

# ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri



*Guardare indietro  
per andare avanti*

Bilanci di salute e vaccinazioni

Responsabilità professionale in  
Telemedicina ai tempi del COVID-19

Maltrattamento all'infanzia tra fattori  
di rischio e fattori di protezione

Malattie rare: il valore della microrete

04 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

- 1 Guardare indietro per andare avanti  
P. Biasci

## attività professionale

- 4 Bilanci di salute e vaccinazioni: risultati di una indagine conoscitiva condotta tra i Pediatri di Famiglia associati a FIMP  
P. Biasci, M. Barretta, G. Conforti, M. Doria, G. Vitali Rosati
- 9 La Responsabilità professionale in Telemedicina ai tempi del COVID-19. Commento alla SURVEY  
L.A. Basile, P.G. Macri
- 15 Il maltrattamento all'infanzia tra fattori di rischio e fattori di protezione  
A. Latino

## attualità

- 21 Malattie rare: il valore della microrete  
Relazione di cura e investimento su una responsabilità che ci gratifica  
G. Annicchiarico

## approfondimenti e notizie

- 25 Impiego di prednisone rettale 100 mg nel primo trattamento di croup e pseudocroup  
S. Iasevoli
- 32 Trattamento della sindrome PANDAS/PANS con un'associazione a base di L-teanina e vitamina B6  
A. Spalice

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it

# Guardare indietro per andare avanti

È impossibile non guardarsi indietro e ripensare a quanto successo in questo anno. Sembra passato un attimo, sembra quasi un brutto sogno, sembra di averlo passato con il fiato sospeso in attesa di un qualcosa che non è arrivato.

**Abbiamo reagito, ci siamo organizzati, abbiamo fatto la nostra parte,**

a volte anche di più, siamo stati vicini alle famiglie, valorizzando il rapporto fiduciario, siamo stati un riferimento continuo e credibile, non abbiamo risparmiato parole e consigli per tutti, abbiamo svuotato Pronto Soccorsi e

Reparti pediatrici, ci siamo presi responsabilità, abbiamo studiato, letto, scritto linee guida di comportamento e procedure, abbiamo collaborato in modo continuo con le istituzioni scientifiche, con il Ministero, dato suggerimenti, ma anche battuto i pugni, abbiamo portato la nostra voce e le nostre opinioni su giornali, TV, social, webinar, abbiamo dato evidenza alla categoria... siamo stati **"Pediatri di Famiglia"**. La nostra parte l'abbiamo fatta fino in fondo, senza mai tirarci indietro.

Dobbiamo riconoscere che, nonostante un anno incredibile, ci sono stati comunque risultati importanti sul versante politico-sindacale: sono stati il frutto di un rapporto con il Ministro Speranza e con i suoi collaboratori sincero, costante, di stima reciproca, in cui abbiamo sempre messo in prima linea la responsabilità, la professionalità, le esigenze assistenziali e lo sviluppo del territorio. È indubbio che COVID-19 abbia agito da catalizzatore dei processi di verifica e sviluppo interni al Servizio Sanitario Nazionale, di adeguamento, di restyling, alcuni di implementazione immediata, altri di programmazione a medio termine, sui quali dobbiamo sperare di avere un ruolo.

La FIMP durante questa pandemia non ha mai dimenticato di perseguire gli obiettivi che permetteranno un futuro migliore alla Pediatria di Famiglia e ai nostri colleghi più giovani: nuovi compiti, maggiore organizzazione, assistenza finalizzata alle nuove esigenze. In questa ottica



Paolo Biasci

Presidente FIMP

## Corrispondenza

Paolo Biasci  
presidente@fimp.pro

**How to cite this article:** Biasci P. Guardare indietro per andare avanti. Il Medico Pediatra 2020;29(4):1-3.

© 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>

si inseriscono gli **strumenti di diagnostica ambulatoriale** (self-help) che, grazie al finanziamento ad hoc previsto nella passata legge di bilancio e all'ACN-stralcio recentemente firmato, arriveranno nei nostri studi. Parallelamente abbiamo lavorato per mesi per ottenere un finanziamento dei fondi per l'assunzione di **personale infermieristico**: l'obiettivo si è realizzato con l'approvazione della legge di bilancio che prevede un finanziamento di 10 milioni per la Pediatria di Famiglia. Un passaggio importante, fondamentale per determinare un cambio di rotta.

Credo che FIMP abbia così creato le **premesse per sviluppare un nuovo modello di Pediatria di Famiglia**. Ora è il momento di insistere su questa linea, di crederci, di dare tutti insieme continuità a un'azione politica che sta dando risultati insperati. Lo dico da tempo, dobbiamo far nostri nuovi atteggiamenti, nuove attività assistenziali per i nostri pazienti, farci carico di un'assistenza globale al bambino, di percorsi assistenziali che si sviluppano e si chiudono all'interno dei nostri studi, demandare al personale infermieristico quelle attività che sono proprie di quelle professionalità opportunamente formate e che devono integrarsi con quelle più proprie del Pediatra. Dovremo focalizzare la nostra formazione, o almeno una parte, anche su questi aspetti organizzativi e avere l'obiettivo di saper essere gestori di uno studio pediatrico che offre maggiori opportunità professionali ai nostri assistiti, sia sotto il profilo dell'accoglienza, sia della facilità di accesso, sia sotto quello dei servizi offerti. Le famiglie ce lo chiedono e la Pediatria di Famiglia deve essere in grado di offrirglielo. Avremo occasioni per discutere insieme di questo e di altro, il primo appuntamento sarà il **20 marzo prossimo al Congresso Nazionale Sindacale** che faremo in modalità webinar, ma non deve mancare in tutti noi la consapevolezza che è arrivato il momento in cui ci giochiamo molto del futuro di una professione che ci siamo inventati più di quaranta anni fa, ma che ora come mai necessita di adeguamenti.

Tra gli aspetti positivi voglio citare anche altro, per esempio la **campagna di vaccinazione per l'influenza** che ci ha visto più protagonisti di sempre. Si è vero, in molte realtà ci sono state difficoltà, ritardi, decisioni assurde, ma ovunque c'è stata la FIMP chiamata a un tavolo regionale con l'obiettivo di un accordo per vaccinare i nostri assistiti nei nostri studi. In molte situazioni è stata la prima volta, in altre l'occasione per far meglio degli anni scorsi. Di certo abbiamo aperto uno spiraglio che spero possa portare sviluppi positivi ulteriori.

In una fase più avanzata della **vaccinazione anti-COVID** sarà il turno dei ragazzi e dei bambini e di nuovo saremo chiamati a collaborare, facciamoci trovare pronti perché sarà un'occasione importante. Durante questi mesi ci sono state cadute delle coperture vaccinali per carenza di disponibilità dei servizi vaccinali che addirittura in certi casi sono stati chiusi. La Pediatria di Famiglia avrebbe potuto dare una mano, almeno per certe fasce di età, almeno per le scadenze non rimandabili. Ma non ci hanno coinvolto, colpevolmente. Nelle situazioni dove i Pediatri vaccinano nei propri studi i cali di copertura vaccinale non ci sono stati e questo testimonia il valore aggiunto che noi possiamo dare all'assistenza pediatrica nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive e il ruolo che possiamo assumere.

Voglio sottolineare anche il senso di responsabilità che abbiamo dimostrato con la **presa in carico dei tamponi rapidi**: chiamati a collaborare, a offrire un aiuto al sistema in una situazione difficile, la FIMP ha saputo dare il segnale che le istituzioni, il governo, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si aspettavano: un ACN-stralcio che ci è stato proposto dal Ministero e dalla Conferenza Stato-Regioni senza i consueti margini di contrattazione, se non in misura minima, e da concludere in un giorno. Permettetemi di ringraziare tutti i quadri sindacali che in quelle ore non mi hanno fatto mancare il loro contributo, quasi senza soluzione di continuità temporale, mi hanno supportato in una scelta complicata, mi hanno dato il mandato a firmare seppur nella difficoltà della situazione. Molti di noi, la maggioranza, seppur con grandi differenze tra le varie regioni, ha aderito a effettuare i test nei propri studi senza impegnare le ASL in ulteriori compiti organizzativi. È un aspetto importante che favorisce la

valorizzazione del rapporto fiduciario e dimostra la capacità organizzativa della Pediatria di Famiglia, rafforzandone il ruolo. Aver dato ancora una volta un chiaro segnale di presenza è stato fondamentale e di questo vi ringrazio tutti.

Purtroppo, in questi lunghi mesi ci sono stati **momenti difficili** e il pensiero va in particolare ai tanti colleghi deceduti tra i medici del territorio per essere stati contagiati da COVID-19 e tra questi anche alcuni Pediatri di Famiglia. Un abbraccio ai loro cari e la speranza che riescano presto a ritrovare la serenità.

Negli ultimi giorni del 2020 è iniziata la campagna per la vaccinazione contro il COVID, un forte segnale di speranza per uscire dall'emergenza epidemica: non facciamo previsioni per il prossimo anno e incrociamo le dita, tutti insieme.



ilmedicopediatra 2020;29(4):4-8;  
doi: 10.36179/2611-5212-2020-33

# Bilanci di salute e vaccinazioni:

## risultati di una indagine conoscitiva condotta tra i Pediatri di Famiglia associati a FIMP

Paolo Biasci, Martino Barretta, Giorgio Conforti, Mattia Doria, Giovanni Vitali Rosati

Federazione Italiana Medici Pediatri

### Corrispondenza

Paolo Biasci  
presidente@fimp.pro

### Disclaimer

La survey è stata ideata e realizzata da Puerimed con il supporto economico non condizionante di GlaxoSmithKline.

**How to cite this article:** Biasci P, Barretta M, Conforti G, et al. Bilanci di salute e vaccinazioni: risultati di una indagine conoscitiva condotta tra i Pediatri di Famiglia associati a FIMP. Il Medico Pediatra 2020;29(4):4-8. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-33>

© 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>

### Introduzione

I Pediatri di Famiglia (PdF) in tutta Italia assicurano a tutti i bambini, dalla nascita all'età adolescenziale, delle visite di controllo in specifiche fasce di età che vengono definite Bilanci di Salute (BdS) e sono parte integrante dei compiti del Pediatra nell'ambito del "Progetto salute infanzia" <sup>1</sup>. Le suddette visite filtro sono pianificate in determinate età per identificare precocemente disturbi neurosensoriali e permettere adeguati interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive in armonia con obiettivi di salute enunciati dal Piano Sanitario Nazionale <sup>2</sup> e con il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) <sup>3</sup>. I PdF sono considerati la fonte più affidabile e autorevole per fornire informazioni sulle vaccinazioni ai genitori <sup>4-7</sup> e le loro raccomandazioni influenzano le decisioni a una più convinta adesione alle vaccinazioni, favorendo il raggiungimento delle coperture auspiccate, vero baluardo contro la diffusione di malattie prevenibili dall'immunità conferita dai vaccini.

Non essendo disponibili dati in merito, si è pensato di condurre, per la prima volta in Italia, un'indagine conoscitiva (survey) tra i PdF con i seguenti obiettivi:

- rilevare le esperienze locali e soggettive su atteggiamenti e pratiche del PdF in merito ai BdS;
- identificare i macro-temi dei colloqui vaccinali durante l'esecuzione dei BdS;
- documentare l'adesione e le relative motivazioni ai programmi di vaccinazione del primo anno di vita e dell'età prescolare presso lo studio medico;

- verificare la disponibilità dei PdF all'esecuzione diretta dei vaccini;
- identificare le eventuali criticità nell'esecuzione delle vaccinazioni da parte del PdF.

## Metodi

La *survey* online, predisposta da PueriMed, è stata erogata durante un arco temporale di 30 giorni (29 novembre 2019 - 29 dicembre 2019) e somministrata ai PdF associati alla Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP).

Il questionario è stato strutturato in tre sezioni.

La prima sezione conteneva domande per acquisire informazioni demografiche e professionali dei Pediatri partecipanti.

La seconda sezione indagava sui comportamenti dei PdF durante l'esecuzione dei BDS, in merito all'opportunità di queste visite per la promozione delle vaccinazioni previste dal PNPV vigente e per la verifica sull'adesione vaccinale.

La terza sezione valutava le esperienze professionali e la pratica relativa alla somministrazione dei vaccini nel proprio studio o le criticità che questo può creare durante lo svolgimento del proprio lavoro.

## Risultati

Hanno risposto alla *survey* 1.034 Pediatri di tutte le Regioni, di questi, il 61,5% è composto da donne, mentre il 43,42% è compreso nella fascia di età tra i 61 e i 65 anni.

I PdF che hanno aderito maggiormente alla *survey* operavano in Veneto (14,12%), Toscana (13,93%) e Campania (11,61%), nelle restanti Regioni in una percentuale inferiore al 10%.

I BDS rappresentano un'importante occasione di promozione della salute globale del bambino, con interventi di educazione sanitaria e di informazione dell'offerta vaccinale prevista dal PNPV 2017-2019, arma formidabile di prevenzione primaria e di contrasto a gravi malattie infettive.

A livello nazionale sono previsti almeno 6 BDS. Le Regioni, nell'ambito della loro autonomia nella pro-

grammazione e con appositi accordi, possono aumentare il numero delle visite filtro e pianificarle per permettere anche interventi di promozione delle vaccinazioni. Al fine di garantire l'opportunità di usufruire di tali visite, soprattutto per intercettare i bambini appartenenti a fasce sociali svantaggiate, i PdF devono informare sui tempi di esecuzione e sollecitare al puntuale rispetto delle scadenze previste.

Ciò nonostante, alla domanda n. 8 della *survey* "È Tua abitudine convocare i bambini al BDS tramite chiamata attiva?" ha risposto positivamente solo il 15,38% dei Pediatri. Infatti il 41,78% dei rispondenti (poco meno della metà) affermava di non effettuare la chiamata attiva per svolgere i controlli previsti dai BDS, il 15,6% non fa la chiamata attiva ma potrebbe farla, il 26,81% effettua la chiamata attiva solo per i ritardatari (Fig. 1). Il PdF che effettua i BDS, comunque, verifica l'aderenza al programma vaccinale e lo fa in tutte le occasioni (91,1%).

