

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

Schede di Telemedicina per il Pediatra di Famiglia



Pronti per la Fase 3

Equivalenti emicranici

Teen Dating Violence

EMDR, terapia poco conosciuta
ma efficace

02 2020



**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 31 30255 • atognelli@pacinieditore.it

Fabio Pojoncini, Sales Manager
Tel. 050 31 30218 • fpojoncini@pacinieditore.it

Alessandra Crosato, Junior Sales Manager
Tel. 050 31 30239 • acrosato@pacinieditore.it

Manuela Mori, Advertising
and New Media Manager
Tel. 050 31 30217 • mmori@pacinieditore.it

REDAZIONE

Lucia Castelli
Tel. 050 31 30224 • lcastelli@pacinieditore.it

GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Massimo Arcidiacono
Tel. 050 31 30231 • marcidiacono@pacinieditore.it

STAMPA

Industrie Grafiche Pacini • Pisa

editoriale

Pronti per la Fase 3

1 P. Biasci

Pediatria di Famiglia e Telemedicina

a cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

3 Introduzione

4 Febbre

9 Tosse

13 Vomito

19 Diarrea

24 Eruzioni cutanee

31 Pianto del neonato e del lattante

34 Tremori del neonato e del lattante

attività professionale

37 Vomito ciclico, emicrania addominale, vertigine
parossistica e torcicollo cronico: sono sempre equivalenti
emicranici?

E. Bernkopf, G.C. De Vincentiis, F. Macrì, G. Bernkopf

attualità

47 Teen Dating Violence ovvero il NON amore tra adolescenti

G. Longobardi, A. Amelio

51 L'EMDR: una terapia poco conosciuta ma efficace
anche nei bambini

P. Miglioranzani

news

56 XVII Corso di Medici in Africa

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it

15 - 17 ottobre 2020

VIRTUAL LIVE EDITION



a braccia aperte



SEGUI GLI AGGIORNAMENTI:

www.congressonazionalefimp2020.it

fimp  Federazione
Italiana
Medici *Pediatr*i



ilmedicopediatra 2020;29(2):1-2;

Pronti per la Fase 3

Paolo Biasci

Presidente FIMP



L'apertura della Fase 2 dell'emergenza COVID-19 ha comportato modifiche nell'ambito delle nostre attività professionali. Pur mantenendo in atto tutti gli atteggiamenti di precauzione di prevenzione dei contagi, di adozione di modelli organizzativi di accesso allo studio con appuntamento, di permanenza nelle sale di aspetto e di visita, di utilizzo di dispositivi di protezione individuale adeguati, di sanificazione degli ambienti, con l'evolversi della situazione si è avviata una graduale ripresa delle attività proprie della Pediatria di Famiglia, che in parte erano state sospese.

Alcuni aspetti particolari, sia di tipo professionale sia di tipo organizzativo, sono stati maggiormente approfonditi, con alcune novità, come l'utilizzo di nuovi strumenti di telemedicina, che sono dettagliate nel loro corretto utilizzo nelle pagine di questo numero della nostra rivista.

Queste ultime settimane sono state caratterizzate da una ripresa a pieno regime delle nostre attività assistenziali, gli studi sono tornati a essere frequentati dai nostri pazienti, abbiamo avviato una fase di chiamata attiva per recuperare quanto era stato rimandato nella fase acuta della pandemia. Abbiamo implementato e organizzato le nostre attività assistenziali iniziando da quelle che riteniamo più importanti e che più caratterizzano l'ambito delle Cure Primarie: il Progetto Salute Infanzia con l'esecuzione dei Bilanci di Salute e degli Screening previsti, con particolare attenzione al Neurosviluppo. Ma è fondamentale e lo sarà ancora nei prossimi mesi, il recupero delle vaccinazioni non effettuate in questi mesi, affinché si possa tornare ai valori di copertura dello scorso anno. Su questo aspetto ancora una volta vorrei sollecitare tutti a impegnarsi attivamente, perché ritengo che sia opportuno che tutti i Pediatri di famiglia, indipendentemente dalle modalità di esecuzione (presso i servizi distrettuali o presso il proprio studio) procedano a una verifica delle coperture vaccinali sui propri assistiti e mettano in atto le più efficaci strategie di recupero delle vaccinazioni per i bambini che hanno dovuto sospenderle durante la Fase 1 dell'epidemia da COVID-19.

How to cite this article: Biasci P. Pronti per la Fase 3. Il Medico Pediatra 2020;29(2):1-2.

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Sempre in ambito vaccinale, tra poco più di due mesi saremo impegnati nella campagna di vaccinazione per l'influenza, favorendo la più ampia adesione nell'età pediatrica. Quest'anno c'è una particolare attenzione per gli indirizzi della Circolare Ministeriale e anche noi siamo chiamati in causa. Ricordo che l'adesione alla campagna di vaccinazione antinfluenzale è un compito del Pediatra di famiglia previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale. La prossima apertura delle scuole ci preoccupa non poco per le conseguenze che comporterà nelle nostre attività professionali. Per questo FIMP ha predisposto e inviato alcuni documenti ai Ministeri competenti affinché fossero prese in considerazione strategie operative e organizzative idonee al contenimento dei contagi e alla gestione degli stessi in un contesto di infettività diffusa per le comuni malattie respiratorie tipiche dell'infanzia.

Avremo soprattutto necessità di prescrivere il tampone diagnostico, piuttosto che segnalare il caso-sospetto come avvenuto nella fase 1, e recepire la risposta in 24h, affinché la nostra attività professionale possa essere espletata con modalità corrette ed efficaci, nell'interesse dei pazienti e della collettività.

Ma non solo di questo avremo bisogno, perché gli studi dei Pediatri di famiglia sono carenti di personale di studio, sia esso segretariale che infermieristico. C'è bisogno di una svolta, che permetta alla categoria di strutturarsi su un livello organizzativo superiore all'attuale, di investire sulla professione, di farsi carico di esigenze assistenziali importanti, che spettano a noi più che ad altri, affinché il nostro ruolo si adegui allo sviluppo delle Cure Primarie ormai in atto e possa permettere ai giovani Pediatri di guardare al futuro con ottimismo.

La FIMP è molto impegnata da questo punto di vista e coglie ogni occasione per sollecitare le istituzioni su progettualità nuove, ma anche per difendere la Pediatria di Famiglia da altre categorie professionali che tentano in modo ormai chiaro di appropriarsi di attività assistenziali proprie del Pediatra, per recuperare un ruolo nell'ambito dell'assistenza a bambini e adolescenti.

Non dovremo permetterlo!

Pediatria di Famiglia e Telemedicina

Introduzione

Mattia Doria

Segretario Nazionale FIMP alle Attività Scientifiche ed Etiche

Di fronte a condizioni che impediscano la possibilità di una visita diretta di un bambino per il quale il genitore chieda una valutazione, è necessario sviluppare strategie alternative e integrate per una prima e approfondita valutazione della condizione presentata.

Tali strategie possono essere raggruppate in 2 principali tipologie di intervento integrate:

1. **trriage telefonico approfondito e strutturato per sintomi** (va restituita dignità clinica e riconoscimento normativo alla consultazione telefonica: non tutto ciò per cui il Pediatra viene contattato necessita di valutazione presso lo studio);
2. **utilizzo di strumenti e sistemi di consultazione e valutazione clinica a distanza.**

Il **primo punto** può essere sviluppato implementando in modo strutturato i principi, la metodologia e le tecniche della **“Pediatria al telefono”** in coerenza con gli elementi di buone pratiche cliniche a partire dalle evidenze scientifiche più accreditate.

Il **secondo punto** può trovare un adeguato sviluppo attraverso la valorizzazione e il potenziamento degli strumenti e dei sistemi di comunicazione, oggi ampiamente diffusi, che consentono **la videochiamata o la rapida condivisione di file immagine, audio, audio-video.**

Con tali sistemi i genitori, adeguatamente guidati dal proprio Pediatra di famiglia, possono integrare i dati raccolti attraverso il classico triage telefonico con altri importanti elementi clinici necessari alla migliore definizione del caso presentato.

Il gruppo di lavoro ha iniziato a sviluppare l'approccio al triage telefonico integrato con le possibili strategie di consultazione e valutazione clinica a distanza (telemedicina) dei principali sintomi di pertinenza pediatrica.

Le schede che vi presentiamo rappresentano un work-in-progress che verrà periodicamente aggiornato e implementato.

How to cite this article: Doria M. *Pediatria di Famiglia e Telemedicina. Introduzione. Il Medico Pediatra 2020;29(2):3.*

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

ilmedicopediatra 2020;29(2):4-8;
doi: 10.36179/2611-5212-2020-012

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Febbre

Obiettivi generali

- Usare il video-consulto in maniera efficiente, per rendersi conto delle condizioni generali del bambino
- Dare istruzioni ai genitori sul sintomo oggetto del tele-consulto
- Determinare se e quando il bambino deve essere visto

Obiettivi specifici per il sintomo febbre

- Individuare i segnali che possono costituire un'elevata possibilità di etiologia grave e/o di possibile evoluzione sfavorevole della malattia alla base della febbre, con particolare riguardo ai bambini con caratteristiche che sono ad alto rischio di sviluppare gravi infezioni batteriche o virali
- Fornire indicazioni sulle modalità operative e sull'utilità dell'uso del teleconsulto nel caso di un bambino con febbre

STEP 1: RED FLAGS

Individuare i bambini a rischio elevato e rilevare i segnali che possono sottendere processi morbosi gravi e pericolosi

A. Fattori di rischio

RED FLAGS che richiedono possibile visita in ambiente idoneo [studio del Pediatra di libera scelta (PLS) o Pronto Soccorso (PS)] ☎

- Immunodepressione (congenita o acquisita)
- Neoplasie

RED FLAGS che richiedono visita in ambiente idoneo (studio del PLS o PS) dopo approfondimento attraverso valutazione dei sintomi e segni di accompagnamento ed eventuale teleconsulto ☎

- Condizioni sindromiche
- Disturbi dello sviluppo neuro-motorio
- Diabete
- Anemia falciforme

B. Sintomi di allarme

RED FLAGS che richiedono sempre visita in ambiente idoneo (studio del PLS o PS) ☎ 🏠

- Cefalea intensa che non recede con la somministrazione di paracetamolo
- Assenza di reattività agli stimoli, sopore (**video dei genitori che chiamano il bimbo e lo stimolano in base all'età***)

How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Febbre. Il Medico Pediatra 2020;29(2):4-8. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-012>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

RED FLAGS che richiedono visita in ambiente idoneo (studio del PLS o PS) dopo approfondimento con teleconsulto 📷 🗣️ 📺

- Respiro difficoltoso, polipnea (**video**)
- Rash petecchiale (**fotografia, video o collegamento video**)
- Tachicardia da valutare in apiressia (valutazione manuale da parte del genitore o con strumenti di rilevamento come cardiofrequenzimetro, saturimetro, misuratore di pressione automatico o eventuali APP di smartphone)
- Temperatura > 39° tra 1 e 3 mesi

C. Altri elementi

- "Grave preoccupazione dei genitori"
- "Istinto clinico"

STEP 2: INQUADRAMENTO GENERALE

A. Età del bambino

RED FLAGS che richiedono sempre visita in ambiente idoneo (studio del PLS o PS) 🗣️

- < 1 mese RICOVERO SEMPRE
- 1-12 mesi → fare sempre stix urine e se possibile PCR (tra 1-3 mesi valutare anche livello TC°: se > 39° rischio di malattia severa)

B. Caratteristiche della febbre

- **Sede di misurazione della temperatura da parte dei genitori** 🗣️
 - Fornire consiglio telefonico: sede ascellare con termometro digitale fuori dalle coperte da almeno 20 minuti
- **Caratteristiche della febbre** 🗣️ 📺
 - Presenza di brividi
 - Durata: se > 5 giorni con esantema, congiuntivite ed enantema (**fotografie** dell'esantema e delle congiuntive o **video**) considerare dubbio di sindrome di Kawasaki (**ricovero**: necessario emocromo per conta piastrinica ed eventuale valutazione cardiologica)

C. Contesto familiare 🗣️

- Familiari ammalati, con quali sintomi e da quando

- Familiari COVID-19 positivi
- Famiglia in quarantena per contatto COVID-19 positivo esterno al nucleo dei conviventi
- Viaggi recenti

D. Altri dati relativi alla storia del bambino 🗣️

- Storia di febbre ricorrente (PFAPA, ecc.)
- Terapie farmacologiche continuative

STEP 3: CARATTERISTICHE CLINICHE

A. Condizioni generali del bambino

- **Aspetto** 📺
 - Colorito
 - Roseo
 - Pallido
 - Bluastro
 - Espressione del volto
 - Serena, sguardo vigile
 - Spenta, tesa, sofferente
 - Occhi infossati e alonati
- **Comportamento** 📺 (prima e dopo l'eventuale somministrazione di un farmaco antipiretico)
 - Stato di veglia
 - Quieto
 - Agitato
 - Sonno
 - Impossibilità a dormire da molte ore
 - Risveglio pronto alla stimolazione
 - **Risveglio solo per brevi momenti e solo con stimolazione prolungata → visita indifferibile presso struttura idonea**
 - Pianto
 - Vivace, in modo simile a quando il bambino non è ammalato
 - **Lamentoso o con singhiozzi, debole o stridulo → visita indifferibile presso struttura idonea**
 - Durata breve, a intermittenza ma ripetutamente, continuo
 - Consolabile
 - Inconsolabile
 - Alimentazione
 - Assunzione di qualche alimento e bevanda

- **rifiuto completo soprattutto di liquidi → visita indifferibile presso struttura idonea**
 - attività motoria
- Bambino attivo, alzato dal letto, svolge qualche attività (gioco, interessi)
- **Bambino molto debole, facile affaticabilità → visita indifferibile presso struttura idonea**
 - Reazione agli stimoli
- Interazione adeguata se sollecitato, sorriso alla proposta di gioco, attenzione
- Assenza di sorriso, attenzione assente anche per brevi momenti
- **Inespressività, espressione ansiosa, apatia → visita indifferibile presso struttura idonea**

*  **Video** - riprese di insieme del bambino con buona esposizione alla luce e in diverse situazioni:

- **lasciato tranquillo sdraiato e/o seduto osservando il suo atteggiamento spontaneo:**
 - mantiene la postura seduta, interagisce col genitore, afferra gli oggetti sorride → **proseguire valutazione**
 - preferisce restare coricato, sembra disinteressato e stanco, pianto lamentoso → **visita indifferibile presso struttura idonea**
- **richiamo verbale** del genitore:
 - si gira verso il genitore, sorride, interagisce bene → **proseguire valutazione**
 - appare apatico abbattuto → **visita indifferibile presso struttura idonea**
- **dopo stimolazione tattile** e se necessario dopo stimolazione dolorosa:
 - reagisce in modo adeguato → **proseguire valutazione**
 - con scarsa vivacità e/o pianto lamentoso → **visita indifferibile presso struttura idonea**
- **valutare la capacità di movimento** (in braccio al genitore se < 6-7 mesi):
 - mantiene postura eretta e attento agli stimoli esterni → **proseguire valutazione**
- si appoggia alla spalla del genitore ed è poco reattivo → **visita indifferibile presso struttura idonea**
- se gattona e cammina osservare equilibrio e regolarità del movimento

B. Sintomi di accompagnamento della febbre (vedi anche schede relative a questi sintomi)



- Vomito
- Diarrea
- Tosse
- Eruzioni cutanee
 - "Test del bicchiere"
- Respiro affannoso
 - Numero di respirazioni molto più alto del solito?
 - Sforzo nel respirare o fame d'aria (come dopo una corsa)
 - Rumori nel respiro
 - Torace e pancia che si muovono in modo diverso rispetto a quando il bambino sta bene
 - Bambino che cerca di mettersi seduto per respirare meglio
- Cefalea
- "Batticuore"

STEP 4: DECISIONI OPERATIVE

A. Notizie ricevute attraverso l'intervista telefonica sufficienti per escludere la presenza delle RED FLAGS

Orientamento verso condizione non grave senza necessità di valutazione clinica o di accertamenti a breve ↓

- 1 *Rassicurazione dei genitori*
- 2 *Indicazioni sulle misure di attenuazione degli eventuali malesseri collegati al rialzo della temperatura e per la sorveglianza del decorso*
- 3 *Indicazioni per una corretta idratazione*
- 4 *Disponibilità a una rivalutazione al modificarsi del quadro clinico o in caso di persistenza della febbre*

B. Notizie ricevute attraverso l'intervista telefonica insufficienti per una valutazione adeguata delle RED FLAGS ↓

Possibilmente acquisizione di elementi più precisi e diretti attraverso strumenti audiovisivi a distanza

STEP 5: PREPARAZIONE VIDEOCONSULTO

Istruzioni tecniche e metodologiche al genitore per l'acquisizione degli elementi audiovisivi e per il video-consulto

STEP 6: EPICRISI

A. Conferma dai segni e sintomi rilevati al video-consulto della possibilità di poter continuare la gestione "a distanza" ↓

Programmazione tempi e modi del follow-up

B. In base ai segni e sintomi al video-consulto sospetto di patologia non gestibile "a distanza" ↓

Programmazione e organizzazione della valutazione diretta del bambino (in fase di emergenza COVID-19 e nell'impossibilità di escludere tale patologia seguire le procedure previste dall'organizzazione locale dell'assistenza)

STRUMENTI PER IL PEDIATRA

La valutazione al telefono di bambini febbrili incontra le principali difficoltà nella descrizione dello stato generale e dei sintomi da parte dei genitori, soprattutto perché sono spesso molto preoccupati per il loro bambino malato e questa preoccupazione può condizionare il processo di triage. Di seguito sono riportati alcune tabelle di riferimento e parametri clinici.

