

ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri



*XVII Congresso
Nazionale FIMP
12 | 15 ottobre 2023*

Conosci le Cure Palliative Pediatriche?

Screening uditivo neonatale

Nuova Guida FIMP

Il Pediatra di famiglia e i disordini posturali

Arriva l'estate:
una guida alla fotoprotezione

Medicina narrativa

2 2023



PACINI
EDITORE
MEDICINA

Editoriale del Direttore

- 1 A. Ballestrazzi

Attività professionale

- 2 **Conosci le Cure Palliative Pediatriche?**
a cura della Presidenza FIMP
- 4 **Problemi aperti dello screening uditivo neonatale**
S. Ghiselli, D. Cuda
- 9 **Bambini e adolescenti in un mondo digitale. Il perché di una guida**
a cura di G. Cerimoniale e O. Al-Jamal
- 12 **Il Pediatra di famiglia e i disordini posturali**
A. Ballestrazzi
- 19 **Arriva l'estate: una guida alla fotoprotezione**
G. Ruggiero
- 23 **Medicina narrativa: tra storie, trame, punti di svolta e significati**
G. Parisi, S. Vendemmia, M. Vendemmia

News

- 29 **Sii te stesso a modo mio. Essere adolescenti nell'era della fragilità adulta**
- 30 **Programma preliminare FIMP XVII Congresso Nazionale**

DIRETTORE ESECUTIVO

Antonio D'Avino

DIRETTORE EDITORIALE

Alessandro Ballestrazzi

DIRETTORE RESPONSABILE

Eleonora Mancini

COMITATO DI REDAZIONE

Alessandro Ballestrazzi

Lucia Peccaris

Roberto Sacchetti

Giovanni Semprini

Immacolata La Bella

CONTATTI

ilmedicopediatra@fimp.pro

FIMP - SEGRETERIA NAZIONALE

Antonio D'Avino, Presidente

Luigi Nigri, Vice Presidente

Nicola Roberto Caputo, Vice Presidente

Domenico Careddu, Segretario Organizzazione

Osama Al Jamal, Segretario Tesoreria

Giuseppe Di Mauro, Segretario Attività Scientifiche e Etiche

Paolo Felice, Vicesegretario Organizzazione

Silvia Zecca, Vice Segretario Tesoreria

Antonella Antonelli, Segretario Attività previdenziali e assicurative

Giovanni Cerimoniale, Segretario Presidenza

© 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

Fabio Poponcini • Business Unit Manager
Tel. 050 31 30 218 • fpoponcini@pacinieditore.it
Alessandra Crosato • Account Manager
Tel. 050 31 30 239 • acrosato@pacinieditore.it
Francesca Gori • Business Development & Scientific Editorial Manager
fgori@pacinieditore.it
Manuela Mori • Digital Publishing & Advertising
Tel. 050 31 30 217 • mmori@pacinieditore.it

REDAZIONE

Lucia Castelli
Tel. 050 31 30 224 • lcastelli@pacinieditore.it

GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Massimo Arcidiacono
Tel. 050 31 30 231 • marcidiacono@pacinieditore.it

STAMPA

Industrie Grafiche Pacini • Pisa

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



PACINI
EDITORE
MEDICINA

Editoriale del Direttore



Alessandro Ballestrazzi

Questo che state leggendo è il secondo numero de Il Medico Pediatra per il 2023. Siamo all'inizio dell'estate, le vacanze sono prossime, ma l'attività della FIMP non si ferma neanche per la pausa estiva.

Prima di tutto il Congresso Nazionale Scientifico di ottobre a Taormina. Del Congresso, frutto di un lavoro di mesi, trovate in questo numero il programma preliminare con un ventaglio di temi di grande interesse per la nostra professione.

Sempre in questo numero trovate la presentazione di una Guida al digitale che un gruppo di lavoro della FIMP sta preparando e che sarà pronta nei prossimi mesi. Si tratta di un'iniziativa unica nel suo genere che ha lo scopo di fornire al Pediatra di famiglia le conoscenze necessarie per il counseling riguardante la cosiddetta "digisfera", cioè l'ambiente integrato in cui noi tutti viviamo, iperconnessi mediante i vari device di cui ci serviamo tutti i giorni, cellulare, computer, tablet, e che ci permettono di essere costantemente in rete. La guida non parla soltanto dei pericoli connessi alla rete ma anche delle opportunità legate al digitale e del loro impatto su bambini e adolescenti.