Altra criticità emersa dalla *survey* è la modalità di verifica dello stato vaccinale dei bambini. Solo il 17% dei PdF ha accesso all'anagrafe vaccinale, il 60,54% controlla l'adesione vaccinale attraverso la tessera che viene consegnata dai centri vaccinali al momento della prima seduta vaccinale, scheda che non sempre viene aggiornata per dimenticanze e spesso viene smarrita, per questo motivo il 21,86% dei PdF possono verificare l'aderenza alla scheda vaccinale solo attraverso domande dirette ai genitori.

La promozione delle vaccinazioni viene fatta dalla maggioranza a tutti i BDS (79,1%), gli altri procedono solo in occasione di BDS previsti in determinate età del bambino.

Nessuno dei PdF rispondenti afferma di avere ostacoli nel promuovere le vaccinazioni durante i BDS, solo uno su 1.034 afferma di avere troppi argomenti da trattare.

La maggioranza dei PdF è consapevole che bisogna promuovere le vaccinazioni contro il meningococco B e il rotavirus, da subito, nel primo BDS, per conferire protezione al lattante ed evitargli una malattia più grave.

**FIGURA 1.**

Percentuali di risposta alla domanda "È tua abitudine convocare i bambini al bilancio di salute tramite chiamata attiva?".



Il 67,3% dei rispondenti ritiene che il primo BdS costituisca una buona occasione per la promozione del vaccino contro il rotavirus in quanto la malattia richiede una protezione precoce e il 37% perché la vaccinazione deve essere completata entro la 26<sup>a</sup> settimana (Fig. 2).

Durante il BdS dei 5-6 anni si parla, in via prioritaria, del richiamo del quadrivalente difterite-tetano-pertossepolio (85,7%) e del morbillo-parotite-rosolia-varicella (89,4%).

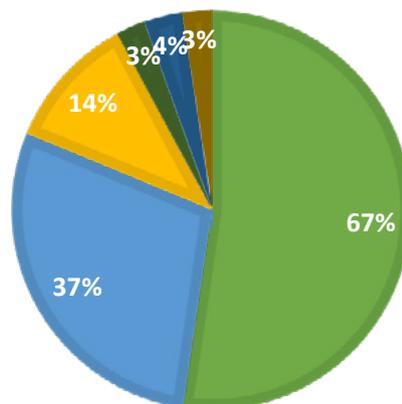
L'82,9% ritiene che il BdS a 5-6 anni possa costituire un'occasione adatta per verificare lo stato vaccinale contro il meningococco B perché la malattia può colpire a ogni età e non è mai troppo tardi per indurre la protezione (Fig. 3).

Alle domande della *survey* preparate per ricevere informazioni sulle attitudini dei PdF in merito alla somministrazione dei vaccini nel proprio studio, il 50,9% afferma di essere favorevole all'esecuzione di tutte le vaccinazioni, il 14,1% solo per la vaccinazione contro l'influenza.

**FIGURA 2.**

Percentuali di risposta alla domanda: "Pensi che il primo bilancio di salute possa costituire un'occasione adatta/appropriata per promuovere la vaccinazione contro il rotavirus?".

- Sì, perché la malattia richiede una protezione precoce
- Sì, perché la vaccinazione deve essere completata entro il 6° mese (26<sup>a</sup> settimana)
- Sì, anche perché la si può anticipare dalla 6<sup>a</sup> settimana di vita e diminuire ulteriormente l'eventualità di reazioni avverse
- No, perché questa vaccinazione può essere evitata
- No, perché lo faccio ai bilanci successivi
- No, perché ci sono già tanti argomenti diversi dalla vaccinazione da affrontare



Le motivazioni predominanti che hanno indotto a vaccinare nel proprio studio sono: offrire un miglior servizio alle famiglie (64%) e anche perché è una pratica utile al futuro della categoria (38%).

Gli ostacoli/rifiuto a vaccinare nel proprio studio sono di ordine burocratico (rimangono una prerogativa dei centri vaccinali pubblici) nel 43,6% e di ordine pratico: non sono attrezzato (47,3%), paura per reazioni avverse (13,4%) e di rifiuto totale: ritengo non sia un mio compito (16,9%).

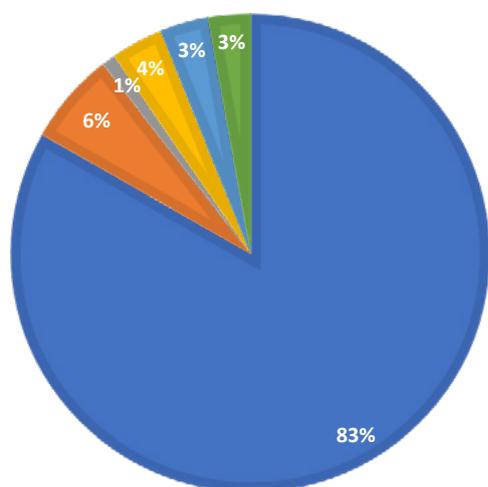
## Discussione

In passato sono state condotte da FIMP altre *survey* in ambito vaccinale <sup>8,9</sup>; tuttavia questa è la prima volta che viene affrontato il tema delle vaccinazioni e dei BdS.

**FIGURA 3.**

**Percentuali di risposta alla domanda: "Pensi che il bilancio di salute a 5-6 anni possa costituire una occasione adatta/appropriata per verificare lo stato vaccinale contro il meningococco B?"**

- Sì, perché la malattia può colpire ad ogni età e non è mai troppo tardi per indurre la protezione
- No, perché questa vaccinazione può essere ritardata in quanto poco frequente a questa età
- No, perché ci sono già tanti argomenti diversi dalla vaccinazione da affrontare
- No, perché non è prevista dal Calendario nazionale



Trattandosi di un'iniziativa nuova nel suo genere, non è stato possibile fare il confronto con altri studi/survey anche per le specifiche peculiarità dell'assistenza pediatrica in Italia.

Il PdF è tenuto all'esecuzione di visite filtro, definite BdS, importanti per l'individuazione precoce di disturbi del neurosviluppo, per l'attuazione di interventi di educazione sanitaria e promozione delle vaccinazioni<sup>1</sup>.

Dalla survey è emerso che la maggioranza dei PdF rispondenti durante l'esecuzione dei BdS promuove le vaccinazioni e fornisce informazioni su tutti i vaccini offerti dal Calendario Vaccinale del PNPV vigente<sup>3</sup>. Tuttavia, dalle risposte ottenute, solo una minoranza dichiara di effettuare la chiamata attiva per i BdS, nonostante sia previsto dal "Progetto salute infanzia" tra i compiti dei Pediatri quello di informare sui tempi di

esecuzione e sollecitare al puntuale rispetto delle scadenze previste<sup>1</sup>.

A questo scopo potrebbe essere utile, attraverso i gestionali di studio, preparare dei promemoria per i BdS previsti con apposita messaggistica per sollecitare i genitori a effettuare i BdS nei tempi previsti.

Il controllo dello stato vaccinale viene effettuato dalla stragrande maggioranza dei Pediatri, con modalità, a volte, obsolete che non permettono un'accurata verifica dell'adesione vaccinale in tempo reale. Per contrastare efficacemente l'esitazione vaccinale e il conseguente calo delle coperture vaccinali, bisognerà permettere a tutti i PdF l'accesso all'anagrafe vaccinale che al momento è consentito solo a una minoranza.

Alle domande presenti nella survey sulla somministrazione dei vaccini da parte dei Pediatri nel proprio studio, solo una minoranza afferma di somministrare tutti i vaccini, le risposte vengono quasi tutte dai Pediatri della Regione Toscana, dove è in atto questa esperienza con evidenti risultati in termini di adesione e copertura vaccinale.

Un'altra minoranza vaccina solo verso l'influenza e quindi anche dove i PdF vengono coinvolti per vaccinare bambini contro l'influenza alcuni non ritengono di aderire alle campagne di vaccinazioni promosse da Regioni e Aziende Sanitarie, contravvenendo a quanto previsto dal vigente Accordo Collettivo Nazionale (art. 44 comma 2 lettera l)<sup>10</sup>.

Una consistente percentuale è disponibile a somministrare i vaccini ai propri pazienti presso il proprio studio, ma non gli viene consentito perché l'esecuzione delle vaccinazioni è prerogativa dei centri vaccinali pubblici. C'è ancora un 30% di PdF che non ritiene la somministrazione dei vaccini tra i compiti previsti del Pediatra di Famiglia. La FIMP si è già attivata, da qualche anno, con corsi formativi per rimuovere remore e timori dei Pediatri verso questa pratica.

Per superare la crescente percentuale di genitori esitanti verso le vaccinazioni, il Calendario della Vita nel suo ultimo aggiornamento propone nuovi modelli organizzativi che includono i PdF nell'esecuzione

delle vaccinazioni per fare in modo che questa pratica sia effettuata in ambito fiduciario, per favorire maggiore elasticità negli appuntamenti e possibilità di esecuzione delle vaccinazioni in ogni occasione di vista.

### Bibliografia\*

- <sup>1</sup> Progetto Salute Infanzia. Gazzetta Ufficiale. [www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=1&art.versione=1&art.codiceRedazionale=000G0322&art.dataPubblicazioneGazzetta=2000-10-02&art.idGruppo=2&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=1&art.flagTipoArticolo=13](http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=1&art.versione=1&art.codiceRedazionale=000G0322&art.dataPubblicazioneGazzetta=2000-10-02&art.idGruppo=2&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=1&art.flagTipoArticolo=13)
- <sup>2</sup> Piano Sanitario Nazionale. Ministero della Salute. [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_987\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_987_allegato.pdf)
- <sup>3</sup> Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19. Ministero della Salute. [www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&datagu=18/02/2017&redaz=17A01195&artp=1&art=1&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=001](http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&datagu=18/02/2017&redaz=17A01195&artp=1&art=1&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=001)
- <sup>4</sup> Giambi C, Fabiani M, D'Ancona F, et al. Parental vaccine hesitancy in Italy — Results from a national survey. *Vaccine* 2018;36:779-87.
- <sup>5</sup> Mita V, Arigliani M, Zaratti L, et al. Italian Physicians' Opinions on Rotavirus Vaccine Implementation. *Pathogens* 2017;6pii: E56.
- <sup>6</sup> Marchetti F, Vetter V, Conforti G, et al. Parents' insights after pediatric hospitalization due to rotavirus gastroenteritis in Italy. *Hum Vaccin Immunother* 2017;13:2155-9.
- <sup>7</sup> Napolitano F, Ali Adou A, Vastola A et al. Rotavirus Infection and Vaccination: Knowledge, Beliefs, and Behaviors among Parents in Italy. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16pii:E1807.
- <sup>8</sup> Marchetti F, Cantarutti A, Sciolla N et al. La percezione dei Pediatri di Famiglia associati FIMP sulla vaccinazione contro le gastroenteriti acute da rotavirus. 70° Congresso Italiano di Pediatria, Palermo 11-14 giugno 2014.
- <sup>9</sup> Marchetti F, Conforti G. Seconda indagine conoscitiva sull'opinione dei pediatri di famiglia italiani in merito alla vaccinazione contro i rotavirus. 51° Congresso Nazionale Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva, Riva del Garda 17-20 ottobre 2018.
- <sup>10</sup> Disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta ai sensi del del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni. 2018. [www.sisac.info/anteprimaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=201806141307541208](http://www.sisac.info/anteprimaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=201806141307541208)
- <sup>11</sup> Calendario Vaccinale della Vita. 4ª Edizione 2019. [www.igienistionline.it/docs/2019/21cvplv.pdf](http://www.igienistionline.it/docs/2019/21cvplv.pdf)

\* Tutti i siti web citati nella bibliografia hanno avuto l'ultimo accesso a luglio 2020.

ilmedicopediatra 2020;29(4):9-14;  
doi: 10.36179/2611-5212-2020-34

# La Responsabilità professionale in Telemedicina ai tempi del COVID-19

## Commento alla Survey

Luciano Antonio Basile<sup>1</sup>, Pasquale Giuseppe Macri<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Segretario Nazionale FIMP alle attività Previdenziali e Assicurative;

<sup>2</sup> Direttore UOC Medicina Legale, Azienda USL Sud Est Toscana;  
Segretario nazionale Melco (Medicina Legale Contemporanea)

Dal momento in cui è stata lanciata, la survey in pochi giorni ha ottenuto risposte da 599 Pediatri nostri iscritti, segno del notevole interesse suscitato dall'argomento nella nostra categoria.

Il tema della responsabilità professionale, da sempre comunque molto sentito, ha assunto particolare criticità fin dall'inizio della pandemia; la necessità di dover modificare abbastanza repentinamente le nostre modalità operative, ricorrendo a strumenti tutto sommato poco conosciuti [televista, teleconsulto, teleprescrizione (telemedicina in senso lato)], ha creato maggiore apprensione nel Pediatra di famiglia.

Dei 599 Pediatri che hanno partecipato, la maggior parte è di genere femminile (69,9%), con un'età superiore ai 60 anni (56,43%). Solo una modesta percentuale di essi (22,5%) opera come Pediatri di libera scelta (PLS) con attività libero professionale strutturata, mentre la maggioranza opera con attività libero professionale abbastanza occasionale. Quest'ultimo dato, considerando anche la buona rappresentatività del campione, può essere utile per le nostre analisi dei sistemi assicurativi. Si riporta quanto di saliente scaturisce dall'analisi delle risposte, al fine di una visione generale del problema, mentre un'analisi più dettagliata dei dati sarà operata per il nostro costante monitoraggio dei sistemi assicurativi e dei bisogni della categoria su questi temi.