Tabella di riferimento della frequenza respiratoria per età

Età	FR (rpm)
0-2 mesi	> 60
2-12 mesi	> 50
1-5 anni	> 40
6-12 anni	> 30
>12 anni	> 20

Tabella di riferimento della frequenza cardiaca per età

Età	FC (bpm)
< 12 mesi	> 160
12-24 mesi	> 150
2-5 anni	> 140

Valutazione delle caratteristiche della febbre

- valore della TC e rischio di malattia severa:
 - bambini di età > 6 mesi: non considerare la sola temperatura elevata come fattore di rischio per malattia severa
- non usare la durata della febbre come criterio predittivo di malattia batterica severa
- non utilizzare la risposta alla terapia antipiretica per differenziare tra malattia severa e non

Test del bicchiere

- premendo un bicchiere di vetro trasparente saldamente contro l'eruzione cutanea, le macchie sbiadiscono o si riesce a vederle attraverso il vetro?
- (se la pelle è scura controllare sulle zone più pallide, come palme delle mani, piante dei piedi, pancia e all'interno delle palpebre)

Elementi osservabili con le diverse tecniche

Fotografia	Colorito Espressione del volto Rash e altre caratteristiche cutanee Aspetto Congiuntivite Stomatite Angina
Registrazione audio	Tosse Rumori respiratori Pianto
Registrazione video e videochiamata	Colorito Espressione del volto Rash e altre caratteristiche cutanee Congiuntivite Stomatite Angina Presenza di brividi Comportamento (in veglia e sonno) Pianto Attività motoria Reazione agli stimoli Frequenza respiratoria Segni di dispnea
Cardiofrequenzimetro, saturimetro, misuratore di pressione automatico o eventuali APP di smartphone	Frequenza cardiaca
Termometro	Temperatura

Febbre

INQUADRAMENTO TELEFONICO INIZIALE		
Età del bambino	<ul style="list-style-type: none"> < 1 mese → ricovero 1-12 mesi → stix urine, possibilmente PCR 	RED FLAGS <ul style="list-style-type: none"> • Età < 1 mese • Immunodepressione (congenita o acquisita) • Neoplasie • Condizioni sindromiche • Disturbi sviluppo neuro-motorio • Diabete • Anemia falciforme
Livello della febbre	<ul style="list-style-type: none"> 1-3 mesi → se > 38°C rischio di malattia severa 3-6 mesi → se > 39°C rischio di malattia severa 	
Durata della febbre	<ul style="list-style-type: none"> ≥ 5 giorni → valutare se presenza esantema, congiuntivite e enantema (m. Kawasaki) 	
Contesto familiare	<ul style="list-style-type: none"> • Familiari ammalati, con quali sintomi e da quando • Familiari COVID-19 + • Famiglia in quarantena per contatto COVID-19 + esterno ai conviventi • Viaggi recenti 	
Altro	<ul style="list-style-type: none"> • Storia di febbre ricorrente (PFAPA, ecc.) • Terapie farmacologiche continuative 	

TELECONSULTO			
Condizioni generali del bambino			
Aspetto			
Colorito	Roseo, come quando sta bene	Pallido	Scuro, bluastro
Espressione del volto	Serena, sguardo vigile	Occhi infossati e alonati	Spenta, tesa, sofferente
Comportamento (dopo antipiretico)			
Stato di veglia	Quieto	Agitato	Impossibilità a dormire da molte ore
Sonno	Pronto risveglio alla stimolazione	Risveglio solo per brevi momenti e solo dopo stimolazione prolungata	Non risvegliabile o non riesce a restare vigile se svegliato
Alimentazione	Normale o appena ridotta	Assunzione di qualche alimento o bevanda	Rifiuto completo, soprattutto di liquidi
Pianto	Vivace, simile a quando il bambino non è ammalato, di breve durata, consolabile	Lamentoso o con singhiozzi; a intermittenza, ma ripetutamente	Debole o stridulo; o continuo e inconsolabile
Attività motoria	Bambino attivo, alzato dal letto, in attività (gioco, interessi)	Ridotta	Bambino molto debole, facile affaticabilità, rimane a letto
Reazione agli stimoli	Interazione adeguata se sollecitato, sorriso alla proposta di gioco, attenzione	Assenza di sorriso, attenzione assente anche per brevi momenti	Inespressività, espressione ansiosa, apatia
Sintomi di accompagnamento della febbre			
Vomito	Vedi scheda specifica	RED FLAGS <p>Richiedono sempre visita in ambiente idoneo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cefalea intensa • assenza di reattività agli stimoli, sopore • respiro difficoltoso, polipnea • rash petecchiale • tachicardia da valutare in apiressia (valutazione manuale da parte del genitore o con strumenti di rilevamento come cardiofrequenzimetro, saturimetro, misuratore di pressione automatico o eventuali APP di smartphone)	
Diarrea	Vedi scheda specifica		
Tosse	Vedi scheda specifica		
Eruzioni cutanee	Vedi scheda specifica		
Respiro affannoso	Tachipnea, dispnea, rumori respiratori, necessità di stare seduto		
Cefalea			
Batticuore			

ilmedicopediatra 2020;29(2):9-12
doi: 10.36179/2611-5212-2020-013

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Tosse

Obiettivi generali

- Usare il video-consuluto in maniera efficiente, per rendersi conto delle condizioni generali del bambino
- Dare istruzioni ai genitori sul sintomo oggetto del tele-consuluto
- Determinare se e quando il bambino deve essere visto

Obiettivi specifici per il sintomo tosse

- Adottare la telemedicina in video-consuluto in maniera appropriata per verificare le condizioni generali di salute del bambino laddove il triage/intervista telefonica non risulti esaustivo per il quadro diagnostico e la eventuale prescrizione terapeutica
- Fornire indicazioni nel caso di un bambino con tosse attraverso l'uso del teleconsuluto

STEP 1. INQUADRAMENTO TELEFONICO DELLE RED FLAGS CHE PORTANO AD AZIONE IMMEDIATA [invio in Pronto Soccorso (PS), ricovero]

Valutazione del bambino attraverso i dati riferiti al telefono dai genitori

- **Condizioni generali**
 - Reattività (se apiretico il bambino gioca, guarda la TV, sembra reattivo? oppure resta nel letto sdraiato e non si muove? lo vede come tutti gli altri giorni?)
 - Beve e si alimenta regolarmente?
- **Attività respiratoria**
 - Come respira?
 - Fa fatica a respirare (ha il "fiato corto"/affanna/ha il respiro accelerato)?

STEP 1A. SNODO DECISIONALE

- Se le condizioni appaiono critiche già al telefono → **azione immediata (ricovero, PS)**

STEP 2. INFORMAZIONI DA RACCOGLIERE ATTRAVERSO L'INTERVISTA TELEFONICA

- Sono presenti famigliari ammalati? Quali sintomi presentano e quando sono comparsi?
- Sono presenti famigliari COVID-19 positivi?
- La famiglia è in quarantena per contatto COVID-19 positivo esterno al nucleo dei conviventi?

How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Tosse. Il Medico Pediatra 2020;29(2):9-12. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-013>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

- Un genitore si allontana dal domicilio quotidianamente per recarsi al lavoro? (in assenza di cartella clinica)
- Età
- Malattie acute recidivanti (bronchiti asmatiche, OSAS, infezioni delle alte vie respiratorie (IRR, comprese otiti)
- Malattie croniche (asma, condizioni sindromiche, disturbi dello sviluppo neuro-motorio, diabete, ecc.)
- Assunzione cronica di farmaci

STEP 3. INQUADRAMENTO TELEFONICO DELLA TOSSE

Valutazione delle caratteristiche della tosse

- Da quanto tempo è presente la tosse?
- È presente durante il giorno o anche durante la notte?
- Si presenta prevalentemente in posizione supina, nel sonno o al risveglio?
- È comparsa improvvisamente di notte?
- È a crisi con senso di soffocamento o induce i conati di vomito?
- È abbaiente/metallica?
- È accompagnata da "fischi"?
- È "secca" oppure "catarrale" (colore catarro nasale o espettorato se bambino più grande)

* Note per il Pediatra, valutare i sintomi di accompagnamento alla tosse

Il bambino presenta oltre la tosse:

- Febbre
 - Valutazione delle caratteristiche della febbre (TC, giorni, ecc.)
 - La comparsa della tosse è antecedente alla comparsa della febbre o l'ha seguita?
- Dolore addominale (**RED FLAG** → polmonite basale)
- Rinite
 - Ha il naso pulito?
 - Cola muco dal naso? (caratteristiche del muco; chiaro, viscoso, verde, giallo, ecc.)
 - Prurito al naso (esiste familiarità per allergia?)
- Congiuntivite
 - Prurito agli occhi (esiste familiarità per allergia?)
- Ha mal di gola o mal d'orecchio?

STEP 4. SNODO DECISIONALE

Le notizie ricevute attraverso l'intervista telefonica ci possono orientare verso una condizione fisiologica:

→ **tranquillizziamo i genitori**

Oppure

Le notizie ricevute attraverso l'intervista telefonica ci possono orientare verso una condizione patologica (ad es. aumento della frequenza respiratoria, rientramenti al giugulo o agli spazi intercostali, ecc.) → **chiediamo di effettuare una video registrazione o se possibile una video chiamata**

STEP 4A. ISTRUZIONI TECNICHE E METODOLOGICHE AL GENITORE PER IL VIDEO-CONSULTO

STEP 5. AUSILIO DELLA TELEMEDICINA

Per il Pediatra

Distress respiratorio

LIEVE: nessun affanno a riposo, lieve affanno durante la camminata, parla normalmente, compone frasi, può stare sdraiato, supino senza affanno, è presente respiro con sibilo all'auscultazione con fonendo

MODERATO: affanno a riposo, parla in modo spezzato, con poche frasi, non riesce a stare sdraiato supino, preferisce stare seduto, presenta modeste retrazioni costo sternali, è udibile il fischio mentre respira

GRAVE: grave affanno a riposo, è in grado di dire solo qualche parola per fatica a respirare, gravi retrazioni costo sternali, di solito si apprezza un netto respiro con sibili ovvero può avere crisi di apnea e cianosi

Valutazione di gravità del respiro mediante frequenza respiratoria:

- per bambini 0-2 mesi: > 60 atti respiratori/minuto
- per bambini 2-12 mesi: > 50 atti resp/min
- per bambini 1-5 anni: > 40 atti resp/min
- per bambini 6-12 anni: > 30 atti resp/min
- dai 12 anni e oltre: > 20 atti resp/min

(AUDIO episodio di tosse)

Il cellulare del genitore deve:

- essere impostato con l'applicazione del volume al massimo (max)

- essere posizionato con il versante del microfono vicino al volto del bambino durante la crisi di tosse e la registrazione deve durare per almeno 1 minuto
- essere posizionato vicino al volto quando il bambino è tranquillo e nel pianto per valutare tirage e cornage
- essere posizionato con il versante del microfono vicino alla bocca del piccolo se si cerca di avvertire i sibili (elemento estremamente difficile da avvertire con un audio)

FOTOGRAFIA (foto del fazzoletto)

- La superficie che contiene il catarro (fazzoletto) deve essere appoggiato a una superficie liscia (tavolo) ben illuminata
- La fotografia deve essere abbastanza lontana dalla superficie che raccoglie il catarro per una visione di insieme del muco nasale e/o dell'espettorato
- Una seconda fotografia può essere scattata da una posizione più ravvicinata per evidenziare i particolari del catarro se necessario (ad es. striature di sangue)

VIDEO

[*accorgimenti tecnici*] Il video deve essere registrato in un ambiente luminoso con audio attivato

- **VIDEO del bambino da sveglio vestito per valutare:**
 - la reattività spontanea del bambino (senza stimoli e interazione da parte del genitore)
 - la reattività dopo stimolo da parte del genitore che prova a chiamarlo a farlo camminare e giocare ecc.
- **VIDEO del bambino a torace nudo per valutare:**
 - i movimenti del torace e dell'addome per:
 - escludere respiro paradossale (sforzo respiratorio)
 - escludere respiro "appoggiato"

[*accorgimenti tecnici*] la ripresa deve cogliere una inquadratura di insieme di torace e addome del bambino tranquillo (non nel pianto), in piedi

o, se in braccio alla mamma, a torace dritto non appoggiato alla spalla di chi lo sostiene

- i rientramenti a livello del giugulo e degli spazi intercostali

[*accorgimenti tecnici*] La ripresa deve inquadrare lo spazio del giugulo a una distanza tale da vedere il collo e le spalle e per un tempo sufficiente

[*accorgimenti tecnici*] La ripresa del torace deve inquadrare il torace in modo da poter valutare almeno un emitorace e i movimenti dei muscoli intercostali corrispondenti

Anche in questi casi il bambino deve essere tranquillo (non nel pianto), in piedi o, se in braccio alla mamma, a torace dritto non appoggiato alla spalla di chi lo sostiene

Se il video lo consente, provate a contare la frequenza respiratoria o – meglio – a insegnare ai genitori a contarla guidati da voi in videochiamata

• VIDEO del bambino nel sonno

[*accorgimenti tecnici*] La registrazione del video NON deve disturbare il riposo del bambini. Il video deve essere registrato cercando di rivolgere verso il bambino una fonte luminosa in grado di rendere l'immagine soddisfacente e, come sempre, con audio attivato

- russamento
- caratteristiche della tosse
- movimenti del bambino

STEP 5A. SNODO DECISIONALE

La presenza di segni e sintomi al video-consulto possono essere gestiti "a distanza" → vai allo STEP 6

STEP 5B. SNODO DECISIONALE

La presenza di segni e sintomi al video-consulto sospetti di patologia non gestibile "a distanza" → stabilire la visita

STEP 6. IPOTESI DIAGNOSTICA

STEP 7. PRESCRIZIONE TERAPIA

Tosse

INQUADRAMENTO TELEFONICO INIZIALE			
Età del bambino	<ul style="list-style-type: none"> < 12 mese → bronchiolite Tutte le età → aumento frequenza respiratoria (e F.C.) 	<p>RED FLAGS</p> <p>Visita indifferibile in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> immunodepressione (congenita o acquisita) neoplasie fibrosi cistica <p>Visita dopo iniziale approfondimento telefonico e/o in teleconsulto con valutazione sintomi e segni d'accompagnamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> condizioni sindromiche disturbi del neurosviluppo asma grave 	
Caratteristiche della tosse	<ul style="list-style-type: none"> 1-6 mesi → se secca/stizzosa rischio di malattia severa 1-6 mesi → se accompagnata da febbre rischio di malattia severa > 6 < 12 mesi → particolare attenzione ai sintomi di accompagnamento 		
Durata della tosse	<ul style="list-style-type: none"> > 7 giorni → 📅 		
Contesto familiare	<ul style="list-style-type: none"> Famigliari ammalati, con quali sintomi e da quando Famigliari COVID-19 + Famiglia in quarantena per contatto COVID-19 + esterno ai conviventi Familiarità per asma (asma grave) 		
Altro	<ul style="list-style-type: none"> Dolore addominale → polmonite basale Rino-congiuntivite → asma allergico 		
TELECONSULTO			
Condizioni generali del bambino			
Aspetto	Colorito <ul style="list-style-type: none"> roseo pallido bluastro 	Espressione del volto <ul style="list-style-type: none"> serena, sguardo vigile spenta, tesa, sofferente occhi infossati e alonati 	<p>RED FLAGS</p> <p>Visita indifferibile in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> rifiuto completo d'alimentazione, soprattutto di liquidi inespressività, apatia "affanno" a riposo
	Comportamento	Stato di veglia <ul style="list-style-type: none"> quieto agitato 	
Alimentazione <ul style="list-style-type: none"> assunzione di qualche alimento e bevanda rifiuto completo 		Pianto <ul style="list-style-type: none"> vivace, simile a quando il bambino non è ammalato, lamentoso o con singhiozzi, debole o stridulo durata breve, a intermittenza ma ripetutamente, continuo consolabile, inconsolabile 	<p>RED FLAGS</p> <p>Visita indifferibile se:</p> <ul style="list-style-type: none"> preferisce restare coricato, sembra disinteressato e stanco è poco reattivo a richiamo verbale del genitore appare apatico, abbattuto
Attività motoria <ul style="list-style-type: none"> bambino molto debole, facile affaticabilità bambino attivo, alzato dal letto, svolge qualche attività (gioco, interessi) 		Reazione agli stimoli <ul style="list-style-type: none"> interazione adeguata se sollecitato, sorriso alla proposta di gioco, attenzione assenza di sorriso, attenzione assente anche per brevi momenti inespressività, espressione ansiosa, apatia 	
Sintomi di accompagnamento della tosse			
Febbre	Vedi scheda specifica		<p>RED FLAGS</p> <p>Che richiedono sempre visita in ambiente idoneo:</p> <ul style="list-style-type: none"> cefalea intensa assenza di reattività agli stimoli, sopore (dei genitori che chiamano il bimbo e lo stimolano) <p>Che richiedono visita in ambiente idoneo dopo approfondimento con teleconsulto</p> <ul style="list-style-type: none"> respiro difficoltoso, polipnea tachicardia da valutare in apiressia (valutazione manuale da parte del genitore o con strumenti di rilevamento come cardiofrequenzimetro, saturimetro, misuratore di pressione automatico o eventuali APP di smartphone)
Respiro affannoso	<ul style="list-style-type: none"> Tachipnea Dispnea Rumori respiratori Necessità di stare seduto 		

ilmedicopediatra 2020;29(2):13-18
doi: 10.36179/2611-5212-2020-014

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Vomito

Obiettivi generali

- Usare il video-consuluto in maniera efficiente, per rendersi conto delle condizioni generali del bambino
- Dare istruzioni ai genitori sul sintomo oggetto del tele-consuluto
- Determinare se e quando il bambino deve essere visto

Obiettivi specifici per il sintomo vomito

- Individuare ed escludere le cause di ricorso immediato o differito alla visita
- Prevenire la disidratazione
- Trattare il sintomo vomito in corso di gastroenterite
- Trattare la disidratazione lieve

BOX - PER IL PEDIATRA

Vomito: emissione e svuotamento forzato del contenuto dello stomaco attraverso la bocca

Conato: contrazione ritmica dei muscoli addominali e intercostali, senza emissione di contenuto dello stomaco

Nausea: sensazione di malessere che talvolta precede e accompagna ciascuna emissione di vomito

STEP 1. INFORMAZIONI FORNITE DALLA INTERVISTA TELEFONICA

Domande iniziali

- Dati anamnestici generali (età, alimentazione, ecc.)
- Dati anamnestici specifici - esordio
- C'è qualcun altro in famiglia che presenta sintomi uguali o simili?
- Quando è iniziato il vomito?
- Quante volte ha vomitato oggi?

Nell'arco di quante ore? → **inquadramento in lieve, moderato o grave**

BOX - PER IL PEDIATRA - Definizione di gravità del vomito

Lieve: 1-2 volte al giorno

Moderato: 3-7 volte al giorno

Grave: 8 o più volte al giorno

Le contrazioni anche ripetute dello stomaco (conati) non vengono considerate episodi di vomito. Episodi singoli di vomito devono essere intervallati da almeno 10 minuti di pausa

How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Vomito. Il Medico Pediatra 2020;29(2):13-18. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-014>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Dati clinici

- Cosa ha vomitato?
 - Ha assunto liquidi?
 - Per quanto tempo è riuscito a trattenerli?
 - Che tipo di liquidi?
- Appare disidratato? – spiegare al genitore come e cosa riferire al riguardo (labbra e mucosa della bocca secche, lacrime scarse, occhi infossati o alonati)
- Ha urinato?
 - Quando?
 - Quanto?
- Quali sono le condizioni generali del bambino ("lo vede come sempre? Cosa nota?)
 - Come si comporta?
 - Cosa sta facendo ora? (Se dorme, cosa faceva prima di addormentarsi?)
- Ha febbre?
 - Dove l'ha misurata
 - Con quale termometro

STEP 2. LA PRESENZA DI UNA DELLE RED FLAGS IN RISPOSTA ALLE DOMANDE, INDIRIZZA VERSO IL RICORSO IMMEDIATO AL PRONTO SOCCORSO (PS)

RED FLAGS

- Il bambino appare debole, non si muove, non è in grado di stare in piedi, appare pallido
- Presenza di sangue vivo o digerito, in assenza di epistassi (*a eccezione del caso di poche striature, in un solo episodio e in età > 1 anno*)
- Difficoltà a svegliarsi oppure stato confusionale, letargia
- Sospetta ingestione di sostanze tossiche
- Età < 12 settimane e febbre > 38°
- Neonato (< 30 giorni)
- Vomito biliare per 2 o più episodi
- Vomito biliare ed età < 12 mesi
- Dolore addominale severo tra gli episodi di vomito per più di 1 ora
- Dolore addominale perdurante > 2 ore, dolore in fossa iliaca destra, peggioramento del dolore con il salto la deambulazione
- Sospetto di intussuscezione (di solito < 3 anni)
- Segni di disidratazione in età < 1 anno (anuria > 8 ore e secchezza di mucose e labbra, assenza di lacrime, aspetto sofferente)
- Segni di disidratazione in età > 1 anno (anuria > 12 ore e secchezza di mucose e labbra, assenza di lacrime, aspetto sofferente)
- Presenza di cefalea persistente > 2 ore, senza precedente diagnosi di emicrania
- Febbre > 40°
- Stato di immunodepressione (HIV, splenectomia, chemioterapia, terapia cronica steroidea)
- Situazioni di rischio (diabete, tumore cerebrale, Shunt V-P, recente intervento di chirurgia addominale)
- Sintomi di diabete all'esordio
- Recente trauma cranico nelle 24 ore precedenti seguito da 2 episodi di vomito

STEP 3. ISTRUZIONI TECNICHE E METODOLOGICHE AL GENITORE PER IL VIDEO-CONSULTO**STEP 4. SNODI DECISIONALI**

- Le condizioni indicate in **rosso** richiedono una valutazione urgente
- Le condizioni indicate in **blu** richiedono una valutazione che può essere differita, comunque entro le 24 ore
- Le condizioni indicate in **nero**, possono essere seguite attraverso un sistema di teleassistenza seguendo il triage e fornendo indicazioni, quando possibile, scritte (via mail, messaggio)
- Le indicazioni per la rivalutazione telefonica (per le condizioni che possono essere seguite in teleassistenza) sono inserite in apposita tabella

Quanti anni ha il bambino?

