
56121 Pisa • www.pacinieditore.it

DIVISIONE PACINI EDITORE MEDICINA

Andrea Tognelli
Medical Projects and Publishing Director
Tel. 050 3130255 • atognelli@pacinieditore.it

Fabio Poponcini, Sales Manager
Tel. 050 3130218 • fpoponcini@pacinieditore.it

Alessandra Crosato, Junior Sales Manager
Tel. 050 3130239 • acrosato@pacinieditore.it

Manuela Mori, Advertising
and New Media Manager
Tel. 050 3130217 • mmori@pacinieditore.it

REDAZIONE

Lucia Castelli
Tel. 050 3130224 • lcastelli@pacinieditore.it

GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Massimo Arcidiacono
Tel. 050 3130231 • marcidiacono@pacinieditore.it

STAMPA

Industrie Grafiche Pacini • Pisa

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



editoriale

- 1** Riflessioni di fine anno
P. Biasci

attività professionale

- 4** Highlights dal Congresso Scientifico Nazionale
di Paestum

attualità

- 15** I disturbi psicopatologici da trauma nell'età evolutiva
L. Filippi

- 18** La testimonianza del bambino vittima
o testimone di abusi
P. Miglioranzi

- 25** Storia di Ebola
A. Caradonio

approfondimenti e notizie

- 29** Vitamina D: spunti emersi da un'indagine
e da un percorso formativo condotti dalla FIMP
P. Biasci, M. Doria, A. Boner

- 33** Le mutilazioni genitali maschili
G. Longobardi, C. Carella

in ricordo di...

- 37** Ricordo di Giorgio Cappitelli
B. Monica

www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, segreteria@aidro.org, <http://www.aidro.org>. I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 a mezzo di elaboratori elettronici ad opera di soggetti appositamente incaricati. I dati sono utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione. Ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs. 196/2003, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare o cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo al Titolare del Trattamento: Pacini Editore Srl - Via A. Gherardesca 1 - 56121 Ospedaletto (Pisa). Per ulteriori approfondimenti fare riferimento al sito web <http://www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it/informativa-privacy-privacypolicy/>. Nota dell'Editore: www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it/lorivista/. Finito di stampare nel mese di Dicembre 2019 presso le IGP, Pisa.

Nuovo sito dedicato a ilmedicopediatra rivista ufficiale fimp

Federazione
Italiana
Medici *Pediatr*
PACINI EDITORE
MEDICINA

www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

fimp Federazione
Italiana
Medici *Pediatr*



Home

Ultimo Fascicolo

Archivio

La Rivista

Comitato Editoriale

Norme Per Autori

Contatti

Video Gallery

Cerca

cerca



rivista ufficiale F.I.M.P.
trimestrale



La Rivista è open access e divulgata
sulla base della licenza "Creative
Commons Attribution Non Commercial
(CC BY-NC 4.0)"

DIRETTORE ESECUTIVO

Paolo Biasci

DIRETTORE RESPONSABILE

Valdo Flori

COMITATO DIRETTIVO

Paolo Biasci, Luigi Nigri, Antonio
D'Avino, Costantino Gobbi,
Domenico Careddu, Mattia Doria,

Fascicolo 2/2019 online

Editoriale

Fermiamo gli abusi sui bambini
Luigi Nigri

Attività professionale

Bilancio demografico nazionale anno 2018
Valdo Flori

Le rilevazioni in Pediatria di Famiglia nella Provincia Autonoma di Trento
Marta Betta, Lorena Filippi, Leopoldo Pellegrini, Silvano Piffer, Riccardo Pertile,
Lucia Bombarda

Ambiente e campi elettromagnetici
Vito Romanelli

Promozione dell'attività fisica: chiariamo alcuni termini
Domenico Meleleo

XIII Congresso Nazionale FIMP 2019

Attualità

Hikikomori, un fenomeno non così lontano
Paola Miglioranzi

Le origini dell'AIDS
Antonio Caradonio

Efficacia delle pastiglie gommose contenenti Erysimum nel trattamento ancillare
del mal di gola dei bambini
Gaetano Bottaro, Giuseppe Mazzola, Antonino Gulino, Filippo Di Forti

Approfondimenti e Notizie

B TOP FIVE: i primi cinque contesti di possibile utilizzo delle vitamine del complesso
B
Mattia Doria, Domenico Careddu

Save The Date!



XIII CONGRESSO
NAZIONALE
FIMP 2019
16//19
Ottobre 2019
Paestum
Hotel Ariston

FIMP per la cultura pediatrica



Un nuovo logo identificherà le
attività scientifiche di FIMP a
simbologgiare quella piramide della
cultura e delle conoscenze che come
pediatria di famiglia contribuiamo a
costruire nel panorama scientifico
della pediatria italiana per la sempre
maggiore attenzione ai bambini che

PACINI EDITORE MEDICINA

Paolo Biasci
Presidente FIMP



RIFLESSIONI DI FINE ANNO

Con l'inizio del nuovo anno sento il desiderio e il dovere di condividere i passaggi più importanti e qualche riflessione sulle attività svolte dalla FIMP nel 2019.

Alcuni di voi mi hanno ascoltato parlare e presentare idee e obiettivi della FIMP in occasione dei congressi regionali, che ritengo opportunità importanti per avere un contatto e la conoscenza diretta con il presidente da parte degli iscritti.

Le attività della FIMP si sono sviluppate come sempre su **aspetti politici, sindacali e scientifici**, che senza una attenta valutazione possono sembrare ambiti separati tra loro, ma che non possono esserlo se l'obiettivo è unico, cioè l'interesse e l'affermazione del Pediatra di Famiglia e della Pediatria di Famiglia. Ed è proprio in questa direzione che la dirigenza nazionale, insediatasi nel 2018, ha operato con tenacia e senso di appartenenza, in sintonia con il mandato ricevuto dall'ultimo Congresso Sindacale di marzo, che finalmente ha visto una **FIMP unita e unanime**, viva e propositiva nelle diversità di pensiero che possono esserci, concorde nel guardare al futuro.

Ed è grazie a questo **rinnovato clima di fiducia**, nel quale nessuno è escluso e tutti si esprimono, e di cui nel mio ruolo di presidente ringrazio tutti, che si riescono a ottenere risultati e si lavora con rinnovato entusiasmo.

Il 2019 è stato l'anno nel quale **la FIMP ha aperto ai giovani**, grazie a una modifica dello statuto con la quale è stata razionalizzata l'iscrizione al sindacato da parte dei colleghi specializzandi e dei giovani pediatri in attesa di incarico, prevedendo un'apposita sezione. Per la prima volta abbiamo avuto la loro partecipazione in numero significativo al Congresso di Paestum e nel prossimo anno abbiamo già in programma di organizzare eventi formativi e sessioni congressuali dedicate.

Aggiungo, a proposito di **statuto, che è stato aggiornato** anche con altre modifiche che lo rendono più agile e migliorano la funzionalità interna della FIMP, particolare di non poca importanza. Ci sono altri passaggi, a mio avviso, da migliorare per adeguarsi alla realtà attuale delle istituzioni sanitarie con le quali dobbiamo interfacciarci, quindi spero che questa nuova unità di intenti sia utile anche a rimuovere le passate diffidenze riguardo alle modifiche statutarie.

Dal punto di vista sindacale l'anno si è caratterizzato per il proseguimento delle **trattative per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale**, dopo una fase di stand-by nei primi mesi dell'anno risolta con l'incarico a un nuovo coordinatore SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati). Conoscete già le mille difficoltà che hanno impedito di arrivare a un testo di Accordo condiviso accettabile per

quanto riguarda la parte normativa senza che i nostri compiti e l'organizzazione assistenziale fossero inquadrati in ambito di rigido controllo e imposizione di funzioni. Come avete appreso da precedenti mie comunicazioni, il contributo delle altre sigle sindacali pediatriche al tavolo delle trattative è stato nullo, se non addirittura controproducente, in vista di una discussione serena e utile al raggiungimento di risultati. Infatti a settembre FIMP ha chiesto e ottenuto da SISAC di **procedere la discussione su tavoli separati**, di conseguenza gli altri sindacati sono stati esclusi dal nostro tavolo, che, data la consistenza maggioritaria della FIMP, sarà quello dove si definirà l'articolato da firmare.

Per la **parte economica**, l'aumento contrattuale per il comparto della medicina convenzionata è pre-determinato dalle leggi di bilancio e per il triennio 2016-2018 ammonta al **4,23%**. L'incremento sarà ripartito in **quota fissa** e in **quota variabile**, secondo percentuali ancora da concordare. In più ci saranno riconosciuti gli arretrati del 2018, 2019 e 2020 fino all'entrata a regime.

Dal **punto di vista politico** è cambiato molto in questo anno perché le vicende governative hanno determinato il passaggio da Giulia Grillo a **Roberto Speranza al Ministero della Salute**. Di conseguenza FIMP ha avuto la necessità e la difficoltà di instaurare nuove relazioni e stabilire contatti, oltre a quelle di farsi conoscere in rappresentanza della Pediatria di Famiglia nel contesto più ampio dell'assistenza pediatrica. Devo dirvi, ma credo sia a tutti molto evidente, che il nuovo ministro ha un'attenzione per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale che da tempo aspettavamo. L'incontro che ho avuto con lui alcune settimane fa è stato molto positivo e proficuo ed è esitato nell'inserimento della Pediatria di Famiglia, insieme alla medicina generale, nel **finanziamento per le attrezzature diagnostiche negli studi previsto dalla Legge di Bilancio** approvata in queste ore. Un risultato importante al fine del riconoscimento dell'importanza dello sviluppo organizza-

tivo dei nostri studi che certamente va oltre gli aspetti economici contenuti nella Legge e investe l'ambito della valorizzazione dei rapporti politici e dell'apprezzamento professionale del Pediatra di Famiglia e delle Cure Primarie in generale.

Molte criticità sono rimaste invece irrisolte nei confronti della SIP, il cui presidente non ha perso occasione di manifestare e scrivere **proposte per il futuro della Pediatria, ma solo in funzione di rafforzamento dell'attività ospedaliera, ben lontane da uno sviluppo delle Cure Primarie pediatriche che rappresenta l'obiettivo principale per il quale la FIMP si sta impegnando**. Su queste prospettive la FIMP non può essere d'accordo e soprattutto non può essere accettato che per risolvere i problemi dell'ospedale si prevedano un conseguente ridimensionamento delle specificità della nostra professione e una diminuzione del valore della prevenzione, dell'appropriatezza e dello sviluppo del rapporto fiduciario, peculiarità e qualità della Pediatria di Famiglia. La FIMP è disponibile a un'integrazione tra ospedale e territorio, nell'interesse di una migliore assistenza pediatrica, in particolare per le patologie croniche, ma non allo smantellamento della Pediatria di Famiglia: siamo sicuri che non lo vogliono neppure le Famiglie italiane!

Purtroppo, anche quest'anno i dati ISTAT confermano in modo molto preoccupante la **denatalità** che oramai perdura, e si incrementa, da circa 10 anni e che determinerà una diminuzione sostanziale della popolazione in età pediatrica. Queste prospettive, invece di produrre una seria riflessione e una conseguente programmazione su quale dovrà essere l'effettiva presenza di professionisti pediatri e strutture ospedaliere nel prossimo futuro, sono ulteriormente compromesse dai decisori politici che si oppongono alla chiusura di punti nascita sotto i 500/1.000 parti all'anno e di ospedali pediatrici che, inutili già oggi, ancor più lo saranno tra dieci anni quando i bambini saranno ancor più diminuiti. È una riflessione che dovrebbe essere fatta con attenzione e soprattutto obiettività, lasciando da parte interessi di parte

e soprattutto evitando di farsi coinvolgere come Pediatri di Famiglia in attività al di fuori delle Cure Primarie per risolvere i problemi degli ospedali. Sono a conoscenza che già oggi alcuni Pediatri di Famiglia sono invitati a fare **turni in ospedale a copertura di carenze di organico** e per queste attività FIMP ha ricevuto varie richieste di parere da colleghi confusi da diverse interpretazioni legislative in merito alla compatibilità di certi incarichi con la convezione di Pediatra di libera scelta. Ritengo che un sindacato importante come la FIMP debba offrire ai suoi iscritti certezze professionali, quindi **consigliare di evitare rischi gravi come la perdita della convenzione**, che rappresenta certamente il valore professionale primario. Durante le riunioni istituzionali con i segretari provinciali e regionali, FIMP ha suggerito questo atteggiamento in virtù di pareri legali richiesti e di più confronti in merito con SISAC che hanno evidenziato l'incompatibilità di certe attività. Siamo anche in attesa di una risposta dal Coordinamento della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni al quale abbiamo richiesto un parere al fine di dirimere definitivamente la questione.

Per quanto attiene alle **attività scientifiche della FIMP** credo che sia sotto i vostri occhi il lavoro straordinario fatto in quest'anno, con i numerosi eventi formativi specifici sulle esigenze del Pediatra di Famiglia. I vostri commenti e i vostri ringraziamenti sono stati per noi di grande stimolo a proseguire sulla strada intrapresa. Da sottolineare che FIMP, per realizzare alcuni progetti, ha ottenuto l'accreditamento presso l'Istituto Superiore di Sanità, a testimonianza del valore scientifico e della serietà con la quale si sono approcciate le varie tematiche, tipo la tematica dei Disturbi del Neurosviluppo e quella di Ambiente e Salute. Il grande successo del nostro Congresso Scientifico a Paestum è stata la ciliegina sulla torta di un anno molto positivo da questo punto di vista e che cercheremo di ripetere nel 2020.

Tante altre cose vorrei dirvi ma mi fermo qui e vi aspetto per gli appuntamenti FIMP in cui potremo incontrarci nel 2020: a Roma per il **Congresso Nazionale Sindacale 26-28 marzo** e a Baveno (Lago Maggiore) per il **Congresso Nazionale Scientifico 14-17 ottobre**.

Highlights dal Congresso Scientifico Nazionale di Paestum

Con questo numero speciale della Newsletter FIMP CULTURA vi proponiamo le sintesi ragionate di alcune sessioni e di alcuni workshop del Congresso Scientifico Nazionale della FIMP che si è tenuto a Paestum dal 16 al 19 ottobre scorsi.

SESSIONE VACCINI E VACCINAZIONI

Il mio Pediatra... quali vaccini mi consiglia?

Hanno condotto: Giorgio Conforti, Martino Barretta

Relatori: Paolo Bonanni, Chiara Azzari, Rocco Russo, Giancarlo Icardi

a cura di Giorgio Conforti, Coordinatore Nazionale Area Vaccini e Vaccinazioni

“Tre messaggi tre” mi raccomanda l’amico Mattia relativi alla sessione inaugurale in plenaria sui vaccini (e le vaccinazioni) che ho avuto l’onore di moderare assieme all’amico Martino Barretta, più vicino lui a casa sua (Crotone) che io alla mia (Genova). L’incarico non è facile data la presenza nella sessione di quattro relatori tutti mammasantissimi dell’argomento e mi verrebbe da rinunciare, io, prolisso nello scrivere e rispettoso di cotanti colleghi, ma altrettanto obbligato a “portare a casa” di chi, purtroppo per lui, non c’era a Paestum qualche novità o raccomandazione utile.

Comincio da Chiara (Azzari, ovviamente) che nel tema affidatole, i vaccini da zero a due anni, ha sottolineato l’attuale epidemiologia delle patologie invasive da pneumo e meningococco in particolare. Sul primo dobbiamo per il momento giocare a difesa del vaccino con il maggior numero di sieroטיפิ stante l’offensiva tutta economicistica di alcune Regioni di scendere da 13 a 10. Alcune ci hanno provato e al momento sono frenate anche

dall’opera congiunta, con altri colleghi igienisti, dei nostri rappresentanti in commissione vaccini locale. La prof. Azzari ha riportato i dati pubblicati sull’esperienza belga dove tale shift al ribasso è stata fatta con la risalita delle patologie invasive in età pediatrica precedentemente ampiamente in calo. Questione del resto nota, aggiungo io, sollevata in discussione, perché la nostra opera di informazione ai genitori, se operiamo in queste realtà “economicistiche”, non può deflettere con la fuga in un inopportuno, per la salute del bambino ma anche in relazione alla nostra tutela: “alla ASL hanno quello”.

Poi allo scranno è salito l’amico Pediatra Rocco Russo con tema i vaccini *over due* e *under* dieci.

Ho scelto come messaggio (suo) da portarvi (io) a casa quanto sia importante confermare la vaccinazione anti MPRV stante l’epidemiologia un po’ vergognosa italiana che denuncia a oggi oltre 2.000 casi di morbillo (il che vuol dire moltiplicare x 5 almeno la reale consistenza) di cui (vergogna ancor più vergognosa) circa il 15% in operatori sanitari. Sottolineo che scrivere MPRV non è un refuso, è MPRV varicella, patologia, quest’ultima, non banale: accenno in tal senso che nell’ultima esperienza (quasi penultima perché a febbraio ripartiamo da Torino passando per Bologna e finendo a Napoli), vaccinando su e giù per lo Stivale, la dottoressa Marta Bertamino del Gaslini di Genova relazionò sui casi (ormai oltre 150 in Italia) di ictus pediatrici di cui un terzo dovuti appunto alla malattia dalle “innocue” bollicine. E tanto per sottolineare ancor più quanto il nuovo Calendario per la Vita indica, rimarco qualche numerico caso di ictus pediatrico in bambini vaccinati con UNA dose, da cui la raccomandazione a completare le due dosi di MPRV prima senza aspettare la canonica età dei 6 anni.

Infine, *amarus in fundo*, il prof. Icardi nella sua relazione sui vaccini over 10 anni ha desolatamente indicato nelle coperture nazionali per HPV il punto più critico.