Per quanto riguarda la televisita, il dato che salta subito all'occhio è riportato dalla figura relativa alla prima domanda (Fig. 1): solo il 40% dei colleghi ha utilizzato dall'inizio della pandemia strumenti di televisita, mettendo in luce l'evidente difficoltà, per una buona parte della categoria, all'utilizzo di strumenti informatici in qualche modo

### Corrispondenza

Luciano Antonio Basile  
lucianobasile@fimp.pro

**How to cite this article:** Basile LA, Macri PG. La Responsabilità Professionale in Telemedicina ai tempi del COVID-19. Commento alla Survey. Il Medico Pediatra 2020;29(4):9-14. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-34>

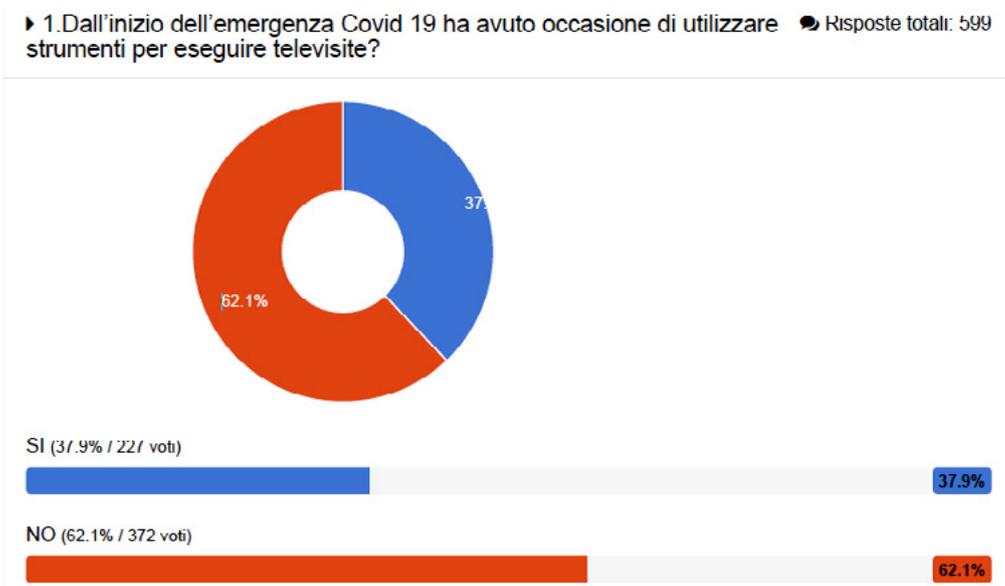
© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



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>

**FIGURA 1.**



“innovativi”. È evidente la necessità di implementazione di momenti formativi e informativi sull'utilizzo dei sistemi di telemedicina, anche alla luce del fatto (2° domanda) che, più della metà (53%) ha trovato una qualche difficoltà a eseguire la televisita rispetto alla visita in presenza; che una parte ha dovuto chiedere

aiuto per lo più a colleghi PLS (62%) o a tecnici informatici (25%). Per la maggior parte dei colleghi (85,4%) però la televisita non ha influito negativamente sulla qualità del rapporto medico-paziente. Tuttavia il 68% di chi ne ha fatto ricorso ritiene che la

**FIGURA 2.**

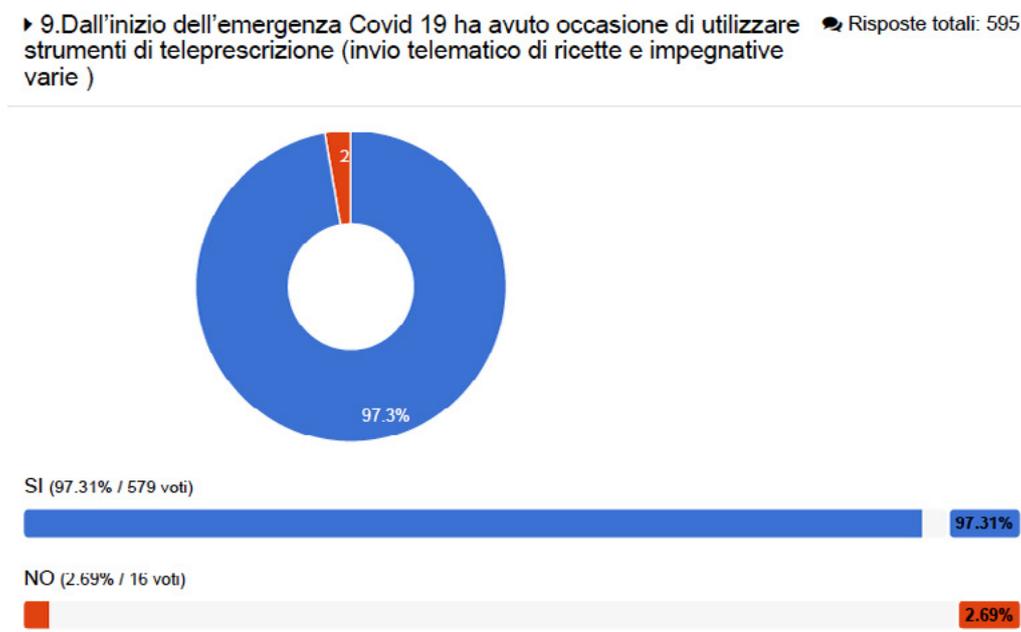
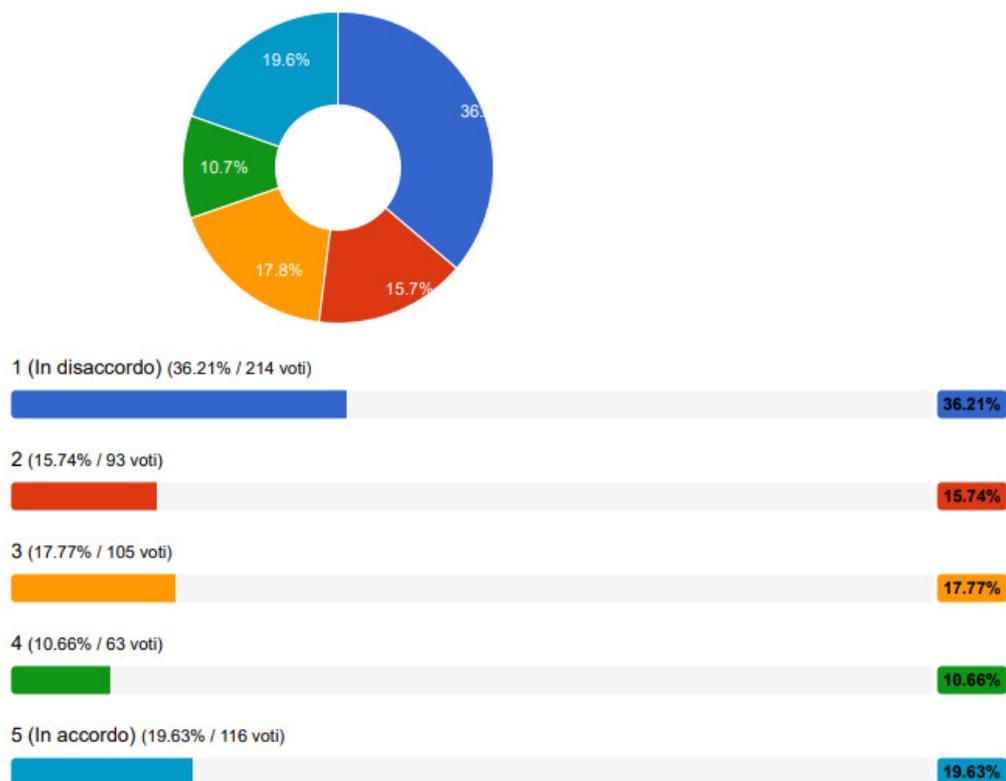


FIGURA 3.

► 14. Prova preoccupazione in merito ad eventuali problemi legati alla tutela della privacy dei suoi assistiti in relazione all'utilizzo della telemedicina. Risposte totali: 591



televisita può favorire l'istaurarsi di richieste risarcitorie motivate da incomprensioni e/o difficoltà di comunicazione tra medico e paziente.

A differenza della televisita, la stragrande maggioranza (97,3%) dei PLS intervistati ha utilizzato lo strumento di teleprescrizione, come evidenziato nella Figura 2.

Uno strumento, quello della teleprescrizione, ritenuto evidentemente facile da usare ed essenziale per ridurre gli accessi agli studi pediatrici a tutto vantaggio del distanziamento a cui la pandemia ci ha consegnati; ma anche pressoché privo o quasi di rischi aggiuntivi di errore rispetto alla prescrizione tradizionale per il 79%; hanno apprezzato il notevole risparmio di tempo il 67% degli intervistati, con una completa adesione alla terapia prescritta secondo l'esperienza dell'86%. Solo il 12,4% ha dovuto chiedere all'assistito di recar-

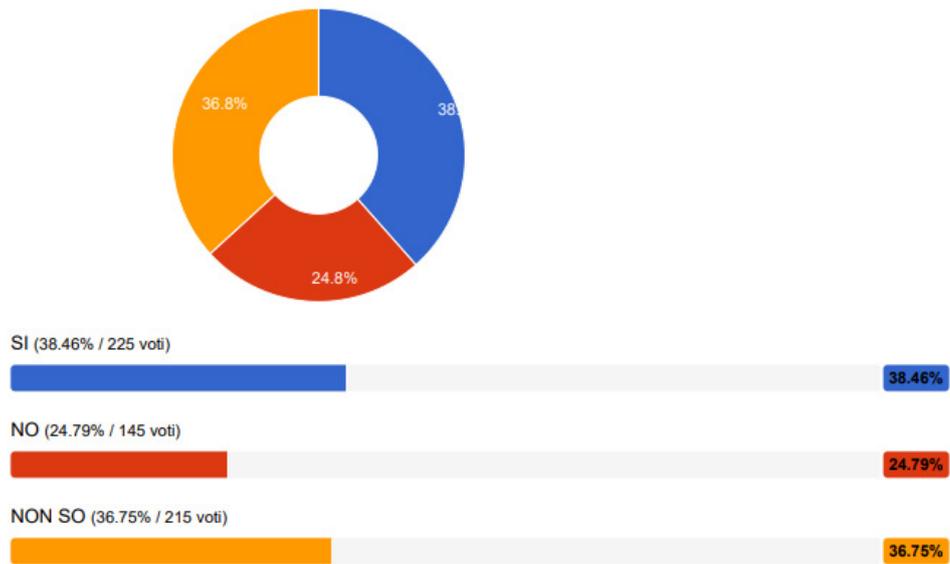
si in ambulatorio per meglio specificare gli elementi prescrittivi.

Per quanto riguarda la tutela della privacy e le relative problematiche nell'uso della telemedicina, i Pediatri appaiono abbastanza incerti, come si evince nella Figura 3.

Nel contempo, alla domanda n. 15 (Fig. 4), in merito all'archiviazione dei dati multimediali ricevuti, solo il 38,46% dichiara di disporre di un sistema di archiviazione conforme agli obblighi di legge, mentre il 24,8% dichiara di non disporre; questi dati, insieme con l'alta percentuale dei "non so" (36,75%) mettono in evidenza l'assoluta necessità di formazione e informazione "continue" sul tema del consenso e trattamento dei dati personali e sulle procedure da attuare ai sensi del Regolamento Europeo (DPGR/2016).

FIGURA 4.

► 15. In merito all'archiviazione del materiale multimediale ricevuto, dispone di un sistema di archiviazione conforme agli obblighi di legge stabiliti all'articolo 5 del DGPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati). Risposte totali: 585



È quando si affronta il tema del rischio clinico che vengono fuori i timori del contenzioso medico-legale e le inquietudini dei colleghi: a ritenere fortemente che le attività in telemedicina possano aumentare il rischio di errori medici è il 52,16% del campione e solo il 3,63% non lo ritiene affatto, come riportato in Figura 5.

Va un po' meglio per il timore di essere esposti al rischio di colpa grave: ne è convinto "solo" il 45%. È evidente la consapevolezza nella categoria che i profili di responsabilità nelle attività di telemedicina sono identici a quelli delle attività in presenza e che la "rivoluzione telematica" della nostra professione possa generare aumento del rischio clinico per la perdita di quei punti di riferimento tecnico, così ben consolidati da anni o decenni di pratica clinica, di linee guida, di buone pratiche, di expertise insomma, collettiva e condivisa, che oggi è venuta improvvisamente a mancare. Il bisogno di conoscenza e di approfondimento, al fine di affrontare con maggiore sicurezza la sfida che ci si presenta davanti, è ben rappresentata dalle risposte alla domanda 23 riportata in Figura 6.

L'84% del campione ritiene necessarie delle linee guida specifiche per la regolamentazione dei servizi di telemedicina che invece non appaiono necessarie per l'8,45%.

## Conclusioni

L'indagine esperita e analizzata ha permesso di rilevare nuovi e urgenti bisogni formativi per i PLS. Tali bisogni si sostanziano in tre momenti: il primo concerne la difficoltà ad accedere e a utilizzare nuove tecnologie; il secondo inerisce alle tematiche di natura medico-legale segnatamente in relazione a possibili profili ritenuti di responsabilità professionale in ordine ad attività esperite da remoto; il terzo concerne i sistemi di sicurezza dei dati e di tutela della riservatezza.

Per quanto riguarda agli aspetti di responsabilità professionale, giova fin d'ora evidenziare come la letteratura scientifica abbia rilevato che, generalmente, le prestazioni sanitarie erogate a distanza hanno avuto effetti migliori o, quantomeno, equiparabili a quelli delle cure erogate in presenza.

FIGURA 5.

► 24. Svolgere attività di telemedicina può esporre maggiormente il pediatra di libera scelta al rischio di errori diagnostici.