< 1 mese < 3 mesi + vomito a getto per 2 o più volte + vomito > 3 volte in 24 ore (vomito moderato) + vomito > 2 volte + febbre	Valutazione urgente in PS
< 1 anno + vomito moderato per > 24 ore > 1 anno + vomito moderato > 48 ore < 24 mesi + vomito + febbre da > 24 ore	Richiede visita
< 1 anno + vomito moderato da < 24 ore* > 1 anno + vomito moderato da < 48 ore** Qualsiasi età + vomito lieve da < 3 giorni*** Qualsiasi età + vomito grave + assenza di disidratazione@	Può essere seguito in teleassistenza

Quante volte ha vomitato oggi? Nell'arco di quante ore? → INQUADRAMENTO IN: LIEVE, MODERATO o GRAVE

Grave	Con disidratazione Senza segni di disidratazione@
Moderato	Insorta da > 24 ore età < 1 anno Insorta da > 48 ore età > 1 anno Associato a febbre da > 24 ore età < 24 mesi Insorta da < 24 ore età < 1 anno* Insorta da < 48 ore età > 1 anno **
Lieve	Insorta da < 72 ore età < 1 anno*** Insorta da > 72 ore età > 1 anno@@

Cosa ha vomitato?

Vomito biliare	Sì, in 2 o più episodi Sì, in età < 12 mesi No	
Vomito ematico	Sì, sangue vivo o coaguli in assenza di epistassi No oppure Presenza di lievi striature ematiche in un solo episodio in età > 12 mesi	Valutazione urgente (eventuale visualizzazione in video o foto)

Appare disidratato? Ha urinato? Quando? Quanto?

Età < 1 anno No urine nelle ultime 8 ore e segni di secchezza delle mucose
 Età > 1 anno No urine nelle ultime 12 ore e segni di secchezza delle mucose

Qualunque età segni di disidratazione grave

Valutare con video la ricerca di questi fattori

1. tempo di refill capillare (normale se < 2 secondi) (VIDEO)
2. presenza di lacrime (se piange)
3. secchezza delle mucose (soprattutto della lingua) (VIDEO)
4. aspetto generale (VIDEO)
5. Sollevamento in pliche della cute dell'addome (VIDEO)

La presenza di due fattori tra i primi 4 è indice di disidratazione del 5%

La presenza di 3 fattori tra i primi 4 indica una disidratazione grave

Ha febbre?

Sì	Età < 12 settimane Stato confusionale, letargia, sintomi neurologici Febbre > 40° Immunodepressione Bambino ad alto rischio Età < 24 mesi - insorta da > 24 ore Febbre ricomparsa dopo un intervallo di 24 ore Febbre associata a intensa faringodinia Assenza di compromissione neurologica, assenza di disidratazione
No	

Indicazioni alla rivalutazione

*	Fare richiamare se: <ul style="list-style-type: none"> • il bambino vomita tutto nelle successive 8 ore • Il vomito moderato persiste oltre 24 ore • il dolore addominale diventa costante o grave • compaiono segni di disidratazione • il bambino sembra peggiorato
**	Fare richiamare se: <ul style="list-style-type: none"> • il bambino vomita tutto nelle successive 8 ore (se ha > 6 anni nelle 12 ore) • Il vomito moderato persiste oltre 48 ore • il dolore addominale diventa costante o grave • compaiono segni di disidratazione • il bambino sembra peggiorato

***	Fare richiamare se: <ul style="list-style-type: none"> • il vomito moderato persiste oltre 72 ore • il dolore addominale diventa costante o grave • compaiono segni di disidratazione • il bambino sembra peggiorato
****	Fare richiamare se il bambino sembra peggiorato
@	Fare richiamare se: <ul style="list-style-type: none"> • compaiono segni di disidratazione • vomita tutto per 8 ore (12 ore se > 6 anni), pur assumendo soluzione reidratante in modo corretto • compare vomito ematico • il dolore addominale diventa costante o grave • il bambino sembra peggiorato
@@	Fare richiamare se: <ul style="list-style-type: none"> • il vomito moderato persiste oltre 72 ore • il dolore addominale diventa costante o grave • compaiono segni di disidratazione • il bambino sembra peggiorato

STEP 4. INTERVENTO

Consigli per la prevenzione della disidratazione e la reidratazione orale

Età < 12 settimane

- Se allattato con formula: 5 ml (1 cucchiaino) di latte formulato ogni 5 minuti
- Se allattato al seno: attaccare al seno per 5 minuti ogni 30 minuti

Se disponibile somministrare Soluzione Reidratante Orale (ORS)

Nel bambino allattato al seno non è necessario sospendere l'allattamento

Età > 12 settimane somministrare piccole quantità di ORS (5-10 ml) ogni 5 minuti

Età > 12 mesi la ORS può essere sostituita con acqua (se non è presente diarrea)

Bambino

- Sospendere l'assunzione di liquidi e solidi per 1 o due ore successive all'episodio
- Somministrare 1 cucchiaino di liquidi ogni 5 minuti per 4 ore (succo di frutta diluito con acqua, tè decaffeinato zuccherato, brodo sgrassato, gelatina, ghiaccioli zuccherati)
- Evitare l'assunzione di latte nelle 12-24 ore dopo l'episodio
- Dopo 8 ore dall'episodio può essere somministrato riso, patate lessate, crackers, pane tostato, succo di mela, banana
- Se è presente diarrea evitare l'assunzione di liquidi zuccherati e somministrare ORS (vedi scheda diarrea)

Vomito

INQUADRAMENTO TELEFONICO INIZIALE	
Età del bambino	<p>< 1 mese < 3 mesi con vomito a getto > 2 volte con vomito > 3 volte con vomito > 2 volte e febbre</p>
	<p>< 1 anno con vomito moderato > 24 ore > 1 anno con vomito moderato > 24 ore < 24 mesi con vomito e febbre > 24 ore</p>
	<p>< 1 anno con vomito moderato < 24 ore > 1 anno con vomito moderato < 48 ore Qualsiasi età vomito lieve < 3 giorni Qualsiasi età + vomito grave senza disidratazione</p>
Intensità del vomito	<p>• Grave con segni di disidratazione Grave senza segni di disidratazione > 1 anno</p>
	<p>Moderato da > 24 ore età < 1 anno da > 48 ore età > 1 anno da > 24 ore età < 24 mesi con febbre</p> <p>Moderato da < 24 ore età < 1 anno da < 48 ore età < 1 anno</p>
	<p>Lieve da < 72 ore età < 1 anno Lieve da > 72 ore età > 1 anno</p>
Caratteristiche del vomito	<p>Vomito biliare in 2 o più episodi Vomito biliare in età < 12 mesi</p>
	<p>Vomito ematico con sangue vivo o coaguli in assenza di epistassi Presenza di striature ematiche in un solo episodio in età < 12 mesi</p>
Condizioni generali del bambino	<p>Il bambino appare debole, non si muove, non è in grado di stare in piedi, appare pallido Difficoltà a svegliarsi oppure stato confusionale e letargia Segni di disidratazione grave Presenza di cefalea persistente da due ore</p>
Presenza di febbre	<p>In un bambino di età < 12 settimane Associata a stato confusionale, letargia o sospetto di sintomi neurologici Febbre > 40° Immunodepressione Bambino ad alto rischio</p>
	<p>Età < 24 mesi insorta da > 24 ore Febbre ricomparsa dopo un intervallo di 24 ore Febbre associata ad intensa faringodinia</p>
	<p>Febbre in assenza di compromissione neurologica e disidratazione Assenza di febbre</p>
Consigli per la reidratazione	<p>Età < 12 settimane allattato al seno: attaccare per 5 minuti ogni 15 minuti allattato con formula 5 ml (1 cucc.no) di formula ogni 5 minuti Se disponibile somministrare ORS. Non sospendere l'allattamento nel bambino allatto al seno</p>
	<p>Età > 12 settimane somministrare piccole quantità di ORS (5-10 ml) ogni 5 minuti Età > 12 mesi è possibile sostituire ORS con acqua in assenza di diarrea</p>

Condizioni che indicano il ricorso immediato al PS

Sospetta ingestione di sostanze tossiche
Dolore addominale severo per > 1 ora oppure > 2 ore in fossa iliaca destra
Sospetta intussuscezione (età < 3 anni)
Cefalea persistente da > 2 ore in assenza di pregressa diagnosi di emicrania
Febbre > 40°
Soggetto con immunodepressione, diabete, neoplasia cerebrale, shunt V-P, recente intervento di chirurgia addominale,
Segni sospetti di diabete all'esordio
Recente trauma cranico nelle 24 ore precedenti, seguito da 2 episodi di vomito

Definizione gravità del vomito

Grave : 8 o più volte al giorno
Moderato : 3-7 volte al giorno
Lieve 1-2 volte al giorno

Inquadramento disidratazione

Età < 1 anno assenza di urine da 8 ore, segni di secchezza delle mucose
Età > 1 anno assenza di urine da 12 ore segni di secchezza delle mucose
Presenza di 3 fattori tra i primi quattro dei seguenti:

- tempo di refill capillare > 2 sec (VIDEO)
- assenza di lacrime
- secchezza delle mucose (VIDEO)
- aspetto generale sofferente (VIDEO)
- sollevamento in pliche della cute addominale (VIDEO)

Presenza di due fattori tra i primi 4 = disidratazione 5%

ilmedicopediatra 2020;29(2):19-23
doi: 10.36179/2611-5212-2020-015

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Diarrea

Obiettivi generali

- Adottare la telemedicina in video-consulto in maniera appropriata per verificare le condizioni generali di salute del bambino laddove il triage o intervista telefonica non è esaustiva per orientare la diagnosi, la gravità e l'urgenza e l'eventuale prescrizione terapeutica

Obiettivi specifici

- Fornire le indicazioni della telemedicina ai genitori nel caso di un bambino con diarrea
- Decidere se e quando il bambino con diarrea deve essere visitato in ambulatorio o inviato a ricovero

Caratteristiche cliniche

- La diarrea nei bambini è un disturbo gastrointestinale piuttosto frequente. È caratterizzata dall'emissione rapida di **feci con consistenza liquida o semiliquida** che si presenta più volte nell'arco della giornata. In genere si risolve spontaneamente in uno o due giorni
- È una delle più frequenti cause di ricovero, si stima che il numero di ricoveri sia intorno a 40.000 bambini sotto i 5 anni/anno, di cui almeno il 25% non necessari
- Se la diarrea dura più di due giorni il bambino potrebbe avere un problema più grave
- Può essere **acuta**, quando dura uno due giorni e scompare ed è causata da alimenti o infezione batterica o virale. Può essere **cronica** quando dura da più di due settimane e può dipendere ad esempio da malattie croniche intestinali come la MICI o la celiachia

TRIAGE TELEFONICO

1° STEP

Domande generali da porre ai genitori

- Nome
- **Età se < 12 mesi (attenzione soprattutto se prematuro o SGA)** peso del bambino
- Anamnesi di **patologie croniche personali** (che possono scompensarsi – endocrinologiche, metaboliche, neurologiche ecc.)
- Frequenta il nido o la scuola materna o comunque qual è il grado di socializzazione del bambino?
- Ha assunto farmaci nelle 24-48 ore precedenti? Se sì, quali?
- Ha eseguito il vaccino antirotavirus? (se il bambino ha >2 mesi o se lo ha fatto di recente)

How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Diarrea. il Medico Pediatra 2020;29(2):19-23. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-015>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

- C'è qualcun altro in famiglia che ha lo stesso problema?
- Un convivente presenta febbre e/o tosse
- Un convivente è affetto o sospetto COVID-19?

Domande sulle caratteristiche delle evacuazioni

- Da quanto tempo è iniziata la diarrea?
- Quante scariche nelle ultime 24 ore?
- Qual è la consistenza delle feci? Sono molto abbondanti? Sono liquide o poltacee?
- Qual è il colore delle feci?
- Si apprezza un odore delle feci?
- Presenza di **muco o sangue** nelle feci? → **RED FLAG** per **salmonellosi** (soprattutto se presente febbre alta) o **invaginazione** (se con dolore a "poussè" anche senza evacuazione)
- Ha dolore nell'evacuazione?

Domande sulle condizioni del bambino

- Com'è il colorito del bambino? Il bambino è tranquillo, attento, vigile o agitato, irritabile, sonnolento?
- Presenta febbre, occhi alonati?
- Presenta **tachicardia e/o tachipnea**?
- Si è alimentato nelle ultime 24 ore?
- Ha **vomitato**? Quante volte nelle ultime ore?
- Ha sete? Ha bevuto poco o regolarmente nelle ultime 24 ore? **Presenta minzioni assenti-scarse** o regolari (pannolini con pipi nelle ultime ore)?
- Ha la **lingua asciutta** o umida, **piange senza lacrime**?
- In un lattante se possibile valutare:
 - la fontanella bregmatica appare piatta o **depressa**?
 - il **peso corporeo si è ridotto del 5%**?
- Segni e sintomi importanti → **RED FLAG** per disidratazione (si possono utilizzare gli Score Clinici – Fig. 1-1a)

2° STEP TELECONSULTO

Se i dati raccolti durante il triage telefonico non risultano sufficienti, si può avviare contestualmente il teleconsulto.

Premessa. Prima di richiedere qualsiasi ulteriore supporto multimediale facilitare l'esecuzione di

foto, video o videochiamata suggerendo informazioni utili al corretto ed appropriato utilizzo dello strumento digitale da adottare in base al sintomo o ai parametri vitali da visualizzare

Fotografia

- Per visualizzare, la consistenza delle feci, il colore, la presenza di sangue
- Per valutare il colorito del bambino, gli occhi, le labbra
- Per valutare la zona perianale

Video o una videochiamata

- Per valutare se il bambino è sonnolento, se reagisce, se gioca
- Per valutare il pianto, con o senza lacrime
- Per valutare nel lattante la fontanella bregmatica

3° STEP

A questo punto si può desumere:

- una situazione clinica che permette terapia dietetici e reidratante (Fig. 2-2a) da effettuarsi a domicilio, senza necessità di controllo in ambulatorio tranquillizzando i genitori e chiedendo una recall 24 ore
- una situazione che richiede controllo clinico
- una situazione che richiede intervento terapeutico non eseguibile a domicilio (subito o dopo recall 24 ore) (Tab. I)

Con avvio terapia domiciliare o invio presso struttura idonea per la prosecuzione di diagnosi e/o cure del caso

Figura 1. Disidratazione.

	Lieve	Moderata	Grave
Cute al tatto	Normale	Secca	Ruvida
Mucose della bocca	Umide	Secche	Screpolate
Occhi	Normali	Approfonditi nell'orbita	Infossati
Lacrime	Presenti	Ridotte	Assenti
Fontanella	Piatta	Depressa	Infossata
SNC	Consolabile	Irritabile	Letargico
FC	Normale	Lievemente aumentata	Tachicardia
Flusso urinario	Normale	Diminuito	Anuresi

Figura 1a. Scala di Gorelick (Gorelick M. Pediatrics 1997).

Occhi alonati	1	Tempo di Refill >2"	1*
Mucose visibili asciutte	1	Polso radiale debole	1
Pianto senza lacrime	1	Tachicardia >150 bpm (senza febbre)	1*
Pliche cutanee persistenti >2"	1	Tachipnea	1*
Stato generale compromesso	1*	Oliguria	1*

SCORE: * red flags (fattori di rischio per disidratazione grave)
 <3 punti: disidratazione lieve < 5%--> codice verde
 Da 3 a 5 punti: disidratazione moderata 5-8%--> codice giallo
 Da 6 a 10 punti: disidratazione grave ≥ 9%--> codice rosso

Figura 2. Reidratazione per via orale.

- Lattanti < 3 mesi con disidratazione lieve:
 - se allattati al seno non devono interrompere l'allattamento ma aumentare il numero di poppate
 - se allattati con formula proporre il latte formulato con il cucchiaino ogni 5-10 minuti
 - se disponibile o necessario somministrare soluzione reidratante orale (ORS)
- Lattanti > 12 settimane somministrare soluzione reidratante orale in piccole quantità ogni 5-10 minuti
- Età >12 mesi somministrare soluzione reidratante orale (ORS)

Figura 2a. Trattamento essenziale della diarrea acuta. Subito



Tabella I.

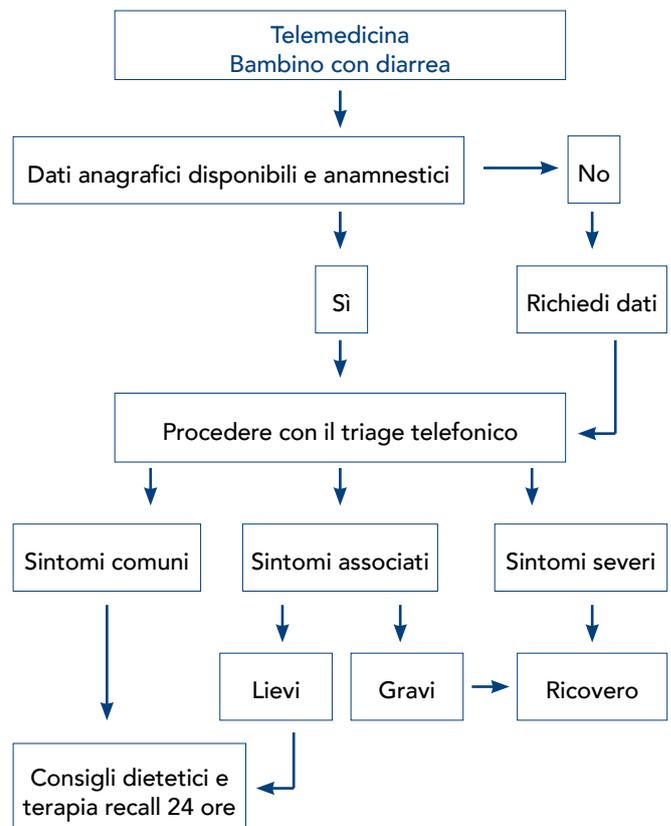
Indicazioni al ricovero
• Età < 3 mesi e segni di disidratazione
• Bambino sonnolento, poco reattivo, irritabile o convulsioni
• Vomito incoercibile o biliare
• Disidratazione che necessita reidratazione endovena
• Rifiuto o impossibilità alla reidratazione per os
• Scarsa affidabilità parentale
• Sospetto di patologie come l'appendicite, la pielonefrite, l'invaginazione, la polmonite
• Shock

Indagini diagnostiche

- Coltura delle feci (coprocoltura) per identificare i batteri che possono causare diarrea
- Esami del sangue, delle feci e delle urine
- Radiografia addominale
- Ecografia addominale
- Colonscopia
- Test per identificare allergie o intolleranze alimentari

Cause di diarrea

- **Infezioni batteriche** come Salmonella, Campylobacter ed Escherichia coli, Yersinia Enterocolitica
- **Infezioni virali** come Citomegalovirus e Rotavirus
- **Allergie o intolleranze** alimentari come quella al lattosio
- **Parassitosi** come il Cryptosporidium la Giardia lamblia
- **Patologie infiammatorie** come il morbo di Crohn, la colite ulcerosa, la sindrome del colon irritabile e la celiachia
- **Effetti avversi ai farmaci** come antibiotici e FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei)
- **Stress**, irritabilità e ansia
- **Malassorbimento**



BIBLIOGRAFIA

NICE Diarrhoea and vomiting in children 2009. Disponibile al link: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/diarrhoea-and-vomiting-in-children>. NICE Pathway last updated: 10 January 2019

Capriati T, Guarino A, Lo Vecchio A, a cura di. Linee guida ESPGHAN per la gestione della gastroenterite acuta nei bambini europei. Giorn Gastr Epatol Nutr Ped 2015;VII:134-40.

Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, et al. ESPGHAN European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases

Evidence-Based Guidelines, Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. JPGN 2014;59:132-52.

Il pediatra al telefono: audit e formazione permanente. Medico e bambino 2001;20:95-8.

Pierattelli M, Cappelli E, Inzitari N, et al. Diarrea Acuta. Farmaci Essenziali - aprile 2000. Disponibile al link: www.occhioclinico.it/OCP/art/0004far.html

www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/diarrhea-in-children

Diarrea

TRIAGE TELEFONICO			
Età del bambino	<ul style="list-style-type: none"> < 3 mese → segni e sintomi di disidratazione < 12 mesi → attenzione soprattutto se prematuro o SGA 		RED FLAGS <ul style="list-style-type: none"> Età < 3 mese e segni di disidratazione Bambino sonnolento, poco reattivo, irritabile, convulsioni Disidratazione che necessita reidratazione endovena Rifiuto o impossibilità alla reidratazione per os Scarsa affidabilità parentale Sospetto di patologie importanti Shock
Anamnesi	<ul style="list-style-type: none"> Patologie croniche con possibile scompenso → endocrinologiche, metaboliche, neurologiche, ... Frequenza comunità → nido, scuola materna... Assunzione farmaci → nelle 24-48 precedenti Vaccino antirotavirus 		
Anamnesi familiare	<ul style="list-style-type: none"> Patologie croniche con possibile scompenso → endocrinologiche, metaboliche, neurologiche, ... Anamnesi patologica familiare → diarrea, febbre, tosse Familiare affetto o sospetto COVID-19 		
Caratteristiche delle evacuazioni	<ul style="list-style-type: none"> Tempo d'esordio, numero di scariche Consistenza delle feci → quantità, consistenza Presenza odore Muco, sangue nelle feci → RED FLAG per salmonellosi Dolore nell'evacuazione 		
Condizioni generali del bambino	<ul style="list-style-type: none"> Colorito, reattività Febbre, occhi alonati Tachicardia e/o tachipnea Vomito Grado di disidratazione quantità di liquidi assunti nelle 24 ore, aspetto lingua, presenza pianto, quantità lacrime Nel lattante valutazione fontanella bregmatica, calo ponderale ≥ 5% <p>Presenza di segni e sintomi importanti (gravi, severi) → INDICAZIONE AL RICOVERO</p>		
CONDIZIONI GENERALI DEL BAMBINO			
Fotografia			
Aspetto feci	Consistenza, colore, morbide: nella norma	Feci secche, colore verde sporadico	Liquide, poltacee; colore: verde prolungato, rosso e/o nero, sangue
Colorito	Roseo, come quando sta bene	Pallido	Scuro, bluastro
Zona perianale	Normale	Arrossata	Ragadi, emorroidi estroflesse
Video o videochiamata			
Espressione e aspetto del volto	Serena, sguardo vigile, labbra rosee, occhi normali	Occhi infossati e alonati	Spenta, tesa, sofferente, labbra violacee
Attività motoria/reattività	Vigile, gioca	Sonnolento, poco reattivo, irritabile	Convulsioni, shock, collasso
Pianto	Con lacrime	Qualche lacrima	Assenza di lacrime
Fontanella bregmatica	Normale	Leggermente infossata	Depressa
Sintomi di accompagnamento della diarrea			
Vomito	Vedi scheda specifica		
Febbre	Vedi scheda specifica		
Disidratazione	Vedi Figura 1 e 2		

ilmedicopediatra 2020;29(2):24-30
doi: 10.36179/2611-5212-2020-016

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Eruzioni cutanee

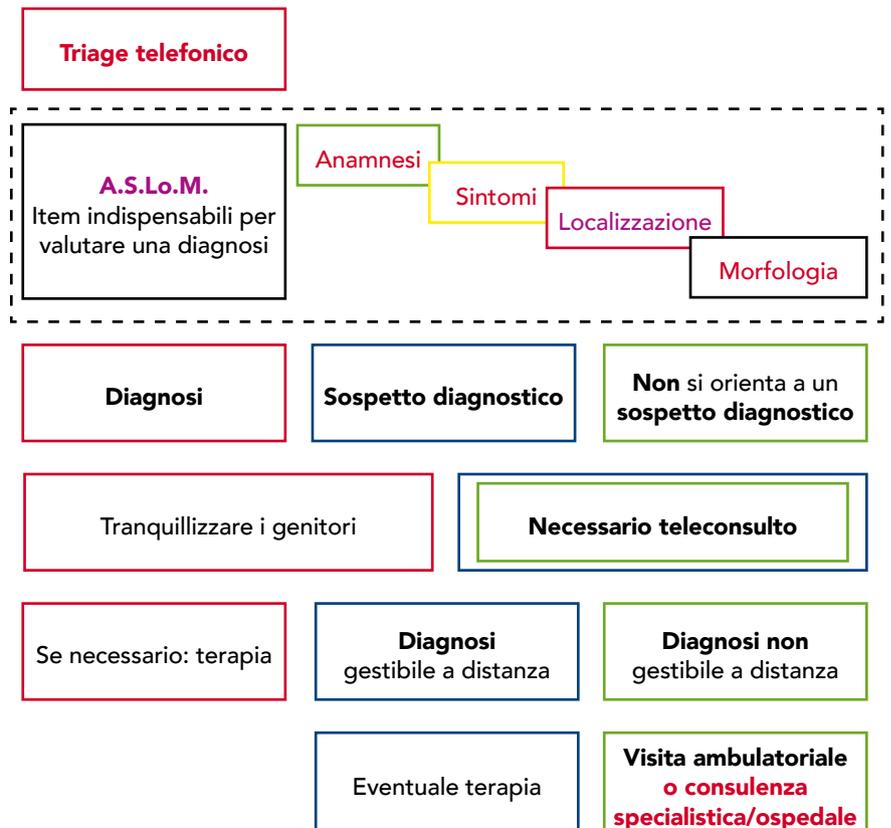
Obiettivi generali

- Usare il tele e/o video consulto in maniera efficiente, per la diagnosi delle lesioni dermatologiche
- Dare istruzioni, rassicurare, eventualmente consigliare una terapia
- Determinare se e quando il bambino deve essere visto in ambulatorio o eseguire una consulenza

Premessa

Circa il 30% delle visite pediatriche effettuate in ambulatorio, sono per problemi dermatologici, tra cui soprattutto eruzioni cutanee. Il 68% di tutte le visite per cause dermatologiche in età pediatrica in Italia, sono eseguite da Pediatri di famiglia.

È necessario, quindi, da parte del Pediatra conoscere una minima semiologia dermatologica e saper raccogliere una opportuna storia clinica e di localizzazione della lesione, il tutto per poter meglio orientare il sospetto diagnostico. Per questo motivo ci si può avvalere dell'acronimo A.S.Lo.M. (Anamnesi, Sintomi; Localizzazione, Morfologia).



How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Eruzioni cutanee. Il Medico Pediatra 2020;29(2):24-30. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-016>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

STEP 1. TRIAGE TELEFONICO

Anamnesi	Sintomi	Localizzazione	Morfologia
1. Durata dell'eruzione	1. Febbre	1. Localizzazione	1. Morfologia lesione
2. Trattamenti usati	2. Prurito	2. Distribuzione	2. Forma
3. Lesioni in famiglia	3. Sintomi generali	3. Polimorfismo	3. Colore
4. Esposizioni ambientale			4. Aspetto iniziale ed evolutivo

Step 1.1

Anamnesi: telefono

- Da quanto tempo dura: ore, giorni, settimane: **durata**
- La lesione è fissa e/o scompare: **manifestazione temporale**
- Ha usato prodotti per la lesione: cosmetici, farmaci: **trattamenti**
- Altre lesioni simili o altre patologie familiari dermatologiche o non dermatologiche: **patologie**
- Ambiente in cui vive o a cui è venuta a contatto: **ambiente**

Step 1.2

Sintomi associati

- Febbre - Prurito - Astenia - Edema - Altro

Step 1.3

Localizzazione

- singole o multiple (indicarne possibilmente il numero)
- generalizzate (diffuse a più distretti corporei)
- localizzate: solo testa, solo tronco, solo arti, solo mani e piedi
- con distribuzione casuale o simmetrica (due arti sup. o due arti inf., ecc.)
- se esposte alla luce solare o su zone protette dal sole

Morfologia

Step 1.4.1

1) **Tipo di lesione:** secondo lei le lesioni sono:

- Piatte, non palpabili, piccole (< 10 mm, circa un centesimo di euro): **macula**
- Rilevate, piccole (< 10 mm), palpabili (passando la mano sulla cute): **papule**
- Palpabili (> 10 mm), sopraelevate o depresse rispetto alla cute: **placche**
- Fisse, di dimensioni più ampie, fisse o mobili, talvolta di consistenza dura: **noduli**
- Piccole bolle, chiare o torbide, uniche o multiple: **vescicole**
- Bolle più grandi (> 10 mm), piene di liquido limpido o torbido: **bolle**
- Vescicole contenenti materiale purulento, giallastro: **pustole**
- Sopraelevate, con edema localizzato, pruriginose ed eritematose: **pomfo**
- Vi è una perdita di sostanza parziale e/o totale dell'epidermide: **erosione**
- Erosioni più profonde con perdita dell'epidermide e parte del derma: **ulcera**
- Piccoli puntini emorragici che non scompaiono alla digitopressione: **petecchie**
- Area emorragica più estesa, clinicamente palpabile: **porpora**

Step 1.4.2

2) **Forma della lesione:** secondo lei, le lesioni hanno forma:

- come una linea retta: **lineari**
- come un anello con una zona centrale più chiara o più scura: **anulari**
- come una moneta: **nummulari**
- come un bersaglio a cerchi concentrici: **a bersaglio**
- come se fosse un piccolo serpente: **serpiginose**

Step 1.4.3

3) **Colore della lesione:** secondo lei, le lesioni hanno un colore:

- uguale a quello della cute circostante
- chiaro o bianco come un foglio di carta
- scuro: dal marrone al nero
- rosso, rossastro, blu

Step 1.4.4

4) **Evoluzione:** secondo lei, la lesione:

- è rimasta invariata dall'inizio
- è cresciuta nel tempo

Possibili scenari: le notizie ricevute al telefono possono:

- 1) orientare verso una **diagnosi gestibile a distanza:**
 - a) tranquillizziamo i genitori
 - b) terapia, se necessaria
- 2) orientare verso un **sospetto diagnostico gestibile a distanza:**
 - a) necessario un **teleconsulto**
 - b) dare istruzioni per il teleconsulto
- 3) **non** orientare verso un **sospetto diagnostico:**
 - a) necessario un **teleconsulto**
 - b) dare istruzioni per il teleconsulto

STEP 2. TELECONSULTO

Necessario istruire il genitore sulle tecniche e metodologie per eseguire una opportuna documentazione fotografica e inviarla per via telematica.

Chiedere al genitore **se può** eseguire una o **più foto o una video chiamata** con lo smartphone, cercando:

- una buona messa a fuoco
 - una buona esposizione a una fonte di luce (possibilmente naturale)
 - di riprendere la lesione – secondo necessità – per intero, per parti del corpo (volto, tronco, ecc.) e particolareggiata
- a) Applicare **tutto o in parte il metodo A.S.Lo.M.** al telefono o video consulto
 - b) **Possibili scenari: le notizie ricevute al telefono possono:**
 - 1) orientare verso una **diagnosi gestibile a distanza:** eventuale terapia
 - 2) orientare verso una **diagnosi non gestibile a distanza:** necessaria una **visita ambulatoriale**

- 3) **non orientare** verso una diagnosi: necessario e indispensabile una **visita ambulatoriale** o una consulenza specialistica o invio in ospedale

Esempi di patologie secondo il metodo A.S.Lo.M.

Mononucleosi: Esantema

Anamnesi	Astenia marcata e febbre o febbicola, più spesso adolescenti, comparsa improvviso, spesso dopo assunzione di ampi e/o amoxicillina
Sintomi	Epato-spleno megalia, adenopatia
Localizzazione	Generalizzato, soprattutto tronco e arti
Morfologia	Esantema maculo- papulare morbilliforme



Malattia di Kawasaki

Anamnesi	Esantema "aspecifico", eritema palmare e plantare, edema indurativo mani e piedi, desquamazione lamellare acrale
Sintomi	Enantema marcato, linfadenopatia cervicale, severo impegno generale, congiuntivite
Localizzazione	Generalizzato, anche palmo mani e pianta dei piedi
Morfologia	Bambini piccoli, in modo epidemico, febbre elevata e persistente



Morbillo

Anamnesi	Fase prodromica, della durata di 2-4 giorni, febbre e almeno una delle "tre C" (tosse, rinite, congiuntivite) (<i>cough, coryza, conjunctivitis</i>), macchie di Koplik (a volte, se presenti, patognomoniche)
Sintomi	La febbre scompare quando il rash si arresta nella sua evoluzione
Localizzazione	Generalizzato
Morfologia	Esantema maculo-papulare a diffusione cranio-caudale; la scomparsa della eruzione può essere accompagnato da desquamazione secca; fino a 2-3 giorni per la progressione



Rosolia

Anamnesi	Fase prodromica, della durata di 1-2 giorni, talvolta febbre, lieve tosse e rinite
Sintomi	L'eruzione sfuma entro 2-4 giorni, è più veloce del morbillo, senza residui pigmentari della pelle; linfadenopatia retrorivale a volte
Localizzazione	Generalizzato
Morfologia	Esantema maculo-papulare a diffusione cranio-caudale, meno intensa rispetto al morbillo, eruzione in poche ore



Esantema Subitum (VI Malattia)

Anamnesi	Febbre per 2-3 giorni, e poi appare l'eruzione non appena termina la febbre. Il tempo di eruzione del rash la distingue dal morbillo e dalla rosolia
Sintomi	Lieve astenia
Localizzazione	Generalizzata
Morfologia	Eruzione maculo-papulare sistemica. Si diffonde dal volto al collo, viso e le estremità entro 24 ore e scompare dopo 1-2 giorni

**Eritema Infettivo (V Malattia)**

Anamnesi	Le lesioni cutanee coincidono con la comparsa della risposta anticorpale e il declino della malattia
Sintomi	Lieve astenia
Localizzazione	Guance; dopo 1-3 giorni ci può essere una generalizzazione dell'esantema, che può interessare anche la radice degli arti
Morfologia	Eritema brillante e confluyente delle guance



Eruzioni cutanee

INQUADRAMENTO TELEFONICO INIZIALE		POSSIBILI SCENARI le notizie ricevute al telefono possono:
Anamnesi	<ul style="list-style-type: none"> • Durata: da quanto tempo dura: ore, giorni settimane? • Manifestazione temporale: la lesione è fissa e/o scompare • Trattamenti: ha usato prodotti per la lesione: cosmetici, farmaci • Patologie familiari: lesioni simili o altre patologie dermatologiche e non • Ambiente: ambiente in cui vive e/o è venuta a contatto 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientare verso una diagnosi gestibile a distanza • Tranquillizziamo i genitori • Eventuale terapia
Sintomi associati	<ul style="list-style-type: none"> • Febbre - Prurito - Astenia - Edema - Altro 	
Localizzazione	<ul style="list-style-type: none"> • Singole o multiple: indicare presumibilmente il numero • Generalizzate: per tutto il corpo? • Localizzate: solo testa, solo tronco, solo arti, solo mani e piedi • Distribuzione casuale o simmetrica • In zone esposte alla luce solare o in zone coperte 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientare verso un sospetto diagnostico gestibile a distanza • Necessario un teleconsulto • Dare istruzioni per il teleconsulto
Morfologia	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo di lesione: macula, papula, placca, noduli, vescicole, bolle, pustole, pomfo, erosione, ulcera, petecchie, porpora • Forma della lesione: lineare, anulare, nummulare, a bersaglio, serpiginosa • Colore della lesione: uguale a quella della cute circostante, bianca, scura, rossastra, bluastra, grigiastra • Evoluzione: rimasta invariata dall'inizio, è cresciuta nel tempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Non orientare verso un sospetto diagnostico • Necessario un teleconsulto • Dare istruzioni per il teleconsulto
TELECONSULTO		POSSIBILI SCENARI:
Istruzioni	<ul style="list-style-type: none"> • Necessario istruire il genitore sulle tecniche e metodologie per eseguire una opportuna documentazione fotografica e inviarla per via telematica • Chiedere al genitore se può eseguire una o più foto o una video chiamata con lo smartphone, cercando: <ul style="list-style-type: none"> – Una buona messa fuoco – Una buona esposizione a una fonte di luce, possibilmente naturale – Di riprendere la lesione – secondo necessità- per intero o per parti del corpo • Applicare tutto o in parte l'A.S.Lo.M. al telefono o video consulto 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientare verso una diagnosi gestibile a distanza • Eventuale terapia • Orientare verso una diagnosi non gestibile a distanza • Utile visita ambulatoriale • Non orientare verso una diagnosi • Utile visita ambulatoriale
Mononucleosi	Vedi scheda specifica	
M. di Kawasaki	Vedi scheda specifica	
Morbillo	Vedi scheda specifica	
Rosolia	Vedi scheda specifica	
Esantema Subitum	Vedi scheda specifica	
Eritema infettivo	Vedi scheda specifica	

ilmedicopediatra 2020;29(2):31-33
doi: 10.36179/2611-5212-2020-017

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Pianto del neonato e del lattante

Obiettivi

- Usare il video-consulto in maniera efficiente, per rendersi conto delle valutare le condizioni generali del neonato
- Dare istruzioni, rassicurare
- Determinare se e quando il bambino deve essere visto

Chiamata telefonica

PER IL PEDIATRA: dalla seconda settimana di vita i neonati piangono mediamente per circa 2 ore al giorno raggiungendo un picco a sei settimane di vita (3 ore al giorno) con un decremento a un'ora al giorno intorno ai tre mesi di vita. Il pianto è essenzialmente pomeridiano o serale. Nessun neonato piange per nulla

Tener presente che la percezione che hanno i genitori del pianto spesso non correla con una reale patologia

PER IL PEDIATRA: gli accessi in ambulatorio di neonati e lattanti per pianto inconsolabile rappresentano una percentuale importante tra le nostre consulenze. La conclusione più comune prevede l'osservazione domiciliare e la rassicurazione dei genitori. In alcuni casi il pianto inconsolabile nasconde patologie complesse a esordio subdolo che un corretto uso della video-registrazione da parte dei genitori può svelare precocemente

RED FLAGS: IL BAMBINO SOLITAMENTE TRANQUILLO PIANGE FORTE E A LUNGO SENZA UN MOTIVO EVIDENTE. NON SI CONSOLA QUANDO È IN BRACCIO

How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Pianto del neonato e del lattante. Il Medico Pediatra 2020;29(2):31-33. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-017>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Condizione fisiologica

Diagnosi gestibile a distanza

Sospetto diagnostico gestibile a distanza

Sospetto diagnostico gestibile

Se necessario: terapia

Eventuale terapia

Necessario teleconsulto

Visita ambulatoriale

Diagnosi gestibile a distanza

Visita ambulatoriale

STEP 1. Informazioni attraverso l'intervista telefonica

- È allattato al seno o prende latte artificiale?
- Quanto tempo dura il pianto; lo ha mai misurato con l'orologio?
- E con quale frequenza si presenta?
- Piange forte? È così stanco che quasi non lo sente piangere?
- Quando lo prende in braccio si consola?
- Ha mangiato? Ha preso peso nelle ultime settimane?
- Se il bimbo è allattato al seno, Quale dieta sta seguendo la madre?
- La madre, beve molto caffè? Fuma? Prende qualche farmaco?
- Il bambino ha fatto la pipì? Ha fatto la cacca? Ha fatto delle scorreggine?
- Ha vomitato? Ha febbre?