Per quanto riguarda la parte scientifica voglio segnalare un bellissimo articolo del gruppo del prof. Cuda di Piacenza sui problemi aperti dello screening uditivo neonatale e un articolo sulla cosiddetta Medicina narrativa, un modo intrigante di concepire il colloquio clinico con il paziente. Ancora, troverete un articolo quanto mai attuale, data la stagione, su tutto quanto concerne la fotoprotezione, a cura di Giuseppe Ruggiero, responsabile dell'Area di Dermatologia FIMP. Ancora altre notizie e segnalazioni per un numero di sicuro interesse.

Concludo augurandovi buona lettura e naturalmente buone vacanze in attesa di risentirci in autunno.

Corrispondenza

Alessandro Ballestrazzi
alessandroballestrazzi@gmail.com

How to cite this article: Ballestrazzi A. Editoriale del Direttore. Il Medico Pediatra 2023;32(2):1.

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

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

ilmedicopediatra 2023;32(2):2-3;
doi: 10.36179/2611-5212-2023-5

Conosci le Cure Palliative Pediatriche?

a cura della Presidenza FIMP

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le Cure Palliative Pediatriche (CPP) come "l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino e che comprende il supporto attivo alla famiglia" [*Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children, World Health Organization (WHO) - International Association on the Study of Pain (IASP), 1998*]: un impegno importante di cui non sempre siamo consapevoli.

Non sono le cure del bambino terminale ma sono le cure del bambino con una malattia inguaribile ad alta complessità assistenziale (spesso dipendente dalle macchine) e hanno come obiettivo "la normalità della vita" seppur in malattia.

La Legge 38 del 2010 sancisce il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. Questa legge prevede che per i bambini eleggibili alle CPP (cioè affetti da una patologia inguaribile, che presentino un'elevata complessità assistenziale e rischio di morte precoce) sia creata una Rete Regionale di Terapia del Dolore (TD) e CPP dedicata, coordinata da un Centro di Riferimento. La Rete è costituita da tutti i Servizi/Istituzioni socio-sanitarie che in maniera integrata lavorano, coordinate dall'équipe del Centro, per rispondere ai molteplici bisogni del bambino e della famiglia (clinici, sociali, organizzativi, psicologici, spirituali e bioetici) che la malattia comporta.

La Legge 38 prevede anche la realizzazione all'interno della Rete regionale di TD e CPP di strutture residenziali (Hospice Pediatrico) in grado di rispondere, quando necessario, con brevi ricoveri nel caso in cui la gestione domiciliare per motivi diversi diventi difficoltosa o impossibile. Attualmente in Italia gli Hospice Pediatrici attivi sono 8, anche se molto si sta facendo per aumentarne il numero e quindi i posti letto disponibili. Considerando che, secondo i dati di letteratura, sono eleggibili alle Cure Palliative Specialistiche 18 minori su 100.000 abitanti, nel nostro Paese sono circa 11.000 i pazienti da seguire in CPP, un numero molto al di sopra delle attuali possibilità di presa in carico reale.

La tipologia di pazienti eleggibili alle CPP è quanto mai eterogenea: circa il 10% è affetto da malattie neoplastiche, mentre la restante parte

How to cite this article: Presidenza FIMP, a cura della. Conosci le Cure Palliative Pediatriche. Il Medico Pediatra 2023;32(2):2-3. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2023-5>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatrici



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>

è affetta da patologie neurologiche, muscolari, patologie genetiche, metaboliche o insufficienze d'organo gravissime acquisite o congenite.

L'approccio al minore che necessita di Cure Palliative deve tener conto delle peculiarità biologiche, psico-relazionali, sociali e cliniche del paziente pediatrico e per questo si differenziano del tutto dalle Cure Palliative rivolte al paziente adulto e richiedono interventi specifici e dedicati sia da un punto di vista organizzativo che formativo e informativo.