🗨️ Risposte totali: 579

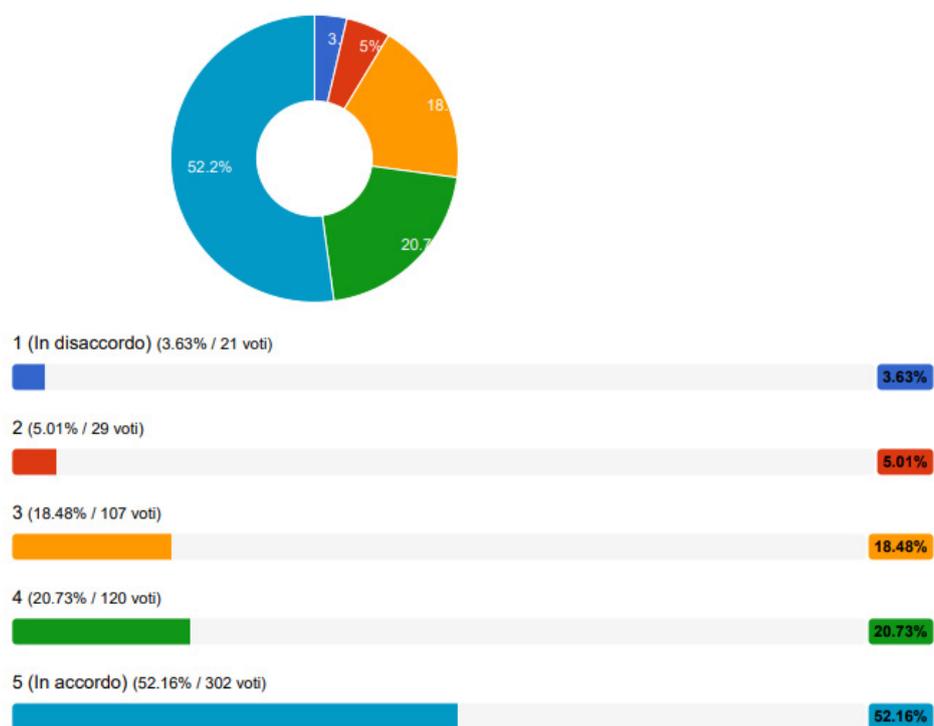
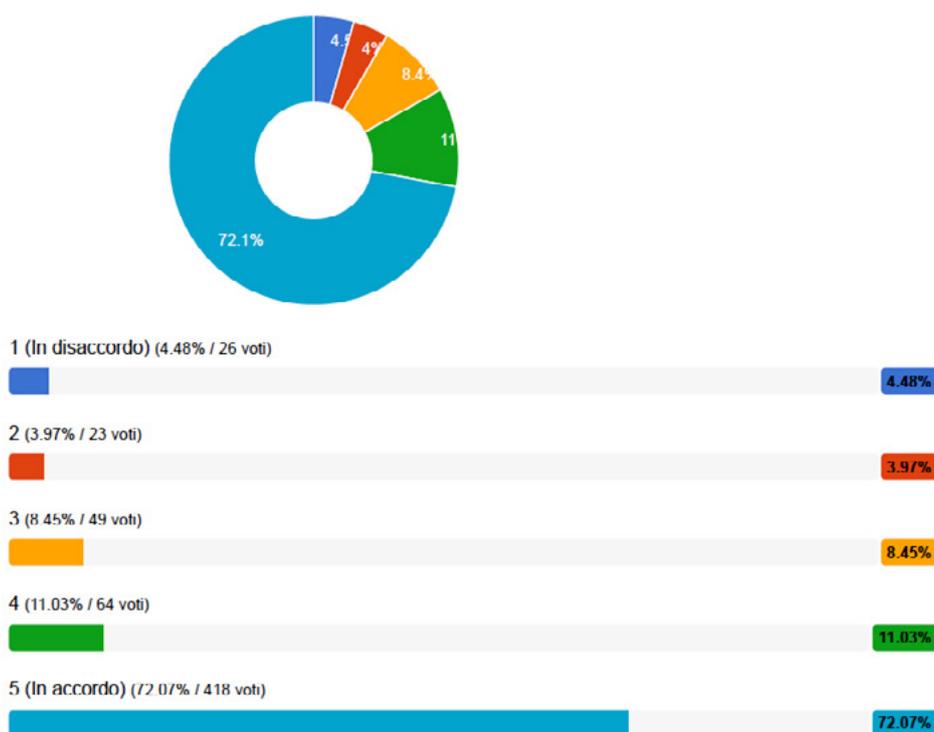


FIGURA 6.

► 23. Sono necessarie linee guida specifiche per la regolamentazione dei servizi di telemedicina in ambito pediatrico.

🗨️ Risposte totali: 580



Del tutto eccezionali risultano gli outcome peggiori. Pertanto, sono da auspicare corsi di formazione per l'aggiornamento tecnologico dei Pediatri parallelamente ad altri corsi sulle corrette modalità applicative delle visite, delle teleprescrizioni e dei teleconsulti. In particolare, riteniamo che possa trovare applicazione proprio la pratica del teleconsulto che permetterà al PLS rapidi e stimolanti confronti con gli specialisti.

A confortare la tesi della sicurezza delle cure erogate da remoto, il 12 dicembre 2020 il Ministero della Salute ha emanato una Linea Guida per visite, consulti referti e teleassistenza. Tale circostanza segna il momento di ingresso, a pieno titolo, della telemedicina tra le modalità di erogazione di servizi e delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

ilmedicopediatra 2020;29(4):15-20;  
doi: 10.36179/2611-5212-2020-35

# Il maltrattamento all'infanzia tra fattori di rischio e fattori di protezione

Anna Latino

*Pediatra di Famiglia, Foggia; Gruppo di Studio Abuso e Maltrattamento sui Minori*

## Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il maltrattamento e l'abuso all'infanzia un serio problema di salute pubblica, un fenomeno molto più esteso di quanto si possa immaginare, sia a livello globale che nazionale, con gravi conseguenze a breve, medio e lungo termine sulla salute e sul benessere dei bambini e dei futuri adulti, e con ripercussioni sulla società tutta.

La violenza sui minori ha profonde radici culturali e sociali e la maggior parte degli episodi di violenza sui bambini avviene proprio all'interno delle mura domestiche, che così rappresentano, per assurdo, il luogo più pericoloso: nel 2016 nel nostro Paese sono stati 1.618 i reati su bambini/e vittime di maltrattamento in famiglia (di cui il 51% bambine), con un incremento del 12% rispetto all'anno precedente.

Per comprendere l'effettivo impatto di questa problematica, basti considerare i costi diretti e indiretti che essa comporta, in termini di servizi sanitari, servizi sociali, istruzione, costi legati al sistema giudiziario e alla mancata produttività: in Italia, dati di CISMAL, Università Bocconi e Terres des Hommes stimano tale costo pari a circa 13,056 miliardi di euro/anno, equivalenti allo 0,84% del PIL.

Pertanto, per contrastare il fenomeno del maltrattamento e abuso all'infanzia attraverso efficaci azioni di prevenzione e di cura, è *innanzitutto indispensabile individuare a vari livelli i fattori di rischio*, per mettere successivamente in atto interventi di protezione tesi a minimizzare le sofferenze dei bambini, a sostenere il loro sviluppo e a promuovere le loro competenze.

## Approccio ecologico

L'abuso e il maltrattamento a danno dei minori rappresentano per vari

### Corrispondenza

Anna Latino  
annalibera.latino@virgilio.it

**How to cite this article:** Latino A. Il maltrattamento all'infanzia tra fattori di rischio e fattori di protezione. *Il Medico Pediatra* 2020;29(4):15-20. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-35>

© 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>

aspetti un problema molto complesso, poiché possono avvenire in diversi contesti e diverse sono le dinamiche e i fattori che li caratterizzano.

L'European Report on Preventing Child Maltreatment (2013) dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS adotta, infatti, il cosiddetto "approccio ecologico": fattori sistemici e contestuali ("drivers") rendono il bambino vulnerabile alla violenza e per comprendere la predisposizione di un adulto a maltrattare e/o di un bambino a essere maltrattato o abusato è necessario tener conto non solo di come i vari fattori interagiscono tra di loro, ma anche di come gli stessi interagiscono a differenti livelli. Secondo questo modello, i vari livelli sono rappresentati dal contesto domestico (storia personale, fattori di sviluppo individuale e risposta allo stress interpersonale e istituzionale), dal contesto relazionale (interazioni tra gli individui, contesto di violenza, fattori che coinvolgono la famiglia o le relazioni intime), dal contesto istituzionale e comunitario (istituzioni e capitale sociale, opinioni, credenze e norme culturali che riguardano le relazioni interpersonali) e dal contesto strutturale (ambienti di politica sociale ed economica) (Fig. 1).

La stessa autorevole fonte classifica, inoltre, i fattori di rischio in quattro categorie: fattori di rischio individuali, relazionali, comunitari e sociali.

### Fattori di rischio individuali

Tra i fattori di rischio individuali rientrano le caratteristiche del maltrattante e quelle del bambino maltrattato,

**FIGURA 1.**  
Approccio ecologico.



queste ultime risultate generalmente meno importanti, rispetto alle prime, nel determinare il rischio.

### Caratteristiche del maltrattante

Quanto alle caratteristiche dei perpetratori (Tab. I), in genere genitori e altri caregiver, è stato dimostrato che genitori giovani, single, di basso livello socio-economico e con basso livello di istruzione hanno maggiori probabilità di maltrattare i loro bambini.

Genitori giovani potrebbero non avere strumenti adeguati per gestire emozioni quali rabbia e ostilità, che possono a loro volta costituire un fattore di rischio da moderato (per l'abuso sessuale) a significativo (per il maltrattamento fisico e la trascuratezza) in relazione ai diversi tipi di maltrattamento.

La famiglia monoparentale, d'altra parte, può rappresentare un maggior rischio di abuso a causa della situazione di stress in cui il genitore single vive: basse risorse finanziarie, isolamento sociale e mancanza di supporto emozionale e di sostegno nell'accudimento dei figli.

Anche il basso livello di istruzione scolastica dei genitori può determinare un elemento di fragilità e può condizionare negativamente sia le conoscenze e le competenze loro richieste per la cura dei propri figli, sia il loro accesso alle risorse economiche necessarie per il benessere familiare. Un elevato livello di istruzione delle madri sembra, invece, costituire un fattore protettivo rispetto al rischio di maltrattare i minori.

**TABELLA I.**  
Fattori di rischio individuali del maltrattante.

Fattori di rischio individuali: caratteristiche del maltrattante	
Giovane età	Fumo materno in gravidanza
Single	Storia di abusi in età infantile
Basso livello di istruzione	Malattia mentale
Basso livello socio-economico	Personalità borderline
Disoccupazione	Problemi cognitivo-comportamentali
Condizione di immigrato	Isolamento sociale
Uso di alcol e/o droghe	Paternità incerta

Altre particolari situazioni di stress familiare, quali la disoccupazione, lo status di migrante, relazioni familiari disfunzionali, una minore coesione familiare, relazioni familiari poco stabili, possono rappresentare un importante fattore di rischio di maltrattamento sui figli.

In particolare, la disoccupazione paterna è collegata a stress e depressione che possono portare ad abuso di sostanze e violenza domestica: la disoccupazione è strettamente collegata alla trascuratezza o negligenza, dato che con un reddito più basso è più facile che i genitori non possano provvedere ai bisogni primari dei bambini quali cibo, vestiti, ecc.

L'origine etnica e culturale non sembra, invece, correlata a un maggiore rischio di maltrattamento all'infanzia (eccezion fatta per le mutilazioni genitali), però la condizione di immigrato recente o di rifugiato sottopone a stress specifici che potrebbero influire negativamente sulle possibilità di maltrattamento dei minori.

Uno stile parentale di vita poco salubre (fumo materno in gravidanza, abuso di droghe da parte dei genitori) rappresenta un fattore di rischio basso/medio riguardo la probabilità di maltrattamento: quest'ultimo può derivare dalla ridotte capacità cognitive o di autocontrollo da parte di questi genitori o dalle ridotte risorse disponibili per i loro figli. In ogni caso, sono piuttosto i fattori che portano all'uso di droghe (ansia, depressione, abusi e violenza assistita) a comportare un aumento del rischio di abuso fisico e sessuale sui bambini, che non l'uso in sé.

Uno studio dell'OMS stabilisce una relazione significativa diretta, invece, tra abuso di alcol e maltrattamento sui minori, soprattutto se entrambi i genitori abusano di alcolici.

L'impatto a lungo termine dell'abuso in età infantile sul benessere mentale e sociale dell'individuo spiega, d'altra parte, il motivo per cui gli adulti che hanno subito abusi da bambini hanno un maggiore rischio di maltrattare i propri figli: un vissuto di abuso, infatti, può comportare problemi cognitivi, psichiatrici, comportamentali e sociali a lungo termine durante l'adolescenza e fino all'età adulta, problemi che a loro volta possono

incidere negativamente sui successivi legami di attaccamento, sulla genitorialità e sull'accudimento dei figli. Del resto, come dimostrato da diversi studi, i genitori abusanti mancano di empatia nei confronti dei loro figli e hanno difficoltà a definire le loro emozioni.

Tra i problemi di salute mentale dei genitori, in particolare la depressione materna rappresenta un fattore di rischio importante, essendo le madri tradizionalmente più coinvolte nell'accudimento quotidiano della prole. Tutti i disturbi borderline della personalità genitoriale costituiscono per i figli un rischio di maltrattamento: oltre ai tratti di personalità parentale aggressiva e ostile, sono riconosciuti come fattori di rischio anche l'isolamento sociale, che può essere a sua volta conseguenza di questi stessi comportamenti, e la paternità incerta.

### Caratteristiche del bambino maltrattato

I fattori di rischio legati alle caratteristiche del bambino vittima di violenza sono descritti nella Tabella II. Il genere del bambino può influenzare il tipo di maltrattamento subito: in particolare, le ragazze hanno di regola un rischio più alto di essere abusate sessualmente (11,2% rispetto al 3,1% dei maschi). Alcuni studi riportano che i maschi hanno un maggiore rischio rispetto alle femmine di subire abuso fisico, incluse punizioni corporali severe, e abuso psicologico, sebbene una metanalisi sulla prevalenza dell'abuso fisico sui bambini condotta

#### TABELLA II.

##### Fattori di rischio individuali del bambino maltrattato.

Fattori di rischio individuali: caratteristiche del bambino maltrattato
Genere
Età
Complicanze prenatali e neonatali
Disabilità
Disordini comportamentali
Storia di abuso nell'infanzia
Fuga da casa

su 111 studi non avrebbe riscontrato alcuna differenza di genere.

Oltre al genere, altro metafattore di rischio importante è l'età del bambino maltrattato e/o abusato: i neonati hanno un maggiore rischio di subire un abuso fatale per la vita o un danno conseguente comunque grave, ma se si considerano anche i casi di maltrattamento meno grave, la frequenza con cui si sperimenta l'abuso è più alta nel gruppo di bambini di età maggiore. Complicanze prenatali e neonatali possono aumentare il rischio di maltrattamento, sia a causa dello stress parentale che esse comportano, sia del comportamento del neonato determinato dalle complicanze stesse, con ovvie conseguenze sui legami di attaccamento genitoriale; ma anche comportamenti materni errati durante la gravidanza (fumo, uso di sostanze, dieta inadeguata) possono aumentare a loro volta il rischio di problemi pre- e neonatali e predisporre, così, al maltrattamento.