STEP 2. Le notizie ricevute attraverso l'intervista telefonica ci possono:

- a) orientare verso una condizione fisiologica: tranquillizziamo i genitori
- b) orientare verso una diagnosi gestibile telefonicamente
- c) orientare verso sospetto diagnostico gestibile con un teleconsulto o una video registrazione da parte dei genitori
- d) orientare verso un sospetto diagnostico gestibile solo ambulatorialmente

STEP 3. Istruzioni tecniche per il genitore per la video-registrazione e la video-chiamata

STEP 4. Durante il teleconsulto o la video registrazione, osservare se sono presenti alcuni segni utili per un corretto orientamento diagnostico:

- difficoltà respiratoria
- ecchimosi o gonfiore cranico e in altre parti del corpo, arrossamento e/o rigonfiamento dello scroto
- osservare gli occhi del bambino per escludere abrasione della cornea
- osservare le dita di mani e piedi e il pene per escludere un laccio da pelo
- movimenti anomali o contrazioni di una qualsiasi parte del corpo
- estrema irritabilità (la manipolazione o lo spostamento accentuano il pianto)

STEP 5. La presenza di un segno sospetto ci deve indurre a richiedere la visita in ambulatorio

PER IL PEDIATRA: La causa del pianto nel neonato è nel 95% dei casi funzionale e solo nel 5% è di natura organica

CAUSE PATOLOGICHE DI PIANTO INCONSOLABILE

- *Infezioni: meningiti; encefaliti; sepsi; otite media acuta; onfalite*
- *Affezioni cardiovascolari: miocarditi*
- *Patologie gastrointestinali: malrotazioni con volvolo; intussuscezioni; reflusso; stipsi; ragadi anali; gastroenterite acuta; intolleranza al latte vaccino; coliche gassose*
- *Sostanze tossiche: esposizione a farmaci tramite il latte materno*
- *Dermatologiche: eczema; punture d'insetto*
- *Traumi: traumi non accidentali; fratture; abrasioni corneali*
- *Neurologiche: idrocefalo*
- *Metaboliche: alterazioni degli elettroliti; ipoglicemia; difetti del metabolismo*

Pianto del neonato e del lattante

PIANTO INCONSOLABILE DEL NEONATO: INQUADRAMENTO TELEFONICO INIZIALE

Età del bambino	<ul style="list-style-type: none"> < 1 mese - ANAMNESI PERINATALE SOSPETTA → Visita in ambulatorio 1-3 mesi - Valutazione telefonica 	<p>RED FLAGS</p> <p>Il bambino solitamente tranquillo piange forte e a lungo senza un motivo evidente. Non si consola quando è in braccio</p>
Anamnesi	<ul style="list-style-type: none"> Tipo di fecondazione, figlio unico, famiglia mono-parentale, famiglia allargata Prematurità. Allattamento al seno o artificiale. Crescita e alvo. Ambiente e abitudini familiari. In caso di allattamento al seno indagare sulle abitudini alimentari della madre, se fuma o se prende farmaci Ascoltare la madre sulle cause del pianto, le sue sensazioni sul comportamento del bambino 	
Caratteristiche del pianto	<ul style="list-style-type: none"> Il pianto all'inizio è di bassa intensità, poi diventa più forte e ritmico, si consola appena è allattato → Segno rassicurante, rivalutazione telefonica Il pianto è intenso, prolungato è seguito da una fase di silenzio con singhiozzi alternati a brevi inspirazioni → Segno poco rassicurante, rivalutazione telefonica, teleconsulto Il pianto dura più di 3 ore al giorno, è così stanco che quasi non lo sente piangere → Segno poco rassicurante teleconsulto, Il pianto dura almeno un'ora e si ripete più volte al giorno indipendentemente dal pasto → Segno poco rassicurante teleconsulto 	
Quando piange	<ul style="list-style-type: none"> Il pianto è essenzialmente pomeridiano o serale, si arresta quando lo si abbraccia → Segno rassicurante, rivalutazione telefonica Il pianto si presenta prima della poppata, quando deve essere cambiato, quando non fa il ruttino → Segno rassicurante, rivalutazione telefonica 	

COSA OSSERVARE DURANTE IL TELECONSULTO

<ul style="list-style-type: none"> Controllare la posizione del bambino mentre succhia e la durata della poppata Osservare come la madre prova confortare il bambino 	→	Consiglio telefonico e rivalutazione
<ul style="list-style-type: none"> Difficoltà respiratoria Ecchimosi o gonfiore cranico e in altre parti del corpo, arrossamento e/o rigonfiamento dello scroto Osservare gli occhi del bambino per escludere abrasione della cornea Osservare le dita di mani e piedi e il pene per escludere un laccio da pelo Movimenti anomali o contrazioni di una qualsiasi parte del corpo Estrema irritabilità (la manipolazione o lo spostamento accentuano il pianto) 	→	<p>RED FLAGS</p> <p>Pianto da causa patologica visita ambulatoriale e approfondimento diagnostico</p>

CAUSE PATOLOGICHE DI PIANTO INCONSOLABILE

<p>Infezioni: meningiti, encefaliti, sepsi, otite media acuta, onfalite, miocarditi</p> <p>Patologie gastrointestinali: malrotazioni con volvolo, intussuscezioni, reflusso, stipsi, ragadi anali, gastroenterite acuta, intolleranza al latte vaccino, coliche gassose</p>	<p>Neurologiche: idrocefalo</p> <p>Dermatologiche: eczema, punture d'insetto</p> <p>Traumi: traumi non accidentali, fratture, abrasioni corneali</p>	<p>Sostanze tossiche</p> <p>Esposizione a farmaci tramite il latte materno</p> <p>Metaboliche: alterazioni degli elettroliti, ipoglicemia, difetti del metabolismo</p>
---	---	---

ilmedicopediatra 2020;29(2):34-36
doi: 10.36179/2611-5212-2020-018

A cura del Gruppo di lavoro per la telemedicina

Mattia Doria, coordinatore
Luciano Basile
Teresa Cazzato
Michele Fiore
Antonino Gulino
Adima Lamborghini
Emanuela Malorgio
Giuseppe Ruggiero
Valter Spanevello

Tremori del neonato e del lattante

Obiettivi

- Usare il video-consulto in maniera efficiente, valutare le condizioni
- generali del neonato
- Dare istruzioni, rassicurare
- Determinare se e quando il bambino deve essere visto

Chiamata telefonica

Premessa: i tremori nel neonato si manifestano nei momenti di passaggio da uno stato di coscienza a un altro, vale a dire dalla fase in cui sono addormentati, al momento in cui si svegliano. Un'altra causa è certamente il risveglio improvviso appena dopo la fase rem. In questi casi, per un breve lasso di tempo, il bambino può apparire disorientato. Caratteristica comune di tutti i tremori benigni è la transitorietà dei sintomi

RED FLAG: tremori diffusi agli arti, al mento, alla testa persistenti, della durata di oltre 30 secondi o tremori che ripetono tutti i giorni o più volte al giorno, necessitano di valutazione in ambulatorio

How to cite this article: Gruppo di lavoro per la telemedicina, a cura di. Tremori del neonato e del lattante. Il Medico Pediatra 2020;29(2):34-36. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-018>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Condizione Fisiologica

Diagnosi gestibile a distanza

Sospetto diagnostico gestibile a distanza

Sospetto diagnostico gestibile

Se necessario: terapia

Eventuale terapia

Necessario teleconsulto

Visita ambulatoriale

Visita ambulatoriale

Diagnosi gestibile a distanza

STEP 1. Informazioni attraverso l'intervista telefonica

- Il tremore interessava tutto il corpo? Solo la testa? Solo un arto? O altra parte del corpo?
- Quanto è durato? È riuscito a conteggiarlo con l'orologio
- È svenuto?
- Quando lo ha preso in braccio ha finito di tremare?
- Quando si sono verificati i tremori? Al momento dell'addormentamento, al risveglio o in altro momento?
- Si sono verificati dopo un risveglio improvviso mentre dormiva? Il bambino le sembrava disorientato?
- Si sono verificati mentre il bambino era tranquillo e faceva altre cose?

STEP 2. Le notizie ricevute attraverso l'intervista telefonica ci possono:

- a) orientare verso una condizione fisiologica: tranquillizziamo i genitori
- b) orientare verso una diagnosi gestibile telefonicamente
- c) orientare verso sospetto diagnostico gestibile con un teleconsulto o una video-registrazione da parte dei genitori.
- d) orientare verso sospetto diagnostico gestibile solo ambulatorialmente

STEP 3. Istruzioni tecniche e metodologiche al genitore per la video-registrazione

STEP 4.

PER IL PEDIATRA

I tremori in un neonato possono essere benigni o patologici

Le **condizioni patologiche** associate a tremori sono: ipoglicemia, ipocalcemia, sepsi, emorragia cerebrale, ipertiroidismo, patologie neurologiche

È fondamentale distinguere fenomeni motori non epilettici da quelli epilettici sia per il trattamento che per la prognosi, diventa indispensabile chiedere ai genitori di provare a video-registrare l'episodio se si ripete e di inviarlo al proprio Pediatra

STEP 5. Cosa deve osservare il Pediatra:

TREMORI

Il tremore benigno è solitamente un movimento involontario ritmico oscillatorio di uguale ampiezza intorno a un asse fisso, di frequenza rapida che si risolve con il contenimento da parte del genitore o del caregiver. Va distinto dalla mioclonia

MIOCLONIA

La Mioclonia è caratterizzata da brevi movimenti a scatto di un arto causato da una contrazione muscolare. Può essere localizzato a una parte del corpo o essere generalizzato. Può essere un singolo evento ma spesso è ripetitivo. A differenza del tremore è irregolare e aritmico e tende ad avere un'ampiezza maggiore. Eccetto rari casi (m. neonatale benigna del sonno) correla con le convulsioni

CONVULSIONI NEONATALI

Le convulsioni neonatali difficilmente si possono distinguere dalla normale attività neonatale. Possono manifestarsi con scatti clonici migranti degli arti o con movimenti di masticazione, nistagmo, cambiamenti episodici del tono muscolare. Le crisi tonico-cloniche generalizzate sono rare

Tremori del neonato e del lattante

TREMORE NEONATALE: INQUADRAMENTO TELEFONICO INIZIALE		
Età del bambino	<ul style="list-style-type: none"> < 1 mese - ANAMNESI PERINATALE SOSPETTA → Visita in ambulatorio 	RED FLAGS Anamnesi perinatale sospetta e tremori (valutazione sintomi e segni d'accompagnamento ed eventuale teleconsulto): <ul style="list-style-type: none"> condizioni sindromiche ipoglicemia ipocalcemia Tremori diffusi agli arti, al mento, alla testa persistenti, della durata di oltre 30 secondi o tremori che si ripetono tutti i giorni o più volte la al giorno, necessitano di valutazione in ambulatorio
Caratteristiche del tremore	Il neonato trema solo durante il pianto → Segno rassicurante, rivalutazione telefonica Il tremore si arresta quando lo si abbraccia → Segno rassicurante, rivalutazione telefonica Il tremore non si arresta quando lo si abbraccia → Segno poco rassicurante video registrazione e teleconsulto, eventuali ulteriori indagini Tremori che si ripetono tutti i giorni o più volte al giorno → Segno poco rassicurante video registrazione, visita ambulatoriale	
Durata del tremore	> 30 secondi o tremori che si ripetono tutti i giorni → Segno poco rassicurante, videoregistrazione, visita in ambulatorio	
Quando si sono presentati tremori	Al momento dell'addormentamento o al risveglio → Segno rassicurante, rivalutazione telefonica Si sono verificati mentre il bambino era tranquillo e faceva altre cose → Segno poco rassicurante, teleconsulto, videoregistrazione	

COSA OSSERVARE ALLA VIDEO REGISTRAZIONE			
Caratteristiche del tremore	Movimento involontario ritmico oscillatorio di uguale ampiezza intorno a un asse fisso, di frequenza rapida che si risolve con il contenimento da parte del genitore o del caregiver	→	Tremori benigni
	Brevi movimenti a scatto localizzati a un arto o a una parte del corpo o essere generalizzato Può essere un singolo evento ma spesso è ripetitivo. A differenza del tremore è irregolare e aritmico e tende ad avere un'ampiezza maggiore	→	Mioclonia
	Scatti clonici migranti degli arti, movimenti di masticazione, nistagmo, cambiamenti episodici del tono muscolare. Crisi tonico-cloniche generalizzate	→	RED FLAGS Convulsioni neonatali visita ambulatoriale e accertamenti diagnostici

Caratteristiche utili per differenziare un tremore benigno da una convulsione neonatale	Tremori	Convulsioni
Frequenza	Rapida	Lenta
Cessa con il contenimento	Sì	No
Automatismi	No	Sì
Anomali movimenti degli occhi	No	Sì

ilmedicopediatra 2020;29(2):37-46;
doi: 10.36179/2611-5212-2020-019

Vomito ciclico, emicrania addominale, vertigine parossistica e torcicollo cronico: sono sempre equivalenti emicranici?

Edoardo Bernkopf¹, Giovanni Carlo De Vincentiis²,
Francesco Macri³, Giulia Bernkopf⁴

¹Specialista in Odontostomatologia, Roma-Vicenza-Parma; ²Specialista in Otorinolaringoiatria, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambin Gesù, Roma;

³Specialista in Pediatria, Sapienza Università di Roma;

⁴Odontoiatra, Specialista in Ortognatodonzia- Vicenza

Corrispondenza:

Edoardo Bernkopf
edber@studiober.com

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Bernkopf E, De Vincentiis GC, Macri F, et al. Vomito ciclico, emicrania addominale, vertigine parossistica e torcicollo cronico: sono sempre equivalenti emicranici? Il Medico Pediatra 2020;29(2):37-46. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-019>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

La rivista è open access e divulgata sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). Il fascicolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Vengono denominate equivalenti emicranici (EE) alcune patologie inquadrate anche nelle cosiddette sindromi periodiche dell'infanzia, diverse fra loro, ma accomunate dal frequente rapporto con l'emicrania, della quale sono considerate espressioni precoci¹: vomito ciclico (VC), emicrania addominale (EA), denominazione per molti versi sovrapponibile a disturbo addominale ricorrente (DAR), vertigine parossistica benigna (denominazione sovrapponibile a emicrania vestibolare), torcicollo cronico (TC). Il comune inquadramento nosologico è giustificato, oltre che dall'associazione con l'emicrania, anche dalla loro frequente reciproca associazione nello stesso paziente: VC e VPB², VC e DAR¹, VC e TC³. Si tratta di un argomento che, a un'analisi approfondita, anche in ambienti specialistici, trova però supporti scientifici alquanto modesti. *"Migraine equivalents and complicated migraine are entities in which definition is difficult, presentations are pleomorphic, diagnosis is treacherous, pathophysiology is obscure, and treatment is uncertain"*⁴.

VOMITO CICLICO

Si tratta di un quadro clinico già descritto nell'800, caratterizzato da episodi di nausea e vomito in successione che possono durare da qualche ora a qualche giorno, anche più volte l'anno⁵. Riguarda soprattutto

bambini tra i 3 anni e i 14 anni, ma può interessare anche gli adulti ^{6,7}. Il vomito si associa spesso a sintomi che ripropongono per certi aspetti, oltre alla cefalea, altri EE: vertigini, dolore addominale, torcicollo.

Si tratta di un quadro clinico vissuto dai pazienti e dal contesto familiare in modo molto intenso, sulle cui cause, a parte la presunta associazione con l'emicrania, non c'è chiarezza: oggi si è molto concentrati su un problema interno alle cellule (alterazione del DNA mitocondriale) ⁸, che però è una caratteristica presente in non tutti i malati di EE, potendo essere riscontrata anche in individui sani o malati di altro. Il dolore addominale cui frequentemente si associa, e che può essere spesso controllato con antidepressivi e lorazepam, suggerirebbe un'origine centrale ¹.

DISTURBO ADDOMINALE RICORRENTE (DAR) ED EMICRANIA ADDOMINALE

Si tratta di due quadri simili, caratterizzati da dolori in zona periombelicale, che differiscono fra loro essenzialmente per l'intensità del dolore, che può avere peraltro caratteristiche molto varie da caso a caso.

VERTIGINE PAROSSISTICA BENIGNA (EMICRANIA VESTIBOLARE)

Si tratta di episodi vertiginosi di tipo oggettivo, che insorgono in modo parossistico, della durata generalmente breve (da alcuni secondi a pochi minuti, raramente a qualche ora), accompagnati da un intenso corteo di tipo neurovegetativo, caratterizzato da nausea, pallore, sudorazione, instabilità posturale che, sia pure transitorio, lascia nel bambino una persistente sensazione di malessere e instabilità. Durante le crisi, così come nei periodi di benessere, gli esami strumentali (esame audiometrico, esame vestibolare, esame neurologico fino ai più complessi esami per immagini) risultano essere nella norma. Questi episodi, che condizionano nel bambino una persistente insicurezza e creano nei genitori del piccolo paziente un crescente stato di apprensione, sono più frequenti tra i due e i cinque anni di età, tendendo poi a diradarsi fino a scomparire intorno alla pubertà.

TORCICOLLO CRONICO (PAROSSISTICO BENIGNO)

Si tratta di un problema solitamente transitorio, che non comporta sequele neurologiche ⁹: su questo aspetto tranquillizzante esistono peraltro pareri diversi ¹⁰. Il bambino che ne soffre, solitamente sotto i 3-4 anni, assume per periodi che vanno da ore a giorni una postura inclinata della testa, che si associa spesso a tensione dei muscoli del collo (che può rendere difficile e a volte dolorosa la manovra di riposizionamento in asse) e a compenso posturale del tronco.

SINDROMI PERIODICHE DELL'INFANZIA ED EMICRANIA

L'inquadramento nosologico delle Sindromi Periodiche dell'Infanzia, tutte di eziopatogenesi incerta, rimanda a un ambito emicranico, a sua volta cioè a una **patologia primaria criptogenetica** (di cui cioè non si conosce la causa): inoltre, la diagnosi può essere confermata anche se al momento dell'esame clinico l'emicrania non è presente: si conta che, prima o poi, comparirà, specie se la si riscontra nei familiari. Pertanto, oltre che alla sintomatologia e al controllo delle concause scatenanti, la terapia è rivolta alla profilassi e alla cura dell'emicrania. È evidente la mancanza di chiare evidenze scientifiche in questa impostazione.

Un primo punto critico sta nel fatto che la diagnosi di "emicrania" in un paziente non risiede nel semplice riscontro di cefalea che, caso per caso, andrebbe doverosamente confermata essere di tipo emicranico. La classificazione della cefalee, secondo l'*International Headache Society* (IHS) ¹¹ individua una basilare distinzione in due gruppi: Cefalee Primarie, cioè prive di una causa conosciuta, e Secondarie, sintomo cioè di altre malattie.

Cefalee primarie (da causa sconosciuta)

- 1 *Migraine.*
- 2 *Tension-type headache (TTH).*
- 3 *Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs).*
- 4 *Other primary headache disorders.*

Cefalee secondarie

- 1 *Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck.*
- 2 *Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder.*
- 3 *Headache attributed to non-vascular intracranial disorder.*
- 4 *Headache attributed to a substance or its withdrawal.*
- 5 *Headache attributed to infection.*
- 6 *Headache attributed to disorder of homeostasis.*
- 7 *Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure.*
- 8 *Headache attributed to psychiatric disorder.*
- 9 *Painful lesions of the cranial nerves and other facial pain.*
- 10 *Other headache disorders.*

Ai punti dal 5 al 14 della classificazione internazionale sono dunque indicate le cefalee secondarie, quelle cioè sostenute da un'altra patologia: fra queste, al punto 11 ci sono le cefalee Secondarie che derivano dalla bocca, accorpate peraltro con una certa confusione ad altri distretti anatomici che in particolari condizioni possono causare cefalea (cranio, collo, occhi, orecchie, naso e seni paranasali, altre strutture facciali o craniche).