Le Cure Palliative devono iniziare precocemente al momento della diagnosi di malattia inguaribile, richiedono risposte integrate multispecialistiche e si somministrano indipendentemente dalle terapie finalizzate alla cura della

malattia. Entrambi gli approcci coesistono e prevalgono l'uno sull'altro a seconda delle diverse fasi della malattia. L'efficacia e l'efficienza delle CPP è stata ormai dimostrata da molteplici lavori ed esperienze, anche nazionali. Tuttavia ancora molto rimane da fare sia a livello organizzativo che informativo e formativo.

Prossimamente sarà proposta agli iscritti una FAD sulle CPP dedicata al Pediatra di famiglia con un breve questionario.

Condividiamo con voi l'importanza di supportare questa parte della medicina pediatrica, una parte nuova ma in continuo incessante incremento, che richiede interventi condivisi di tutto il Sistema Salute.

ilmedicopediatra 2023;32(2):4-8;
doi: 10.36179/2611-5212-2023-6

Problemi aperti dello screening uditivo neonatale

Sara Ghiselli¹, Domenico Cuda¹

U.O. Otorinolaringoiatria, AUSL Piacenza

Introduzione

L'ipoacusia è il deficit sensoriale più comune alla nascita nelle società sviluppate. Si stima che ogni 1000 bambini nati a termine 1-2 presentino deficit uditivo neurosensoriale permanente. La prevalenza dell'ipoacusia peraltro è particolarmente elevata nel caso di bambini prematuri o ricoverati nelle unità di terapia intensiva neonatale dove può interessare fino al 4% dei casi ¹.

Se il deficit uditivo non è corretto tempestivamente esso può determinare gravi ripercussioni sullo sviluppo delle capacità uditive e comunicative potendo limitare il livello cognitivo, l'apprendimento, il potenziale di apprendimento e il benessere generale del bambino ². La diagnosi precoce è indispensabile per prevenire tali ripercussioni ed è ormai riconosciuta in ambito internazionale la necessità di strutturare e promuovere programmi di prevenzione primaria e secondaria per accedere il più precocemente possibile ai necessari trattamenti medico-chirurgici, protesici e riabilitativi ³.

Nel nostro paese il DPCM 12 gennaio 2017 relativo ai nuovi LEA (Livelli essenziali di assistenza) "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" (articolo 38, comma 2) sancisce l'obbligatorietà e la gratuità degli screening neonatali a tutti i nuovi nati. Lo scopo è quello di garantire "le prestazioni necessarie e appropriate per la diagnosi precoce delle malattie congenite previste dalla normativa vigente e dalla buona pratica clinica, incluse quelle per la diagnosi precoce della sordità congenita e della cataratta congenita, nonché quelle per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie individuate con decreto del ministro della Salute in attuazione dell'articolo 1, comma 229, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, nei limiti e con le modalità definite dallo stesso decreto".

Tuttavia a dispetto dei dettati legislativi una recente indagine promoss-

Corrispondenza

Sara Ghiselli
S.Ghiselli@ausl.pc.it

Domenico Cuda
D.Cuda@ausl.pc.it

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Ghiselli S, Cuda D. Problemi aperti dello screening uditivo neonatale. Il Medico Pediatra 2023;32(2):4-8. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2023-6>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatrici



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>

sa dalla Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale (SIOeChCF), ha evidenziato come vi sia ancora disomogeneità riguardo la copertura, le procedure e i flussi dei programmi di screening uditivo sul territorio italiano ⁴. La figura del pediatra di libera scelta riveste perciò un ruolo chiave nella verifica dell'avvenuto screening uditivo e nell'inizio tempestivo ai centri audiologici di riferimento di bambini che per qualche ragione fossero sfuggiti a tale adempimento. Il Pediatra riveste tuttavia un ruolo ancora più importante nei programmi di prevenzione e sorveglianza audiologica dato che la maggioranza dei deficit uditivi compare durante l'infanzia e l'adolescenza.