I bambini affetti da disabilità, rispetto a quelli non affetti, hanno una probabilità tre volte superiore di subire abuso fisico o sessuale e quattro volte superiore di subire abuso emozionale o trascuratezza, tra l'altro con differenze nell'ambito delle varie disabilità, essendo più colpiti i bambini con disabilità mentale o intellettuale. Anche bambini con comportamenti aggressivi e antisociali e con ADHD sono più a rischio di essere maltrattati: la causa può esserne lo stress parentale, la difficoltà di relazione genitore-figlio, il ridotto autocontrollo del genitore e la compresenza di relazioni conflittuali in famiglia. D'altra parte, l'ADHD e i disordini della condotta sono in parte condizioni ereditarie, per cui figli e genitori possono avere entrambi una predisposizione genetica ai comportamenti aggressivi. Bambini già vittime di maltrattamento in famiglia durante l'età infantile sono più esposti a rischio di subire ulteriori abusi anche da altri adulti e in età successive: poiché questi bambini tendono, per ovi motivi, ad andar via di casa presto, aumenta il loro rischio di rimanere vittime di rapine, di percosse, di minacce, di subire violenza sessuale e di essere coinvolti in attività

illegali. Questi stessi bambini, inoltre, possono a loro volta diventare abusanti nei confronti di altri bambini.

### Fattori di rischio relazionali

Altri fattori che entrano in gioco nel determinare il rischio di maltrattamento nei confronti dei minori sono quelli relazionali (Tab. III), intesi sia come relazioni tra genitori/caregiver e bambini, sia come relazioni tra i vari membri della famiglia.

Lo stress parentale è un fattore di rischio per vari tipi di maltrattamento, inclusi trascuratezza, disciplina dura e abuso fisico: secondo uno studio finlandese la preoccupazione per la mancanza di risorse economiche rappresenta la principale caratteristica dei casi di maltrattamento sui bambini, ma l'incapacità ad accudire e a nutrire sentimenti positivi verso gli altri deriva, come già detto, dalla coesistenza di più fattori di rischio, quali storia parentale di abusi, famiglia instabile, conflitti familiari, disoccupazione e abuso di sostanze.

Relazioni familiari poco stabili influiscono negativamente soprattutto sulle capacità genitoriali delle madri (ad esempio madri vissute da bambine in assenza del padre), aumentando il rischio di maltrattamento sui figli; invece, è stato dimostrato che relazioni di supporto tra bambini e nonni si associano a un minor rischio di maltrattamento.

Un aumento significativo del rischio di maltrattamento e trascuratezza nei confronti dei bambini si registra, nei

**TABELLA III.**

#### Fattori di rischio relazionali.

Fattori di rischio relazionali
Stress parentale
Relazioni familiari instabili e/o disfunzionali
Violenza da parte del partner
Gravidanza indesiderata
Approvazione parentale delle punizioni corporali
Numero componenti famiglia
Convivenza con genitore non biologico

paesi industrializzati, nelle famiglie in cui sono presenti anche episodi di violenza sulle donne: un partner violento può esserlo sia nei confronti della partner, sia nei confronti dei figli e, purtroppo, le stesse madri vittime di violenza domestica possono a loro volta perpetrare violenza a danno della prole, soprattutto sotto forma di trascuratezza o abuso fisico.

Altre due condizioni sono risultate predittive di successivo maltrattamento: la violenza tra partner durante la gravidanza e la gravidanza indesiderata; quest'ultima, in particolare, può comportare un maggiore rischio di maltrattamento psicologico e trascuratezza nei confronti dei figli da parte delle madri e un maggior rischio di aggressione fisica da parte dei padri.

La predisposizione genitoriale alle punizioni corporali, ritenute necessarie nell'educazione dei figli, è il maggior fattore predittivo di maltrattamento sui minori: se tale predisposizione riguarda la madre, è tre volte superiore il rischio di abuso fisico e maggiore di due volte il rischio di abuso psicologico.

Il numero di componenti della famiglia e la convivenza dei minori con persone adulte diverse dai genitori sembrano, invece, avere effetti limitati sulla possibilità di maltrattamento nei confronti dei minori.

### Fattori di rischio comunitari e sociali

Il maltrattamento si verifica trasversalmente in tutte le classi sociali: la povertà in sé non è un fattore di rischio né sufficiente né necessario per il maltrattamento e la trascuratezza dei bambini, ma vi è una maggiore probabilità che questi possano manifestarsi se l'indigenza si accompagna anche ad altri fattori di rischio, quali disoccupazione, famiglie monoparentali, violenza domestica, abuso di sostanze, problemi di salute, soprattutto mentale o problemi relazionali.

È stata, invece, osservata una relazione diretta tra elevato tasso di disuguaglianza economica e sociale e maggiore incidenza di maltrattamento infantile: infatti, poiché le famiglie economicamente svantaggiate vivono anche esperienze comunitarie a rischio (Tab. IV), quali alti livelli di criminalità, comportamenti antisociali, presenza di babygang, rapine, traffico di droga,

**TABELLA IV.**

**Fattori di rischio comunitari e sociali.**

Fattori di rischio comunitari	Fattori di rischio sociali
Povertà	Disuguaglianza economica e sociale
Norme sociali e culturali che approvano il maltrattamento	Recessione economica
Approvazione sociale e culturale dei ruoli di genere	Legislazione
Insicurezza	Politica
Criminalità	
Reperibilità di alcol e droga	
Disponibilità di servizi infanzia	

prostituzione, la disuguaglianza economica e sociale può effettivamente mettere a rischio la sicurezza del bambino.

Tra i fattori comunitari, anche la scarsa disponibilità di servizi per l'infanzia rappresenta un fattore di rischio importante per il maltrattamento.

Norme sociali e culturali che approvano rigidi metodi di disciplina, ruoli di genere, pratiche tradizionali come matrimoni forzati e mutilazioni genitali o che fanno considerare la violenza una "questione di famiglia", possono influenzare negativamente i livelli di violenza contro i bambini.

Sul piano normativo e legislativo, poi, fattori di rischio di maltrattamento all'infanzia sono rappresentati da mancanza di leggi che vietino le punizioni corporali o che proteggano i bambini da pratiche tradizionali pericolose e che non favoriscano piuttosto l'accesso ai congedi parentali, ai servizi di salute e al benessere sociale. Altrettanto sono da considerare fattori di rischio la mancanza di adeguate politiche del lavoro, dell'educazione e di pianificazione familiare, e la mancanza di una efficace giustizia penale.

### Fattori di protezione

Accanto ai fattori che aumentano il rischio di maltrattamento all'infanzia, ne esistono per fortuna altri che lo riducono: un ambiente familiare favorevole, una solida rete di supporto sociale, solide relazioni tra genitori

e tra genitori e figli, valide capacità genitoriali, appropriate conoscenze da parte dei genitori circa lo sviluppo dei bambini e adeguati metodi di disciplina, buona resilienza dei genitori allo stress e buon livello di autostima degli stessi, buone competenze sociali ed emozionali dei bambini, nonché alti livelli di capitale sociale, quali servizi per la salute, per il benessere, trasporti, alloggi, servizi specializzati contro la violenza domestica, servizi di prevenzione dell'abuso di sostanze e per la salute mentale.

## Conclusioni

Comprendere i principali fattori di rischio di maltrattamento all'infanzia e individuare i gruppi di popolazione maggiormente a rischio è fondamentale per implementare efficaci programmi di prevenzione e di protezione dei gruppi e delle comunità vulnerabili: fattori di rischio e di protezione, infatti, interagiscono all'interno del contesto domestico, comunitario, istituzionale e

nazionale, facendo emergere cosa è necessario per ridurre la violenza.

Solo un approccio multidimensionale al problema permette di formulare e attuare adeguate strategie di prevenzione: pertanto, è necessaria una task force istituzionale che includa soggetti dell'ambito sanitario, giuridico e sociale in grado di accogliere i bisogni dei bambini e delle bambine vittime di violenza.

Gli interventi dovrebbero mirare soprattutto a rafforzare i fattori di protezione: sviluppare le conoscenze e le competenze genitoriali, rafforzare il legame genitori-figli, fornire supporto sociale ai genitori e far sì che la società intera non tolleri il maltrattamento all'infanzia.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Bernacchi, Fabris, Zelano. Studio multi-paese sui drivers della violenza all'infanzia. Rapporto Italia. Firenze: Istituto degli Innocenti 2016.
- <sup>2</sup> CESVI. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia "L'ombra della Povertà" - 2019.
- <sup>3</sup> WHO. World report on violence and health - 2002.
- <sup>4</sup> WHO. European Report on preventing child maltreatment - 2013.

ilmedicopediatra 2020;29(4):21-24;  
doi: 10.36179/2611-5212-2020-36

# Malattie rare: il valore della microrete

## Relazione di cura e investimento su una responsabilità che ci gratifica

Giuseppina Annicchiarico

*Coordinatrice Nazionale Gruppo di Studio Malattie Rare (MR) FIMP;  
Coordinatrice Regionale MR - ARESS Puglia*

Le privazioni e i sacrifici in epoca COVID hanno smascherato il senso del limite degli umani, il timore dell'isolamento e della morte in solitudine, ma anche la condizione estrema che spinge gli scienziati a esplorare nuovi lidi, nuove strategie di ricerca.

Elementi comuni e già noti a chi soffre di malattie rare (MR) e a chi da tempo si spende per la cura di questi bambini.

Dopo 20 anni di lavoro intenso che l'Italia ha condotto in questo ambito si può fare una sintesi di elementi di grande rilevanza sul piano sociale e sanitario.

Oggi l'allestimento di registri di popolazione dedicati ai bambini e alle persone con MR, con il contributo delle varie regioni italiane, riporta dati chiari.

Emerge che il 20% dei pazienti affetti da patologie rare è costituito da bambini e adolescenti e in totale i bambini italiani che ne soffrono sono oltre 60 mila. 30 mila sono i bambini che soffrono di dolore e l'85% di questi sono affetti da MR.

Solo nel 15% dei casi il dolore è di natura oncologica. In epoca COVID assume particolare rilevanza la posizione delle patologie rare in termini di anni di vita perduti che ne derivano. Le MR sono al terzo posto dopo infarto e incidenti stradali e subito prima delle malattie infettive.

Sono passati 20 anni dalla prima norma, un decreto ministeriale del 2001 che sancì per la prima volta la tutela per questa fascia di popolazione di peculiare fragilità.

20 anni in cui, grazie alla collaborazione delle Regioni con lo Stato, tutte le regioni, salvo pochissime eccezioni, hanno allestito i propri Registri Regionali di popolazione i cui dati confluiscono verso l'Istituto Superiore di Sanità nel Registro Nazionale MR.

20 anni in cui il Tavolo Interregionale MR della Conferenza degli

### Corrispondenza

Giuseppina Annicchiarico  
annicchiarico.giuseppina@gmail.com

**How to cite this article:** Annicchiarico G. Malattie rare: il valore della microrete. Relazione di cura e investimento su una responsabilità che ci gratifica. Il Medico Pediatra 2020;29(4):21-24. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-36>

© 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>

Assessori alla Salute è stato punto di riferimento tecnico rilevante per le stesse istituzioni e agenzie nazionali, per le associazioni di utenza e ha permesso, con un continuo scambio di esperienze, la condivisione di soluzioni che hanno prodotto i migliori risultati e una progressiva omogeneizzazione delle attività svolte all'interno delle regioni, pur declinate nelle diverse organizzazioni regionali.

Oggi è possibile tirare le somme e caratterizzare la popolazione italiana grazie a un sistema sanitario universalistico, di cui il Pediatra di famiglia è parte integrante, grazie alla rilevazione dei bisogni di questi malati ottenuti con dati provenienti con modalità omogenea da tutto il paese.

La difficoltà che tutte le organizzazioni regionali hanno dovuto affrontare erano legate al fatto che quelle delle MR sono reti interdisciplinari, regionali, interregionali e internazionali.

Le MR sono circa 7.000 e non è prevedibile la presenza di 7.000 centri per 7.000 MR in ogni regione italiana.

È stata questa consapevolezza a spingere gli attori che hanno un ruolo nelle organizzazioni a condividere i processi e alleanze.

Dopo 20 anni di lavoro ci sono oggi delle certezze: i coordinamenti regionali MR, lavorando insieme per rendere omogenea ed equa l'accessibilità della famiglie alle cure, hanno individuato con modalità puntuale gli ospedali che si occupano di MR, distinguendo i livelli degli stessi fra ospedali di portata nazionale, i Presidi di Rete Nazionale (PRN) e gli ospedali territoriali, di prossimità, in cui si individuano professionalità competenti magari legate al fatto che nei territori limitrofi sono presenti dei cluster di popolazioni affette da specifiche MR.

L'individuazione di ospedali di rete nazionale ha consentito all'Italia di candidare i propri centri alle reti europee, reti ERN: e l'Italia si è contraddistinta per variabilità di competenza e numero di centri.

Oggi, dunque, è nota l'offerta di Sanità Pubblica ed è ben conosciuta la popolazione.

Ne sono definite caratteristiche geografiche peculiari in tutto il paese.

Gli ospedali sono stati selezionati: chi fa cosa e dove.

I bambini e le persone con MR: di cosa soffrono e dove.

È questo lo scenario in cui finalmente potrà avere sviluppo un'organizzazione dell'assistenza territoriale che risponda ai fabbisogni complessi e specifici di questi bambini. I Rapporti nazionali "Monitorare" e "OssFor" evidenziano che esistono due grosse categorie di malattie:

1. condizioni molto complesse e frequenti (SMA, SLA, duchenne, talassemie, emofilia, ecc.) che richiedono strutture ospedaliere di supporto e anche assistenza territoriale di qualità che garantisca Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali dedicati;
2. poi ci sono forme che richiedono una declinazione specifica, forme ipercomplesse, rarissime e molto diverse tra loro, forme inguaribili il cui centro esperto spesso è molto lontano da casa: queste gravano fortemente sui servizi e richiedono risorse presenti, organizzate e formate sul singolo caso. Specificazione opposta a quella dell'anziano cronico in cui l'approccio è standard per un alto numero di malati per 4 patologie al massimo. I pazienti che afferiscono a questo secondo gruppo di patologie mettono in ginocchio un'intera ASL e sovvertono l'ordine familiare a qualsiasi livello sociale la famiglia appartenga per complicanze, dolore, imprevisti e rischio di morte imminente. I caregiver sono costretti a imparare manovre infermieristiche complesse con interventi H24. Necessitano di specifici collegamenti con l'ospedale PRN di riferimento dislocato anche in altre regioni o nazioni. I fratellini dei bambini malati soffrono. Secondo i dati dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, gli unici disponibili, oltre il 5% dei bambini e dei ragazzi con meno di 16 anni rappresenta fratelli o sorelle di pazienti con MR: quasi 450.000, fra bambini e ragazzi, in Italia.