La diagnosi differenziale fra cefalee primarie e secondarie è spesso tutt'altro che agevole e questo individua una situazione critica, fonte di potenziali errori diagnostici.

L'esclusione dell'ipotesi che un paziente soffra di una cefalea secondaria ad altre patologie dovrebbe però necessariamente precedere la formulazione di una diagnosi di cefalea primaria.

Nel caso delle cefalee secondarie che derivano dalla bocca, però, si è di fronte a una materia abbastanza complicata, poco amata dagli stessi dentisti, che comprende non solo i delicati rapporti fra le arcate dentarie, ma anche le funzioni dell'articolazione temporo mandibolare (ATM, la "cerniera", per così dire, della bocca), con tutto il complesso muscolare della

masticazione e del collo, logicamente coinvolto nella patogenesi della cefalea. Infatti, in passato esisteva la denominazione "Cefalea Muscolo-Tensiva", che però nella stesura IHS del 2004, è stata cancellata¹².

IL RAZIONALE RELATIVO AL RUOLO DELLA BOCCA: EMICRANIE E CEFALEA PUNTO 11 IHC

Come si è detto sopra, la malocclusione dentaria con malposizione mandibolare e disfunzione dell'articolazione temporo mandibolare costituisce un importante elemento patogenetico della cefalea classificata al punto 11 IHS¹¹.

L'incidenza epidemiologica di questo tipo di cefalea non è mai stata chiarita: già le cefalee secondarie costituirebbero solo una piccola percentuale delle diagnosi di cefalea. Di queste, a maggior ragione, le cefalee punto 11 costituirebbero parte ancora minore e, fra queste, quelle sostenute dalla bocca avrebbero di conseguenza un'ipotetica incidenza epidemiologica quasi nulla. Questo è però reso discutibile dal fatto che la ricerca si dedica pressoché esclusivamente alle cefalee primarie, il che perpetua il dubbio che molte cefalee, nelle conclusioni epidemiologiche, oltre che nelle decisioni terapeutiche, siano attribuite alle primarie per errore, in quanto non indagate con le modalità che le farebbero classificare (e soprattutto anche curare) come Secondarie alla malocclusione.

Il grande divario numerico che da sempre divide queste cefalee dalle primarie (emicrania e tensiva soprattutto, che sono di gran lunga le più diagnosticate) recentemente si è visto assottigliare: in particolare relativamente al sottogruppo delle cefalee punto 11 sostenute da disfunzioni dell'ATM: già la classificazione IHS del 2004¹⁰ nel commento definiva *common* questo problema¹³⁻¹⁶.

Oltretutto, fra queste e le cefalee primarie è stata riscontrata spesso una relazione di comorbilità.

"The comorbidity relationship between primary headaches and TMD has been well established for migraine, for tension-type headache, and for CDH, especially chronic migraine. Literature reports show that

*there should be no dividing line between the knowledge of both orofacial pain specialists and headache physicians. On the contrary, these 2 specialists should share their work regarding the management of patients with TMD and headache, whether or not the 2 conditions are associated."*¹³

Le diverse forme possono coesistere e amplificarsi vicendevolmente: *"It has been well established that primary headaches (especially migraine, chronic migraine, and tension-type headache) and temporomandibular dysfunction (TMD) are comorbid diseases, with the presence of one of them in a patient increasing the prevalence of the others"*¹³.

Tutto ciò rende necessaria una maggior considerazione delle cefalee legate alla malocclusione e ai problemi dell'ATM, che da un lato possono associarsi alle primarie in uno stesso paziente, dall'altro rendono necessaria un'attenta diagnosi differenziale nella considerazione del singolo caso clinico, al fine di rilevare l'eventuale propria specifica esistenza¹⁷.

La diagnosi differenziale fra cefalee primarie e secondarie è spesso tutt'altro che agevole, e questo individua una situazione critica, fonte di potenziali errori diagnostici.

Un primo punto di criticità è costituito proprio dall'epidemiologia: emicrania e cefalea di tipo tensivo (classificate fra le "primarie", prive cioè di una causa nota alla quale poterle riferire), come già detto, sono di gran lunga le più diagnosticate, e sono probabilmente anche per questo collocate ai punti 1 e 2 della classificazione dell'IHS¹¹: è evidente che anche per il clinico sapere che le cefalee primarie sono di gran lunga le più diffuse non può non influenzare in questo senso le diagnosi cliniche nel proprio quotidiano.

Le caratteristiche cliniche di una cefalea secondaria possono essere spesso molto simili a quelle di una primaria: ciò comporta che non sia facile far diagnosi differenziale fra le due quando un paziente presenti sia cefalea che malocclusione dentaria con disfunzione dell'ATM. Il problema che si pone non è piccolo: l'epidemiologia della malocclusione è dell'80% nel-

la popolazione scolastica non selezionata¹⁸. Fra gli adulti, bambini del dopoguerra, quando l'odontoiatria era di scarsissimo livello e l'ortodonzia sconosciuta, probabilmente è ancora superiore: ciò non significa, ovviamente, che ogni malocclusione comporti necessariamente cefalea, ma individua la necessità di escluderne il ruolo quando la cefalea sia presente in un paziente con malocclusione.

La possibilità di confondere le due tipologie di cefalea sembrerebbe non valere per l'emicrania classica, che si ritiene abbia un quadro tipico e inconfondibile, in particolare per le caratteristiche dell'aura. In realtà anche le disfunzioni dell'ATM possono avere un corredo sintomatologico (nausea, vomito, vertigini, "scotomi") che a volte può simulare un'aura o assomigliarle e generare così un errore diagnostico.

Anche la presenza di un'anamnesi familiare positiva per cefalea orienta verso una diagnosi di emicrania e fa temere una prognosi sfavorevole. La medesima osservazione, invece, suscita motivo di fiducia (oltre a costituire elemento di conferma diagnostica) se i componenti dello stesso ceppo familiare, come spesso succede, sono accomunati dalla medesima conformazione anatomica cranio mandibolare che viene a configurare uno dei quadri predisponenti alla cefalea punto 11 da disturbi dell'ATM (disfunzione temporo mandibolare, TMD): nemmeno per i familiari si può escludere che la diagnosi di emicrania sia stata posta senza ipotizzare la presenza invece di una cefalea punto 11: questi quadri clinici, pur per gran parte geneticamente determinati e caratterizzati da familiarità, sono modificabili con un adeguato trattamento occlusale, con potenziale successo anche sulla cefalea degli altri familiari affetti.

Da notare che la diagnosi di cefalea punto 11, derivante da TMD, nel bambino (al bambino si riferiscono prevalentemente gli EE) è resa più difficile perché in età pediatrica le ATM, anche se in precoce latente e subclinica disfunzione, non manifestano i segni e i sintomi che consentono di confermare i criteri diagnostici per TMD e di conseguenza per cefalea punto 11: dolori articolari, rumori di scroscio, limitazione funzionale nei movimenti

mandibolari, dislocazione e degenerazione del disco, artrosi del condilo sono infatti evoluzioni anatomiche e meccaniche che necessitano di un lungo decorso per insorgere compiutamente. Trovano però spesso già in età pediatrica un importante fattore di rischio nelle malocclusioni dentarie con dislocazione della mandibola¹⁹, che nel tempo, anche decenni dopo, configurerà un quadro conclamato di TMD, ma sono però già sufficienti a favorire l'insorgenza di "patologie di confine", fra le quali possono collocarsi i cosiddetti EE.

Va sottolineato che la postura mandibolare individuata dall'intercuspidazione dentaria rende ragione delle caratteristiche di mono o bilateralità di molti disturbi riguardanti il cranio, il collo, le orecchie, il naso, altri elementi non spiegabili: una mandibola biretrusa favorisce l'insorgenza di un quadro bilaterale, mentre una laterodeviata ne favorisce uno monolaterale o prevalentemente monolaterale.

La diagnosi di cefalea punto 11 IHS in luogo di quella punto 1 emicranica potrebbe dare a quello che può sembrare un quadro clinico di equivalente riferito all'emicrania un diverso inquadramento nosologico: l'associazione, anziché con l'emicrania, con una cefalea punto 11, secondaria a una malocclusione dentaria con malposizione mandibolare e disfunzione dell'ATM, in grado quest'ultima di giustificarle e sostenerle entrambe, può individuare, oltre a una logica interpretazione patogenetica, anche un diverso percorso terapeutico, mirato a correggere la malocclusione (primaria), potenzialmente efficace sia sulla cefalea (secondaria punto 11) che sulle altre Sindromi Periodiche, con il conseguente superamento anche della definizione stessa di "Equivalenti Emicranici".

VOMITO CICLICO, MALOCCLUSIONE E DISORDINI CRANIO-MANDIBOLARI

Il vomito è un fenomeno che può avere caratteristiche di quasi normalità, e addirittura un valore difensivo, spontaneo o autoprovocato, quando si sia, ad esempio, ingerito qualcosa di dannoso.

Esiste però un continuum che da un lato costituisce un quadro banale quasi fisiologico (tutti possiamo vomita-

re occasionalmente), ma dall'altro può configurare una patologia più grave, fino alla sindrome che prende il nome di vomito ciclico (VC).

Poiché si vomita anche con la bocca, forse anche il dentista può dare un contributo interpretativo.

Per vomitare volontariamente si stimola il retrobocca con un dito: ebbene, anche stimolando la zona riflesso-gena del retrobocca con la lingua, quando questa si atteggi in posizione retrusa (come accade ad esempio nelle malocclusioni di II Classe di Angle), si può ottenere involontariamente lo stesso effetto, o meglio una tendenza a vomitare spesso, complici altre concause (emozionali, alimentari, auto, barca), come anche la contestuale presenza di quadri patologici in qualche modo affini, come emicrania, sindromi vertiginose, reflusso gastroesofageo (GER), che a loro volta possono per contro essere aggravati dalla concausa strutturale sfavorevole, vale a dire dalla malocclusione.

La posizione retrusa della lingua, in considerazione del fatto che la lingua ha un'importante inserzione sulla mandibola, si coniuga quasi sempre con una postura mandibolare sfavorevole. Ne conseguono spesso schemi deglutitori atipici (anche questi possono contribuire alla tendenza a vomitare) e respirazione orale. Quest'ultima porta il paziente a raffreddarsi spesso, e quindi a deglutire molto muco e a mangiare respirando con la bocca, deglutendo così molta aria, il che può contribuire a favorire il vomito. In questo contesto si può inserire anche l'associazione tosse-vomito, spesso descritta²⁰.

La retrusione della lingua favorisce anche il russare notturno e l'insorgenza di episodi di apnea: ogni aumento delle resistenze delle alte vie respiratorie genera la necessità di aumentare, in fase inspiratoria, la pressione negativa nelle basse vie, per creare il gradiente pressorio necessario al richiamo dell'aria atmosferica ai polmoni: negli episodi di apnea, il tentativo di vincere l'ostruzione faringea con uno sforzo inspiratorio esasperato porta la depressione nelle basse vie a valori molto alti. Per vasi comunicanti, la pressione negativa si trasmette all'esofago, potendo così favorire il GER, e favorire così anche la tendenza a vomitare.

EMICRANIA ADDOMINALE (DISTURBO ADDOMINALE RICORRENTE) E MALOCCLUSIONE

Nel russamento notturno con apnee nel sonno, gli sforzi inspiratori volti a superare l'ostruzione a livello faringeo generano il "respiro paradossale", con contrazioni anomale ed esasperate a livello della muscolatura addominale. Poiché si verificano a ogni episodio di apnea e perdurano tutta la notte, comportano un disturbo sia all'intestino che alla muscolatura addominale. Anche lo sterno tende a rientrare (specie nel bambino molto piccolo): il dolore nel distretto addominale e in zona sternale possono esserne la conseguenza, e quindi la loro secondarietà all'apnea individua una possibile efficacia terapeutica nell'eliminazione dell'apnea (Fig. 1).

L'Apnea Ostruttiva nel Sonno e il russare notturno, che spesso le si accompagna, rappresentano un conflitto tra la lingua e le strutture molli del faringe, in particolare palato molle, ugola, e, specie nei bambini, tonsille e adenoidi. Il russare è dovuto al fatto che l'aria inspirata (in questi casi per lo più attraverso la bocca, e non il naso come sarebbe auspicabile), trova uno stretto passaggio in cui viene accelerata: le strutture molli che circondano questo passaggio, entrano in vibrazione originando il caratteristico e sgradevole rumore del russamento. L'apnea si verifica quando il passaggio si occlude del tutto, favorito anche dall'effetto Venturi generato dall'accelerazione del flusso aereo dovuta

FIGURA 1.
Respiro paradossale.



al restringimento del lume. Al senso di soffocamento segue di solito un brusco e angoscioso risveglio: si configura così il quadro di sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS).

Dal punto di vista terapeutico, oltre all'approccio chirurgico, meno indicato nell'adulto, e alla ventilazione notturna con maschera respiratoria collegata ad apparecchi a pressione continua (CPAP), specie nel bambino è importante verificare se la presenza di una malocclusione dentaria con malposizione mandibolare costituisca importante concausa nell'insorgenza di OSAS. Si può oggi in molti casi optare per l'applicazione, durante la notte, di un dispositivo intraorale simile a un apparecchio ortodontico o a un bite che, riposizionando correttamente la mandibola, sulla quale si inserisce per gran parte la lingua, è spesso in grado di migliorare o risolvere il problema, senza dare a chi lo porta alcun disagio, e rispettando, nell'adulto, il riposo del partner. Nel bambino può costituire il primo step di un trattamento ortodontico: in seguito, correggendo stabilmente l'occlusione dentaria, può costituire la soluzione definitiva del problema OSAS ²¹.

Anche se l'OSAS può sostenere una cefalea per il disordine metabolico che induce (vedasi il punto 10 della classificazione IHS) ¹¹ va sottolineato che la letteratura individua una frequente comorbilità fra la cefalea (spesso frettolosamente diagnosticata come emicrania) e l'OSAS ^{22,23}; per entrambe la componente patogenetica occlusale dovrebbe essere presa in considerazione, sia per evitare un'errata diagnosi di Emicrania sia per poter attuare una terapia causale potenzialmente efficace su entrambe e, a cascata, sulle sindromi periodiche che eventualmente sostenessero.

TORCICOLLO CRONICO E MALOCCLUSIONE

È necessario considerare che le problematiche muscoloscheletriche della colonna cervicale non sono sempre isolate e fini a se stesse, ma sono inserite nel generale contesto posturale dell'intera struttura corporea. Possono essere considerate, in molti casi, un sistema di compenso di malposizioni che intervengono nei distretti inferiori (bacino, ginocchia, caviglie, piedi) solitamente

te chiamate "Ascendenti", o superiori (malocclusione dentaria con malposizione mandibolare soprattutto), chiamate "Discendenti". La postura del cranio rispetto alla colonna cervicale è determinata non solo dai muscoli del collo che connettono direttamente questi due sistemi, ma anche da un altro sistema muscolare indiretto formato dai sottoioidei, dai sopraioidei e dagli elevatori della mandibola. La necessità di costante "compenso" di malposizioni mandibolari determinate da malocclusioni che creano contatti interdentali deflettenti in latero deviazione o retrusione può scatenare l'insorgenza di torcicollo. La cervicalgia dell'adulto può spesso costituire un quadro affine ¹⁶ (Fig. 2).

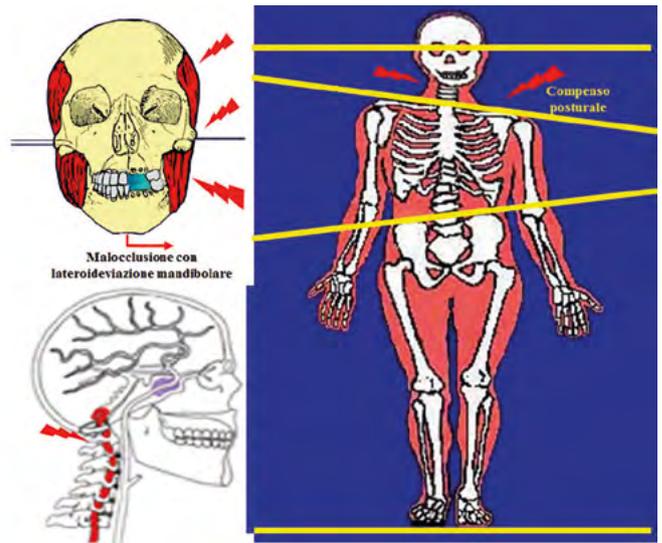
La postura della mandibola è dunque pienamente coinvolta (anche se spesso trascurata) nella postura del sistema cranio-vertebrale. Anzi, il suo ruolo va opportunamente rivalutato in considerazione del fatto che la mandibola è l'unico elemento macroscopicamente mobile del cranio e non solo viene coinvolta in molte funzioni normali (masticazione, fonazione, deglutizione) e patologiche (bruxismo, serramento) ma partecipa attivamente anche all'interpretazione dei diversi stati psichici del soggetto (basti pensare al serramento nei momenti di collera, di paura, di sforzo o di lotta), costituendo molto spesso un indispensabile anello di congiunzione fra lo stress psicofisico e il dolore cefalico e vertebrale. Va sottolineato che la classificazione IHS ¹¹ pone al punto 11 (in particolare al punto 11.2.1) anche la cefalea cervicogenica. Inoltre, un problema a livello cervicale è spesso chiamato in causa come elemento patogenetico non solo di cefalea cervicogenica ²⁴, ma anche di sindromi vertiginose ²⁵.

IL TRATTAMENTO PER VIA OCCLUSALE

Nelle disfunzioni del sistema cranio-mandibolare e in particolare delle ATM si riscontra un corredo sintomatologico variegato, che spesso comprende, oltre alla cefalea, anche cervicalgia e vertigini. Si può riscontrare la presenza di nausea e vomito in molte sindromi vertiginose ²¹ e nelle gravi crisi cefalalgiche. L'OSAS può generare una cefalea di origine metabolica (punto 10 della classificazione IHS), associarsi al GER e

FIGURA 2.

La dislocazione mandibolare indotta dalla cattiva intercuspidação (malocclusione) favorisce l'insorgenza di Cefalea e disturbi al collo e all'orecchio (si veda anche Fig 3).



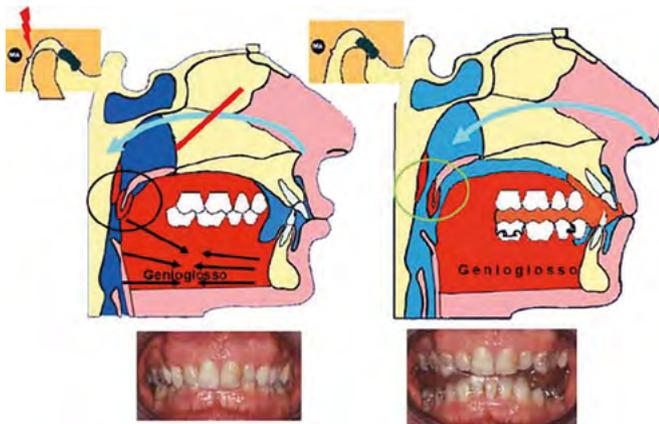
anche alla più grave delle sindromi vertiginose, quale è la sindrome di Menière ^{26,27}.