La sorveglianza audiologica

È noto che la prevalenza dell'ipoacusia tende ad aumentare nell'età pediatrica; molti deficit uditivi insorgono tardivamente con un incremento progressivo della prevalenza dai 2-3 su mille a 5 anni di età ai 3-4 su mille in adolescenza ².

È importante enfatizzare come queste forme, sebbene non siano congenite, possano ugualmente interferire con lo sviluppo comunicativo-linguistico il cui periodo di "vulnerabilità" va bene al di là del cosiddetto "periodo critico" (identificato per convenzione nel primo semestre di vita).

Per tali ragioni la comunità scientifica audiologica internazionale (JCIH, ASHA) raccomanda la strutturazione di un ideale programma che comprenda non solo lo screening uditivo neonatale universale ma anche percorsi di "sorveglianza" audiologica.

La sorveglianza audiologica dev'essere ben strutturata in termini di tempistiche e metodiche ⁵.

Occorre che dopo lo screening universale neonatale della sordità tutti i bambini che hanno "passato" favorevolmente il test ma che presentano "fattori di rischio" per ipoacusia tardiva/progressiva e acquisita siano monitorati adeguatamente. Idealmente però si dovrebbe estendere la sorveglianza a tutti gli altri bambini dato che non sempre l'ipoacusia è correlata a specifici fattori di rischio.

Per schematizzare questo concetto le ipoacusie a esordio postnatale possono essere suddivise in due principali gruppi: quelle correlate alla presenza di **fattori di rischio** presenti in epoca perinatale ma che possono provocare ipoacusie tardive e/o progressive, e le ipoacusie legate a **fattori non prevedibili**.

Relativamente ai fattori di rischio perinatali correlati a rischio d'insorgenza tardiva (infanzia e adolescenza) il *Joint Committee on Infant Hearing* ha prodotto un elenco dettagliato con i tempi consigliati per il follow up (*Joint Committee on Infant Hearing, JCIH, 2019*) (Tab. I).

Un'attenzione particolare è raccomandata nei casi di infezione congenita da citomegalovirus (**CMV**) poiché rappresenta la principale causa di deficit uditivo neurosensoriale infantile non genetico. Il 50% circa dei neonati che presentano sintomi dell'infezione alla nascita ma anche il 10-15% degli infetti asintomatici svilupperà un deficit uditivo neurosensoriale. L'ipoacusia dell'embriopatia da CMV ha caratteristiche eterogenee; può essere presente alla nascita ma, nella maggior parte dei casi, presenta carattere progressivo e si sviluppa nei primi anni di vita (33-50% dei casi); l'età media d'insorgenza è di 33 mesi nei bambini sintomatici e di 44 in quelli asintomatici ⁶.

Nonostante l'elevata prevalenza di ipoacusie infantili secondarie a infezione gravidica da CMV, nel nostro paese non vige alcun obbligo di ricerca degli antigeni virali durante la gravidanza; ciò limita la conoscenza della possibile infezione congenita con conseguente ritardo diagnostico soprattutto nei bambini che "passano" lo screening neonatale ma sono, come si è visto, ad alto rischio d'insorgenza e progressione d'ipoacusia in prima infanzia. Per tali ragioni alcuni centri stanno implementando programmi di identificazione del CMV in tutti i bambini che non hanno passato lo screening uditivo neonatale o in presenza di sintomatologia correlata a infezione congenita al fine di velocizzare i tempi di diagnosi, cura e presa in carico.

Data l'elevata incidenza e la progressione del deficit uditivo secondario a embriopatia da CMV, la "sorve-

TABELLA I.

Fattori di rischio perinatali associati ad aumentato rischio di sviluppo di ipoacusia tardiva e tempistiche di esecuzione dei follow-up audiologici (da JCIH 2019, mod.)³.