La "Microrete" è lo strumento che ha consentito in alcuni territori di affrontare il COVID.

Erano strumenti già utilizzati in alcune aree del Paese per affrontare la complessità di alcune MR. In quelle regioni i malati rari sono stati curati ancora anche in

corso di pandemia, perché erano stati messi a punto dei modelli organizzativi efficienti di collegamento funzionali tra i vari attori.

Questo modello innovativo ripropone a livello regionale ciò che è già presente in molte strutture ospedaliere italiane e previsto dalla norma: la differenza tra Dipartimenti Strutturali e Dipartimenti Funzionali. Il personale dedicato alle cure territoriali dei bambini con MR è incardinato in strutture aziendale. Ciò non esclude che i professionisti siano incardinati in un Dipartimento Funzionale le cui attività consistano:

1. nel recepire, attivare, far attivare e monitorare i percorsi dei malati rari con attuazione dei percorsi e di trattamenti non standard e comunque essenziali e non sostituibili per i malati rari;
2. riportare al coordinamento (sensori decentrati) le problematiche che si verificano nei territori, con particolare riferimento a particolari casi ad alta complessità sanitaria e sociale, globale che ne deriva;
3. nel fungere da raccordo tra i PRN (regionali, extra regionali e internazionali) e le attività territoriali attraverso dimissioni protette e UVM territoriali. Il superamento delle difficoltà di connessioni tra centri e Distretti Socio-Sanitari determina che quanto prescritto dal PRN venga assicurato nel territorio per tipologia e qualità di cura prevista.

Il Pediatra e il Medico di famiglia sono figure chiave, saranno protagoniste nella UVM e nel monitoraggio di ciò che viene effettuato a domicilio: piano tagliato su misura per quello specifico paziente.

Deve essere chiaro a tutti:

1. qual è la ricaduta che la malattia ha sulla vita quotidiana del bambino o del ragazzo;
2. quali sono le sue specifiche difficoltà, anche nell'interazione coi compagni e con la scuola;
3. la flessibilità necessaria per la frequenza delle attività scolastiche o la possibilità di intercalare la lezione a scuola in presenza, con soluzioni di connessione telematica.

L'innovazione sta nella sperimentazione di modelli incentrati sui percorsi dei bambini malati e delle famiglie, senza tralasciare le problematiche dei fratellini (comprensione della diversità, solitudine, elaborazione

del lutto...), con il Pediatra di famiglia interprete dell'alleanza di cura sanitaria e sociale (la scuola...) e sensore della stessa innovazione in qualità di interprete del monitoraggio di efficacia di terapie innovative.

Oggi il mondo delle MR è in festa perché i bambini potrebbero guarire di SMA 1, una delle malattie neuromuscolari più temibili. A oggi esistono 100 molecole per la cura di circa 200 malattie e si prevede che entro la fine dell'anno 2020 saranno rese disponibili un paio di decine di farmaci. E allora saranno i Pediatri ad affiancare sul territorio le famiglie per ridurre i tempi del sospetto di diagnosi, di orientamento verso i Presidi di Rete Nazionali.

I Pediatri di famiglia saranno accanto ai bambini per affiancarli in terapie innovative a domicilio e per monitorarne l'efficacia e anche la non efficacia. Sarà l'alleanza di cura che il Pediatra crea sul territorio con le relazioni di coordinamento di infermieri e operatori sanitari che si recano a domicilio che potrà garantire la migliore cura possibile.

In un momento come questo, solo il Pediatra di famiglia può essere accanto a famiglie in difficoltà, con figli disabili, accanto a genitori che potrebbero aver perso il lavoro, che non possono andare negli uffici, che combattono con la burocrazia e non possono raggiungere gli ospedali per paura del contagio.

La comunicazione non ha e non può avere nulla a che fare con l'efficienza (o meglio con l'efficienzismo) e la cura del bambino, passa attraverso la socializzazione delle competenze, assicurata da modelli organizzativi che snelliscano la burocrazia e siano capaci di adattare risposte immediate a manifestazioni cliniche della malattia del bambino non prevedibili o a malattie che si manifestano all'improvviso.

L'obiettivo assume connotazione di chiarezza: la definizione di un percorso assistenziale multidimensionale, per la risposta al bisogno di assistenza continuativa, deve essere condiviso tra famiglia, Pediatria di Famiglia, ospedale e scuola. La conoscenza determina consapevolezza organizzativa e definisce responsabilità e ruoli.

Pediatri, infermieri, operatori socio-sanitari e insegnanti possono, e devono, convivere in armoniosa

conciliazione, impegnandosi nel recupero di risorse possibili evocate dalla relazione affettiva col bambino. Quella relazione che sta nelle cose semplici, come racconta Amerigo Ormea, nato dalla penna di Italo Calvino, quando entra nella cittadella della sofferenza e della carità chiamata "Cottolengo". Il disabile grave, ingombro umano che si disfa da tutte le

parti, e un padre che tutte le domeniche va a trovare quel figlio malato, solo per schiacciargli le mandorle, "Ecco, pensò Amerigo, quei due, così come sono, sono reciprocamente necessari. E pensò: ecco, questo modo d'essere è l'amore. E poi: l'umano arriva dove arriva l'amore; non ha confini se non quelli che gli diamo".

**ilmedicopediatra 2020**;29(4):25-31;  
doi: 10.36179/2611-5212-2020-37

Intervista a:

Salvatore Iasevoli

*Pediatra di Famiglia, Napoli*

a cura di Piercarlo Salari

*Pediatra e divulgatore medico-scientifico, Milano*

# Impiego di prednisone rettale 100 mg nel primo trattamento di croup e pseudocroup

Quelle respiratorie sono tra le emergenze più frequenti in età pediatrica (per esempio hanno registrato una frequenza del 37% nella casistica di 1801 interventi internistici del Servizio di emergenza pediatrica di Monaco <sup>1</sup>) e possono avere esito fatale. Manifestazione cardine è la dispnea, che sarebbe però riduttivo circoscrivere concettualmente a una mera "fame di ossigeno" o a un contesto di insufficienza respiratoria. Si tratta, infatti, di un sintomo associato a numerosi ed eterogenei quadri clinici, che possono estrinsecarsi in difficoltà inspiratoria o espiratoria, talvolta variabile in rapporto alla posizione corporea, e da un respiro che, a sua volta, può essere lento o rapido, superficiale o irregolare. I bambini sono particolarmente predisposti all'insorgenza di disturbi respiratori a causa del particolare assetto morfo-funzionale dell'apparato respiratorio, caratterizzato da un calibro ridotto delle vie aeree, che sono più facilmente collassabili, da un'incidenza più elevata di infezioni, da una minore superficie alveolare, maggior rischio di esaurimento muscolare e più elevato fabbisogno di ossigeno rispetto agli adulti.

Da qui la necessità, già a livello preclinico, di una valutazione meticolosa e focalizzata sulla sintomatologia e sulla prevenzione o correzione di un'eventuale ipossia respiratoria, che può essere gravata da bradicardia, aritmie e, nei casi più gravi, da arresto cardiaco.

## Corrispondenza:

Salvatore Iasevoli

sasaiasevolidoc@gmail.com

**How to cite this article:** Iasevoli S. Impiego di prednisone rettale 100 mg nel primo trattamento di croup e pseudocroup. *Il Medico Pediatra* 2020;29(4):25-31. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-37>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

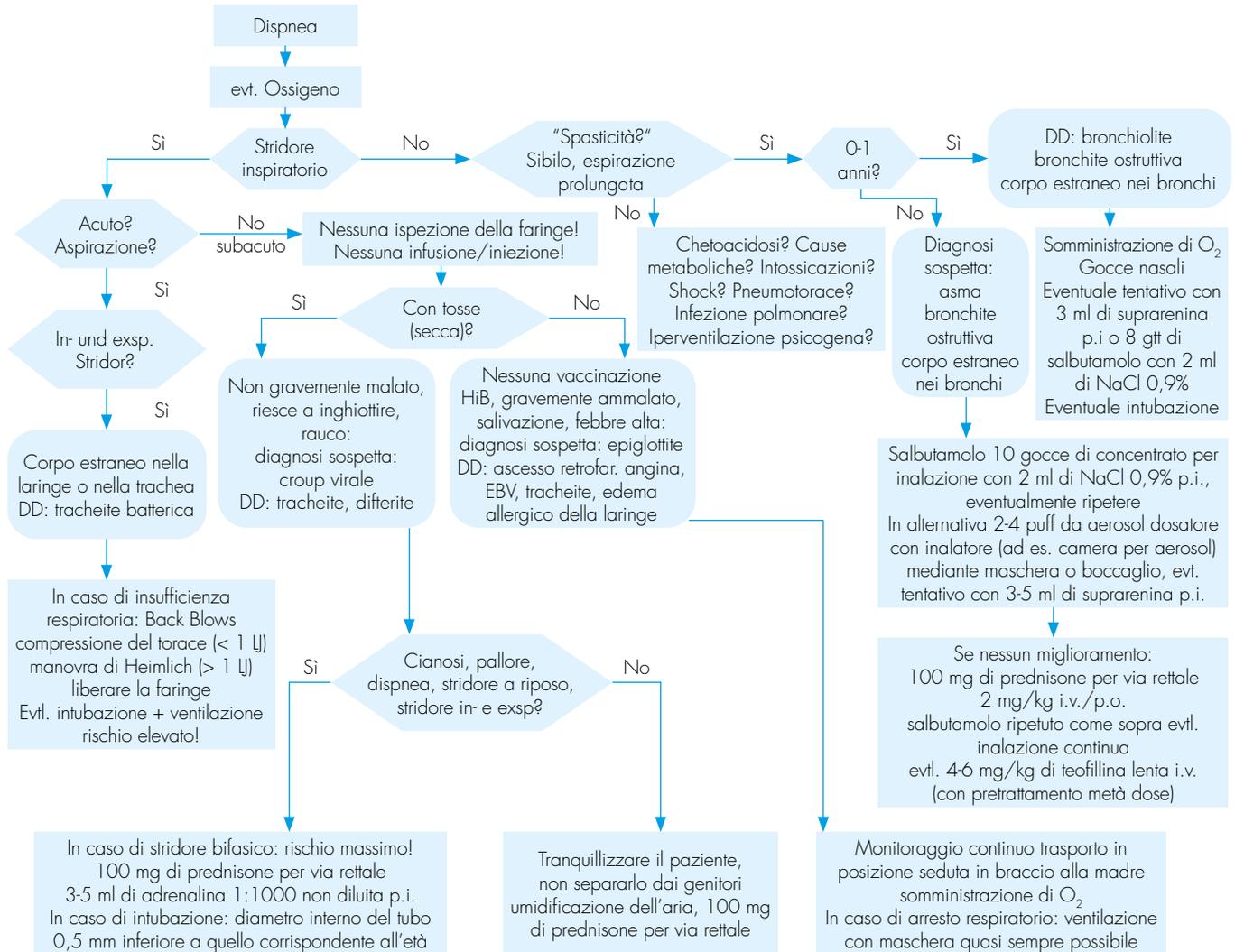
L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per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

## L'APPROCCIO DIAGNOSTICO

Per una rapida e tempestiva diagnosi differenziale può essere utile l'algoritmo messo a punto alla Ludwig-Maximilians-Universität di Monaco <sup>2</sup> (Fig. 1), che, quale primo approccio, suggerisce la valutazione dell'entità della limitazione dell'ossigenazione e della ventilazione e, come passaggio successivo, la valutazione della tipologia del rumore respiratorio: gli ostacoli in sede extratoracica (vie respiratorie superiori fino alla regione subglottica) determinano infatti uno stridore prevalentemente inspiratorio, mentre gli ostacoli a livello intratoracico (trachea inferiore) provocano uno stridore prevalentemente espiratorio.

FIGURA 1.

Algoritmo per la gestione della dispnea pediatrica (da Hoffmann e Nicolai, 2009, mod.)<sup>2</sup>.



DD: diagnosi differenziale; in- e exp.: inspiratorio e espiratorio; ggt.: gocce; U: anno di vita; HiB: *Haemophilus influenzae* di tipo b; EBV: virus di Epstein-Barr; p.i.: per infusione; i.v.: per endovena; p.o.: per os; O<sub>2</sub>: ossigeno.

L'esordio acuto dei sintomi, tosse in primis, in un bambino in pieno benessere dovrebbe suggerire una possibile aspirazione di corpo estraneo, che peraltro passa spesso inosservata. Questa ipotesi trova ulteriore conferma in presenza di stridore bifasico (inspiratorio ed espiratorio). A prescindere da questa causa, la dispnea con stridore inspiratorio il più delle volte è correlata alla sindrome di croup, caratterizzata da tosse

abbaiante, raucedine e, sotto il profilo fisiopatologico, da edema infiammatorio della mucosa distalmente alle corde vocali. Più in dettaglio, va ricordato che la sindrome di croup, che interessa ogni anno circa il 3% dei bambini d'età compresa tra 6 mesi e 3 anni, con maggior prevalenza nei maschi e nel periodo invernale<sup>3</sup>, comprende uno spettro nosologico così convenzionalmente distinto:

- il croup “vero”, ossia quello patognomonico di difterite, infezione oggi virtualmente scomparsa grazie alla vaccinazione di massa;
- il classico pseudocroup, che può essere sostenuto da una duplice eziologia:
  - virale: per lo più virus parainfluenzali 1 e 2 (responsabili del 75% dei casi), virus influenzali, adenovirus, enterovirus, virus respiratorio sinciziale<sup>4</sup>. Lo pseudocroup virale è tipicamente caratterizzato da comparsa notturna con risveglio dal sonno con dispnea e stridore (senza difficoltà di deglutizione) e spesso è preceduto da segni di lieve infezione respiratoria;
  - batterica (tracheite, laringotracheobronchite o laringite ipoglottica e laringotracheobroncopolmonite), spesso frutto della sovrapposizione a una precedente infezione virale, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*, sono i patogeni più ricorrenti.