I perché sono in letteratura, molteplici e variegati, ma non ho spazio qua per approfondire preferendo riportare cosa si può fare per tirar su le coperture sia femminili che maschili: formazione multiprofessionale indispensabile in un'età in cui incidono più competenze, ginecologo compreso, ma anche pazienza, ascolto e utilizzo di ogni accesso per ritornare sul tema se non accolto prima.

Concludo con un ultimo messaggio che vale per i vaccini come per tutte le nostre incombenze assistenziali: passare dalla medicina di attesa (tipica del MMG

che infatti sta annaspando) a quella di iniziativa, asso di briscola per lavorare meglio e forse anche meno. La tecnologia, che i software gestionali possono offrirci, va sfruttata anche per la chiamata attiva per i bilanci di salute previsti nei nostri ACN e ACR – per inciso spesso corrispondenti alle sedute vaccinali per età – e soprattutto anche per i recuperi degli inadempienti più o meno smemorati.

Del resto sono i genitori stessi dei nostri pazienti a cercare già di imporci queste modalità di comunicazione (WA, SMS, mail). Conviene a questo punto governare noi tale percorso piuttosto che subirlo, e sfruttarlo per le migliori evidenze assistenziali, compresa la comunicazione con i nostri adolescenti, perché diventino, loro, i protagonisti della loro salute.

SESSIONE BUONE PRATICHE CLINICHE Consensus, Linee Guida e nuovo Sistema Nazionale Linee Guida

Hanno condotto: Luciano Basile, Giampietro Chiamenti

Relatori: Roberto Buzzetti, Primiano Iannone

A cura di Luciano Basile, Segretario Nazionale alle Attività Assicurative e Previdenziali

La legge 24/2017 (legge Gelli-Bianco), nella progressiva applicazione dei suoi vari aspetti normativi, sta andando a modificare profondamente l'approccio della classe medica alla professione. Il processo di diffusione delle buone pratiche clinico assistenziali, come tutti i processi di diffusione delle innovazioni, necessita di tempi lunghi, a volte lunghissimi, non foss'altro per la refrattarietà dei singoli ad abbandonare le rassicuranti pratiche "tradizionali". In questo senso la legge 24 può funzionare da acceleratore di quel processo di diffusione delle buone pratiche che è comunque, e fortunatamente, in atto già da anni.

La legge 24, però, al fine di collegare l'adozione delle linee guida e, "in mancanza di queste" e quindi in subordine, l'adozione delle buone pratiche a una maggiore benevolenza giuridica nell'ambito della

responsabilità professionale, finisce per confinare le linee guida da adottarsi, "salvo la specificità del caso concreto", in una particolare pagina del sito dell'ISS, quella del SNLG (Sistema Nazionale Linee Guida), con il prevedibile risultato che, a oltre due anni dall'emissione, alla pagina suddetta, sono ben poche le linee guida pubblicate. E non poteva essere diversamente, visto il tempo necessario alla produzione e alla revisione di queste da parte delle oltre 450, mediamente poco attive, competitive piuttosto che cooperative, Società Scientifiche accreditate presso il Ministero, e viste anche, e soprattutto, le poche risorse umane e finanziarie a disposizione dell'ufficio preposto, il CNEC (Centro Nazionale di Eccellenza Clinica Qualità e Sicurezza delle Cure).

D'altra parte le "consensus" elaborate da gruppi di esperti, attraverso la valutazione e la revisione della letteratura scientifica più recente, definiscono lo stato dell'arte su specifici problemi assistenziali, forniscono raccomandazioni sulla pratica clinica e indicazioni per lo sviluppo della ricerca e, benché di minore valenza giuridica, ben potranno sopperire alla carenza di linee guida autorevoli, aggiornate e pubblicate "a norma di legge", avendo come scopo il raggiungere, in tempi brevi, ma comunque attraverso un percorso

formale, un accordo all'interno di un gruppo riconosciuto e credibile di esperti, anche e soprattutto su argomenti controversi. La FIMP, già da qualche anno, si

sta muovendo in questo contesto, più pratico, veloce e snello, al fine di diffondere le buone pratiche nella pediatria territoriale.

SESSIONE ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE - OBESITÀ È proprio inevitabile? I determinati modificabili

Hanno condotto: Adima Lamborghini, Valdo Flori

Relatori: Rita Tanas, Claudio Maffei

A cura di Adima Lamborghini, Coordinatore Nazionale Area Alimentazione e Nutrizione

Tra i principali attori della prevenzione dell'obesità, i pediatri hanno un ruolo fondamentale. In primo luogo uno dei compiti del Pediatra di famiglia è sostenere i genitori nel prolungare il più possibile, sicuramente almeno fino al 6° mese, l'allattamento al seno. Si tratta di un approccio dimostratosi efficace e con il miglior rapporto costo-beneficio. Al Pediatra spetta incoraggiarlo fornendo al contempo una serie di specifici suggerimenti, come non utilizzare mai il cibo con funzione di ricompensa, favorire l'autoregolazione del bambino, controllare, limitandolo, l'uso di TV e dispositivi digitali, svolgere attività fisica quotidiana il più possibile insieme al bambino. In questa fase il Pediatra deve anche offrire indicazioni nutrizionali per evitare i principali errori alimentari, tra cui l'eccessivo *intake* proteico, la colazione inadeguata, l'eccessiva sedentarietà rispetto alla quantità di nutrienti assunti, l'assunzione di abitudini non salutari come l'uso di snack fuori-pasto e di bevande zuccherate. Compito dei pediatri nella sorveglianza e nella prevenzione è intercettare le variazioni dell'accrescimento staturponderale nei periodi critici per lo sviluppo di obesità in età adolescenziale e adulta. I bambini dovrebbero essere valutati almeno una volta all'anno, anche due volte nel momento critico per l'*adiposity rebound precoce* (prima dei 5-6 anni), e contemporaneamente

ai genitori dovrebbero essere offerti gli elementi per favorire lo sviluppo di corrette abitudini alimentari. Questo tipo di intervento, ripetuto in occasione dei Bilanci di Salute, è in grado di individuare il momento in cui i genitori, consapevoli del rischio correlato all'obesità, sono più favorevoli al cambiamento. La motivazione al cambiamento è elemento essenziale dell'approccio al problema obesità, dove occorre fornire indicazioni e suggerimenti praticabili, realizzabili e, soprattutto, alla portata di quella famiglia e di quel bambino/ragazzo. Suggestire interventi o obiettivi troppo lontani dalla possibilità di realizzazione espone a un'elevata probabilità di insuccesso, aumentando la sofferenza indotta dalla bassa autostima, dalla percezione del divario tra peso reale e peso ideale, da senso di passività e depressione. Ricordiamo che gli obesi sono più esposti a episodi di bullismo, minore performance scolastica, ansia e depressione.

L'obesità è fattore di rischio per numerose comorbidità che proseguono in età adulta, in particolare la sindrome metabolica, attualmente stimata nel 30% circa dei soggetti obesi. L'aumento della prevalenza dell'obesità è andato di pari passo con l'incremento di soggetti con ipertensione e diabete tipo 2. La visita pediatrica dei soggetti con eccesso ponderale dovrebbe pertanto sempre essere completata dalla misurazione della circonferenza addominale e dalla valutazione della pressione arteriosa, da confrontare con le apposite tabelle, oltre che dal calcolo del BMI o, ancora meglio, dal BMI Z-score. Quest'ultimo, che esprime lo scostamento dalla media in deviazioni standard, è un indice più accurato del solo BMI per la valutazione della crescita e soprattutto dell'eventuale variazione durante un intervento terapeutico.

SESSIONE ANDROLOGIA

Siamo sicuri che non riguardi il Pediatra?

Hanno condotto: Marta Betta, Rosalba Leuzzi

Relatori: Silvano Bertelloni, Rossella Cannarella

A cura di Marta Betta, Segretario Provinciale FIMP, Trento

Nella sessione dedicata all'Andrologia pediatrica il dott. Silvano Bertelloni, endocrinologo Pediatra, ha sottolineato l'importanza del ruolo del Pediatra di famiglia per la sorveglianza dello sviluppo dell'apparato genitale maschile, verificando nel tempo la sede e la dimensione dei testicoli e inviando precocemente ai chirurghi la patologia più frequente, il criptorchidismo, da operare entro i 9-12 mesi. Nel caso di bilateralità di criptorchidismo la percentuale di rischio di infertilità è maggiore e il *follow-up* deve essere frequente anche avvalendosi dell'ecografia a 10 anni. Infatti, il volume testicolare misurato manualmente e con l'orchidometro può essere sovrastimato rispetto a un accurato controllo ecografico. Per quanto riguarda la valutazione dello sviluppo puberale il primo segno di pubertà maschile è l'ingrandimento del volume testicolare, che inizia a essere di 4 ml, e prosegue fino ai 20-25 dell'età adulta. L'aumento del volume è indotto dalle cellule del Sertoli, responsabili della spermatogenesi, mentre la secrezione di testosterone dalle cellule di Leydig, che contribuiscono poco o nulla alle dimensioni delle gonadi. È un parametro importante per valutare esordio e progressione della pubertà ed è marcatore di disfunzione delle cellule del Sertoli e di sindromi genetiche come quella di Klinefelter. Nel caso di testicoli sotto i 4 ml, primo segnale ad esempio di un ipogonadismo ipogonadotropo, è utile far eseguire anche una valutazione genetica con esame del cariotipo. Altra patologia da intercettare

è il varicocele che colpisce il 10-20% dei ragazzi e il Pediatra deve eseguire la palpazione testicolare verso i 10 anni in concomitanza con la manovra di Valsalva. L'incremento del volume testicolare e della presenza di varici può però anche essere transitorio, dovuto principalmente all'iperafflusso venoso, per poi regredire verso i 18 anni. Nel bilancio di salute degli 11-13 anni il Pediatra può e deve parlare direttamente all'adolescente insegnando la manovra dell'autopalpazione testicolare. Attualmente purtroppo vi è una zona grigia nell'assistenza nell'età di transizione 14-18 anni, periodo fondamentale per lo sviluppo genitale maschile, durante il quale il ruolo del Pediatra è anche quello di rispondere a dubbi e preoccupazioni e di informare su stili e abitudini di vita che possono influenzare la salute riproduttiva. La dott.ssa Rossella Cannarella, androloga, ha confermato il ruolo del Pediatra di famiglia nell'identificare precocemente disfunzioni andrologiche in grado di mettere in pericolo la capacità riproduttiva del maschio adulto. Le cellule di Sertoli, principale componente cellulare testicolare in epoca prepuberale, secernono ormone antimülleriano (AMH) sotto stimolo del FSH e inibina B. Il testosterone alla fine della pubertà riduce la secrezione di AMH. Il controllo del volume testicolare e insieme quello dei valori di AMH durante la fase di transizione puberale possono essere utili indicatori di ipogonadismo. Inoltre, il Pediatra deve sorvegliare disfunzioni andrologiche che potrebbero essere indicatori di ipogonadismo come criptorchidismo, micropene, ipoglicemia protratta e fattori di comobirdità quali il varicocele, l'obesità, il diabete e l'ipotiroidismo. Questi casi potrebbero essere selezionati e valutati dal punto di vista sierologico ormonale (AMH e inibina 1) al fine di una possibile crioconservazione del liquido seminale a 18 anni con l'obiettivo di preservare la fertilità futura del singolo.

SESSIONE MALATTIE RARE

Progetto Peter Pan per il riconoscimento precoce delle malattie neuromuscolari nello studio del Pediatra di famiglia

Hanno condotto: Giuseppina Annichiarico, Giuseppe Vella

Relatori: Carmelo Rachele, Emilio Albamonte, Luca Genovese

A cura di Giuseppina Annichiarico, Pediatra di famiglia, Coordinatrice Nazionale Gruppo di Studio FIMP Malattie Rare

Il Congresso Nazionale FIMP di Paestum segna un passo fondamentale nell'evoluzione della cura dei bambini con malattia rara e cronica in Italia.

Il Progetto Peter Pan sancisce la collaborazione con *Parent Project*, associazione di malati e famiglie con distrofia muscolare che nasce dall'alleanza e dall'antico e consolidato rapporto di fiducia che il Pediatra in Italia ha con la famiglia del bambino malato raro e cronico sin dal momento del sospetto di diagnosi. Il progetto avvia e rinforza l'impegno che FIMP assume nella relazione con le istituzioni (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Tavolo Interregionale Malattie Rare della Conferenza degli Assessori alla Salute delle Regioni italiane) a sostegno della formazione dei propri associati e con un triplice obiettivo: riduzione del tempo di diagnosi, orientamento nella rete nazionale malattie rare e sostegno alla *care* dopo il ritorno a casa grazie al processo di innovazione e promozione della conoscenza che la Federazione intende assumere.

Dal Congresso Scientifico Nazionale FIMP 2019 nasce la consapevolezza del fatto che le malattie rare sono causa dei 2/3 della mortalità infantile e di metà di quella al di sotto dei 18 anni. Nonostante questi

dati impressionanti di mortalità, è nel lungo decorso delle malattie rare, e nella spesso gravissima disabilità e lunga fase di dipendenza assoluta, cronicità e terminalità che esse determinano, che si esprime il massimo del danno da esse generate. Infatti, in oltre il 40% dei casi di malattie rare è necessario utilizzare programmi riabilitativi sia intensivi che estensivi di lunga durata; una percentuale rilevante di bambini malati, che può arrivare fino all'80% dei casi nella SMA, nella Distrofia Muscolare ecc., richiede assistenza domiciliare integrata di alta complessità e intensità, mentre circa il 10% degli affetti da malattia rara presentano una lunga fase terminale che richiede specifiche cure palliative. Sono circa 30.000 i bambini in Italia che soffrono di "dolore" e l'80-85% di essi soffre di malattie rare e croniche. Nel 2010 è stata emanata la legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". La FIMP sosterrà i propri pediatri nel ruolo di snodo tra rete malattie rare e rete cure palliative.

I due workshop interattivi hanno prodotto ulteriore consapevolezza del ruolo che il Pediatra di famiglia svolge a supporto dei fratellini del bambino malato. L'ansia della morte, le turbe della personalità derivabili dalla ridotta attenzione offerta dai genitori ai fratellini dei bambini ammalati dal punto di vista del gioco e delle cure in generale sono elementi che solo i pediatri di famiglia possono intercettare nella filiera dei nodi di assistenza di Sanità Pubblica. E anche in questi casi, come ha scritto il Presidente Biasci: "i Bilanci di Salute sono una grande opportunità per i bambini per individuare correttamente e con le giuste tempistiche importanti problemi di salute".

TAVOLA ROTONDA

Cosa possiamo dire a Greta?

Attività collaborative di FIMP per l'ambiente

Hanno condotto: **Mattia Doria, Ivano Iavarone**

Relatori: **Stefania Russo, Mara Tommasi, Vitalia Murgia, Maria Luisa Scattoni, Luca Lucentini, Maria Rosaria Milana, Roberto Romizi**

Durante la tavola rotonda sono stati presentati i tre nuovi poster realizzati, in collaborazione con i consulenti dell'Istituto Superiore di Sanità, dal gruppo di lavoro di Area Ambiente e Salute della FIMP. Il Presidente dell'ISS, prof. Silvio Brusaferrò, che ha apprezzato i poster e ne ha condiviso i contenuti, ha concesso a FIMP il patrocinio di cui vengono di seguito presentati i razionali e i contenuti fondamentali.

POSTER sull'utilizzo delle PLASTICHE (presentazione della coordinatrice del gruppo di lavoro, Mara Tommasi)

La prima parte del poster sottolinea l'entità del problema e il fatto che nell'ambiente la plastica, entrando nel ciclo biologico, viene mangiata, respirata, assorbita, perciò alcune sostanze presenti nella plastica possono rappresentare un danno per la salute (ftalati - interferenti endocrini, bisfenolo - interferente endocrino e neurotossico, contaminanti associati: pesticidi, metalli pesanti ecc.).

Nella seconda parte vengono proposti i suggerimenti pratici su ciò che ciascuno di noi può fare al riguardo con l'obiettivo principale di migliorare i comportamenti delle famiglie dei bambini che assistiamo. Questi messaggi possono essere più efficaci in occasione di alcuni bilanci di salute: nei primi mesi con consigli sui pannolini lavabili, sulle fibre naturali ecc., poi nel momento del passaggio all'alimentazione complementare con suggerimenti sulla corretta gestione degli alimenti, delle stoviglie e degli oggetti di uso quotidiano. Queste raccomandazioni possono essere rinforzate in occasione di altri bilanci, ad esempio a bambino in età scolare è opportuno parlare delle merendine confezionate, dell'uso di una borraccia al posto delle bottigliette di plastica ecc. Viene raccomandato, infine, il corretto smaltimento dei rifiuti.

POSTER sull'utilizzo e il consumo dell'ACQUA (presentazione della coordinatrice del gruppo di lavoro, Vitalia Murgia)

Il poster su l'acqua, l'oro blu del futuro, si propone di veicolare alcuni messaggi fondamentali, che sono definiti nella prima parte introduttiva:

- l'acqua è una risorsa indispensabile alla vita e limitata (solo lo 0,6% dell'acqua presente sul pianeta è disponibile per l'uso umano), pertanto non va sprecata;
- l'acqua non va contaminata;
- l'acqua del rubinetto, dei tanti acquedotti italiani è buona, sicura e controllata e può essere usata anche per il bambino.