	Fattori di rischio perinatali	Follow-up
1	Familiarità per ipoacusia a insorgenza precoce, progressiva o tardiva	Entro i 9 mesi
2	Ricovero in Terapia Intensiva Neonatale per più di 5 giorni	Entro i 9 mesi
3	Iperbilirubinemia trattata con emotrasfusioni	Entro i 9 mesi
4	Assunzione di aminoglicosidici per più di 5 giorni	Entro i 9 mesi
5	Asfissia o encefalopatia ipossico-ischemica	Entro i 9 mesi
6	Ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO)	Non più tardi di 3 mesi dal riscontro
7	Infezioni gravidiche come rosolia, herpes, sifilide, toxoplasmosi, e Zika	Entro i 9 mesi
	Infezione gravidica da citomegalovirus	Non più tardi di 3 mesi dalla diagnosi
	Madre Zika positiva (anche in assenza di infezione clinica e/o laboratoristica del bambino)	AABR entro il 1° mese
8	Segni o condizioni alla nascita indicative di: <ul style="list-style-type: none"> malformazioni cranio facciali che includono microtia/atresia, displasia dell'orecchio, labiopalatoschisi, ciuffo bianco di capelli e macroftalmia microcefalia congenita, idrocefalo congenito o acquisito 	Entro i 9 mesi
9	Più di 400 sindromi identificate con potenziale ipoacusia	Entro i 9 mesi

glianza" di questi bambini è cruciale. L'accademia americana di audiologia (AAA) suggerisce una prima valutazione completa entro i 3-6 mesi di vita, visite semestrali fino ai 3 anni e visite audiologiche annuali dai 3 ai 6 anni di età⁶.

La sorveglianza audiologica riveste un ruolo chiave anche nell'identificazione delle ipoacusie correlate a **fattori non prevedibili**. Tra questi si annoverano i traumi cranici di severa entità, le infezioni meningee e l'assunzione di terapie farmacologiche ototossiche (ad es. farmaci chemioterapici).

Particolare importanza rivestono le infezioni meningee dal momento che gli eventi flogistici possono diffondere dall'endocranio alle concamerazioni (scale) cocleari con danno permanente del neuroepitelio e conseguente sordità. Peraltro, in esito al processo infiammatorio endococleare si verifica spesso in queste sedi una progressiva deposizione di tessuto fibrotico e secondariamente di tessuto osseo. Questa evoluzione può precludere il posizionamento dell'impianto cocleare quando questi sia indicato. I bambini con sordità

postmeningitica dovranno essere pertanto sottoposti a indagini radiologiche (in particolare TC e RMN dell'orecchio interno) al fine di verificare la pervietà delle scale cocleari.

Il caso dei "persi di vista" (*lost to follow up*)

È intuitivo che un moderno programma di screening e sorveglianza debba essere periodicamente soggetto a controllo di qualità secondo specifici indicatori e standard predefiniti.

Per quel che riguarda lo screening uditivo neonatale gli indici di qualità correnti sono la "percentuale di copertura" (obiettivo minimo: almeno il 95% della popolazione) e il numero di falsi positivi (obiettivo: inferiore al 4%).

Il principale indicatore dei programmi di sorveglianza è invece la percentuale dei "persi di vista" (*lost to follow-up*) In accordo all'orientamento scientifico maturato in seno alle principali società scientifiche internazionali vi è consenso sul fatto che la percentuale dei persi di vista non debba superare il 5% del totale dei bambini

sottoposti a screening. Ad oggi nella nostra nazione vi è una buona copertura sul territorio nazionale degli screening uditivi neonatali ma non sono disponibili dati affidabili riguardo ai persi di vista ². Le ragioni sono almeno due. La prima è la carenza di percorsi strutturati per la sorveglianza audiologica. La seconda è la mancanza di un sistema informativo centralizzato per la raccolta dei dati con conseguenti difficoltà nell'analisi e nella computazione automatica e affidabile degli indicatori di processo.

Oltre all'assenza di percorsi strutturati, alcuni casi sono persi di vista per scarsa sensibilizzazione e consapevolezza della possibile progressione o insorgenza tardiva del deficit uditivo. Se non ne viene correttamente illustrato il significato, l'esito favorevole (*pass*) allo screening può indurre alcune famiglie a interpretare il dato come una rassicurante certificazione di "normalità" uditiva esimentoli dall'adesione agli eventuali programmi di sorveglianza.

Per tali ragioni alcune regioni italiane si stanno adoperando per istituire chiari e strutturati percorsi di sorveglianza uditiva in cui il pediatra di libera scelta gioca un ruolo chiave al fine di verificarne la corretta esecuzione, inviare i casi sospetti e sensibilizzare le famiglie alla necessità dei controlli audiologici.