Il croup consegue dunque all’ostruzione della laringe e della trachea a livello sottoglottico a cui concorrono due ordini di fattori:

- una componente fissa di ostruzione legata all’edema mucosale e all’essudato fibrinoso e
- una componente dinamica correlata all’agitazione e al pianto del bambino, che, nel tentativo compensatorio attraverso un aumento della frequenza respiratoria, va incontro a un aumento dell’impegno respiratorio e a progressiva ipossia e ipercapnia fino all’insufficienza respiratoria.

Segni e sintomi di “allarme” sono stridore ingravescente anche a riposo, utilizzo della muscolatura respiratoria accessoria con retrazioni toraciche e al giugulo, disorientamento e cianosi. La diagnosi di croup è dunque essenzialmente clinica, l’insieme dei segni e sintomi consentono solitamente di porre una diagnosi corretta nella maggior parte dei casi. Per stabilire la gravità si può fare ricorso ad apposite scale che consentono una valutazione oggettiva attraverso l’assegnazione di un punteggio: tra queste va citato il Westley Croup Score,

che sulla base di cinque criteri (livello di coscienza, cianosi, stridore, ingresso d’aria e presenza di rientramenti) classifica il croup in lieve, moderato e grave rispettivamente se il punteggio è  $\leq 3$ , 4-7 e  $\geq 8$ . Uno studio di popolazione condotto tra il 1999 e il 2005 ha inoltre dimostrato che soltanto il 5,6% dei bambini affetti da croup necessita di ricovero<sup>5</sup>.

## PRINCIPI DI TRATTAMENTO

Le forme lievi croup possono essere trattate efficacemente a domicilio, con un attento monitoraggio della sintomatologia, mentre quelle moderate e severe rendono opportuno l’invio in ospedale, che deve essere considerato anche in considerazione di fattori quali l’età (in particolare lattanti), la presenza di allergie, l’eventuale difficoltà di accesso all’ospedale o una storia precedente di intubazione.

Obiettivo prioritario del trattamento è la decongestione acuta della mucosa infiammata. Tra le strategie maggiormente consolidate, oltre all’esposizione a vapori umidi e, a livello ospedaliero, all’impiego dell’adrenalina per nebulizzazione in caso di importante impegno respiratorio, rientra a pieno titolo, in lattanti e bambini, la somministrazione di steroidi per via rettale (100 mg di prednisone per tutte le fasce di età).

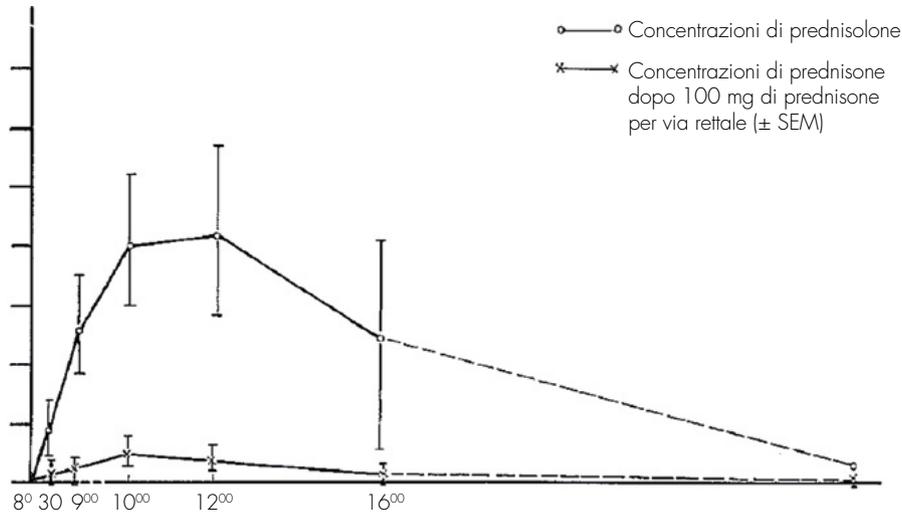
## FOCUS SU PREDNISONE 100 MG PER VIA RETTALE

Il ricorso ai corticosteroidi, con particolare riferimento alla somministrazione per via rettale, è stato a lungo oggetto controverso di discussione<sup>6</sup>, ma si può affermare che numerose evidenze scientifiche e revisioni<sup>7</sup> hanno contribuito a dissipare i dubbi e a convalidare il loro razionale di impiego nel croup e pseudocroup. In effetti la formulazione in supposta concorre a evitare per lo più le reazioni oppostive o gli stati indesiderati di agitazione rispetto alla via parenterale o orale forzata<sup>8</sup>, ed è più funzionale in caso di difficoltà di deglutizione o rigurgito<sup>9</sup>.

L’effetto delle supposte di prednisone, come emerso da uno studio multicentrico su 25 bambini (età media 3 anni), ha inizio solitamente dopo 30-60 minuti<sup>10</sup> e il

**FIGURA 2.**

Andamento della concentrazione di prednisolone e prednisone dopo somministrazione di 100 mg di prednisone per via rettale (da Fleck et al., 1981, mod.)<sup>11</sup>.



picco di livello plasmatico si riscontra dopo 5 ore<sup>8</sup>. La biodisponibilità di prednisone 100 mg supposte rispetto all'iniezione endovenosa di prednisolone è del 29%<sup>8</sup>.

In un'analisi condotta su 46 bambini d'età compresa tra 6 mesi e 7 anni affetti da pseudocroup, 28 sono stati trattati con inalazioni di adrenalina-pantenolo-soluzione fisiologica e somministrazione di supposte di prednisone; non sono state osservate reazioni avverse al farmaco.

Da uno studio su 10 bambini<sup>11</sup> con bronchite ostruttiva o laringite stenosante di lieve entità a cui era stata somministrata una supposta di prednisone da 100 mg alle 8 del mattino l'aumento di prednisone aveva raggiunto i valori massimi già dopo 2-4 ore e soltanto in un paziente era stato rilevato un andamento plateau nell'arco di 8 ore, mentre dopo 24 ore il prednisone non era più rilevabile nel siero. I livelli massimi medi di prednisone erano risultati pari a  $44,4 \pm 24$  ng/ml e in 7 pazienti su 10 il valore massimo era stato raggiunto già dopo 2 ore (Fig. 2). Non è stata individuata alcuna correlazione tra la dose per kg di peso e la concentrazione sierica massima e gli autori sono per-

venuti alla conclusione che "sia ragionevole iniziare con la somministrazione rettale in ogni caso di laringite stenosante in fase iniziale utilizzando supposte che contengano non meno di 100 mg di prednisone"<sup>11</sup>. Relativamente alla tollerabilità, al di fuori di un'eventuale ipersensibilità a prednisone, non sono attese reazioni avverse nel trattamento acuto<sup>12</sup>. Il trattamento, che è indicato anche in caso di peggioramento dell'asma o di un episodio acuto di dispnea, può essere ripetuto fino a un massimo di una seconda somministrazione entro 12-24 ore<sup>3</sup>. La sua durata non deve superare i 2 giorni: il suo protrarsi può infatti promuovere l'insorgenza dei tipici effetti indesiderati dei corticosteroidi<sup>8</sup>.

### EVIDENZE DI EFFICACIA

Tra i numerosi dati disponibili, è opportuno richiamare l'attenzione allo studio osservazionale multicentrico già citato<sup>10</sup> su 25 bambini, in cui, in occasione della visita iniziale e in 4 momenti successivi, è stata valutata la gravità di 7 sintomi cardinali (Fig. 3).

La gravità della malattia era prevalentemente (60%) allo stadio II. Ulteriori misure di trattamento erano rappresentate dalla permanenza all'aria aperta e dall'umidificazione. Già dopo 30 minuti dalla som-

**FIGURA 3.**

**Criterio di valutazione dei 7 sintomi cardinali (da Berzel, 1994, mod.)<sup>10</sup>.**

Sintomatologia	Non Presente	Lieve	Evidente	Forte	Molto Forte
Agitazione	0	1	2	3	4
Tosse	0	1	2	3	4
Dispnea	0	1	2	3	4
Stridore	0	1	2	3	4
Rientramenti	0	1	2	3	4
– intercostali	0	1	2	3	4
– giugulari	0	1	2	3	4
– epigastrici	0	1	2	3	4

Esistono i seguenti gradi di gravità: □ (inserire) (suddiviso in 4 gradi:)

**Grado I:** tosse abbaiante, raucedine, lieve stridore inspiratorio (**punteggio della somma dei sintomi: 0-3**)

**Grado II:** tosse abbaiante, stridore inspiratorio evidente con lieve distress respiratorio, assenza o lievi rientramenti (**punteggio della somma dei sintomi: 4-11**)

**Grado III:** stridore respiratorio marcato, distress respiratorio significativo con marcati rientramenti intercostali, giugulari ed epigastrici, agitazione, tachicardia (**punteggio della somma dei sintomi: 12-21**)

**Grado IV:** forte dispnea, stridore lieve con respirazione normale, stridore inspiratorio ed espiratorio con respirazione profonda, cianosi, crescente obnubilamento dello stato di coscienza, ipotonia muscolare (**punteggio della somma dei sintomi: superiore a 21**)

**Necessario trattamento ospedaliero!**

ministrazione tutti i sintomi cardinali avevano mostrato una vistosa riduzione. Il successo terapeutico è stato valutato dai medici curanti come "ottimo" nel 60% dei casi e come "buono" nel 32% dei casi (Fig. 4). In due pazienti (8%) è stato confermato un successo terapeutico soddisfacente. La tollerabilità del trattamento con Rectodelt 100 è stata valutata come "ottima" in 18 pazienti (72%) e come "buona" in 7 pazienti (28%): non sono state riportate complicanze, reazioni avverse ai farmaci o interruzioni anticipate del trattamento. I genitori che hanno potuto esprimere liberamente il proprio giudizio hanno espresso principalmente la loro soddisfazione nei confronti dell'andamento del trattamento e del successo terapeutico. Alla luce di queste risultanze e sulla base di altre evidenze si possono sottolineare le seguenti considerazioni:

- la formulazione non invasiva in supposte consente di aiutare efficacemente il bambino malato e di interrompere presto il ciclo di malattia indotto dall'ansia nei bambini e nei loro genitori;
- presupposto essenziale di efficacia è la somministra-

zione tempestiva e a dosi sufficientemente elevate, che purtroppo spesso non vengono rispettate<sup>13</sup>;

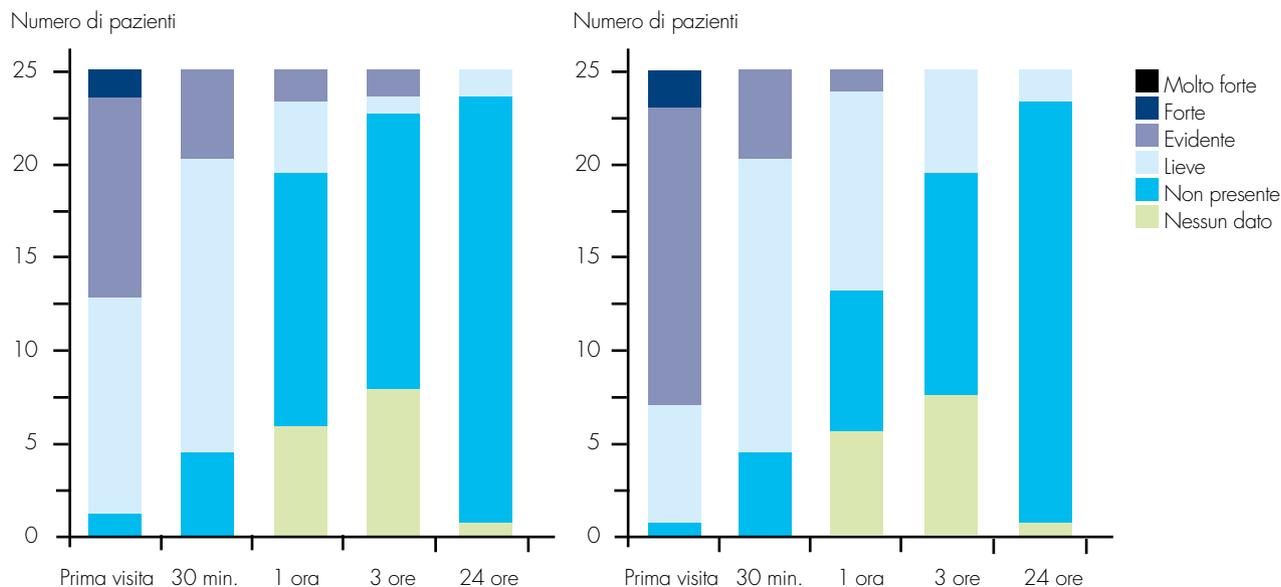
- i glucocorticoidi, oltre ad attenuare la sintomatologia da croup e a non comportare eventi avversi rilevanti, consentono di ridurre le visite di controllo e di abbreviare la degenza ospedaliera in caso di ricovero<sup>14</sup>.

### RIFLESSIONI ED ESPERIENZE "SUL CAMPO"

Il significato dei dati clinici potrebbe rimanere confinato a una valenza prettamente teorica in mancanza del conforto dell'esperienza diretta. "Un aspetto molto importante di questa formulazione di prednisolone è che ci permette di affrontare anche la corticofobia, cioè la paura che molti genitori nutrono nei confronti di possibile temuti effetti collaterali del cortisone" osserva Salvatore Iasevoli, Pediatra di famiglia presso l'ASL Napoli 2 Nord. "Il timore verso i cortisonici è spesso generato da una conoscenza insufficiente delle differenze tra vecchi e nuovi farmaci e del modo appropriato di usarli. Ne conse-

**FIGURA 4.**

**Valutazione sintomatologica da parte dei medici della dispnea (a sinistra) e dello stridore (da Berzel, 1994, mod.)<sup>10</sup>.**



gue in primo luogo l'utilizzo sbagliato della terapia, con la tendenza immotivata a considerare questi farmaci come una sorta di ultima risorsa da assumere solo quando la malattia è gravemente peggiorata. Le evidenze scientifiche, invece, dimostrano che effetti collaterali e rischi possono essere facilmente minimizzati e che non tutti i composti sono uguali, e attribuiscono notevole importanza alla fase di dialogo tra medico e paziente. Questi infatti può fortemente incidere sull'aderenza alla terapia prescritta, ossia sulla misura in cui il comportamento di un paziente sia conforme alle indicazioni ricevute dal suo medico (farmaci, dieta, stile di vita). L'apprensione, l'ansia, la paura, il timore, l'inquietudine, il dubbio, che possono assalire i genitori, infatti, agiscono inevitabilmente e negativamente sull'aderenza, che è centrata sui sintomi e sul vissuto individuale del paziente e comprende anche il concetto di persistenza, nella quale rientrano la continuità e la soddisfazione d'uso. L'aderenza implica il "prendere insieme le decisioni", presuppone che il paziente sia posto nella condizione di comprendere le indicazioni che gli vengono fornite e che

si instauri un rapporto di fiducia medico-paziente. Nel 2003, l'OMS stimava purtroppo una media di aderenza del 50% nelle malattie croniche. Va quindi evidenziata la profonda diversità tra la prudenza e la paura basata sui pregiudizi. Tenendo presente che sovente lo stridore è serale, è frequentissimo che i genitori impauriti chiedano aiuto al Pediatra ed è per lui professionalmente gratificante aver fornito loro la soluzione del problema con "una sola supposta". Va infine considerato – e non si tratta di un aspetto di poco conto, soprattutto nel periodo pandemico che stiamo attraversando – quante visite di controllo in ambulatorio e quanti accessi in pronto soccorso si potranno evitare, lasciando tempo e spazio ai colleghi per dedicarsi ad altre condizioni altrettanto meritevoli della loro attenzione".