Alla prima sezione introduttiva fanno seguito tre sezioni, ciascuna delle quali suggerisce dei comportamenti da tenere nella pratica quotidiana, applicabili da tutti senza particolari sacrifici, per favorire un minore spreco d'acqua, una riduzione della sua contaminazione e il suo recupero e riutilizzo regolare. I messaggi che il poster veicola possono essere trasmessi ai genitori in diversi momenti di incontro, e in maniera privilegiata nei vari bilanci di salute, soprattutto in occasione dei consigli relativi all'alimentazione del bambino, alle norme igieniche e all'utilizzo di prodotti per la cura delle persone, e per quanto riguarda lo smaltimento corretto dei farmaci in ogni occasione di prescrizione. Alcuni dei piccoli passi virtuosi: preferire la doccia al bagno (risparmio di circa 40 litri di acqua per volta), stare sotto la doccia non più di 4 minuti, tenere il rubinetto chiuso durante il lavaggio dei denti e mentre ci si insapona sotto la doccia; per il riuso e il recupero si può riutilizzare l'acqua di lavaggio delle verdure e della frutta per innaffiare le piante e si può raccogliere l'acqua piovana e utilizzarla per innaffiare e per lavare la macchina. Lo slogan è: **RISPARMIAMO E RISPETTIAMO IL NOSTRO ORO BLU.**

POSTER sul tema dell'EFFICIENTAMENTO ENERGETICO (presentazione della coordinatrice del gruppo di lavoro, Stefania Russo)

Il consumo energetico è il principale responsabile delle emissioni di gas a effetto serra dovute alla combustione di fonti fossili che ancora oggi rappresentano la

quota maggiore utilizzabile per la produzione di energia. I dati ISPRA 2018 riportano il settore energetico come responsabile dell'81% delle emissioni di gas a effetto serra dovute alla combustione di fonti fossili. Sono gravi le conseguenze per il clima e per la salute soprattutto dei bambini principale bersaglio. Appare chiaro che imparare a gestire il fenomeno può contribuire a migliorare il rischio salute a esso collegato. Come intervenire? Puntando sulla crescita culturale delle famiglie in termini di prevenzione del rischio attraverso l'assunzione di stili di vita virtuosi, rispetto delle regole e messa in atto di correttivi adeguati. Quindi, non solo risparmio ma soprattutto efficienza anche in considerazione della vita "comoda" a cui siamo abituati. Ottimizzazione del consumo a parità di prestazione attraverso l'impiego di tecnologie avanzate soprattutto sostenibili. Gli interventi di efficienza devono tene-

re conto della qualità dell'aria che respiriamo negli ambienti confinati, le leggi attuali sull'efficientamento puntano soprattutto sull'isolamento dell'abitazione, riducendo la ventilazione con gravi conseguenze per la salute. È necessario spingere l'attenzione verso soluzioni più idonee: energie rinnovabili, produzione di acqua calda a emissione zero, fornitore elettrico 100% green, sistemi di aspirazione e purificatori dell'aria. Da dove cominciare? Da dove si consuma di più. Tre i settori principali: ABITAZIONE - MOBILITÀ - ALIMENTAZIONE. Nei riquadri del poster ci sono i consigli utili da riportare anche in occasione dei bilanci di salute dedicati sia per i genitori che per i bambini più grandi. Il rispetto dell'ambiente va a braccetto con una maggiore consapevolezza dell'uso che si fa dell'energia, partendo soprattutto dai più piccoli, germe delle generazioni future.

WORKSHOP NEUROCHIRURGIA-PLAGIOCEFALIE Parola d'ordine "back to sleep, tummy to play"

Ha condotto: Antonino Gulino

Relatore: Lorenzo Genitori

A cura di Antonino Gulino, Segreteria Scientifica Nazionale

Negli ultimi anni si è assistito a un incremento delle osservazioni delle asimmetrie craniali. Le asimmetrie del cranio possono essere già presenti alla nascita a causa di fattori di compressione meccanica uterina come ad esempio avviene nei parti gemellari o dopo applicazione di forcipe o ventosa ostetrica oppure possono svilupparsi nei primi mesi di vita. I nati pretermine in particolare sono sottoposti a ventilazione meccanica assistita per lunghi periodi e sviluppano di frequente un'asimmetria occipitale per azione delle forze gravitazionali. La plagiocefalia posizionale (PP) è l'asimmetria della postura di più frequente riscontro. Nel primo Bilancio di Salute, il Pediatra deve valutare la testa del bambino anteriormente, posteriormente e dall'alto, osservando il posizionamento del padiglione auricolare e in parti-

colare la presenza di una sovrapposizione ossea in prossimità di una sutura.

Primo messaggio

La sovrapposizione ossea o "cresta" può essere il primo "alert" di una craniostenosi, una malattia fortunatamente rara determinata dalla saldatura precoce delle suture della testa e che causa una modificazione piuttosto evidente nella morfologia del cranio; la crescita del cervello infatti preme sulle suture ancora non saldate modificando visibilmente l'aspetto della testa. Esistono diverse forme di craniostenosi, che dipendono da quali suture si sono saldate precocemente. La scafocefalia o sinostosi sagittale è la più comune. Il bambino è macrocranico e presenta una "cresta" sagittale palpabile dalla fontanella bregmatica all'inion. La plagiocefalia (cranio obliquo) può essere anteriore, se la sinostosi riguarda la sutura coronarica, posteriore se interessa la lambdoidea. La plagiocefalia posteriore va differenziata accuratamente dalle forme posizionali le quali sono in progressivo aumento. La diagnosi differenziale si può già fare osservando la forma del capo dall'alto:

- la forma sinostotica presenta un aspetto trapezoidale del capo con una protuberanza frontale contro-

laterale e normoposizione o dislocazione posteriore dell'orecchio ipsilaterale;

- la forma posizionale presenta un aspetto a parallelepipedo con protuberanza frontale ipsilaterale e piattismo controlaterale, dislocazione anteriore di orecchio e mastoide ipsilaterale.

Secondo messaggio

La diagnosi ispettiva può essere confermata facilmente dall'esame ecografico delle suture craniche. Le immagini e il referto ecografico permettono di distinguere:

- una craniosinostosi suturale o di origine sinostotica, anche detta craniosinostosi, in quanto è presente una saldatura/fusione precoce di una o più suture craniche;
- una deformità funzionale, non vi è coinvolgimento di patologia suturale come nel caso della PP.

Quindi il Pediatra può consapevolmente decidere se affidare il proprio paziente al neurochirurgo o avviare un trattamento medico conservativo.

Ricordiamo che la chiusura o il non apprezzamento della fontanella bregmatica non è mai sintomo rivelatore di una craniosinostosi.

La PP è una condizione comune presente in circa il 20% dei bambini nei primi mesi di vita. Nell'ultimo decennio si è assistito all'incremento delle diagnosi di PP. Molto probabilmente questo fenomeno è da mettere in relazione con la pubblicazione, effettuata nel 1992, delle linee guida dell'*American Academy of Pediatrics* riguardo la prevenzione della *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS), linee guida che raccomandano la posizione supina durante il sonno per tutti i neonati. L'adesione dei genitori a queste indicazioni ha favorito la drastica riduzione dei casi di SIDS (40%) e, in concomitanza, l'aumento dei casi di anomalie craniali. Nel 1996, l'AAP ha infatti modificato le sue raccomandazioni, sottolineando l'importanza di un certo tempo di gioco in posizione prona mentre il

bambino è sveglio e in presenza di un adulto per migliorare lo sviluppo psicomotorio e prevenire la testa piatta. In questo contesto ha cambiato il proprio slogan per i genitori: "Back to sleep, tummy to play".

Terzo messaggio

In caso di PP è indispensabile avviare precocemente un trattamento conservativo che preveda di:

- incoraggiare la posizione prona o sul fianco del bambino (supervisione adulti) quando sveglio più volte al giorno;
- alternare la posizione del capo durante il sonno;
- evitare posizioni prolungate e ripetitive (ad es. seggiolini per auto, passeggini, altalene per bimbi);
- cambiare regolarmente la posizione della culla nella stanza e dei giocattoli intorno;
- alternare la posizione durante l'allattamento;
- se necessario, trattamento con fisioterapia o osteopatia dell'eventuale torcicollo.

Frank A. Viktor ha analizzato in uno studio oltre 4.300 bambini affetti da PP. È emerso che nella maggior parte dei casi il problema è stato risolto con il solo trattamento conservativo.

Quarto messaggio

Il trattamento conservativo necessita del coinvolgimento dei genitori e di una informazione medica chiara e tempestiva. Cause di fallimento sono certamente l'età avanzata del neonato al momento di intraprendere la terapia, la gravità della deformazione e la presenza di torcicollo congenito.

L'utilizzo del caschetto, un elmetto ortopedico, molto morbido e soffice, in grado di correggere gradualmente il difetto riportando le ossa nella loro forma originale, può essere consigliato, ma non c'è in letteratura un consenso unanime. Le implicazioni al suo uso sono esclusivamente estetiche e il Pediatra deve considerare l'impegno economico e di tempo delle famiglie prima di consigliare questo presidio.

WORKSHOP OTITE MEDIA ACUTA

Conferme e novità: la nuova linea guida dell'OMA

Ha condotto: Paolo Becherucci

Relatori: Mattia Doria, Elena Chiappini

A cura di Paolo Becherucci, Pediatra di famiglia e Presidente SICuPP

Durante il workshop si sono affrontati alcuni aspetti delle nuove linee guida sull'otite media acuta (OMA), pubblicate nel 2019: in particolare la diagnosi e la terapia; non si è invece affrontata la prevenzione.

Fare una corretta diagnosi rappresenta il prerequisito imprescindibile: la **diagnosi** di OMA deve essere effettuata in presenza del riscontro contemporaneo di: 1) sintomatologia insorta acutamente nelle 48 ore precedenti; 2) membrana timpanica con segni evidenti di flogosi; 3) presenza di essudato nella cassa timpanica. Anche la sola presenza di otorrea, non secondaria a otite esterna, con membrana timpanica perforata spontaneamente, deve essere considerata di per sé segno obiettivo certo di OMA. E quindi è raccomandata una **visualizzazione completa della membrana timpanica**, con un canale uditivo esterno libero da cerume o corpi estranei. Per effettuare diagnosi di OMA è raccomandata la **ricerca di eventuale essudato** nell'orecchio medio. Lo strumento ottimale è l'**otoscopio pneumatico** corredato di una fonte luminosa adeguata e di uno speculum delle dimensioni adatte alle caratteristiche anatomiche del CUE del bambino e non colorato. Durante il workshop si è proposto, anche con esempi pratici, e discusso uno **score per la valutazione della gravità** (Tab. I): questo è importante, insieme all'età e alla mono o bilateralità, per decidere se utilizzare sin da subito l'antibiotico o preferire una vigile attesa (Tab. II).

In sintesi, possiamo dire che **sotto i due anni di vita** e nei bambini con **otorrea, complicanze intracraniche** o storia di **ricorrenza** è raccomandata la terapia antibiotica immediata, in caso contrario si valuteranno, appunto, gravità e bilateralità.

Per quanto riguarda i presidi terapeutici, gli **antidolorifici per via sistemica** sono fortemente raccomandati: in tutti i casi, sia che si intraprenda la strategia della

TABELLA I.

Score italiano gravità episodio OMA. L'episodio OMA viene definito grave in caso di punteggio allo score ≥ 4 .

<i>Temperatura corporea ascellare:</i>	
< 38,0°C	0
38,0-38,9°C	1
$\geq 39,0^\circ\text{C}$	2
<i>Compromissione condizioni generali:</i>	
assente	0
presente	4
<i>Otalgia:</i>	
lieve/moderata	0
intensa e/o pianto inconsolabile	2
<i>Iperemia della MT:</i>	
lieve/moderata	0
intensa	2
<i>Estroflessione della MT:</i>	
lieve/moderata	1
marcata	4

MT: membrana timpanica.

vigile attesa sia che si prescriva la terapia antibiotica immediata.

L'antibiotico di prima linea raccomandato è l'**amoxicillina ad alte dosi** (80-90 mg/kg/die) **divisa in 3 somministrazioni** e l'amoxicillina + acido clavulanico (80-90 mg/kg/die calcolata su amoxicillina) in coloro che presentano un elevato rischio di patogeni resistenti. Questi ultimi sono: bambini che abbiano assunto terapia antibiotica nei 30 giorni precedenti, quelli con sintomi gravi e/o congiuntivite purulenta o con storia di OMA ricorrente non responsiva ad amoxicillina oppure otorrea da perforazione spontanea; altre situazioni sono: frequenza di comunità infantile, mancata vaccinazione antipneumococcica, provenienza da aree geografiche con elevata prevalenza di isolamento di batteri resistenti).

Diversamente dagli USA, dove è disponibile l'associazione amoxicillina + acido clavulanico nella proporzione 14:1, in Italia è disponibile l'associazione amoxicillina + acido clavulanico nella proporzione 7:1 (1 ml = 80 mg amoxicillina + 11,7 mg acido clavulanico): tale concentrazione di acido clavulanico predispone a un maggior rischio di effetti collaterali di tipo gastrointestinale quando il farma-

TABELLA II.

Sintesi strategia terapeutica OMA per fasce d'età e in base alla gravità dell'episodio con relativa forza di raccomandazione.

Lateralità	Bilaterale		Monolaterale	
	Grave	Lieve	Grave	Lieve
Severità sintomi				
Età < 6 mesi	Antibiotico immediato (raccomandazione positiva forte)			
Età 6-24 mesi	Antibiotico immediato (raccomandazione positiva forte)	Antibiotico immediato (raccomandazione positiva forte)	Antibiotico immediato (raccomandazione positiva forte)	Antibiotico immediato (raccomandazione positiva debole)
Età > 24 mesi	Antibiotico immediato (raccomandazione positiva forte)	Attesa vigile (raccomandazione positiva forte)	Attesa vigile (raccomandazione positiva debole)	Attesa vigile (raccomandazione positiva forte)

co venga utilizzato alla dose raccomandata di 80-90 mg/kg/die di amoxicillina. Per evitare gli effetti collaterali dell'acido clavulanico, risulta più ragionevole somministrare una dose standard della for-

mazione di amoxicillina + acido clavulanico (7:1) in combinazione con una adeguata integrazione di amoxicillina semplice fino al raggiungimento della dose desiderata.

WORKSHOP PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI (E NON)

Ha condotto: Francesco Carlomagno

Relatori: Domenico Careddu, Lucia Peccarisi

A cura di Francesco Carlomagno, Pediatra di famiglia, Napoli

Il confronto è servito per confermare che **l'ambiente domestico, ritenuto per l'infanzia un luogo sicuro, nasconde insidie e pericoli** e che i genitori vanno istruiti sulla prevenzione e sull'eliminazione del rischio, quando possibile. Nel caso si debba effettuare comunque terapia, **l'intervento ambulatoriale del Pediatra di famiglia, attraverso la somministrazione di farmaci in alcuni casi di uso comune nella pratica clinica, può risultare decisivo** per un numero rilevante di intossicazioni e avvelenamenti nell'impedire, alle sostanze introdotte di essere assorbite oppure nel ritardarne l'assorbimento e indirizzare in ambiente ospedaliero pazienti con maggiori garanzie di successo terapeutico. Tutto deve avvenire nella prima ora dal contatto con il tossico perché il risultato abbia la massima efficacia

(golden hour). È così che farmaci come il simeticone, il sucralfato e il carbone vegetale attivato diventano fondamentali nelle terapie specifiche del caso. Possiamo quindi portarci nella pratica clinica **tre messaggi terapeutici e preventivi allo stesso tempo**, perché in grado di prevenire le sequele con un intervento precoce.

- **Sucralfato:** da utilizzare come primo intervento in caso di ingestione di irritanti intestinali, come le candeggine a pH intermedio (esempio 8-10) o come intervento temporaneo nel caso di ingestione di acidi, prima dell'invio in pronto soccorso. Questo intervento contribuisce a un primo tamponamento gastrico e al contrario dei bicarbonati non inquina il campo esofago-gastrico in caso di interventi di esofago-gastroscofia.
- **Simeticone:** si utilizza nell'ingestione di schiumogeni, come detersivi per piatti o per panni. In commercio ne esistono due formulazioni, a base oleosa e a base acquosa. L'effetto è di disgregazione della schiuma che si crea nelle vie digestive e che può dare disturbi intestinali di varia gravità,

ma può passare per inalazione nelle vie aeree e dare gravi problemi respiratori. Utilizzando 20-40 gtt del prodotto a base oleosa (preferibile per la rapidità di azione non dovendo cambiare fase liquida acqua-olio) si disgregano le bolle formatesi nell'apparato digerente.

- **Carbone vegetale attivato:** si tratta di una resina a bassissimo costo ottenuta trattando ad alte temperature alcuni legni (ad es. pioppo) che poi viene lavato e attivato con vapori e acidi forti. Ne risulta

la formazione di una sostanza porosa che agisce come una spugna intrappolando le sostanze tossiche. Esistono in commercio diverse formulazioni, ma il gold standard è la polvere da ricomporre con diluizione in acqua e da somministrare al dosaggio di 0,5-1 g per kg di peso. È utile per impedire o ritardare l'assorbimento di farmaci o prodotti tossici, tranne alcol etilico o metilico, acido borico, acidi e basi forti, ioni complessi (ferro, litio, cianuro) e derivati del petrolio.

WORKSHOP MALATTIE RARE E CRONICITÀ Strumenti Speciali per bambini speciali

Ha condotto: Teresa Cazzato

Relatori: Giuseppina Annicchiarico, Franca Benini

A cura di Teresa Cazzato, Segreteria Scientifica Nazionale

A Paestum si è parlato e discusso in un workshop di cronicità dal titolo *Strumenti Speciali per bambini speciali* insieme alla dott.ssa Giuseppina Annicchiarico, Pediatra e Coordinatrice Area Malattie Rare FIMP Nazionale e alla dott.ssa Franca Benini, Responsabile del Centro Regionale Veneto di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche.

La malattia cronica o cronica/complessa con comorbidità a esito di disabilità fisica e/o cognitiva è parte del lavoro quotidiano nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia come si è evidenziato nel workshop del Congresso. È presente con tutta la sua drammaticità per la sua peculiarità clinica, assistenziale, organizzativa ed etica. Prevede ed è indispensabile una rete informale e non, di rapporto di collaborazione tra i vari attori della rete di cura e assistenza in continuo sviluppo. Questo esige una necessità di confronto fra le varie esperienze e i vari ruoli che ogni caso clinico,

nelle diverse realtà, svolge in funzione di quell'assistenza anche a domicilio che è il miglior luogo di cura per questi piccoli pazienti.