Come sopra accennato, una malposizione della mandibola, sulla quale la lingua si inserisce per gran parte, può rendere più stretto il passaggio attraverso il quale l'aria transita nel retrobocca. Il rapporto fra l'apnea e la posizione della mandibola è chiaramente confermato dal fatto che, oltre alla tradizionale terapia ventilatoria con maschera respiratoria collegata a CPAP, si può oggi in molti casi optare per l'applicazione di un dispositivo intraorale simile a un apparecchio ortodontico oppure a un bite che, riposizionando correttamente la mandibola, è spesso in grado di risolvere o migliorare il problema apnea e di conseguenza i quadri che, caso per caso, vi fossero associati: Cefalea e GER in particolare (Fig. 3).

Anche i disturbi cranio mandibolo vertebrali (CMD), e così pure la cefalea e le vertigini che spesso i CMD sostengono, possono trovare nella bocca un importante elemento patogenetico. Il riequilibrio occlusale e mandibolare può aver successo su varie forme di cefalea eventualmente coesistenti: cefalea da TMD,

FIGURA 3.

A sinistra: la mandibola retrusa favorisce l'ostruzione a livello faringeo, lo stimolo della zona sensibile al vomito, la disfunzione dell'ATM e il conflitto fra il condilo e l'orecchio. A destra: l'applicazione di un dispositivo intraorale di riposizionamento mandibolare può costituire una valida terapia.



cefalea cervicogenica (entrambe classificate al punto 11 IHS) e da disturbi metabolici-OSAS (punto 10 IHS). Nell'approccio a un caso di possibile EE, in presenza di cefalea è necessario quindi verificare l'effettiva sussistenza di una vera emicrania, escludendo che la cefalea, anziché essere di tipo primario emicranico, sia invece di origine secondaria. In particolare, poiché la malocclusione è praticamente "pandemica", è necessari porre diagnosi differenziale soprattutto con la cefalea punto 11, che balla bocca e dalla malocclusione con interessamento dell'ATM può essere sostenuta. Anzitutto può essere utile soffermarsi sul Criterio Diagnostico C-1 per cefalee secondarie previsto dalla classificazione IHS: "Headache has occurred in temporal relation to the onset of the presumed causative disorder": spesso all'anamnesi molti pazienti cefalalgici riferiscono di soffrire di cefalea "da sempre", come da sempre possiedono anche la loro bocca. Soprattutto, la diagnosi differenziale si risolve agevolmente, secondo il criterio diagnostico indicato nella classificazione dell'IHS del 2004, inspiegabilmente cancellato nella stesura successiva, con la remissione della Cefalea a

seguito di specifico trattamento ("Headache resolves within 3 months, and does not recur, after successful treatment of the TMJ disorder"): in pratica con l'applicazione di adeguati dispositivi intraorali abitualmente denominati "bite".

La sintesi oculata di tutti questi argomenti può dunque convergere a rivalutare il ruolo dell'occlusione, intesa come ricerca non solo del corretto rapporto interdentale, ma anche di quello fra le basi ossee mascellare e mandibolare, fra condilo, disco e cavità glenoide e dei coinvolgimenti muscolari, con ovvi vantaggi sul rilassamento muscolare, sul dolore, sui disturbi respiratori nel sonno.

È dunque possibile ridiscutere la collocazione nosologica in un ambito emicranico delle Sindromi Periodiche dell'Infanzia, il che supererebbe anche l'inevitabile imbarazzo della forzosa conferma di una diagnosi di EE anche in assenza di cefalea nel paziente e nei familiari: infatti le sindromi periodiche possono in molti casi costituire un continuum patologico che trova nella malocclusione dentaria con malposizione mandibolare ed eventuale disfunzione delle ATM un'importante componente patogenetica e possono di conseguenza individuare nel trattamento oclusale/ortodontico un percorso terapeutico comune, potenzialmente efficace. Il riposizionamento mandibolare allontana la lingua dalla parete faringea eliminando lo stimolo della lingua retrusa sulla zona riflessogena che favorisce il vomito: anche il lume faringeo ne risulta allargato, con benefici effetti sul russare e sull'apnea. L'eliminazione dello stress addominale legato al respiro paradossale che spesso compare nell'apnea favorisce anche il corretto funzionamento dell'intestino e il rilassamento della muscolatura addominale, il che può avere positivo effetto in alcuni casi di DAR. La risoluzione del conflitto fra il condilo mandibolare e l'orecchio, sia relativamente al condotto uditivo esterno che alla tuba, può avere positivo effetto sulla Vertigine e, anche per questa via, sul vomito, che alla Vertigine spesso si accompagna. Tutto ciò dando ai presunti EE un razionale fisiopatologico che supera la loro forzosa attribuzione a un ambito criptogenico quale è quello emicranico,

e consente invece un trattamento di tipo causale, vantaggioso anche perché totalmente reversibile e privo di qualunque rischio biologico.

Una diagnosi formulata in ambito emicranico nasconde anche un altro rischio insidioso: se si ipotizza una Cefalea punto 11 e la si tratta, in caso di successo terapeutico si ottiene contestualmente anche la sostanziale conferma dell'ipotesi diagnostica, ma se il caso non riferisce chiari miglioramenti, si deve riconoscere l'insuccesso: ciò costituirà anche diagnosi di esclusione e il paziente cercherà una seconda opinione e un altro percorso diagnostico-terapeutico presso altri specialisti. Nel caso di diagnosi di Emicrania, invece, il permanere della sintomatologia non comporta automaticamente il dubbio sulla diagnosi formulata, che riguarda una malattia di cui non si conosce la causa e di cui non è prevista una vera guarigione. Si ricercheranno altri farmaci più adatti a contenere e a prevenire le crisi, ma non ci sarà immediato motivo di riconsiderare la correttezza della diagnosi. A maggior ragione, nei casi in cui il trattamento farmacologico risulti efficace, la diagnosi di cefalea primaria può per questo risultare confermata: anche in questo caso, però, potrebbe essere in gioco un ruolo misconosciuto della malocclusione dentaria e di un TMD, e la conseguente Cefalea, pur trattata efficacemente con il farmaco, potrebbe essere trattata con approccio strutturale, di qualità biologica superiore a quella del farmaco. Il paziente rischia altrimenti di mantenere la convinzione di soffrire di una patologia primaria, senza che si sia ipotizzato il possibile ruolo patogenetico della sua bocca: non è infrequente che un dentista riscontri e tratti con successo Cefalee ritenute Primarie e trattate come tali anche per decenni. In conclusione, lo spostamento dell'attenzione terapeutica dalla diretta considerazione di un'eventuale Emicrania e delle Sindromi Periodiche alla malocclusione dentaria eventualmente riscontrata nei bambini che le presentano si muove nell'ipotesi che, caso per caso, la malocclusione ne possa essere un'importante concausa patogenetica e nella terapia con dispositivi intraorali possa trovare da un lato una conferma dia-

gnostica del ruolo patogenetico della malocclusione, da un altro il primo step di un trattamento ortognatodontico che, dimostrandosi efficace anche nella risoluzione della Cefalea e delle Sindromi Periodiche, è in realtà volto anzitutto alla soluzione della malocclusione riscontrata, e quindi già di per sé comunque indicato: lo sarebbe anche in assenza di quadri secondari e resterebbe comunque valido anche in caso di insuccesso relativamente alla loro terapia: anche questo, nei casi di Sindromi Periodiche, con o senza Cefalea, andrebbe doverosamente considerato nella scelta delle diverse opzioni terapeutiche.

BIBLIOGRAFIA

- Herlihy JD, Reddy S, Shanker A, et al. Cyclic vomiting syndrome: an overview for clinicians. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2019;13:1137-43. <https://doi.org/10.1080/17474124.2019.1691527> [Epub 2019 Nov 14].
- Redon S, Elzière M, Lambert I, et al. Cyclic vomiting syndrome associated with benign paroxysmal vertigo: a case report. *Acta Neurol Belg* 2019. <https://doi.org/10.1007/s13760-019-01194-4>
- Moavero R, Papetti L, Bernucci MC, et al. Cyclic vomiting syndrome and benign paroxysmal torticollis are associated with a high risk of developing primary headache: a longitudinal study. *Cephalalgia* 2019;39:1236-40. <https://doi.org/10.1177/0333102419844542> [Epub 2019 Apr 13].
- Edmeads J. Migraine equivalents and complicated migraine. *Med Clin North Am* 1991;75:567-78. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(16\)30433-3](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(16)30433-3)
- Davis A, Bryant JH. *Cyclic Vomiting Syndrome*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing 2019.
- Sharaf RN, Venkatesan T, Shah R, et al. Management of cyclic vomiting syndrome in adults: Evidence review. *Neurogastroenterol Motil* 2019;31(Suppl 2):e13605. <https://doi.org/10.1111/nmo.13605>
- Kovacic K, Sood M, Venkatesan T3. Cyclic Vomiting Syndrome in children and adults: what is new in 2018? *Curr Gastroenterol Rep* 2018;20:46. <https://doi.org/10.1007/s11894-018-0654-5>
- Ye Z, Xue A, Huang Y, et al. Children with cyclic vomiting syndrome: phenotypes, disease burden and mitochondrial DNA analysis. *BMC Gastroenterol* 2018;18:104. <https://doi.org/10.1186/s12876-018-0836-5>
- Blumkin L. Paroxysmal torticollis of infancy: a benign phenomenon? *Dev Med Child Neurol* 2018;60:1196-7. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13967> [Epub 2018 Jul 2].
- Humbertclaude V, Krams B, Nogue E, et al. Benign paroxysmal torticollis, benign paroxysmal vertigo, and benign tonic upward gaze are not benign disorders. *Dev Med Child Neurol* 2018;60:1256-3. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13935> [Epub 2018 Jun 21].
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition*. *Cephalalgia* 2018;38:1-211.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition*. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1): 9-160.
- Speciali JG, Dach F. Temporomandibular Dysfunction and Headache Disorder. *Headache* 2015. <https://doi.org/10.1111/head.12515>
- Di Paolo C, D'Urso A, Papi P, et al. Temporomandibular Disorders and Headache: a retrospective analysis of 1198 patients. *Pain Res Manag* 2017;2017:3203027. <https://doi.org/10.1155/2017/3203027> [Epub 2017 Mar 21].

- ¹⁵ Gonçalves DA, Camparis CM, Franco AL, et al. How to investigate and treat: migraine in patients with temporomandibular disorders. *Curr Pain Headache Rep* 2012;16:359-64. <https://doi.org/10.1007/s11916-012-0268-9>
- ¹⁶ Bernkopf E. Cefalea, otalgia e dolore vertebrale da malposizione cranio-mandibolare. *Rivista Italiana di Stomatologia* 1990;59:61-4.
- ¹⁷ Schiffman E, Haley D, Baker C, et al. Diagnostic criteria for screening headache patients for temporomandibular disorders. *Headache* 1995;35:121-4. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1995.hed3503121.x>
- ¹⁸ Sfondrini G, Vianchi S, Vricca C. Frequency of malocclusion in 800 school children in the province of pavia. *Minerva stomatol* 1977;26:69-74
- ¹⁹ Carlsson GE, Egermark I, Magnusson T. Predictors of signs and symptoms of temporomandibular disorders: a 20-year follow-up study from childhood to adulthood. *Acta Odontol Scand* 2002;60:180-5.
- ²⁰ Longo G, Barbi E. La Tosse (o le tossi). *Medico e Bambino* 2000;10:631-5.
- ²¹ Villa MP, Bernkopf E, Pagani J, et al. Randomized controlled study of an oral jaw positioning appliance for the treatment of obstructive sleep apnea in children with malocclusion. *Am. J Respir Crit Care Med* 2002;165:123-7.
- ²² Guidetti V, Dosi C, Bruni O. The relationship between sleep and headache in children: implications for treatment. *Cephalalgia* 2014;34:767-76. <https://doi.org/10.1177/0333102414541817> [Epub 2014 Jun 27].
- ²³ Dosi C, Figura M, Ferri R, et al. Sleep and Headache. *Semin Pediatr Neurol* 2015;22:105-12. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2015.04.005> [Epub 2015 Apr 16].
- ²⁴ Avijgan M, Thomas LC, Osmotherly PG, et al. A Systematic review of the diagnostic criteria used to select participants in randomised controlled trials of interventions used to treat cervicogenic headache. *Headache* 2019. <https://doi.org/10.1111/head.13719> [Epub ahead of print].
- ²⁵ Hölzl M, Behrmann R, Biesinger E, et al. Selected ENT symptoms in functional disorders of the upper cervical spine and temporomandibular joints. *HNO* 2019;67(Suppl 1):1-9. <https://doi.org/10.1007/s00106-019-0610-1>
- ²⁶ Pyykkö I, Manchaiah V, Färkkilä M, et al. Association between Ménière's disease and vestibular migraine. *Auris Nasus Larynx* 2019. pii: S0385-8146(18)30812-5. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2019.02.002> [Epub ahead of print].
- ²⁷ Cha YH, Kane MJ, Baloh RW. Familial clustering of migraine, episodic vertigo, and Ménière's disease. *Otol Neurotol* 2008;29:93-6. <https://doi.org/10.1097/mao.0b013e31815c2abb>

ilmedicopediatra 2020;29(2):47-50;
doi: 10.36179/2611-5212-2020-020

Teen Dating Violence ovvero il NON amore tra adolescenti

Giuseppe Longobardi¹, Adriana Amelio²

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

² Pediatra di Famiglia a Qualiano (NA), ASL Napoli 2 Nord

Con il termine anglosassone di *Teen Dating Violence (TDV)* si intende un particolare tipo di comportamenti aggressivi, o francamente violenti (*violence*), che si instaurano tra adolescenti (*teenagers*) durante le loro prime relazioni sentimentali (*dating* significa avere un appuntamento, uscire con qualcuno, passare del tempo con un/a ragazzo/a).

Quello che caratterizza la TDV è che questi fenomeni, presenti anche in altre forme di maltrattamento, avvengono all'interno delle **prime relazioni affettive e sentimentali tra adolescenti**, che iniziano quindi a vivere la propria vita amorosa in un modo molto lontano da quegli ideali teneri e romantici che dovrebbero caratterizzare i primi innamoramenti.

È importante tener presente che le storie sentimentali anche all'età di 14-15 anni possono essere vissute molto intensamente, contribuiscono allo sviluppo dell'autostima e dell'autonomia personale e hanno una grande valenza nella vita sociale dell'adolescente, dunque non sono delle semplici "cotte" infantili (*puppy love*). Molto spesso infatti questo è il primo vero momento in cui l'adolescente è estremamente coinvolto dal punto di vista emozionale e fisico con un/a coetaneo/a.

Questo fenomeno, molto studiato e frequente in alcuni Paesi, in particolare nei Paesi di lingua anglosassone e in quelli nord-europei, si sta man mano diffondendo anche in Italia ed è dovuto a numerose cause sia individuali che sociali e culturali che interagiscono tra loro. Numerosi studi internazionali hanno dimostrato che il fenomeno è molto diffuso coinvolgendo dal 20% fino al 60% degli adolescenti a seconda delle varie casistiche e che le vittime sono più spesso le ragazze, in particolare per quanto riguarda la violenza sessuale.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi.

How to cite this article: Longobardi G, Amelio A. *Teen Dating Violence* ovvero il NON amore tra adolescenti. Il Medico Pediatra 2020;29(2):47-50. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-020>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

La rivista è open access e divulgata sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). Il fascicolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Nel 2012 un'indagine condotta da Eurispes e Telefono Azzurro "figli di oggi, cittadini fragili di domani", che ha interessato un campione di bambini e di circa 1.500 adolescenti tra i 12 e 18 anni, ha mostrato come sia molto frequente rivolgersi al proprio partner urlando o insultando.

La **dating violence** (violenza fisica o psicologica all'interno dei rapporti di coppia) è estremamente diffusa tra gli adolescenti, soprattutto nella forma del **rapportarsi con il proprio ragazzo/ragazza urlando** (29,1%); segue l'**insulto** (20,9%). Tra le opzioni inerenti le varie forme di **minaccia**, quella subita più spesso è **l'essere lasciati dal proprio ragazzo/a** nel caso non si faccia ciò che viene detto (8,7%). Il 5,4% degli adolescenti dichiara che il proprio partner ha minacciato di **picchiarlo**.

Alla domanda **"Ti è mai capitato che una tua amica/amico stesse con un ragazzo/ragazza che..."** spiccano le risposte affermative alle seguenti eventualità in ordine di frequenza: **urlasse con lei/lui** (il 40,4%), **la/lo insultava** (il 34,5%), **la/lo minacciava di lasciarla/lo se non avesse fatto quello che diceva** (con il 20,8%); **la/lo picchiava** e **la/lo minacciava** rispettivamente con il 14,7% e il 13,5%. Il 6,2% dei ragazzi riferisce che l'amico/amica erano minacciati dal partner con la pubblicazione di foto o video privati online (da "figli di oggi, cittadini fragili di domani", Eurispes - Telefono Azzurro 2012).

Caratteristicamente nella TDV **non esiste una netta separazione tra vittima e carnefice**, infatti spesso entrambi i partner sono coinvolti, anche se le modalità sono differenti.

Sia i ragazzi che le ragazze (più frequentemente) possono essere vittime di TDV, ma con modalità differenti. I maschi hanno bisogno di dimostrare potere e controllo e tendono ad avere comportamenti fisici più violenti (come ad esempio colpire con pugni) oppure cercano più frequentemente rapporti sessuali senza il consenso. Le ragazze invece tendono più frequentemente a utilizzare una violenza psicologica e relazionale, a urlare, a minacciare di farsi male da sole, tendono a dare

pizzichi o graffiare, dare schiaffi o calci.

Nella TDV i **comportamenti aggressivi** possono manifestarsi in vario modo:

- **violenza fisica**: caratterizzata da aggressioni corporee (schiaffi, strattoni, pugni, calci, tirare i capelli);
- **violenza psicologica-relazionale**: la vittima è continuamente sottoposta a minacce (ad esempio vengono messi in atto comportamenti umilianti che tendono a minarne l'autostima, si cerca di isolarla), si cerca di farla sentire "responsabile" della violenza attraverso una manipolazione emotiva;
- **violenza sessuale**: si mettono in atto strategie, ricatti per cercare di avere rapporti sessuali senza consenso oppure non protetti, o comunque si forza a "spingersi oltre";
- **violenza verbale ed emotiva**: urla, insulti, gelosia, scatti d'ira.

Nonostante questi problemi, gli adolescenti possono rimanere invischiati nella relazione per vari motivi quali paura o amore nei confronti del partner, stigma religioso o sociale, senso di colpa, scarsa comprensione del fenomeno che stanno vivendo.

CARATTERISTICHE DI UNA RELAZIONE NON SANA

Spesso la TDV passa inosservata o si tende a giustificare alcuni comportamenti come normali in "un amore giovanile", ma alcuni segni sono importanti e significativi di una relazione malsana:

- comportamento "esplosivo" con scatti d'ira improvvisi, alternati a brevi periodi di "luna di miele";
- gelosia marcata;
- sminuire il partner, deriderlo nei confronti di estranei;
- isolare il partner dalla famiglia e dagli amici;
- accusarlo ingiustamente;
- possessività o controllo eccessivi;
- spingere il partner ad azioni contro la propria volontà;
- insultarlo;
- imprecare, urlare contro di lei/lui;
- controllare il cellulare.

TDV E SOCIAL MEDIA

Manifestazioni tipiche di TDV sono inviare continuamente messaggi, chiamare frequentemente il proprio partner, chiedere la password per l'accesso al telefono, controllare i messaggi inviati, fino a minacciare o rompere il cellulare per isolare la vittima dagli amici e dalla famiglia.

In queste manifestazioni, tipiche anche del cyberbullismo, foto, video, messaggi memorizzati sui cellulari vengono usati per ricattare, minacciare o indurre una sudditanza psicologica, ma quello che caratterizza la TDV rispetto al cyberbullismo è che in questo caso alla base c'è un rapporto affettivo, per quanto malato.

Spesso le ragazze vengono costrette a cedere la propria password dei profili social permettendo quindi un controllo delle loro attività oppure sono obbligate ad inviare foto di come sono vestite prima di uscire.