### VINCERE LA CORTICOFOBIA

L'aderenza è alla base dell'efficacia di un trattamento, ma non è scontata e soprattutto deve essere non imposta ma sostenuta e possibilmente migliorata. Questo obiettivo può essere raggiun-

to attraverso un percorso a step, nel quale sono fondamentali il rapporto con il paziente (o, in età evolutiva, con i suoi genitori) e una scelta condivisa del trattamento. Un altro aspetto importante, in particolare in ambito pneumologico, è una chiara illustrazione della patologia in atto e del meccanismo d'azione del farmaco prescritto, soprattutto se si tratta di uno steroide: la corticofobia, infatti, è un ostacolo che è bene contrastare proprio attraverso il dialogo. Non si deve soltanto spiegare il potente effetto antiflogistico degli steroidi sulla mucosa respiratoria, che si traduce in un miglioramento significativo della sintomatologia, ma anche il fatto che ogni via di somministrazione richiede un dosaggio differente. La supposta di prednisone 100 mg può quindi essere prospettata ai genitori come una strategia del tutto rassicurante in ragione sia della praticità di impiego in un contesto di oggettiva criticità sia della tollerabilità, della sicurezza e della brevità del trattamento, che non deve superare i due giorni.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Stenke C. Der Münchner Kinderarzt. 3667 Kinderarztzeitsätze der Jahre 1998-2001 untersucht an zwei der vier beteiligten Kliniken. Dissertationsschrift LMU München 2004.
- 2 Hoffmann F, Nicolai T. Algoritmo da seguire nei frequenti casi di emergenza respiratoria in età pediatrica. *Nofall Rettungsmed* 2009;12:576-82.
- 3 Sizar O, Carr B. Croup [Updated 2020 Jul 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431070/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431070/)
- 4 Moraa I, Sturman N, McGuire TM, et al. Heliox for croup in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;10:CD006822.
- 5 Ernest S, Khandhar PB. Laryngotracheobronchitis. 2020 Jul 2. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2020.
- 6 Glatke E, et al. Hattingberg: *DMW* 1970;95:1294-1294.
- 7 Russell KF, Liang Y, O'Gorman K, et al. Glucocorticoids for croup. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(1):CD001955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001955.pub3>. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2018;8:CD001955
- 8 Rectodelt 100 mg. Riassunto delle caratteristiche del prodotto.
- 9 Beubler E, Dittrich P. About the therapy of laryngotracheitis (croup): significance of rectal dosage forms. *Pharmacology* 2015;95:300-2.
- 10 Berzel HG. Rektale Glukokortikoid Therapie bei Pseudokrupp. *TW Pädiatrie* 1994;7:146-51.
- 11 Fleck D, Palitzsch D, Scheffzek A. Assorbimento rettale di prednisone nei neonati e nei bambini piccoli. *Klin Pädiat* 1981;193:412-6.
- 12 Thal W. Akuttherapie bei Pseudokrupp: *TW Pädiatrie* 1995;8:523-6.
- 13 Wilhelmi I. Hochdosierte rektale Prednisontherapie (Rectodelt 100) beim Virusroup des Kleinkindes. *Med Mschr* 1976;30:467-8.
- 14 Gates A, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for Croup in Children. *JAMA Pediatr* 2019;173:595-6.

ilmedicopediatra 2020;29(4):32-34;  
doi: 10.36179/2611-5212-2020-38

# Trattamento della sindrome PANDAS/PANS con un'associazione a base di L-teanina e vitamina B6

Alberto Spalice

Sapienza Università di Roma

**Corrispondenza:**

Alberto Spalice

alberto.spalice@uniroma1.it

**How to cite this article:** Spalice A. Trattamento della sindrome PANDAS/PANS con un'associazione a base di L-teanina e vitamina B6. Il Medico Pediatra 2020;29(4):32-34. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2020-38>

© 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>

PANDAS E PANS sono due patologie i cui sintomi sono uguali o molto simili. La dott.ssa S.E. Swedo per prima coniò la sigla PANDAS, acronimo di *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder associated with A Streptococci*, ovvero: "disordine pediatrico autoimmune associato allo streptococco beta-emolitico di gruppo A". A partire dal 1994 crebbe l'interesse per le caratteristiche neuropsichiatriche della febbre reumatica avendo documentato che il 70% dei pazienti con Corea di Sydenham manifestava il disturbo ossessivo compulsivo (DOC). La Swedo pubblicò una serie di studi facendo riferimento a sintomi neuropsichiatrici infantili riconducibili a infezioni streptococciche o virali.

Valutazioni prospettiche di bambini affetti da DOC rivelarono che un sottogruppo di questi aveva avuto un corso atipico della sintomatologia, caratterizzato da un brusco esordio (dalla totale assenza di sintomi al massimo della sintomatologia nell'arco di 24-48 ore), da un decorso della sintomatologia di tipo recidivante-remittente e da una significativa comorbidità neuropsichiatrica, inclusa ansia da separazione, sintomi ADHD-like e tic motori. Spesso i sintomi DOC erano preceduti da un'infezione batterica o virale, come l'influenza, la varicella e/o la faringite da Streptococco beta-emolitico di gruppo A (acronimo "SBEA o SBEGA"), che si configura come agente eziologico e trigger della sindrome PANDAS. Essa può manifestarsi dai tre anni fino all'età prepube-

re, con un picco di insorgenza intorno ai cinque e sette anni. In casi molto precoci, i sintomi sono osservabili già dai ventiquattro mesi, sebbene casi di PANDAS in età adulta non siano da escludere. Per poter porre diagnosi di PANDAS è necessaria la presenza dei seguenti criteri: la presenza di un DOC o disordine da tic, esordio prepuberale dei sintomi, esordio improvviso dei sintomi, associazione temporale fra infezione da Streptococco beta-emolitico di gruppo A, associazione con anomalie neurologiche.

La PANS, invece, sembra essere una sindrome ben più vasta, all'interno della quale inserire i casi che non trovano collocazione nella PANDAS poiché negativi agli anticorpi contro lo Streptococco beta-emolitico di gruppo A, ma innescati da altri agenti patogeni (batteri, virus, funghi), cause ambientali o metaboliche. La dott.ssa T. Murphy, che si qualifica quale una delle più grandi neuropsichiatre esperte in PANS e PANDAS al mondo, classificò la PANS come un sottotipo del DOC che non include soltanto i disturbi associati a infezioni precedenti, ma anche disturbi neuropsichiatrici a esordio acuto senza un'apparente causa ambientale o disfunzione immunitaria. Nei casi PANS la sindrome dovrebbe includere disturbi correlati che hanno eziologie diverse, ma che condividono una prestazione clinica o la recidiva del DOC accompagnato da due o più sintomi psichiatrici, molti dei quali possono manifestarsi contemporaneamente, svanire per lasciar posto ad altri e ricomparire a distanza di giorni, settimane, mesi o anni, senza un apparente ordine preciso. Gli agenti che scatenano la ricaduta dipendono da nuove infezioni (talvolta anche nella PANDAS): varicella, influenza, virus diversi (Epstein-Barr Virus, cytomegalovirus, herpes simplex, herpes zoster), raffreddamento, candidosi, allergie, *Mycoplasma pneumoniae*, borreliosi ecc.

Quando l'infiammazione causata dagli autoanticorpi è latente ma sottosoglia i sintomi potrebbero essere innescati da cause psicologiche: il rientro a scuola, la nascita di un fratellino, una gara sportiva o qualunque altra emozione forte sia positiva che negativa potrebbe attivare l'improvviso innesco sintomatologico. I

pazienti possono dunque presentare un drammatico cambiamento di personalità che conduce i genitori a ricercarne le cause, ripercorrendo con lo specialista la storia clinica del/la proprio/a figlio/a.

I sintomi riscontrati principalmente nella PANDAS sono l'ansia (generalizzata e/o da separazione), DOC (lavaggio frequente delle mani, necessità di cambiare molto spesso gli indumenti, non toccare maniglie, porte e altri oggetti, chiedere ai genitori di ripetere parole o frasi continuamente, talvolta ecolalia, ripetizione di gesti e parole/frasi) e i tic motori e/o vocali; nei casi peggiori si possono manifestare attacchi pseudo-epilettici e aggressività.

Sebbene il segno più evidente della PANDAS sia rintracciabile dalla documentazione ematica e dall'esame colturale del tampone faringeo relativo alla ricerca attuale e pregressa di infezioni da Streptococco-beta emolitico di gruppo A, la diagnosi non dipende esclusivamente dalla positività o meno del tampone faringeo. È necessario sottolineare però che PANDAS e PANS non sono completamente disgiunte e che sia un banale raffreddore che una lieve infezione possono scatenare l'esordio di entrambe le malattie. Non sempre però è possibile individuare un agente eziologico sia all'esordio che durante una ricaduta.

Se i bambini sono piccoli (2-11 anni) vi è una bassa probabilità di ricaduta se non vengono contratte nuove infezioni. Certamente, una diagnosi precoce, insieme a una terapia mirata svolta in età infantile, aumentano la probabilità di vedere regredire velocemente la sintomatologia, sebbene generalmente non si assiste a una guarigione completa prima dei 18 anni in quanto la malattia è pediatrica.

La tensione e preoccupazione che questa patologia destano nei genitori è molto alta, motivo per cui si consiglia di rivolgersi a un professionista che prenda in carico il nucleo familiare per evitare che i genitori esercitino eccessive pressioni sui figli che potrebbero manifestare – in aggiunta ai tipici sintomi legati al DOC e ai disturbi d'ansia – anche aggressività, irritabilità e un generale cambiamento di personalità.

Dal punto di vista terapeutico, al momento non esiste un protocollo validato per PANS e PANDAS. Tuttavia nel luglio 2017 il PANS PANDAS Consortium ha definito le opzioni terapeutiche che si basano sulla severità della patologia. Nei casi di una patologia lieve, il DOC occupa 1-2 ore della giornata; in questi casi si consiglia un trattamento che prevede l'utilizzo di: antibiotici, corticosteroidi, antinfiammatori non-steroidi. Nei casi in cui la gravità è moderata, vi è una grande componente ansiosa e il DOC occupa il 50-70% delle ore andando a interferire con le attività di vita quotidiana; in questi soggetti, le terapie più appropriate risultano essere: IVIG, corticosteroidi, antibiotici, terapia cognitivo-comportamentale che dovrebbe essere intrapresa sia dal paziente che dal genitore per evitare di assecondare le richieste compulsive dei figli. I casi severi invece sono quelli nei quali la gravità dei sintomi costituisce una minaccia per la vita. In questi pazienti si evidenzia una forte ansia generalizzata o da separazione e il DOC occupa dall'80 al 100% del tempo andando a interferire significativamente con la vita quotidiana e sociale.

All'interno dell'ampio spettro sintomatologico che caratterizza la sindrome PANDAS/PANS i disturbi d'ansia sembrano quelli che più frequentemente tendono a palesarsi. Essi rappresentano la patologia psichiatrica più comune e invalidante in età pediatrica e si declinano in molte forme che caratterizzano le varie fasi dell'età evolutiva e che compromettono notevolmente la qualità di vita dei pazienti con scarso rendimento scolastico, riduzione delle capacità attentive e cognitive, problematiche sociali e disturbi del sonno.

Di particolare efficacia per tali disturbi sembrano essere la terapia cognitivo-comportamentale, il *Parent Training* e alcuni integratori. In particolare possono

essere utili attivi come la L-teanina e la vitamina B6. La L-teanina è un aminoacido che, a livello cerebrale, ha dimostrato di essere in grado di stimolare la produzione delle onde alfa con conseguente effetto rilassante senza provocare sonnolenza e di ridurre la trasmissione eccitatoria del glutammato in soggetti ansiosi con conseguente riduzione dello stress e aumento della capacità di apprendimento e concentrazione. È noto che la vitamina B6 contribuisce al normale funzionamento del sistema nervoso andando a ridurre il senso di stanchezza e affaticamento e migliorando la concentrazione, la gestione dell'ansia e della paura. Nel nostro studio, abbiamo valutato l'efficacia di Sedactin, un integratore alimentare a base di L-teanina e vitamina B6 in gocce, per il trattamento di una popolazione di 9 pazienti pediatrici con sindrome PANDAS/PANS di età compresa tra 5 anni e 12 anni con disturbo di ansia associato. Sedactin è stato somministrato al mattino per la durata di 4 settimane a un dosaggio diversificato in base al peso del paziente: nei tre pazienti con peso inferiore a 20 kg è stato utilizzato un dosaggio di 0,5 ml (pari a 100 mg di L-teanina e 1,4 mg di vitamina B6), mentre nei sei pazienti con peso superiore a 20 kg, il dosaggio è stato pari a 1 ml (200 mg di L-teanina e 2,8 mg di vitamina B6).

Dopo un mese dall'inizio del trattamento con Sedactin è stata fatta una valutazione mediante questionario sottoposto alle mamme: è stato osservato un notevole miglioramento dei sintomi di ansia, delle performance sociali, del rendimento scolastico e della qualità del sonno.

L'utilizzo del Sedactin dovrà essere testato su una popolazione di pazienti PANDAS/PANS più numerosa possibilmente con studi collaborativi multicentrici.