L'esistenza e il miglioramento della rete garantiscono la "continuità assistenziale", spesso carente ma tanto auspicata.

Come in ogni evento che coinvolge il Pediatra di famiglia emergono i messaggi chiave da portare a casa.

Quali in questo caso? Sono stati vari, ma i più significativi sono stati:

- la **formazione** del Pediatra stesso, insieme a un'**informazione** da infondere alla famiglia; formazione adeguata alle risposte da soddisfare e ai cambiamenti insiti nella cronicità stessa;
- la **presa in carico** che deve comprendere paziente e famiglia;
- la conoscenza della **rete** di operatori esistente in ciascuna realtà locale per poterne fare uso e informativa per la famiglia a riguardo, ricordando che il Pediatra di famiglia, oltre a essere un riferimento principale, può essere interpretato come il burattinaio che dirige i fili della scena.

E comunque in conclusione il Pediatra di famiglia deve essere in grado di rispondere ai bisogni di questi pazienti ma anche identificare i propri bisogni, i problemi e i compiti che ne scaturiscono!

Lorena FilippiPediatra di Famiglia, Trento;
Gruppo di Studio Abuso
e Maltrattamento sui minori

I disturbi psicopatologici da trauma nell'età evolutiva

Il tema degli abusi e dei maltrattamenti all'infanzia apre nuove sfide e spunti di lavoro per chi opera a contatto con i bambini e gli adolescenti e le loro famiglie. Uno dei temi oggi al centro è quello relativo alle conseguenze a breve e lunga distanza degli abusi subiti; conseguenze non solo sul piano psicologico e comportamentale ma anche su quello fisico e organico.

I bambini vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica sono bambini "feriti"; quasi sempre presentano una grave compromissione della loro capacità di relazionarsi come effetto della violenza sul loro processo di crescita. La violenza, indipendentemente dall'età in cui avviene e dal tipo di abuso, rappresenta sempre una profonda distorsione relazionale che si colloca nelle prime fasi di vita del bambino e come tale è altamente psicopatogena per l'evoluzione e la strutturazione della personalità.

Più l'esperienza di violenza è precoce, più il danno può essere importante, perché l'esperienza subita viene integrata nel vissuto come l'unica modalità relazionale possibile tra un adulto e un bambino.

Il bambino che cresce in un contesto di violenza può essere affascinato da questa e trasformarsi in un potenziale violento o violentatore, può aver perso la sua capacità di amare ed essere così chiuso sul piano emotivo e cognitivo da non riuscire a dare significato a ciò che subisce, andando quindi incontro al rischio di un arresto dello sviluppo. Spesso si incontra un bambino più piccolo della sua età anagrafica perché gli anni dell'abuso sono stati anni persi per la vita mentale. I bambini abusati in senso fisico o psicologico, privati del loro spazio di gioco libero, immaginifico, creativo, soffocano infatti la loro cu-

riosità e la loro crescita mentale e non imparano a discriminare tra ciò che è buono e ciò che è cattivo, così da diventare possibili prede di chiunque perché credono che ogni adulto possa decidere in modo prepotente del loro destino.

Il bambino vittima di abusi di rado consapevolmente denuncia un abuso, esprime piuttosto la sofferenza provata attraverso vari sintomi, il disagio con disturbi somatici, psicosomatici, psichiatrici, con turbe del comportamento e lo sviluppo di perversioni. Nell'infanzia, la difficoltà a descrivere verbalmente un abuso subito è bypassata mediante l'utilizzo inconscio di disturbi psicosomatici (cefalee, disturbi gastroenterici, respiratori ecc.), di sintomi psicologici e psichiatrici o di disturbi del comportamento.

Quando le condizioni di abuso determinano uno stato di confusione tra mondo esterno e mondo interno, possono svilupparsi poi dei veri e propri quadri psicotici o disturbi di personalità di tipo borderline. Bisogna chiedersi a questo punto come può un bambino sviluppare una psicopatologia.

Prove emergenti suggeriscono che il maltrattamento altera le traiettorie dello sviluppo del cervello per influenzare i sistemi sensoriali, l'architettura di rete e i circuiti coinvolti nella rilevazione delle minacce e nella regolazione emotiva. Eventi avversi che si verificano durante l'infanzia possono compromettere la plasticità e influire negativamente sullo sviluppo del cervello. Il danno che segue a esperienze particolarmente stressanti e inappropriate per lo sviluppo è incorporato nel funzionamento neuronale come parte della maturazione del cervello nella sua formazione sinaptica e influenza le risposte individuali allo stress.

Comunemente si pensa che l'evento traumatico sia la causa dei disturbi nei bambini abusati, ma secondo ormai molti studi la causa dei quadri psicopatologici non va attribuita all'abuso in sé, ma ai meccanismi di difesa utilizzati in modo rigido dal bambino per sfuggire alle condizioni di disagio. I più comuni meccanismi sono la rimozione dell'evento subito, la sua dimenticanza, la negazione del suo essere accaduto; ma anche il distanziamento affettivo dalla vita, perciò il bambino diventa di fatto privo di interessi sociali, relazionali, cognitivi; e ancora, la percezione del genitore abusante come scisso perché il bambino tende a proiettare le sue parti cattive sul mondo esterno; ed infine l'identificazione con il violento, visto che è più facile per un bambino identificarsi con il violentatore piuttosto che provare il terrore del violentato. Tramite questi meccanismi vengono controllati l'angoscia, il senso di colpa, la depressione scaturita dalla perdita di amore, e viene evitata la vergogna di sentirsi umiliati. Ma la continua minaccia del cedimento dell'efficacia di questi meccanismi fa sì che le energie psichiche siano tutte impegnate a controllare che non emergano informazioni intollerabili, perciò è questa urgenza di garantirsi l'impossibilità a ricordare che porta il bambino a un'evoluzione patologica.

Il legame tra violenza all'infanzia e sintomatologia post-traumatica appare riconosciuto e dimostrato dalle ricerche e dalla pratica clinica, al punto che il consenso è unanime nel ritenere che l'esposizione diretta o anche mediatica a fattori che generano stress, come i traumi relazionali (lutto, abbandono, trascuratezza, esiti dovuti a una separazione più o meno conflittuale tra i genitori, ipercura o incuria, difficoltà relazionali...) e i traumi dovuti a eventi in cui è a rischio la vita, propria o di un congiunto (incidenti gravi, l'aver assistito a violenze o abusi, anche in famiglia, terremoti...), traumi definiti in generale Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI), sia un importante fattore di rischio per lo sviluppo di esiti psicopatologici significativi a breve e a lungo termine, in grado di compromettere seriamente il funzionamento

e l'adattamento psicologico dell'individuo.

Uno di questi esiti possibili è il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), che è anche uno dei disturbi più frequenti: nei bambini i sintomi variano in base alla fase di sviluppo attraversata. In linea generale, nei bambini più piccoli possono verificarsi sintomi intrusivi come incubi o giochi che ripropongono l'emotività e l'iperattivazione sperimentati nel trauma, senza che ci sia una diretta percezione del legame con l'evento traumatico o con un suo ricordo, pensiero o immagine. Nei bambini più grandi, nei preadolescenti e negli adolescenti possono invece esserci, ad esempio, sogni che più chiaramente ripercorrono l'evento traumatico.

La maggior parte dei casi va incontro a una remissione spontanea entro 12 mesi, tuttavia in circa 1/3 dei soggetti questo disturbo progredisce verso un decorso cronico, con potenziali serie conseguenze a medio e lungo termine associate a gravi disturbi del sonno, abuso di sostanze, una maggiore possibilità di sviluppare malattie non trasmissibili dell'età adulta e di incorrere in infortuni per tutta la vita, riducendo di fatto le aspettative stesse di vita.

Ma non tutti i bambini esposti allo stress o al trauma svilupperanno effetti negativi. Si ritiene che alcuni abbiano una predisposizione genetica per la ripresa dal trauma, diminuendo quindi le probabilità di andare incontro a esiti negativi legati allo stress. Si definisce questa capacità come **resilienza**. La resilienza può essere insegnata ai bambini. Quando li aiutiamo a essere resilienti, forniamo loro il necessario strumento per rispondere in modo adeguato e gestire lo stress. Possiamo offrire loro aiuto per lo sviluppo delle competenze e per l'identificazione dei personali punti di forza autorizzandoli a prendere decisioni e permettendo loro di gestire le cose in modo indipendente.

Un bambino che vive in un ambiente che gli dà fiducia sviluppa fiducia in sé e nelle proprie abilità. Ed è proprio a queste che può aggrapparsi per non soffrire al punto da essere sovrastato e distrutto dalla violenza subita.

Bibliografia di riferimento

- Boscarolo AR, Gaeta A, Gogliani F, et al. *Il bambino tradito. Carenze gravi, maltrattamento e abuso a danno di minori*. Torino: Ed. Carocci 2000.
- Marques M, Bucci SS, Oh D, et al. Toxic stress in children and adolescents. *Adv in Ped* 2016;63:403-28.
- Montecchi F. *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi e la violenza in famiglia*. Torino: Ed. Carocci 2006.
- Montecchi F. *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*. Torino: Ed. Carocci 2006.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. *Classificazione multiassiale dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza*. Milano: Ed. Masson 1997.
- Righi E, Forresi B, Aggazzotti G, et al. *Il terremoto dell'Emilia Romagna del 2012: prevalenza e persistenza del disturbo post-traumatico da stress nei bambini e negli adolescenti*. In Giovannini D, Vezzali L (a cura di). *Unimore e il terremoto del 2012 in Emilia-Romagna. Interventi e ricerche per fronteggiare l'emergenza e sostenere la ripresa*. APM Edizioni 2016.

Paola Miglioranzi
Pediatra di Famiglia, Verona

La testimonianza del bambino vittima o testimone di abusi

Quando arriva nel nostro ambulatorio un bambino a cui vediamo che è accaduto qualcosa di grave, a livello fisico o psicologico, il nostro primo istinto è fare domande, per cercare di capire quello che è successo. Se senza molta attenzione poniamo delle domande precise sull'accaduto o su chi ha commesso determinate azioni rischiamo di interferire in qualche modo con il ricordo del bambino e di suggestionarlo. Importante è invece raccogliere il "racconto spontaneo" del bambino, che poi andremo a riportare virgolettato in una nostra eventuale denuncia. Solo chi ha una preparazione specifica, solitamente uno psicologo clinico, può interrogare un bambino e valutarne la capacità a testimoniare, perché molte sono le variabili da considerare quando si raccoglie il racconto di un minore vittima o testimone di abusi.

CARATTERISTICHE DEL MINORE IMPORTANTI PER LA TESTIMONIANZA

- Primario obiettivo di ogni accertamento in tema di idoneità a rendere testimonianza deve essere quello di valutare l'attitudine del minore a:
 1. comprendere le domande poste dall'esaminatore;
 2. ricordare gli eventi oggetto della testimonianza;
 3. esprimerli in forma verbale in relazione alla complessità dell'evento.
- L'accertamento deve comprendere l'esame della:
 1. capacità cognitiva generale, incluso il *source monitoring*;
 2. capacità di comprendere il linguaggio verbale relativamente a:
 - strutture grammaticali o sintattiche,
 - termini con differenze minime di significato,
 - contenuti assurdi (assurdità semantiche, storie assurde);
 3. memoria autobiografica: particolare attenzione dovrà essere prestata a eventuali razionalizzazioni volte a colmare lacune mnestiche. È sem-

pre opportuno in tal senso effettuare riscontri con testimoni adulti;

4. capacità, commisurata all'età, di discriminare realtà da fantasia;
5. capacità interpretativa di stati mentali propri e altrui (funzione riflessiva);
6. livello di suggestionabilità. Alcuni aspetti della suggestionabilità non possono essere valutati mediante test specifici ma solo apprezzati come indicatori anamnestici. La suggestionabilità costituisce un fattore di rischio che deve essere valutato e ponderato nel fattore finale (Consensus Conference Intersocietaria. *L'ascolto del Minore Testimone*. Roma: 2010).

CAPACITÀ LINGUISTICHE DEL MINORE

Un punto focale della valutazione del minore, al fine di decretare la capacità di testimoniare, è l'indagine delle funzioni cognitive tra le quali importanti le capacità linguistiche.

Comprensione delle domande: elicitarne il ricordo del bambino da parte dell'adulto comporta una verifica preliminare sulle capacità dello stesso di comprendere non solo il linguaggio, il significato dei vocaboli usati, ma anche il significato della struttura sintattica stessa della domanda. Sin dai primi anni Ottanta la ricercatrice inglese Bishop aveva dimostrato che quanto più i bambini sono piccoli maggiormente è ridotto il loro grado di comprensione sia quantitativo che qualitativo delle strutture lessicali e sintattiche. Un bambino di età compresa tra i 4 e i 4 anni e 2 mesi ha un livello di comprensione ridotto rispetto a un bambino di 12-13 anni del 65%: e non è solo un problema di conoscenza delle parole ma anche di costruzione della frase, di uso dei morfemi, dei pronomi personali, delle preposizioni articolate "nella" e "sulla", delle preposi-

zioni di luogo "sopra" e "sotto", di espressioni come "non solo... ma anche", di congiunzioni copulative negative ("né... né"), di proposizioni subordinate ecc. Un bambino di 4-5 anni non comprende per esempio il significato di una frase negativa come "il bambino non sta correndo". Non è in grado neppure di capire il senso di una frase passiva tipo "il cavallo è inseguito dal cane" oppure di una subordinata come "il bambino insegue il cane che è grande".

Un bambino di 6-7 anni difficilmente coglie il significato di una frase proceduta dal "non solo" (ad esempio: "non solo l'uccello ma anche il fiore è rosso"). Se dà comunque una risposta anche di fronte a una domanda di cui non comprende il senso effettivo, si tratterà di una risposta del tutto casuale, probabilmente molto condizionata da fattori suggestivi implicati nella modalità di formulazione della domanda stessa.

Il minore che rende testimonianza solitamente viene sollecitato con domande da parte dell'esaminatore. Queste possono essere non pienamente comprese dal minore, che quindi andrà a rispondere non alle domande dell'adulto ma a domande personalmente decodificate, cioè in modo distante dalla capacità di comprensione dal punto di vista sintattico, lessicale, semantico.

Comprensione delle parole: il significato delle parole (semantica) può essere diverso da adulto a bambino e quindi le parole che l'adulto usa in fase di esame potrebbero non essere comprese dal minore per quello che normalmente intendono.

La produzione linguistica: secondo la letteratura scientifica che concerne lo sviluppo linguistico, vi sono quattro principali fasi di sviluppo inerenti la produzione linguistica spontanea:

1. la **fase presintattica**, che si sviluppa tra 1 anno e 7 mesi e 2 anni e 2 mesi, è caratterizzata per lo più da enunciati composti da parole singole in successione, anche definiti "enunciati telegrafici", privi di verbo (ad esempio: "pappa più, etto scimmione"). In questa fase sono formulati pochi enunciati nucleari semplici (per lo più frasi richiestive e imperative), che non presentano concordanza tra nomi e aggettivi;
2. la **fase sintattica primitiva**, che si sviluppa tra 1,8 e 2,5 anni, è caratterizzata da una diminuzione esponenziale delle parole singole in "successione"

e da un conseguente aumento degli enunciati nucleari semplici, talvolta ancora incompleti; vi possono essere delle frasi complesse, seppur incomplete, con sporadica comparsa dei connettivi interfrasali e dei morfemi liberi (ad esempio: "bimbo prende cucchiaino mangia minestra");

3. la **fase di completamento della frase nucleare**, che copre il periodo tra i 2 anni e i 2,9 anni. Vi è la scomparsa totale delle "parole singole in successione" e diminuiscono le produzioni di enunciati senza verbo. Le frasi maggiormente prodotte sono ancora le frasi nucleari, ora caratterizzate dall'utilizzo di morfemi liberi e dall'ampliamento del nucleo (ad esempio: "il bambino mangia con il cucchiaino"). Aumentano e si diversificano le frasi complesse, per lo più in forma completa (ad esempio: "il bambino prende il cucchiaino e mangia la minestra");
4. infine vi è la **fase di consolidamento e generalizzazione delle regole in strutture combinatorie complesse**, compresa tra i 2,3 e i 3,2 anni. In questo periodo le frasi complesse diventano complete, vi è anche la comparsa di connettivi interfrasali di tipo temporale e causale (ad esempio dopo, allora, invece, perché, anche, però) e vengono prodotte frasi relative.

Un indice globale dello sviluppo grammaticale relativamente affidabile risulta essere la Lunghezza Media dell'Enunciato (LME), che è particolarmente appropriata per esaminare lo sviluppo nei primi 3 anni di vita; infatti esprimersi usando un numero sempre più ampio di morfemi comporta necessariamente un aumento della lunghezza dell'enunciato. Un enunciato con un numero più elevato di morfemi viene considerato più evoluto rispetto a uno con un minor numero di morfemi e la lunghezza maggiore della frase è indice di un maggiore sviluppo linguistico.

RICORDARE

Perché ci possa essere ricordo deve verificarsi una qualche forma di apprendimento; l'informazione cioè deve essere acquisita. Una volta che l'informazione è acquisita essa deve essere conservata fino a che non ci serve. Infine questa informazione viene usata, noi cioè ricordiamo. Per far questo "ripeschiamo" dalla nostra memoria l'informazione e la riportiamo in uno stato attivo. Gli studiosi di memoria hanno denomina-

to queste tre fasi del ricordo rispettivamente codifica, ritenzione e recupero.

La strategia più comune per immagazzinare l'informazione è la ripetizione (*rehearsal*, spesso tradotto in italiano come iterazione).