In questo modo la vittima è sempre sotto pressione, anche quando il partner non è fisicamente presente.

CONSEGUENZE DI TDV

Gli adolescenti che subiscono TDV possono andare incontro a una serie di problemi in grado di danneggiare gravemente la loro salute fisica o psicologica:

- depressione e ansietà;
- comportamenti a rischio: fumo, alcol, droghe, sessuali;
- comportamenti antisociali;
- pensieri suicidari;
- basso rendimento scolastico;
- gravidanze indesiderate.

In un lavoro di Exner-Cortens et al. pubblicato su "Pediatrics" del 2013 sull'associazione tra TDV ed effetti avversi a distanza di tempo, le ragazze esaminate dopo 5 anni da episodi di TDV riportavano un significativo aumento di alcolismo, pensieri suicidari, sintomi depressivi e maltrattamenti sessuali, mentre nei maschi

erano prevalenti comportamenti antisociali, uso di droghe, pensieri suicidari.

FATTORI DI RISCHIO DI PERPETRAZIONE DI TDV

Cohen et al. in un articolo pubblicato su "Pediatrics" del 2018 hanno identificato circa 50 fattori di rischio, tra cui disturbi emotivi e cognitivi, esposizione alla povertà, razzismo.

La presenza di ACEs (*Early Childhood Adversities*) è tra gli indicatori più significativi per comportamenti legati a TDV. Tra questi, episodi di maltrattamento infantile, violenza assistita intrafamiliare, trascuratezza affettiva sono tutti comportamenti a rischio di TDV. Lo studio dimostra inoltre che gli adolescenti con una storia familiare di violenza domestica oppure che praticano o subiscono TDV tendono a ripetere gli stessi comportamenti anche nelle successive relazioni.

Secondo la teoria dell'apprendimento sociale la TDV, se da un lato è collegata a una violenza familiare assistita, dall'altro è anche un fattore predittivo di una possibile violenza familiare in età adulta.

Per questi ragazzi a elevato rischio sono necessarie forme di prevenzione mirate a favorire una sana capacità di relazione in periodo adolescenziale, in particolare coinvolgendo le scuole, luogo fondamentale per la socializzazione e la costruzione dell'identità in questo particolare periodo della vita.

COME POSSIAMO INTERVENIRE?

Conoscere questo fenomeno, individuare i fattori di rischio, mettere in atto strategie che contrastino fortemente discriminazioni di genere o razziali, confrontarsi con gli adolescenti, lavorare a fianco degli insegnanti con programmi mirati al rifiuto della violenza come espressione dei propri sentimenti, mettere le basi per relazioni non violente e fondate sul rispetto è un compito fondamentale di genitori, educatori e pediatri sia per il benessere dei nostri ragazzi che per creare le basi per una futura famiglia sana.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Figli di oggi, cittadini fragili di domani. Eurispes - Telefono Azzurro 2012.

Rubio-Garay F, et al. The prevalence of dating violence : a systematic review. *Psychologist Papers* 2017;38:135-47.

Cohen JR, et al. Predicting Teen Dating Violence perpetration. *Pediatrics* 2018;17:141(4).

Exner-Cortens D, et al. Longitudinal associations between Teen Dating Violence victimization and adverse health outcomes. *Pediatrics* 2013;131:71-8.

Iannacco C. Dating violence. *Left* 2019.

Varia S. Dating violence among adolescents. *Advocates for youth*. 2006.

Jouriles EN, et al. Teen Dating Violence victimization, trauma symptoms, and revictimization in early adulthood. *Journal of Adolescent Health* 2017;61:115-9.

Sarah J. Greenman and mauri matsuda from early Dating Violence to adult intimate partner violence: continuity and sources of resilience in adulthood. *Crim Behav Ment Health* 2016;26:293-303.

Taquette SR, Monteiro DLM. Causes and consequences of adolescent dating violence: a systematic review. *J Inj Violence Res* 2019;11:137-47.

Korioth T. Signs of teen dating violence. *AAP News* 2016.

Miglioranzi P. Dating violence: è questo l'amore tra i teenagers ? *Il Medico Pediatra*, newsletter marzo 2019.

ilmedicopediatra 2020;29(2):51-54;
doi: 10.36179/2611-5212-2020-021

L'EMDR: una terapia poco conosciuta ma efficace anche nei bambini

Paola Miglioranzi

Pediatra di Famiglia, Verona

EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) è una tecnica psicoterapeutica utilizzata dalla fine degli anni '80. Questa metodologia, utile per il trattamento di disturbi causati da eventi stressanti o traumatici come il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), sfrutta i movimenti oculari alternati o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra, per ristabilire l'equilibrio eccitatorio/inibitorio, permettendo così una migliore comunicazione tra gli emisferi cerebrali.

SCOPERTA

Tutto è partito da una scoperta casuale: nel 1987 Francine Shapiro, psicologa, durante una passeggiata in un parco si accorge che il movimento degli occhi a destra e a sinistra sembra ridurre lo stress che le provocava un ricordo traumatico. Negli anni successivi prosegue le ricerche, arrivando a codificare un metodo che chiama *Eye Movement Desensitization* (EMD) e che sperimenta su alcuni reduci del Vietnam.

Scopre così che i movimenti oculari non solo "desensibilizzano" i ricordi traumatici, trasformando le emozioni e le sensazioni, ma sembrano anche favorire processi di insight, nuove consapevolezze che permettono di elaborare l'episodio traumatico: l'EMD diventa EMDR, si aggiunge cioè il Reprocessing, il processo di elaborazione dei ricordi.

La dottoressa Shapiro distingue due grosse categorie di traumi sui quali è possibile intervenire con l'EMDR:

- **i traumi con la T maiuscola:** sono quelli che mettono a rischio la vita o l'integrità fisica propria e altrui, come i gravi incidenti, le calamità naturali (terremoti, alluvioni ecc.) o i lutti. Questi traumi, che tipicamente determinano i sintomi del PTSD (flashback, ipervigilanza, evitamento, disturbi dissociativi), sono quelli che rispondono meglio all'EMDR, anche nel giro di poche sedute;

Conflitto di interessi

L'Autore dichiara di non avere alcun conflitto di interessi.

How to cite this article: Miglioranzi P. L'EMDR: una terapia poco conosciuta ma efficace anche nei bambini. Il Medico Pediatra 2020;29(2):51-54. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-021>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

La rivista è open access e divulgata sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

- **i traumi con la t minuscola:** sono quelle situazioni disturbanti ripetute che mettono a rischio non la vita ma la capacità di entrare in relazione con gli altri e che determinano sintomi come l'impulsività, le disregolazioni emotive, le somatizzazioni o i gravi problemi relazionali. Si tratta soprattutto dei **traumi dell'attaccamento**, favoriti dalle esperienze avverse dell'infanzia (ESI). Questi disturbi, per quanto apparentemente meno gravi, sono i più difficili da trattare, richiedono più sedute e altri interventi a integrazione della tecnica.

QUALI SONO LE BASI DELL'EMDR?

L'approccio EMDR, adottato da un numero sempre crescente di psicoterapeuti in tutto il mondo, è basato sul modello di elaborazione adattiva dell'informazione (AIP). Secondo l'AIP, l'evento traumatico vissuto dal soggetto viene immagazzinato in memoria insieme a emozioni, percezioni, cognizioni e sensazioni fisiche disturbanti che hanno caratterizzato quel momento. Tutte queste informazioni immagazzinate in modo disfunzionale restano "congelate" all'interno delle reti neurali, incapaci di mettersi in connessione con le altre reti con informazioni utili. Le informazioni racchiuse nelle reti neurali, non potendo essere elaborate, continuano a provocare disagio nel soggetto, fino a portare all'insorgenza di patologie come il PTSD e altri disturbi psicologici.

IN CHE COSA CONSISTE LA TERAPIA

L'EMDR lavora sui ricordi immagazzinati al momento del trauma. Le esperienze traumatiche lasciano tracce nella mente e nel corpo, che possono essere riattivate da qualsiasi stimolo trigger (un evento, un pensiero, un suono, un odore) che ricordi l'"evento generatore". In pratica il ricordo traumatico, essendo stato immagazzinato nella memoria in modo inappropriato, è come una ferita in cui si è bloccato il naturale processo di cicatrizzazione e guarigione: la ferita "continua a sanguinare", facendo sperimentare alla persona traumatizzata sensazioni fisiche ed emozioni disturbanti anche a distanza di molto tempo dall'evento. L'EMDR

interviene sbloccando e accelerando le proprietà naturali di guarigione del corpo.

Durante una seduta di EMDR vengono attivati simultaneamente tutti i canali dell'esperienza traumatica (perettivo, cognitivo, emotivo e somatico), cioè tutti gli elementi del ricordo: l'immagine traumatica (quella che si è fissata più vividamente nella mente e che disturba di più), la cognizione negativa (i pensieri negativi auto-riferiti, per esempio "sono in pericolo" oppure "è colpa mia"), le emozioni disturbanti (per esempio la paura o la rabbia) e le sensazioni fisiche. Mentre il paziente "tiene insieme" gli elementi del ricordo, il terapeuta stimola i movimenti oculari (o somministra un altro tipo di stimolazione bilaterale, come quella tattile con la tecnica del tapping). In questo modo viene favorita una "doppia focalizzazione": il paziente "ritorna con un piede nel passato" ma "tiene un piede nel presente", nel luogo sicuro della terapia. Questa procedura permette di desensibilizzare il ricordo (che progressivamente diventa sempre meno disturbante) e di riattivare l'elaborazione del trauma, in modo da "ricollocare" il passato nel passato.

Dopo una o più sedute di EMDR, i ricordi disturbanti legati all'evento traumatico perdono la loro carica emotiva negativa. Il cambiamento è molto rapido, indipendentemente dagli anni che sono passati dall'evento.

L'immagine cambia nei contenuti e nel modo in cui si presenta, i pensieri intrusivi in genere si attutiscono o spariscono, diventando più adattivi dal punto di vista terapeutico e le emozioni e sensazioni fisiche si riducono di intensità. L'elaborazione dell'esperienza traumatica che avviene con l'EMDR permette al paziente di mutare prospettiva, cambiando le valutazioni cognitive su di sé, incorporando emozioni adeguate alla situazione oltre a eliminare le reazioni fisiche. Questo di conseguenza permette di adottare comportamenti più adattivi. Dal punto di vista clinico e diagnostico, dopo un trattamento con EMDR il paziente non presenta più la sintomatologia tipica del PTSD, quindi non si riscontrano più gli aspetti di intrusività dei pensieri e ricordi, i comportamenti di evitamento e l'iperarousal neurove

getativo nei confronti di stimoli legati all'evento, percepiti come pericolo. Un altro cambiamento significativo è dato dal fatto che il paziente discrimina meglio i pericoli reali da quelli immaginari condizionati dall'ansia. Questo approccio risulta efficace anche con i pazienti che hanno difficoltà nel verbalizzare l'evento traumatico che hanno vissuto. L'EMDR, infatti, utilizza tecniche che possono fornire al paziente un maggior controllo verso le esperienze di esposizione (poiché non si basa su interventi verbali) e che possono aiutarlo nella regolazione e nella gestione delle emozioni intense che potrebbero scaturire durante la fase di elaborazione.

L'EMDR COME APPROCCIO EVIDENCE-BASED

Nel lasso di trent'anni dalla sua scoperta, l'EMDR ha ricevuto più conferme scientifiche di qualunque altro metodo usato nel trattamento dei traumi. Oggi è riconosciuto come metodo evidence-based per il trattamento dei disturbi post-traumatici, approvato, tra gli altri, dall'*American Psychological Association* (1998-2002), dall'*American Psychiatric Association* (2004), dall'*International Society for Traumatic Stress Studies* (2010) e dal nostro Ministero della Salute nel 2003. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'agosto del 2013, ha riconosciuto l'EMDR come trattamento efficace per la cura del trauma e dei disturbi a esso correlati.

L'efficacia dell'EMDR è stata dimostrata in tutti i tipi di trauma, sia per il PTSD che per i traumi di minore entità. La ricerca recente mostra che, attraverso l'utilizzo dell'EMDR, le persone possono beneficiare degli effetti di una psicoterapia che una volta avrebbe impiegato anni per fare la differenza. Alcune ricerche hanno infatti dimostrato che una percentuale compresa tra l'84% e il 90% dei pazienti con esperienza di un singolo evento traumatico non mostrava più i sintomi di un PTSD dopo 3 sole sessioni di EMDR da 90 minuti ciascuna.

Attualmente l'EMDR è un approccio terapeutico ampiamente usato anche per il trattamento di altre patologie e altri disturbi psicologici. Data l'importanza che gli

eventi traumatici (siano essi traumi singoli o cumulativi e relazionali) rivestono nello sviluppo di differenti patologie, diviene importante affrontare queste attraverso un approccio che tenga in considerazione e riesca a intervenire sull'origine traumatica di tali disturbi.

L'EMDR IN ETÀ PEDIATRICA

Da più di 15 anni l'EMDR è stata utilizzata anche per i disturbi post-traumatici in età pediatrica e adolescenziale. Le ultime *review*^{1,2} ne hanno dimostrato l'efficacia terapeutica paragonata a quella della terapia cognitivo comportamentale nel ridurre i sintomi da stress post-traumatico e da ansia, con un trend positivo anche su sintomi depressivi, anche se sono ancora necessari studi soprattutto per quanto riguarda la sua efficacia nei bambini più piccoli.

In particolare uno studio italiano³ ha utilizzato l'EMDR per trattare bambini che dimostravano segni di PTSD dopo il terremoto del 2016 in Umbria. In situazioni di catastrofi naturali è molto importante instaurare molto presto una terapia per prevenire il peggiorare e la persistenza dei sintomi nei sopravvissuti al trauma, soprattutto nei bambini che hanno meno capacità di far fronte a quello che accade e distrugge le loro abitudini e il loro ambiente. Questo studio ha dimostrato una significativa efficacia della terapia ancor più se usata precocemente, sia sui disturbi emozionali che sui sintomi post-traumatici, anche se la necessità di rispondere all'emergenza ha reso impossibile instaurare un gruppo di controllo nello studio.

LA RICERCA

La ricerca riguardante l'EMDR è una delle prime in cui sono stati evidenziati i cambiamenti neurobiologici che si verificano durante ogni seduta di psicoterapia, rendendo l'EMDR il primo trattamento psicoterapeutico con un'efficacia neurobiologica provata. Le scoperte in questo campo confermano l'associazione tra i risultati clinici di questa terapia e alcuni cambiamenti a livello delle strutture e del funzionamento cerebrale. Nel 2019 sono stati pubblicati tre importanti articoli sull'EMDR.

In un articolo pubblicato su "Nature" ⁴, rivista scientifica multidisciplinare prestigiosa in ambito internazionale, è stato evidenziato il meccanismo d'azione dell'EMDR utilizzando un modello animale. Gli autori hanno determinato che la stimolazione bilaterale ha portato nell'animale a una chiara e persistente riduzione del comportamento della paura. È stato inoltre scoperto che la stimolazione bilaterale aveva avuto un ruolo nell'aumento dell'attività neuronale del collicolo superiore e del talamo medio dorsale, smorzando così l'eccitabilità dei neuroni del nucleo basolaterale dell'amigdala.

In un secondo articolo pubblicato su "Neuron" ⁵, rivista molto influente nell'ambito delle neuroscienze, gli autori hanno svolto una review su come viene codificata una memoria traumatica e su come sia possibile ricodificarla in maniera più adattiva. Gli autori sostengono che il cervello immagazzina i ricordi attraverso gli engrammi, elementi neurobiologici che consentono di ricordare eventi e sensazioni a essi associate. Questi engrammi rappresentano la base della persistenza delle memorie traumatiche. In particolare, l'EMDR è risultato essere una psicoterapia efficace per la riscrittura di questi engrammi e di essere in grado quindi di riattivare il meccanismo di codifica e modifica delle informazioni immagazzinate a livello neuronale.

In un terzo articolo pubblicato su "Molecular Psychiatry" ⁶ Vinkers et al. hanno dimostrato per la prima volta che l'EMDR può modulare l'epigenetica dei pazienti con PTSD in regioni differenziate metilate, in particolare quelle appartenenti allo *Zinc Finger Protein 57* (ZFP57). I dati raccolti forniscono prove longitudinali che la metilazione della regione ZFP57 è coinvolta sia nello sviluppo del PTSD che nel trattamento efficace dei suoi sintomi. Questi risultati sono un primo passo in grado di districare la complicata interazione tra i sistemi psicologici e biologici con l'identificazione delle regioni genomiche rilevanti per l'eziologia e il trattamento dei disordini stress correlati come il PTSD.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Moreno-Alcázar A, Treen D, Valiente-Gómez A, et al. Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescent with post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychol* 2017;8:1750.
- ² Chen R, Gillespie A, Zhao Y, et al. The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adults who have experienced complex childhood trauma: a systematic review of randomized controlled trials. *Front Psychol* 2018;9:534.
- ³ Trentini C, Lauriola M, Giuliani A, et al. Dealing with the aftermath of mass disasters: a field study on the application of EMDR integrative group treatment protocol with child survivors of the 2016 Italy earthquakes. *Front Psychol* 2018;9:862.
- ⁴ Baek J, Lee S, Cho T, et al. Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders. *Nature* 2019;566:339-43.
- ⁵ Maddox SA, Hartmann J, Ross RA, et al. Deconstructing the gestalt: mechanisms of fear, threat, and trauma memory encoding. *Neuron* 2019;102:60-74.
- ⁶ Vinkers CH, Geuze E, van Rooij SJH, et al. Successful treatment of post-traumatic stress disorder reverses DNA methylation marks. *Mol Psychiatry* 2019.

15 - 17 ottobre 2020

VIRTUAL LIVE EDITION



a braccia aperte



SEGUI GLI AGGIORNAMENTI:

www.congressonazionalefimp2020.it

fimp Federazione Italiana Medici *Pediatr*i



XVII Corso di Medici in Africa Il volontariato medico in Africa



Corso di orientamento per operatori sanitari

Presidente: E. Berti Riboli

Genova, 6 e 7 novembre 2020

Con il patrocinio di



Il 6 e 7 novembre, si terrà a Genova, presso la Sala Nautilus dell' Acquario di Genova, la diciassettesima edizione del corso base di Medici in Africa, rivolto a medici, infermieri, fisioterapisti ed ostetriche che intendano svolgere azioni di volontariato nei paesi africani o in altri paesi in via di sviluppo. Il corso si propone di fornire, in tempi brevi, informazioni sulla situazione sanitaria in Africa, cenni di diagnosi e terapia di malattie tropicali di frequente riscontro e di patologie ostetrico-ginecologiche. Inoltre verranno illustrati i fondamenti per l'auto-protezione, la gestione delle emergenze o del parto, queste ultime tramite pratica su manichino. Durante il Corso gli iscritti potranno avvalersi dell'esperienza di colleghi che sono già stati in tali zone e verranno messi in contatto con alcune delle organizzazioni (Onlus e Ong) che lavorano e/o che gestiscono ospedali nei paesi in via di sviluppo. Il Corso è a numero chiuso, con un numero minimo di 20 ed numero massimo di 45 partecipanti e sarà accreditato ECM (16,2 crediti formativi). Il costo dell'iscrizione al corso è di 200 euro per i medici e 100 euro per gli infermieri, ostetriche, dietisti e fisioterapisti entro il 5 ottobre. Per le iscrizioni dopo il 5 ottobre, il costo è di euro 250 per medici e 150 per le altre professioni sanitarie. Per le iscrizioni al corso ed ulteriori informazioni contattare:

MEDICI IN AFRICA ONLUS

Segreteria Organizzativa

Da lun. a ven. 09.45/13.45

Tel. 010 8495427 – 349 8124324

mediciinafrica@unige.it oppure segreteria@mediciinafrica.it