La memoria è fortemente influenzata da come le persone "trattano" il materiale da ricordare al momento dell'apprendimento. Questa fase iniziale del processo di memoria, nota come codifica, si riferisce al modo in cui la nuova informazione viene inserita in un contesto di informazioni precedenti. Uno stesso contenuto può essere registrato nella memoria attraverso un certo codice (visivo, fonologico, motorio, semantico) o attraverso codici diversi (codifica multidimensionale). Il codice è un insieme di regole e operazioni attraverso le quali la nostra mente trasforma l'informazione proveniente dall'esterno in una forma che può essere conservata. La memoria umana prima converte l'informazione in un codice e poi, quando è necessario recuperarla, la decodifica.

Gli studiosi di memoria distinguono due tipi di codifica, superficiale e profonda, sulla base della quantità di elaborazione alla quale lo stimolo è sottoposto. Secondo questa ipotesi teorica la forza della traccia di memoria dipende dalla profondità della codifica: più profondo è il livello di elaborazione dello stimolo, più probabile è che la traccia che si forma sia duratura (teoria dei livelli di elaborazione). Mentre la codifica delle caratteristiche fisiche dello stimolo richiede un'analisi superficiale, la codifica semantica richiede un'analisi del significato che genera una traccia più ricca ed elaborata.

La quantità e la qualità dell'informazione recuperata dipendono quindi in modo cruciale dall'esistenza di connessioni tra tracce di memoria. Ma come si creano queste connessioni? Nel 1940 Katona riteneva che la chiave di tutto fosse l'organizzazione. L'idea di Katona era che organizzazione e memoria fossero processi inseparabili; noi memorizziamo bene quando scopriamo un "ordine" nel materiale. In un senso più generale "organizzare" significa incorporare un item in una più larga unità percettiva. Questa definizione include l'iterazione di un item in una categoria superordinata, così come il raggruppamento di più item individuali sulla base di una qualche caratteristica condivisa. Miller

(1956) ha coniato il termine *chunking* per riferirsi al processo attraverso il quale il materiale da ricordare è organizzato in più ampie unità dotate di significato. Un *chunk* è l'unità di base dell'informazione immagazzinata in memoria. Processi di organizzazione del materiale come il *chunking* facilitano la codifica e il recupero dell'informazione poiché riducono la quantità di materiale che necessita di elaborazione. Le persone tendono spontaneamente a utilizzare strategie di *chunking* e lo fanno persino con item che apparentemente non hanno molto in comune (organizzazione soggettiva, Tulving 1962).

La capacità di organizzare il materiale da ricordare in unità dotate di significato si sviluppa con l'età. Generalmente, un bambino di 4 anni non è in grado di utilizzare efficaci strategie di organizzazione che gli permettano di rielaborare il materiale in modo da risparmiare energie e ricordare di più. Fino alla metà degli anni Settanta la visione dominante era che le strategie di memoria non si sviluppassero prima dei 7 anni e che raggiungessero un buon livello solo nell'adolescenza. Persino la strategia più semplice, la ripetizione, sembrava utilizzata solo dal 10% dei bambini di 5 anni. Negli ultimi venti anni questa visione ha lasciato il posto a un'interpretazione più centrata sul bambino, secondo la quale i bambini in età prescolare semplicemente utilizzano strategie che, non essendo quelle che abitualmente gli sperimentatori cercano di misurare, non vengono di fatto osservate. Ovviamente si tratta di strategie inefficaci (che cioè non producono una buona prestazione al compito di memoria). Per questo sembra che i bambini non facciano uso di alcuna strategia.

SPECIFICITÀ DELLA CODIFICA (*ENCODING SPECIFICITY*)

Ciò che una persona ricorda di un evento dipende interamente da quale informazione è stata immagazzinata ed è ancora disponibile al momento del recupero: in altre parole dalla proprietà di ciò che rimane dell'esperienza originale (cioè dalle proprietà della traccia). Alla base della teoria dei livelli di elaborazione si trova l'assunzione che la forza della traccia di memoria dipende dalla profondità della codifica: più profondo è il livello di elaborazione dello stimolo, più è probabile che la

traccia che si forma sia duratura. La ritenzione a lungo termine può essere influenzata dalla ripetizione di mantenimento e questo effetto dipende dal tipo di materiale usato. L'affermazione che un'elaborazione superficiale dia vita a una traccia che si dissolve molto rapidamente si è dimostrata non generalizzabile. Al contrario, l'apprendimento a lungo termine può, in particolari condizioni di recupero, essere favorito da un'elaborazione superficiale degli stimoli. Secondo questo punto di vista non sono le caratteristiche della traccia di per se stesse a determinare il ricordo, ma piuttosto la compatibilità e similarità tra le proprietà della traccia e quelle dell'informazione fornita al recupero. Questo principio, noto come principio di specificità della codifica (*encoding specificity*), pone l'accento sull'interazione tra informazione immagazzinata e informazione presente al recupero. La traccia di un evento e il *cue* (segnale) presente durante il recupero devono essere compatibili perché il ricordo si verifichi. Compatibilità può significare che tra i due esiste una relazione di tipo associativo, che le loro caratteristiche di superficie sono simili o che vi è sovrapposizione di informazioni; in ogni caso il concetto di specificità di codifica implica che la traccia e il *cue* siano collegati, affinché la potenzialità della traccia sia convertita nell'attualità del ricordo.

L'OBLIO

I fenomeni dell'oblio (transitorietà, distrazione e blocco mentale) riflettono rispettivamente la riduzione dell'accessibilità del ricordo col passare del tempo (transitorietà), l'inattenzione (mancata allocazione di risorse attentive, diversa dalla disattenzione) o un'elaborazione superficiale che determina oblio di eventi o di cose da fare (vuoti di memoria) e la temporanea inaccessibilità di informazioni che sono conservate nella memoria a lungo termine (blocco mentale). Le persone ricordano materiale significativo molto meglio di come ricordano sillabe senza senso. Ci sono grandi variazioni nella quantità e nella forma dell'oblio: molto dipende dal tipo di informazione che deve essere ritenuta, dal tempo impiegato per apprendere, dalle condizioni di recupero e dalla motivazione personale.

Per molti anni si ritenne che il semplice passare del tempo causasse il deterioramento dei ricordi, fino alla

loro definitiva scomparsa. A meno che l'informazione immagazzinata non fosse per così dire "rinfrescata" di tanto in tanto attraverso l'uso, si credeva che i ricordi si indebolissero, fino a scomparire dalla memoria. Questa teoria è conosciuta come "legge del disuso" o "teoria del decadimento della traccia".

La prima formulazione della teoria del decadimento venne ben presto criticata sulla base di risultati sperimentali che dimostrarono come non fosse tanto il passare del tempo a determinare l'oblio, quanto piuttosto ciò che avviene nell'intervallo tra l'apprendimento e il recupero dell'informazione. L'oblio quindi poteva essere spiegato sulla base di meccanismi di interferenza. In genere la somiglianza tra i compiti che si devono svolgere determina la quantità dell'interferenza: più grande è la somiglianza più è probabile che si verifichi confusione. Si distinguono almeno due tipi di interferenza: l'interferenza retroattiva, che avviene quando la nuova informazione agisce a ritroso inibendo il recupero di informazioni vecchie, e l'interferenza proattiva, che si verifica quando sono le informazioni vecchie ad agire inibendo il recupero di materiale appreso di recente. È stato ampiamente dimostrato che questi due tipi di interferenza hanno significativi effetti sul recupero.

MEMORIA AUTOBIOGRAFICA

Per evento autobiografico si intende un evento occorso al soggetto che lo deve recuperare. Questo è il tipo di traccia mnestica coinvolta nella testimonianza.

Nella tipica situazione forense infatti il testimone, in questo caso un minore, deve ricordare eventi da lui vissuti. Compito del giudice, che può avvalersi di un perito, è quello di valutare l'attendibilità del minore testimone.

La memoria è la capacità di immagazzinare informazioni alle quali attingere quando necessario. Essa comprende due processi, l'apprendimento e il ricordo, o memoria vera e propria. Nel processo di apprendimento si possono ulteriormente distinguere due fasi: la codifica, ovvero l'elaborazione iniziale dell'informazione, che è seguita dal consolidamento, con il quale si genera una rappresentazione più stabile nel tempo, cioè una traccia, e in seguito al quale si realizza l'immagazzinamento, cioè la registrazione permanente della traccia.

Infine le informazioni immagazzinate possono essere richiamate attraverso il processo di recupero.

Nei bambini molto piccoli si incorre in un importante elemento critico: il fenomeno dell' **amnesia infantile**. Per **amnesia infantile** si intende l'incapacità di ricordare eventi autobiografici avvenuti prima di una certa età. Le ricerche empiriche condotte su questo tema hanno evidenziato come il numero di eventi autobiografici che vengono ricordati sia molto ridotto prima dei 3-4 anni (Freud invece posizionava questo confine a circa 7 anni).

Per ricordare eventi personali in forma verbale, come è richiesto dalla narrazione testimoniale, è necessario un adeguato sviluppo della memoria episodica. Pillemer e White (1989) segnalano che la memoria episodica non compare nei bambini prima dei 3-4 anni di età. Inoltre Uehara (2000) trova che i bambini non hanno un livello di comprensione verbale adeguato prima dei 3 anni di età e quindi non riescono a ricordare verbalmente, in modo anche minimale. Infatti quando hanno 4-5 anni, hanno grandi difficoltà nel ricordare verbalmente in modo spontaneo episodi personali vissuti prima dei 4 anni.

Il fenomeno dell'amnesia infantile è da considerarsi "fisiologico", presente quindi in tutti i soggetti, a prescindere dalla presenza di altri fattori che modellano l'attendibilità. Esso è dovuto alla maturazione dei lobi frontali che è molto lontana dall'essere conclusa prima dei 4 anni. Nello specifico la progressiva capacità di comprensione e produzione linguistica e la progressiva capacità di ripetere correttamente ricordi autobiografici sono legate alla maturazione delle regioni cerebrali linguistiche dell'emisfero sinistro (fascicolo arcuato e aree del linguaggio).

LA SUGGESTIONABILITÀ DEL MINORE

Per suggestionabilità si intende la tendenza individuale a rispondere in modo specifico a stimoli suggestivi, tendenza che spinge il soggetto ad accettare e successivamente incorporare informazioni post evento all'interno del suo sistema mnestico. Diversi autori ritengono che i ricordi possano essere modificati proprio a causa di una domanda suggestiva e che vi sia una marcata influenza tra domande suggestive e capacità di esporre i fatti vissuti. Ceci e Bruk (1993) sono arrivati

alla conclusione che i bambini cedono con facilità alla suggestione se: 1) sono piccoli; 2) sono interrogati a distanza di tempo; 3) si sentono intimoriti dall'adulto; 4) la suggestione viene esercitata da persone affettivamente importanti o comunque da persona ai cui desideri il bambino vuole conformarsi. Sono numerose le ricerche che hanno dimostrato come la vulnerabilità alla suggestione aumenti al diminuire dell'età del testimone. È necessario considerare che se il testimone è un minore, il discorso sulla suggestionabilità si interseca con la questione delle differenze evolutive: la capacità di resistere a uno stimolo suggestivo si sviluppa parallelamente rispetto alle capacità cognitive che ne sono alla base (memoria, capacità linguistiche e di conoscenza, intelligenza). La suggestionabilità sembra essere legata quindi alla maturazione del lobo frontale del cervello. È stato dimostrato che nei bambini di 3 anni gli effetti sul ricordo delle cosiddette *misleading questions* (domande suggestive) incidono in ragione del 67% e l'attendibilità della risposta è pari al 35%. Già nei bambini di 5 anni il livello di accuratezza aumenta arrivando al 54%. Altri studi dimostrano che a 4 anni le domande suggestive inducono risposte errate con una percentuale doppia rispetto ai 10 anni e tripla rispetto all'adulto. Alcuni autori sostengono che la differenza del grado di suggestionabilità nei bambini di diversa età sarebbe dovuta al fatto che i più piccoli avrebbero una traccia mnestica dell'evento più debole rispetto a quelli grandi e perciò più vulnerabile all'intrusione di informazioni esterne. I bambini con un miglior ricordo di un fatto accaduto sarebbero quindi maggiormente resistenti alla suggestionabilità di quelli che non ricordano molto bene. Alcuni studi d'altra parte hanno fornito evidenze di direzione opposta, in cui non sono emerse differenze nel livello di suggestionabilità tra i bambini di età diverse.

La letteratura internazionale è concorde nel ritenere che i bambini piccoli considerano gli adulti credibili e competenti, specie se sono persone a loro care e vissute come autorevoli. Ecco perché essi tendono a rispondere in base alle aspettative e confermano facilmente le informazioni anche false fornite loro da tali adulti. Una ricerca di Ceci, Ross e Togliola ha dimostrato come i bambini si lascino suggestionare di meno quando le informazioni fuorvianti provengono da altri bambini.

ALTRI ELEMENTI CRITICI

La capacità di distinguere esperienze vere o false: la ricerca ha dimostrato che il bambino di 5 anni ha una ridotta capacità di riconoscere eventi realistici e irrealistici che non sono stati da lui esperiti.

Molto rilevante ai fini forensi è quanto pubblicato da Uheara nel 2000. Ai bambini veniva chiesto di raccontare come fosse avvenuto un gioco scolastico nel quale erano coinvolti con i genitori: i bambini di 4 anni riportavano come veri eventi falsi suggeriti dalle domande dell'adulto, anche se irrealistici. Invece i bambini di 5 anni non evidenziavano questa induzione di falso ricordo.

Capacità di discriminare l'assurdo: un soggetto che rende una testimonianza attendibile deve essere in grado di comprendere un'eventuale assurdità che sta dicendo. Se non è in grado di identificare le assurdità, non potrà inibire eventuali narrazioni non veritiere.

Indicazioni della sorgente (*source monitoring*): per indicazioni della sorgente si intende la capacità di identificare il contesto nel quale è avvenuto l'evento autobiografico oggetto del ricordo. Ad esempio i bambini di 6 anni hanno molte difficoltà rispetto agli adulti a decidere se hanno veramente toccato il proprio naso o semplicemente immaginato di farlo. La difficoltà per i bambini più piccoli nell'identificare la sorgente della traccia mnestica è un dato consolidato e replicato in numerose ricerche. Questa difficoltà è la conseguenza della difficoltà nell'inibire le risposte sbagliate.

Capacità di leggere gli stati mentali altrui (teoria della mente - TOM): con l'espressione "teoria della mente" ci si riferisce all'abilità sociocognitiva, tipica dello sviluppo della mente umana, di attribuire a sé e agli altri stati mentali quali desideri, intenzioni, pensieri e credenze e di spiegare e prevedere i comportamenti sulla base di queste inferenze (Camaioni, 2008).

Diversi autori hanno riconosciuto la TOM come una componente di base della metacognizione. Lo sviluppo della comprensione della mente altrui, che inizia solitamente tra i 4 e i 5 anni, potrebbe considerarsi come un fattore in grado di ridurre la suggestionabilità del minore.

A partire dal primo anno di vita il bambino, durante i suoi primissimi scambi con i genitori, esprime le sue emozioni e nonostante queste non siano sempre volontario mezzo di comunicazione, i genitori le trattano come tali. È all'interno di questa situazione che i bambini cominciano a comprendere il significato che le loro emozioni hanno per gli altri. Grazie alle interpretazioni che gli adulti offrono loro in questi scambi, i bambini imparano gradualmente a comunicare intenzionalmente mediante le convenzioni culturali condivise con il genitore che, riproducendo la struttura diadica della conversazione, permette al bambino di apprendere le regole della comunicazione intenzionale. I primi segni di lettura della mente si manifestano in interazioni familiari in cui le emozioni giocano spesso un ruolo centrale. Ad esempio la capacità di fare dispetti riflette una comprensione di ciò che può infastidire o irritare, quella di scherzare sottintende un'anticipazione di ciò che l'altro troverà divertente, e quella di confortare rispecchia una comprensione di ciò che può ridurre la sofferenza altrui. A 3-4 anni di età questi eventi interattivi, in cui le emozioni sono particolarmente salienti, rivelano chiaramente la capacità del bambino di leggere la mente.

In ambito forense la teoria della mente è stata oggetto di studio soprattutto in relazione al tema della suggestionabilità infantile, dal momento che lo sviluppo della comprensione della mente altrui potrebbe configurarsi come un fattore in grado di migliorare la resistenza del bambino alla suggestione.

Possedere una teoria della mente favorisce infatti il riconoscimento nella soggettività dell'interpretazione della realtà e la consapevolezza che le rappresentazioni della realtà sono diverse dal fatto in sé. Poter mettere a confronto più modelli mentali della realtà permette ai bambini di scegliere il dato più aderente alla realtà stessa e di essere quindi meno suggestionabili.

La letteratura inoltre ha dimostrato l'esistenza di diverse variabili in grado di influenzare, a parità di capacità rappresentazionali, il grado di suggestionabilità del bambino. Uno di questi elementi è il coinvolgimento emotivo, seguito dalla maggiore o minore difficoltà incontrata nel mettere a confronto le fonti

alla base della rappresentazione stessa. Altre fonti in grado di influenzare la suggestionabilità del bambino sono: l'ordine temporale con cui un evento viene acquisito, la rilevanza soggettiva dell'evento, l'autorevolezza della fonte, gli elementi che caratterizzano la scena, oltre ovviamente al modo in cui vengono poste le domande.

È stato dimostrato che i bambini sono maggiormente in grado di resistere alla suggestione nei casi in cui possono esplicitare le fonti dell'informazione e comprendere quale è l'origine dei ricordi.

Bibliografia di riferimento

- Camaioni L. *La Teoria della Mente. Origini, sviluppo e patologia*. Bari: Laterza 2008.
- Ceci SJ, Bruck M. *Suggestibility of the child witness: a historical review and synthesis*. Psychol Bull 1993;113:403-39.
- Ceci SJ, Roos DF, Toliga MP. *Suggestibility of children's memory: psychological implication*. J Exp Psychol Gen 1987;116:38-49.
- Mazzoni G. *La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui Minori*. Milano: Giuffrè 2000.
- Mazzoni G. *Si può credere ad un testimone? La testimonianza e le trappole della memoria*. Bologna: Il Mulino 2003.
- Miller GA. *The magic number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information*. Psychological Review 1956;66:81-97.
- Pillemer DB, White SH. *Childhood events recalled by children and adults*. In: Reese HW (ed.). *Advances in Child development and behavior*. San Diego: Academic Press 1989.
- Tulving E. *Subjective organization in free recall of unrelated words*. Psychological Review 1962;69:344-64.
- Uehara I. *Differences in episodic memory between a 5 and 4 years old: false information versus real experience*. Psychol Rep 2000;86:745-55.

Antonio Caradonio

Pediatra di Famiglia, Bari

Storia di Ebola

È di pochi giorni fa, ottobre 2019, l'ok dell'Ema, *European Medicines Agency*, l'Agenzia Europea del Farmaco, per l'immissione "condizionata" in commercio nell'Unione Europea del vaccino "Ervebo": il primo vaccino contro lo Zaire Ebola virus. Un vaccino ritenuto "sicuro, immunogenico ed efficace".

Ma, dato assai importante, in base a un preciso protocollo la stessa Agenzia ne consiglia un "uso compassionevole" per proteggere le persone a più alto rischio di infezione, come operatori sanitari o persone venute a contatto con pazienti infetti, o secondo una strategia di vaccinazione ad anello.

Una raccomandazione, quella del CHMP, *Committee for Medicinal Products for Human Use*, Comitato Europeo per i Medicinali a Uso Umano, che manifesta quanto la Comunità Scientifica, ancora oggi, sappia poco di questo virus o di questi virus, come vedremo avanti.

Attualmente, infatti, non solo non esistono terapie approvate per gli Ebola, non solo non sappiamo da dove siano spuntati fuori, ma non sappiamo neanche dove essi si nascondano.

E così, proprio per provare a conoscere meglio questa famiglia di virus, trovo giusto iniziare da un'altra storia "compassionevole" che riguarda Zaire Ebola.

Quella delle sei suore italiane che a Kikwit nel Congo decisero di sacrificare la propria vita per alleviare le sofferenze di quanti, nella primavera del 1995, furono infettati dalla malattia della "Maschera della Morte Rossa".

Così era stata descritta Ebola.

Si chiamavano Clarangela Ghilardi, Floaralba Rondi, Vitarosa Zorza, Annelvira Ossoli, Dinarosa Beller e Danielangela Sorti. Quattro bergamasche e due bresciane che appartenevano alla congregazione delle Suore delle Poverelle e che lavoravano nel padiglione chirurgico del Kikwit General Hospital.

La prima a contrarre una febbre la cui causa rimase a lungo ignota fu suor Floralba seguita subito dopo

da suor Daniela e suor Dina. Suor Floralba morì il 25 aprile.

Quattro mesi dopo il primo decesso, quello del cosiddetto "paziente zero".

Un uomo di 42 anni che lavorava il legname nella fitta giungla appena fuori Kikwit, un centro di oltre duecentomila abitanti, e che, ricoverato ai primi di gennaio senza particolari misure precauzionali, dopo aver infettato molti componenti della propria famiglia, morì in soli sei giorni come se si fosse liquefatto.

Quello del 1995 a Kikwit non era stato il primo focolaio di Ebola in Zaire, tuttavia solo alla fine di maggio un medico ipotizzò che quelle migliaia di malati e centinaia di morti potessero essere state causate da "Ebola virus".

Figura 1.
Ebola virus.



L'ipotesi venne dimostrata dai CDC di Atlanta.

Ma quel notevole ritardo fu forse alla base dell'insuccesso dell'operazione che i tecnici dell'USAMRIID (*United States Army Medical Research Institute of Infectious Diseases*) e quelli del DPIL (*Danish Pest Infestation Laboratory*) inviati dall'OMS si erano preposti di compiere una volta giunti a Kikwit alla fine di agosto: scoprire da dove fosse venuta fuori Ebola e dove si nascondesse. Ovvero chi fosse l'ospite serbatoio.

A questo punto bisogna riannodare il nastro e partire dal primo episodio di Ebola.

1976, Yambuku, cuore della Africa Nera. Repubblica Democratica del Congo. Zaire.

Decine di persone presentano febbre scuotente, occhi iniettati di sangue, vomito emorragico, diarrea sanguinolenta ed epistassi. Un medico di Kinshasa inviato sul posto preleva un campione di sangue e lo invia all'Università di Anversa.

Lì un giovane ricercatore Peter Piot, lo analizza e si imbatte in un nuovo virus.

"Era un giorno di settembre e in un termos blu lucido consegnato all'usciera del mio istituto insieme a una lettera di accompagnamento da un dipendente della Sabena Airlines, c'era un campione di sangue di una suora belga che si era ammalata di un male misterioso a Yambuku, villaggio sperduto nella parte nord del Congo. Pensavo fosse febbre gialla, e invece al ME vidi un patogeno singolare. Che diavolo è questo, pensai. Il virus era enorme, molto lungo e simile ad un verme. Non aveva nulla a che vedere con la febbre gialla".

Gli animali di laboratorio sui quali Piot aveva inoculato il materiale infetto morirono con una tale velocità che fu presto chiaro che quel virus doveva essere tra le forme di vita più mortali mai studiate prima, e il nome Ebola nacque per caso proprio in quel laboratorio. Infatti, la carta geografica che campeggiava sulla parete del laboratorio non era molto grande e il paese di Yambuku, nel nord del Congo belga poi Zaire da dove proveniva il campione, era come circondato dalle spirali di un piccolo fiume affluente dell'Ubangi. Le anse del fiume sembravano le spire del virus. Il fiume si chiamava Ebola. E quello fu il nome dato al virus.

Mentre ad Anversa si correva il rischio che il virus ancora sconosciuto potesse accidentalmente propagarsi e a Yambuku l'ospedale veniva chiuso in soli tre mesi perché erano morti tutti i medici e gli infermieri (una situazione talmente grave che aveva imposto l'invio di unità dell'OMS e dei CDC di Atlanta a Porton Down, nelle campagne inglesi del Wiltshire vicino Salisbury, capeggiate da Karl Johnso, un'autorità mondiale in campo virologico), Ebola aveva trovato il modo di presentarsi in Europa.

Il 5 novembre del 1976 uno dei tecnici che lavorava nel laboratorio di quella che era considerata la Los Alamos inglese, una stazione sperimentale per la produzione di armi chimiche nella Prima Guerra Mondiale poi trasformata in una fabbrica di armi batteriologiche nella Seconda Guerra Mondiale e infine struttura di massima sicurezza contro attacchi chimici e batteriologici durante la Guerra Fredda, S. Geoffrey Platt si inoculò Ebola per errore con un ago col quale lavorava a un campione di tessuto giunto da Yambuku.

Sopravvisse dopo qualche settimana di agonia, forse grazie all'uso di un siero prelevato da un paziente guarito in un villaggio vicino Yambuku. Ma da quel giorno non fu più lo stesso uomo. Sapeva cosa era la morte, l'aveva vista con gli occhi.

Il drammatico focolaio del 1976 in realtà era stato preceduto di qualche mese da un evento di febbre emorragica avvenuto in Sudan che aveva dato una percentuale di decessi del 50%. Solo che questo evento, pur grave, non aveva avuto l'eco di quello dello Zaire. E ciò non solo perché Zaire Ebola virus aveva avuto una percentuale di mortalità ben superiore, 60%, ma soprattutto per ragioni politiche. Mobutu aveva chiamato nel proprio Stato le massime autorità mondiali.

Non abbiamo notizie di altri focolai precedenti.

Sappiamo invece che nel 1994 avvenne un'altra epidemia di febbre emorragica nel Gabon capace di collassare l'ospedale di Makokou e di determinare decine e decine di morti, soprattutto tra il personale sanitario. A occuparsene fu Eric M. Leroy, virologo del CIMRF di Franceville.

L'epidemia fu spaventosa. I pazienti si consumavano perdendo sangue dagli orifizi.

Ma quella volta fu chiaro che l'epidemia, se aveva avuto nell'uomo un bersaglio, era però sui gorilla ad aver scatenato la propria forza mortale. Ne aveva sterminati a migliaia.

"Science", a tal proposito, pubblicò un lavoro che suscitò scalpore: *Ebola outbreak killed 5000 gorilla*.

Sappiamo che l'Aids è causato da Hiv-1 e Hiv-2 derivati da Siv-cpz e Siv-cmm. Si tratta cioè di una traccimazione da specie animale a esseri umani: zoonosi.

Ebola invece uccide uomini e gorilla allo stesso tempo. Solo che in questo caso lo *spillover*, ovvero il salto di specie, è da umani ad animali: antroponosi. E questo è un dato su cui riflettere.

Tant'è che se è nota la stretta affinità genetica tra i gorilla e gli umani, al punto che entrambi condividono le stesse infezioni come tubercolosi, poliomielite, morbillo, varicella, polmoniti ecc., meno noto è il fatto che nella giungla in presenza di umani che tossiscono, starnutiscono o defecano, i gorilla si trovano a contrarre subito e in modo drammatico le rispettive malattie. Un clamoroso esempio è stato fornito dal rischio di estinzione dei gorilla di montagna cari all'etologa Jane Goodall, causato dal morbillo portato da dei visitatori in visita nel parco di Gombe.

Ma che tipo di virus è Ebola?

È simile a un verme o a un serpente arrotolato su se stesso. Come un altro virus: il Marburg. Altro virus altamente letale presente in Sud America.

Ovviamente sono entrambi virus a Rna. E siccome condividono una struttura filamentosa e vermiforme hanno dato vita alla famiglia delle *Filoviridae*.

A oggi conosciamo cinque Ebola virus: Zaire Ebola virus, Sudan Ebola virus, Ebola virus della Foresta Tai, Reston Ebola virus, Ebola Bundibugyo virus.

Ma sono soprattutto i primi tre Ebola a terrorizzare il mondo intero.

Terrore da attribuire all'altissima mortalità e alla drammaticità dei sintomi, ma soprattutto all'assenza di terapie sicure e di conoscenza della trasmissione.

I focolai, negli ultimi venticinque anni, sono stati numerosi. Focolai scoppiati dal nulla e nel nulla evaporati, al di là della scia di morti seminata con percentuali che sono oscillate tra il 50% e l'80%. Da agosto 2018 e nei nostri giorni, è in corso l'ultima epidemia

tra Repubblica Democratica del Congo e Uganda. Percentuale di decessi del 59%.

Rimangono sul campo molte domande alle quali di volta in volta sono date risposte mai del tutto convincenti. Come le due teorie circa la distribuzione geografica e la comparsa "spot" di Ebola.

Secondo il dr. Eric Leroy, Ebola è presente da sempre in un ospite serbatoio (forse scimmie antropomorfe, pipistrelli o antilopi non si sa) e si trasmette per via diretta (sangue, liquidi biologici o aria, quest'ultima modalità di contagio, se accertata, sarebbe di portata devastante). Ebola, quindi, sarebbe la regista delle proprie apparizioni.

Secondo il dr. Peter Walsh invece, epidemiologo americano esperto in modelli matematici applicati alle epidemie, Ebola è un virus giovane da un punto di vista evolutivo. Forse è comparsa in Africa, come Hiv-1, in epoca recente e a seguito della pressione esercitata sull'ambiente dalla specie umana. Una sorta di "fronte d'onda" che in determinati luoghi per ragioni che ancora sfuggono, ma che possono essere legate anche a fattori climatici, passa dalla o dalle specie serbatoio agli umani.

Del tutto recentemente poi, grazie a una sintesi operata da due giovani ricercatori, R. Biek e L. Real, le due

Figura 2.
Struttura Ebola virus.



tesi sono state immaginate non in contrapposizione ma capaci di spiegare il fenomeno Ebola.

Filogeneticamente il virus è comparso a Yambuku alla metà degli anni '70 del secolo scorso come mutazione di un antenato appartenente ai filovirus, e poi si è propagato, grazie ai diversi ospiti serbatoio, come un'onda.

Un'onda che sta "spazzando" il cuore dell'Africa Nera. Il mondo occidentale, in varie circostanze, è stato già sfiorato da Ebola.

È stato il caso di Pauline Cafferkey a far mettere in allerta le strutture di sorveglianza. La Cafferkey, una soccorritrice scozzese, dopo aver contratto Ebola in

Sierra Leone ed esserne guarita, aveva presentato numerose ricadute.

Ciò aveva spinto i sanitari del Queen Elizabeth University Hospital di Glasgow ad aprire un fascicolo capace di documentare tutta la sua vicenda. Fascicolo che portò ad accertare come la soccorritrice, al suo sbarco nel Regno Unito proveniente dalla Sierra Leone, avesse nascosto e alterato i dati relativi alla propria temperatura corporea perché temeva di perdere il lavoro.

Una condotta che portò invece al suo licenziamento, oltre che a far capire come il mondo intero sia sotto la minaccia di Ebola.

Intervista a:

Paolo Biasci

Presidente FIMP

Mattia Doria

Segretario Nazionale alle Attività Scientifiche ed Etiche, FIMP

Attilio Boner

Università degli Studi di Verona

a cura di **Piercarlo Salari**

Pediatra e divulgatore medico-scientifico, Milano

Vitamina D: spunti emersi da un'indagine e da un percorso formativo condotti dalla FIMP

Tra le numerose tematiche di aggiornamento professionale sviluppate per i Pediatri di famiglia da FIMP nelle sue "Pillole", la vitamina D è stata oggetto sia di un'interessante indagine su tutto il territorio nazionale sia di apprezzati eventi formativi.

Ne parliamo con il dott. Paolo Biasci, Presidente FIMP, e Mattia Doria, Segretario Nazionale alle Attività Scientifiche ed Etiche FIMP.

PERCHÉ SI È RITENUTO OPPORTUNO RICHIAMARE L'ATTENZIONE DEL PEDIATRA SUL TEMA VITAMINA D?

Ebbene più del 50% dei giovani italiani con meno di 16 anni risulta carente di vitamina D. In particolare i soggetti più esposti ai rischi per la salute, derivati da questa condizione, sono rappresentati proprio dai bambini e dagli adolescenti. Sotto accusa è soprattutto la scarsa esposizione al sole da cui dipende il 90% circa del fabbisogno di vitamina D.

"Negli ultimi anni è stato dimostrato che la vitamina D è capace di svolgere numerose altre azioni oltre a quelle classiche sul metabolismo osseo e questo ha reso necessario un aggiornamento sul suo ruolo nelle condizioni di frequente riscontro in età pediatrica" osserva Paolo Biasci. "Alla luce di queste considerazioni" continua Biasci, "si è pensato di trarre spunto dall'approccio dei Pediatri sulla profilassi con vitamina D per poi trasferire loro le acquisizioni più recenti mediante un percorso formativo".

COME SI È SVOLTO IL PERCORSO FORMATIVO?

"Innanzitutto è stata condotta una *survey* con un duplice obiettivo" afferma Mattia Doria, "quello, cioè, di

acquisire dal Pediatra di famiglia sia le informazioni sulla gestione della profilassi con vitamina D sia i suoi bisogni formativi sulle più recenti indicazioni relative alla profilassi con vitamina D durante tutta l'età pediatrica". Sulla base di questi dati si è successivamente sviluppato il percorso formativo, articolato in tre corsi residenziali, i cui contenuti sono stati poi riproposti con degli approfondimenti attraverso una FAD tuttora accessibile. L'indagine è stata successivamente estesa su tutto il territorio nazionale e i risultati presentati in occasione del XIII Congresso Nazionale FIMP svoltosi recentemente a Paestum. Un aspetto merita di essere evidenziato: "Si può parlare di un modello formativo innovativo, che partendo dalle esigenze conoscitive verifica sul campo i risultati del percorso didattico intrapreso" aggiunge Biasci.

QUALI SONO I PRINCIPALI RISULTATI EMERSI DALL'INDAGINE?

"I risultati dell'indagine, frutto dell'analisi di circa 800 questionari, hanno confermato un elevato livello di sensibilità e attenzione da parte dei Pediatri di famiglia (98%) nei confronti della raccomandazione della profilassi con vitamina D nei primi due anni di vita del bambino. Durante la seconda e terza infanzia, questa attitudine riguarda il 22% circa dei Pediatri, mentre il 67% circa raccomanda la vitamina D esclusivamente nei bambini che presentano fattori di rischio di deficit (principalmente rappresentati dalla scarsa esposizione solare)" commenta Biasci (Figg. 1, 2).

L'indagine ha ribadito inoltre che il fabbisogno giornaliero di vitamina D durante la seconda e terza infanzia, pari a 600 UI, dose peraltro superiore a quanto racco-

Figura 1.

Per quanto tempo raccomandi la profilassi con vitamina D dopo la nascita?

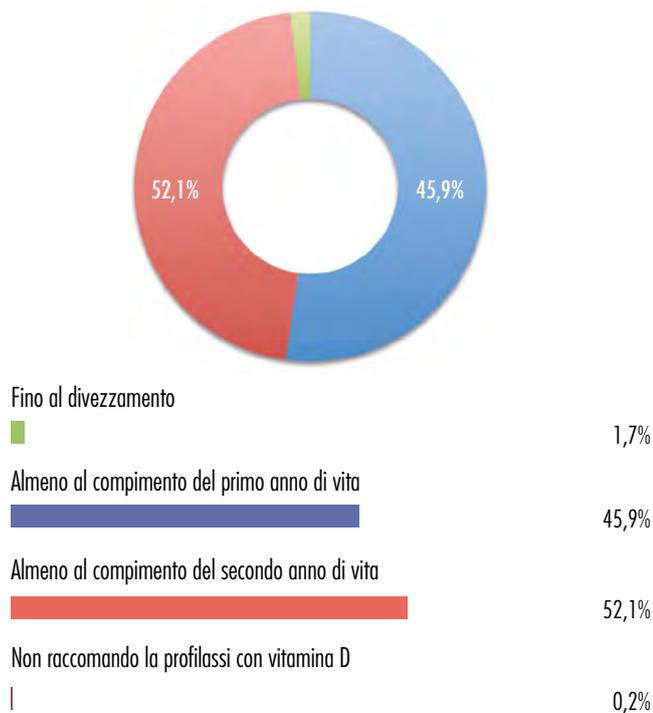


Figura 2.

Durante la seconda e terza infanzia sei abituato a raccomandare la profilassi con vitamina D nel bambino altrimenti sano?

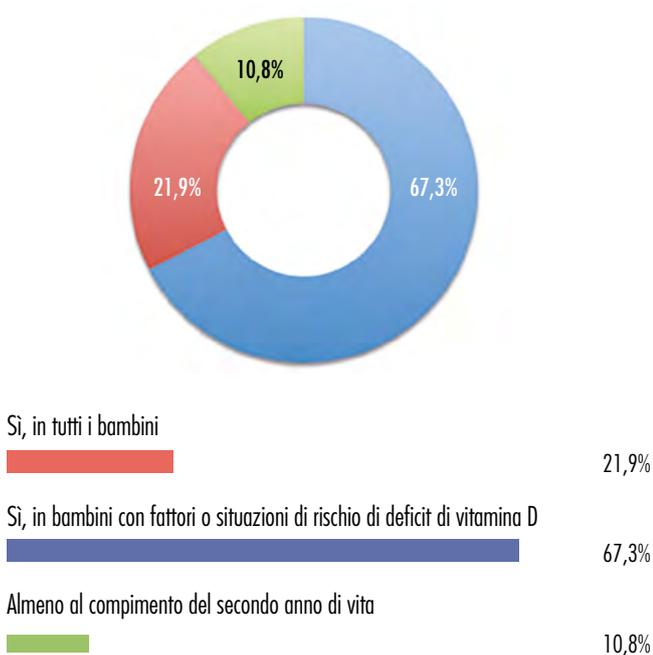
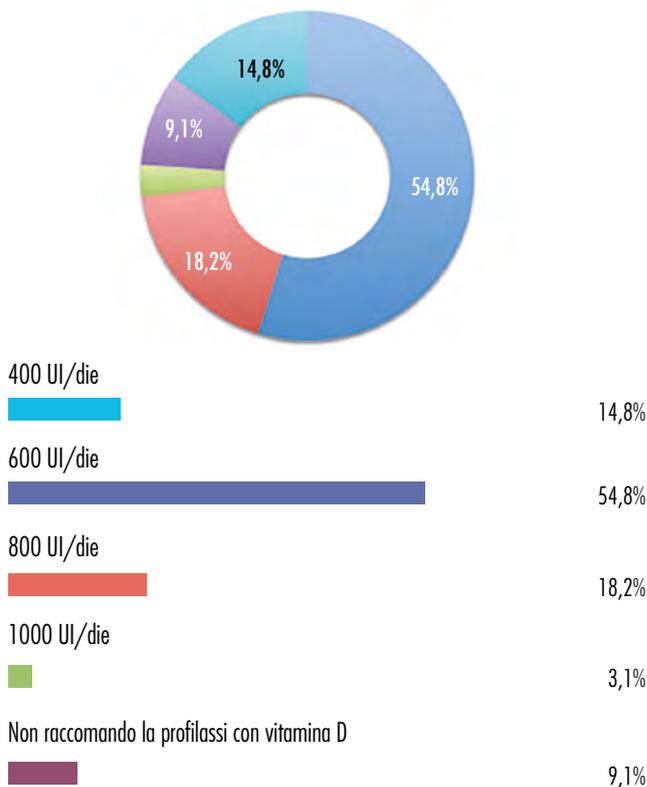


Figura 3.

Se consigli la profilassi con vitamina D durante la seconda e la terza infanzia, che dosi raccomandi generalmente?



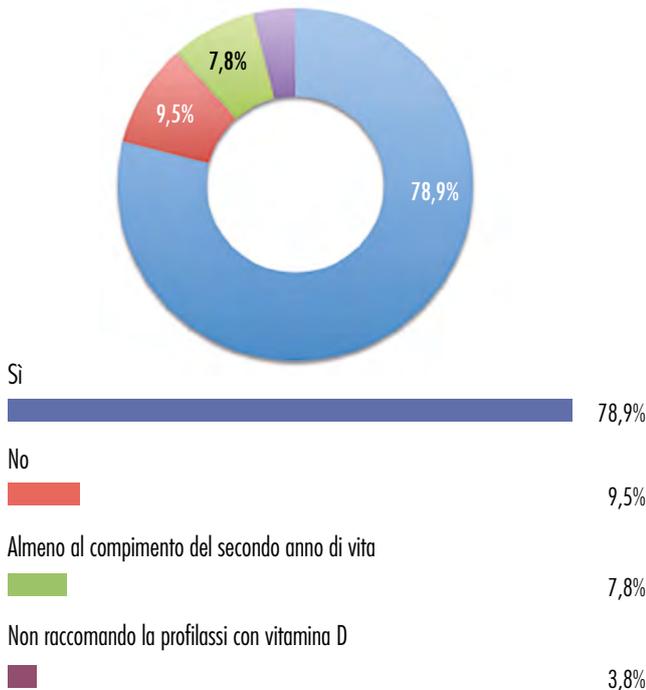
mandato per il lattante nel primo anno di vita (400 UI), è raccomandato dal 55% circa dei Pediatri di famiglia (Fig. 3). Tale dato mostra una maggiore consapevolezza sulle posologie che corrispondono a quelle raccomandate dai LARN stabiliti dalla Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) e dalle principali Società scientifiche pediatriche, tra cui la FIMP.

La quasi totalità dei medici ha inoltre riconosciuto nella carenza di vitamina D il principale fattore che in età pediatrica può influenzare negativamente la salute ossea e l'acquisizione del picco di massa ossea. Negli adolescenti la profilassi con vitamina D è raccomandata da oltre la metà dei Pediatri nei casi in cui esistano condizioni di rischio di deficit e da circa il 30% che invece la raccomanda in tutti gli adolescenti. Piuttosto elevata è risultata la sensibilità nei confronti dei bambini obesi, asmatici o con infezioni respiratorie ricorrenti. Riguardo alla stagionalità, l'80% circa dei Pediatri ritengono la stagione invernale un fattore di rischio di deficit per tutti i bambini italiani (Fig. 4).

In conclusione la *survey* sottolinea la necessità di non

Figura 4.

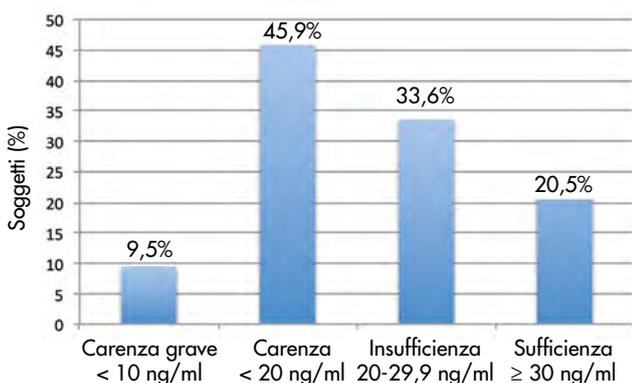
Ritieni che il periodo invernale rappresenti un fattore di rischio di deficit di vitamina D per i bambini e gli adolescenti?



sottovalutare l'importanza della supplementazione con vitamina D durante l'età pediatrica e in particolar modo nei contesti di maggiore fabbisogno (ad es. stagionalità, obesità, ecc.).

Figura 5.

Stato vitaminico D in bambini e adolescenti italiani (da Vierucci S et al., Eur J Pediatr 2013;172:1607-17, mod.).



Ma cosa rende la vitamina D un nutriente del tutto particolare e cosa dovrebbe sapere (e fare) il Pediatra di famiglia di oggi per mantenersi in linea con gli sviluppi scientifici? Il professor Attilio Boner (Università degli Studi di Verona) lo chiarisce rispondendo ad alcuni quesiti nodali.

PERCHÉ SI PARLA SPESSO DI “EFFETTI EXTRASCHELETRICI” DELLA VITAMINA D?

Storicamente la vitamina D è stata impiegata per la prevenzione del rachitismo. Recenti studi hanno tuttavia mostrato che le azioni della vitamina D non si limitano soltanto a favorire la mineralizzazione ossea (potenzia l'assorbimento intestinale del calcio del 30-40% e del fosforo dell'80%) e il trofismo muscolo-scheletrico (promuove la sintesi delle proteine muscolari actina e tropomiosina); basti pensare che la vitamina D concorre all'espressione del 3% del patrimonio genetico. Va altresì sottolineato che il recettore della vitamina D è praticamente espresso dalla quasi totalità delle cellule dell'organismo (per esempio intestino, cute, occhio, cervello, cuore, isole pancreatiche, tiroide e surreni).

QUAL È LO STATO VITAMINICO D NEI BAMBINI ITALIANI?

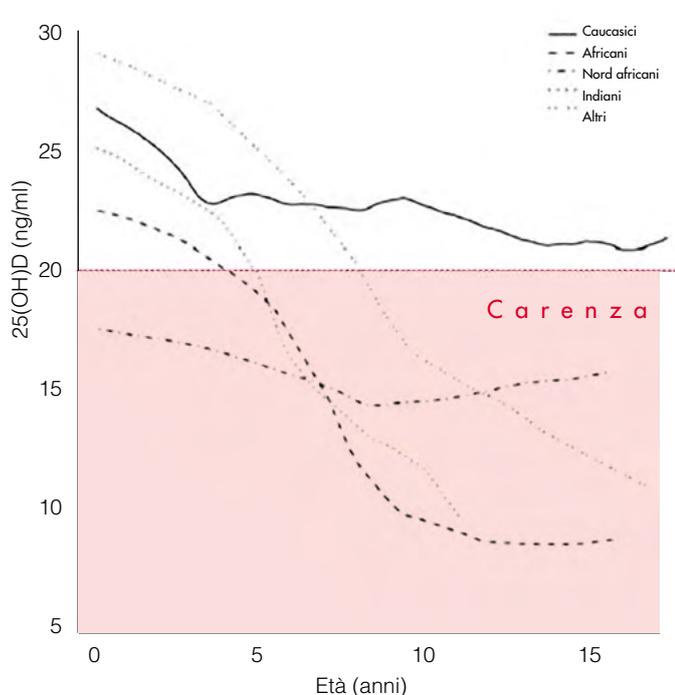
Per la definizione dello stato vitaminico D in età pediatrica, la Consensus italiana pubblicata recentemente dalla FIMP, SIP e SIPPS ha stabilito le seguenti soglie dei livelli circolanti del metabolita epatico 25(OH)D: si parla di deficit se i livelli sono < 20 ng/ml (il deficit è grave al di sotto dei 10 ng/ml), di insufficienza quando compresi tra 20 e 29 ng/ml e di sufficienza quando sono ≥ 30 ng/ml. Due studi italiani (Figg. 5, 6) hanno mostrato in maniera univoca che l'ipovitaminosi D interessa circa l'80% dei bambini. Questo dato può essere spiegato dal loro stile di vita, spesso caratterizzato da una ridotta attività fisica e di gioco all'aperto, dalla lunga permanenza al chiuso e da un regime dietetico non adeguato, in particolare a ridotto apporto di vitamina D e calcio. Ecco perché è opportuno prendere in seria considerazione l'opportunità di una corretta supplementazione di vitamina D in tutte le fasce d'età, adolescenza compresa.

QUALI SONO LE CONSEGUENZE DELL'IPOVITAMINOSI D?

La vitamina D svolge un ruolo fondamentale nel regolare l'omeostasi fosfo-calcica, con particolare riferimento ai processi di mineralizzazione e di acquisizione della massa ossea. L'acquisizione della massa ossea, in particolare, rappresenta uno dei processi più importanti e caratteristici dell'età pediatrica, poiché inizia in epoca fetale, prosegue durante tutta l'infanzia e l'adolescenza,

Figura 6.

Livelli sierici medi di 25(OH)D nei bambini di diversa etnia che vivono in Italia (da Franchi B et al., Eur J Pediatr 2015;174:749-57, mod.).



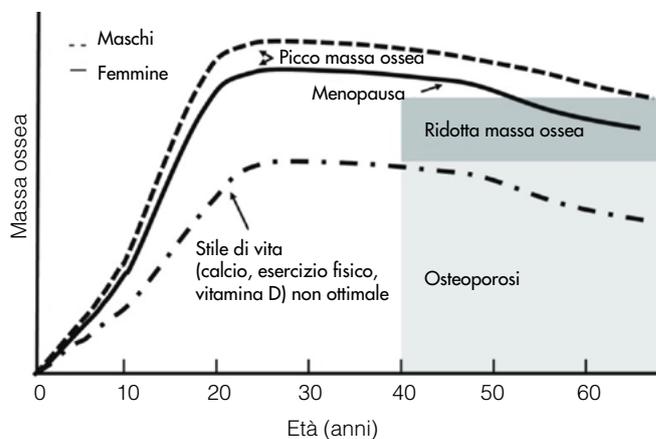
per culminare in età giovane adulta (Fig. 7) con il raggiungimento del picco di massa ossea (18-20 anni nelle femmine e tra i 20-23 anni nei maschi). Una percentuale significativa della massa ossea (20-40%) può essere influenzata da fattori legati allo stile di vita, come lo stato vitaminico D, l'esercizio fisico e l'apporto giornaliero di calcio. Uno stile di vita non ottimale interferisce infatti con il raggiungimento del picco di massa ossea, aumentando il rischio di sviluppare osteoporosi in età adulta.

IN QUALI CASI IL PEDIATRA PUÒ O DEVE SOSPETTARE UN DEFICIT? E COME DEVE AGIRE?

La vitamina D viene in massima parte prodotta in seguito all'esposizione della cute alla luce solare, pertanto, tutte le condizioni che riducono o annullano la sintesi cutanea di vitamina D rappresentano fattori di rischio di deficit e possibili indicazioni alla profilassi. Rientrano in questa categoria i bambini di etnia non caucasica con elevata pigmentazione cutanea e i bambini che, per motivi culturali, sono esposti raramente al sole o comunque indossano indumenti protettivi. Allo stesso modo, l'utilizzo estensivo di filtri solari riduce significativamente la capacità della cute di sintetizzare vitamina D. In generale, appare evidente che il tempo che i bambini trascorrono all'aria aperta si sta progressivamente riducendo,

Figura 7.

Andamento dei livelli di massa ossea durante la vita. Uno stile di vita non ottimale interferisce con l'acquisizione del picco di massa ossea (da Weaver CM et al., Osteoporos Int 2016;27:1281-386, mod.).



sostituito da attività ludiche prevalentemente indoor. Per quanto riguarda la situazione italiana, la sintesi cutanea di vitamina D è efficace soltanto in alcuni mesi dell'anno (da marzo a ottobre, in proporzione alla quantità di raggi UVB che raggiungono la superficie terrestre). Pertanto, in autunno inoltrato, nei mesi invernali e all'inizio della primavera, il bambino, anche se esposto al sole, non è in grado di produrre vitamina D. Ecco perché nei bambini e negli adolescenti il Pediatra deve prestare particolare attenzione alla presenza di fattori di rischio di deficit di vitamina D, al fine di mettere in atto prontamente adeguate strategie preventive.

CONCLUSIONI

- La promozione di uno stato vitaminico D adeguato rappresenta un importante obiettivo di salute pubblica, in particolare durante l'età pediatrica. La carenza di vitamina D può infatti influenzare negativamente la salute ossea di bambini e adolescenti e la profilassi con vitamina D è lo strumento più efficace per prevenirne la carenza.
- La profilassi deve essere offerta a tutti i bambini per tutto il primo anno di vita, indipendentemente dal tipo di allattamento. Successivamente, durante la seconda e la terza infanzia e l'adolescenza, la supplementazione con vitamina D deve essere consigliata ai bambini con fattori di rischio di deficit, in particolare una scarsa esposizione alla luce solare.
- Per quanto riguarda la situazione italiana, particolare attenzione deve essere rivolta al periodo invernale durante il quale la sintesi cutanea di vitamina D non è efficace. Inoltre, è opportuno ricordare che gli apporti giornalieri raccomandati di vitamina D aumentano dopo il primo anno di vita da 400 UI/die a 600 UI/die.

Giuseppe Longobardi¹,
Chiara Carella²

¹ Pediatra di Famiglia a Santa Maria Capua Vetere (CE), ASL Caserta;

² Pediatra di Famiglia a Noicattaro (BA), ASL Bari

Le mutilazioni genitali maschili

Quando si parla di mutilazioni genitali ci si riferisce in generale a quelle femminili, che possono avere un impatto fortemente negativo sulla salute sia fisica che psicologica delle bambine e delle donne, e nei cui confronti il nostro gruppo che si occupa di maltrattamento e abuso sta effettuando un'opera di sensibilizzazione attraverso corsi di aggiornamento regionali.

In questo articolo ci occuperemo invece delle mutilazioni genitali maschili, che in pratica si limitano nella stragrande maggioranza dei casi alla circoncisione che, per motivi storici e culturali, è ampiamente accettata nella società occidentale. Infatti il Consiglio d'Europa "non chiede la messa al bando della circoncisione, ma la considera una violazione dell'integrità fisica dei minori", mentre ha bandito tassativamente la pratica delle mutilazioni genitali femminili.

Le mutilazioni genitali maschili (MGM) sono modificazioni permanenti dei genitali esterni che comportano l'asportazione di tessuto sano, o di parte di esso.

Nella circoncisione maschile (dal latino "circumcidere" che vuol dire "tagliare intorno") si realizza l'escissione, parziale o totale, del prepuzio.

Il prepuzio forma un fisiologico rivestimento del pene nell'uomo e della clitoride nella donna e il suo sviluppo embriologico si completa alla sedicesima settimana di gestazione.

Alla nascita si dovrebbe parlare di "prepuzio non retraibile" anziché di "fimosi". Le cosiddette "aderenze prepuziali" rappresentano invece un fisiologico stadio di sviluppo per cui non andrebbero toccate.

Le funzioni del prepuzio si possono definire:

- protettive: perché protegge il glande da feci e urine nel neonato;
- immunologiche: perché accoglie ghiandole apocrine che liberano secreto con azione di difesa immunitaria;
- sessuali: perché, essendo una zona erogena, permette lo scivolamento dell'organo in erezione e faci-

lita il contatto durante il rapporto sessuale. La circoncisione maschile rappresenta la forma più frequente assimilabile alle mutilazioni genitali femminili, mentre altre forme quali lo schiacciamento o l'asportazione testicolare sono estremamente più rare, praticate in alcune popolazioni africane e in Micronesia.

Definiamo tre grossi capitoli all'interno della circoncisione:

- religioso-rituale: eseguita per motivi religiosi o come rito di passaggio in determinati momenti della vita;
- profilattica: prevenzione contro malattie future;
- terapeutica: in corso di patologie conclamate.

MOTIVAZIONE RELIGIOSO-RITUALE

Questo tipo di mutilazione è antichissima, probabilmente esisteva già nell'età della pietra. Si presenta in tutte le culture a eccezione delle civiltà del gruppo linguistico indogermanico e di quelle asiatiche superiori. Tale diffusione rende impossibile ricondurre a un'unica e soddisfacente spiegazione la pratica della circoncisione, dove sicuramente la forma "rituale" la fa da padrona.

Nell'antico Egitto la si trova già nel 3000 a.C. Il papiro di Ebers, trovato a Luxor nel 1862 dall'archeologo tedesco Ebers vicino a una mummia di Tebe del 3000 a.C., rileva già in essa assenza di prepuzio, anche se d'altro canto sono state rinvenute mummie incirconcise, per cui si ritiene che tale pratica non fosse applicata costantemente.

Gli egiziani erano ossessionati dall'idea della purificazione per cui il prepuzio, contenente smegma, era visto come forma di impurità e come tale andava eliminato. Accanto al motivo igienico esiste anche una spiegazione religiosa della circoncisione presso gli antichi egizi: il dio del sole RA si circoncise e dal sangue sgorgato dalla ferita prese origine l'universo e l'esistenza umana. L'idea era quella dell'immortalità: il serpente si libera dalla pelle e appare rinato nelle sue nuove,

smaglianti scaglie. Essere circumcisi divenne il segno di appartenenza a una certa comunità.

La circoncisione per gli ebrei

Nell'Antico Testamento Abramo, che circumcise se stesso, impone la circoncisione ai suoi due figli dai quali si fa risalire la nascita delle due grandi religioni mono-teistiche: Isacco (che fu il capostipite degli ebrei) ed Ismaele (che lo fu per i musulmani).

Nella Genesi (versetto 17,11) si parla infatti della circoncisione che Dio comandò ad Abramo come segno del patto, dell'alleanza (Brith Milà) che si instaura tra Dio e il popolo ebraico e, sempre nella Genesi (versetto 17,12) si stabilisce che il bambino deve essere circumciso l'ottavo giorno.

Ma perché l'ottavo giorno? Una spiegazione possibile è che mentre il numero sette rappresenta la natura (i sette colori dell'arcobaleno, i setti giorni della settimana...), il numero otto rappresenta il miracoloso, e il popolo ebraico sopravvive grazie al miracolo di questa alleanza con Dio, inoltre Isacco aveva otto giorni di vita al momento della sua circoncisione. È come se l'uomo attraverso la circoncisione si assumesse la responsabilità di perfezionare la natura stessa e l'opera del creatore. In ogni caso, al di fuori delle ipotesi religiose, una delle spiegazioni è quella di superare i primi giorni di vita in modo che il sistema coagulativo sia più efficiente. È così importante che sia eseguita l'ottavo giorno che, a meno di casi particolari, viene praticata anche se capita durante lo shabbat, giorno dedicato al riposo e che rappresenta uno dei segni distintivi dell'identità ebraica.

Per gli ebrei la circoncisione è una sorta di battesimo e viene eseguita in maniera rigorosa all'ottavo giorno di vita (si parla di bambini circumcisi sui carri verso Auschwitz), è stata ed è tuttora uno degli aspetti primari della religione ebraica stessa, essendo un rito imprescindibile per la fede, ed è l'unico comandamento che nella Bibbia viene chiamato Brith, cioè alleanza.

Il carattere religioso della circoncisione è evidente e infatti essa viene praticata in un luogo di culto, la sinagoga, o in un luogo vicino. Anche se in teoria l'obbligo della circoncisione cadrebbe sul padre, in realtà la pratica viene eseguita da persone esperte e formate (Mohelim), che attualmente sono spesso medici o pediatri.

Durante la circoncisione il bambino viene fatto sedere su una sedia speciale, chiamata "seggio di Elia", e tenuto in braccio con onore da persone importanti (nonni, amici illustri, rabbino).

La circoncisione per gli ebrei prevede vari momenti:

1. Milah: taglio del prepuzio con il coltello;
2. Peri'ah: recisione del prepuzio con l'unghia;
3. Mezizah: applicazione della bocca al pene sanguinante e suzione del sangue dalla ferita (attualmente viene praticata solo da ebrei ultraortodossi, mentre spesso viene utilizzato del vino);
4. Ispelanith : applicazione di un bendaggio.

Alla Brith Milà segue una festa per parenti e amici.

La circoncisione per i musulmani

Di Maometto si dice che fosse nato senza prepuzio (cosa possibile dal punto di vista medico): questo fatto ha automaticamente condizionato la sorte dei prepuzi dei suoi futuri seguaci maschili.

La circoncisione viene quindi praticata dai musulmani, anche se non esiste alcun dettame coranico ma solo a seguito di tradizioni giurisprudenziali è diventata obbligatoria per Shafiiti e approvata per i Malikiti.

Per differenziarsi dagli ebrei per quanto riguarda il momento della circoncisione, fu stabilito che il periodo in cui praticarla è tra il terzo e il dodicesimo anno di vita, e comunque prima dell'adolescenza.

Altra differenza con il mondo ebraico è che per i musulmani, più che una pratica religiosa, la circoncisione è una manifestazione prettamente sociale e per questo motivo non viene praticata nelle moschee. In passato era eseguita da barbieri o cerusici, mentre attualmente nella maggior parte dei casi da medici in ospedale.

Anche per i musulmani il giorno della circoncisione è un giorno di festa ma in questo caso, essendo il bambino più grande e non un neonato, al centro della festa non sono i parenti e gli amici, ma proprio il bambino, che viene riempito di regali e incoraggiato a essere coraggioso perché la circoncisione, anche se gli costerà dolore, gli permetterà di entrare nel mondo degli adulti.

Per i musulmani la circoncisione (khitan) viene addirittura riconosciuta nella Hadit e, insieme a essa, se praticata negli adolescenti e negli adulti, sono previsti:

- taglio dei baffi e delle unghie;
- depilazione di ascelle e peli pubici.

La circoncisione è ritenuta "obbligatoria" in ambito shafiita, mentre per le altre scuole sunnite rappresenta una buona pratica, meritoria o fortemente incoraggiata. Il dovere di circoncidere i maschi viene meno quando un bambino nasce già circonciso oppure è troppo debole o ancora quando un uomo anziano si converte all'islam.

MOTIVAZIONE PROFILATTICA

Col passare dei secoli, al posto delle motivazioni religiose, sono subentrate argomentazioni pseudomediche. All'inizio del '900 si sosteneva che la presenza del prepuzio era causa di malattie mentali masturbatorie, isteria, epilessia, enuresi notturna, irritabilità. Quando tutte queste sciocchezze sono state confutate, che ragioni si sarebbero dovute addurre per giustificare tale prassi nel clima razionalistico del ventesimo secolo? La risposta è apparsa nel 1932 sul periodico scientifico "The Lancet": il prepuzio è causa di cancro! Verso la fine degli anni '30 si procedeva alla circoncisione del 73% dei bambini statunitensi. Alla fine degli anni '70 la percentuale era quasi del 90%. Certo è che una serie di studi successivi non hanno mostrato un effetto protettivo significativo della circoncisione né per quanto riguarda il tumore alla prostata negli uomini né per il tumore ovarico nella donna (in questo caso il fattore protettivo non era legato alla circoncisione, ma all'uso del profilattico da parte del partner). In ogni caso pare che il presidente Obama, verso la fine del suo mandato, volesse farla diventare obbligatoria.

L'AAP (*American Academy of Pediatrics*), pur lasciando la scelta finale ai genitori, stabilisce che i vantaggi sono superiori ai rischi, consigliando quindi l'esecuzione.

Possibili benefici:

- maggiore igiene: la circoncisione rende più semplice lavare il pene, anche se bambini non circoncisi possono essere educati a lavarsi correttamente;
- riduzione delle infezioni urinarie: il rischio di IVU è comunque basso nei maschi, e ancora più basso nei maschi circoncisi;
- riduzione dei rischi di malattie sessualmente trasmesse: anche se una corretta attività sessuale rimane essenziale, i maschi circoncisi potrebbero avere un minore rischio di malattie sessualmente trasmissibili, incluso HIV;

- prevenzione di problemi al pene: in particolare fimosi;
- riduzione del cancro del pene: secondo alcuni studi il cancro al pene, peraltro molto raro, sarebbe meno frequente nei maschi circoncisi.

Sempre l'AAP mette in guardia riguardo a possibili rischi legati alla circoncisione quali sanguinamento e infezioni, oltre a quelli legati all'anestesia.

L'intervento viene praticato in ospedale in anestesia locale, possibilmente in periodo neonatale (generalmente nella seconda settimana di vita), ha una breve durata e dopo circa 10 giorni si ha guarigione completa.

MOTIVAZIONI TERAPEUTICHE

Le situazioni di circoncisione terapeutica sono davvero rare: la fimosi serrata (*balanitis-xerotica obliterans*) o patologie di prevalente natura neoplastica.

Bisogna comunque tenere presente che i danni fisici riportati da una circoncisione eseguita in modo errato o senza le adeguate misure igieniche possono essere molto importanti e vanno dalle emorragie, alle ulcerazioni dei condotti urinari, alle infezioni (anche HIV) e infine alla morte.

La situazione in Italia e in Europa

Su "Repubblica" di aprile 2019 sono stati riportati diversi casi di morte da circoncisione: un neonato morto a Genova dopo essere stato circonciso dalla mamma e dalla nonna nigeriane; un bambino di 5 mesi di Scandiano nel reggiano e un altro a Monterotondo vicino Roma, che fanno seguito a casi analoghi capitati negli anni precedenti a Torino, Bari e Treviso.

Secondo le statistiche dell'AMSI (Associazione Medici di origine Straniera in Italia), ogni anno in Italia si effettuano 11.000 circoncisioni su bambini di origine straniera: di questi 11.000 minori, circa 5.000 vengono circoncisi in Italia, mentre circa 6.000 effettuano tale pratica tornando nei Paesi di origine. Sul totale delle circoncisioni praticate in Italia, il 35% sono effettuate clandestinamente, ovvero in casa o in strutture non idonee per l'intervento, e soprattutto da persone non preparate né qualificate, comportando gravi rischi per la salute e la vita.

Nel settore privato gli interventi di circoncisione costano dai 2.000 ai 4.000 euro, fino ad arrivare in rari casi ai 5.000 euro, e si tratta di cifre decisamente non

accessibili a tutti. Mentre le circoncisioni clandestine si pagano dai 20 ai 50 euro.

La FNOMCEO (nella figura del suo presidente Anelli) insiste affinché sia inserita nelle prestazioni del sistema sanitario nazionale o, in subordine, possa essere accessibile, in strutture pubbliche o private, a prezzi calmierati.

L'unica Regione italiana che ha inserito nei suoi LEA la circoncisione rituale è la Toscana. Il Friuli invece richiede il pagamento da parte della famiglia, ma comunque la esegue. Presso l'ospedale di Civitavecchia è presente un ambulatorio per la circoncisione rituale maschile, ma solo per maggiori di 18 anni di età.

Secondo una recente sentenza si stabilisce la non contrarietà della circoncisione ebraica al nostro ordinamento e questo perché essa riveste, in primissima battuta, "una preminente valenza religiosa che sovrasta quella medica". La pratica si configura quindi come attività lecita e non contraria al diritto dello Stato italiano.

Con risoluzione 2076 (2015) sulla "Libertà di religione e di vivere insieme in una società democratica" il Consiglio d'Europa è tornato a esprimersi in materia di circoncisione. E lo ha fatto all'interno di un più ampio spettro di tutela che ha come punto di riferimento la figura del bambino. Alla circoncisione è dedicato il paragrafo 952, in cui si raccomanda agli Stati membri di consentire la circoncisione confessionale-religiosa dei bambini (*ritual circumcision of children*) soltanto se praticata da persona dotata di specifica formazione e abilità necessarie, e se è stata fornita ai genitori informativa dettagliata sui rischi e sulle controindicazioni che l'atto in sé può comportare per il minore. In ogni caso l'intervento deve svolgersi, si precisa, "in opportune condizioni mediche e sanitarie".

In Islanda il tentativo di bandire la circoncisione rituale ha scatenato le proteste delle minoranze ebraiche e musulmane, per cui al momento tale proposta di legge è stata accantonata.

Nel mondo anglosassone invece non ci sono particolari problemi riguardo la circoncisione, che viene considerata tra le *good hygienic practices*.

MUTILAZIONI GENITALI MASCHILI E FEMMINILI A CONFRONTO

Si può rilevare un diverso atteggiamento nei confronti delle mutilazioni eseguite nei due sessi: mentre quelle maschili sono ben accettate, se non addirittura consigliate, dalla nostra cultura occidentale, e non sono sottoposte a legislazione punitiva (a meno di complicanze che causino danno o mettano in pericolo la vita del bambino), quelle femminili, andando a ledere gravemente la dignità femminile, i suoi diritti e la sua integrità fisica, vengono giustamente riprovate e punite e quindi praticate per lo più in modo clandestino. In merito alla circoncisione maschile il Comitato Nazionale di Bioetica nel 1998 ha stabilito che tale pratica deve essere considerata come "manifestazione del patrimonio fideistico-rituale" e quindi essere garantita dall'articolo 19 della Costituzione, relativo alla libertà di espressione e scelta in campo religioso.

"Gli organi genitali, così delicati, complessi e sensibili, dovrebbero essere lasciati in pace da una specie intelligente quale quella umana. Ma così non è stato. Organi capaci di darci un immenso piacere, sono stati causa di una incalcolabile dose di dolore" (Desmond Morris).

Ricordo di Giorgio Cappitelli

Bianco Monica

Fimp Regione Piemonte



Il dott. Giorgio Cappitelli, nato a Marsala il 9 marzo del 1929, ha conseguito la laurea in Medicina Chirurgia il 20 luglio 1953 a Palermo. Trasferitosi a Torino ha conseguito la specializzazione in Pediatria nel 1955. Fin dall'inizio si è interessato di attività sindacale e ripercorrere la sua professione di Pediatra di Famiglia ci consente di ricostruire la storia della Pediatria in Piemonte e il ruolo fondamentale che i pediatri di Torino hanno svolto nella costruzione del movimento sindacale.

Negli anni del dopoguerra, a Torino l'ing. Vittorio Valletta, preoccupato dai dati relativi alle assenze dei dipendenti per malattia e infortuni, decide di prendersi cura della salute dei dipendenti: nasce così la MALF, la Mutua Aziendale Lavoratori Fiat, convenzionata con medici generici e con pediatri.

Si tratta di una vera innovazione: prima la cura dei neonati e dei bimbi era affidata anche ai medici generici; con la Malf nasce una mutua di "serie A", con pediatri che garantiscono l'assistenza non solo ambulatoriale, ma anche domiciliare ai bambini fino ai sei anni.

Le altre mutue aziendali dovranno ben presto confrontarsi con i servizi pediatrici, anche a domicilio, della Malf.

I pediatri comprendono l'importanza di unirsi in associazione e il 14 settembre 1966 nasce il Sindacato dei Medici Pediatri di Torino e Provincia.

Sono 17 coraggiosi medici pediatri, tra cui anche Giorgio Cappitelli, per lo più liberi professionisti, che, riuniti presso il notaio dottor Picca, danno vita all'Associazione tra pediatri.

L'obiettivo del neosindacato è la salvaguardia dello stato di salute dell'infanzia, nel concetto più ampio del termine. La felice riuscita dell'obiettivo sprona molte Regioni del Nord a copiare l'esperimento: sorgono, quasi contemporaneamente, associazioni similari in varie città, con stretti contatti fra di loro.

Questo dialogo fra le varie associazioni di pediatri consente di avviare il processo di unificazione delle varie sigle sindacali locali e cinque anni dopo si dà vita finalmente alla FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri).

È il 21 febbraio 1971 quando a Torino, in una sala dell'Albergo Principi di Piemonte, in via Piero Gobetti n. 15, alla presenza del notaio dottor Domenico Picca, si costituisce la FIMP a livello nazionale.

Da allora per Giorgio la FIMP è stata la propria creatura, quasi una seconda famiglia, a cui si è dedicato fino agli ultimi giorni di vita.

Grazie Giorgio!

Grazie per quanto hai costruito per noi tutti e per tutti i bambini in Italia!