Sorveglianza audiologica e ipoacusie "minori"

Le ipoacusie congenite o precocemente acquisite/progressive sono generalmente molto gravi. Gli effetti deleteri della combinazione fra severità del deficit e "fragilità" evolutiva del linguaggio (specie nel primo semestre di vita) sono alla base della rapida e pressoché universale diffusione degli screening uditivi alla nascita.

Tuttavia, si registra oggi anche un grande interesse verso forme più lievi d'ipoacusia per la loro potenziale interferenza con l'ottimale sviluppo psicolinguistico. Già nel 2005 un importante consenso scientifico svoltosi negli Stati Uniti ⁷ segnalava l'importanza delle perdite uditive neurosensoriali monolaterali o bilaterali di lieve entità (soglia audiometrica compresa fra 20 e

40 dBHL), raggruppate dal termine ipoacusia minore (*minimal*), come potenziale fonte di ritardi linguistici, scolastici e comportamentali; "minore non significa priva di conseguenze" recita la pagina di apertura del report di quell'incontro (*minimal is not inconsequential*). È probabile che molte ipoacusie minori congenite "sfuggano" allo screening neonatale. Le strumentazioni utilizzate a questo scopo nei punti nascita, infatti, rilevano la presenza delle Emissioni Otoacustiche (OAE) o dei potenziali evocati uditivi del tronco (A-ABR) e sono progettate per evidenziare perdite uditive maggiori di 35-40 dB HL. Per tali ragioni alcuni bambini con perdite "minori" possono risultare PASS allo screening uditivo neonatale. Altre forme, probabilmente la maggioranza di esse, sono acquisite o progrediscono precocemente. In entrambi i casi in assenza di un adeguato percorso di sorveglianza le ipoacusie "minori" sono condannate alla diagnosi tardiva.

Peraltro, l'inclusione dei deficit uditivi nell'ambito delle perdite "minori" si è allargata rispetto ai criteri originali già menzionati ⁷. Nelle ipoacusie minori sono così incluse oltre alle già menzionate forme neurosensoriali permanenti monolaterali e bilaterali di lieve entità anche ipoacusie neurosensoriali limitate a un ristretto range frequenziale (soglia ≥ 25 dB HL a due o più frequenze superiori ai 2 kHz) e forme trasmissive di grado lieve (soglia uditiva per via ossea nella norma e soglia uditiva per via aerea tra i 20 e 40 dB HL).

L'ipoacusia trasmissiva lieve è presente, ad esempio, in caso di tappo ceruminoso ostruente, di malformazione dell'orecchio medio (soprattutto a carico della catena ossiculare) e, nella maggior parte dei casi, in presenza di otite media effusiva (OME), una delle patologie maggiormente diffuse nella popolazione infantile in epoca prescolare, ben nota ai pediatri di libera scelta. L'ipoacusia trasmissiva secondaria a OME è caratterizzata da un andamento limitato nel tempo ma in diversi bambini, soprattutto nei primi anni di frequenza alle scuole dell'infanzia, si possono riscontrare OME ricorrenti e permanenti con ipoacusia persistente nel tempo. L'identificazione precoce e il trattamento adeguato del-

le ipoacusie minori riveste notevole importanza perché tali perdite possono impattare sullo sviluppo comunicativo del bambino. Vi è una crescente evidenza sul nesso fra perdita uditiva "minore" e insorgenza di deficit linguistici precoci, dislessia e persistenti problemi di comunicazione e di abilità sociali⁸⁻¹². Alcuni studi dimostrano, inoltre, come questi bambini siano ad alto rischio di scadenti risultati scolastici^{11,13}. A differenza dei bambini con udito normale i bambini con ipoacusia minore faticano a cogliere i dettagli fonetico-fonologici dalla voce dell'insegnante durante le lezioni. Il quadro si complica ulteriormente se il bambino è posizionato lontano dall'insegnante e in presenza di rumore di sottofondo¹⁰.

Si comprende pertanto l'importanza di includere le ipoacusie minori nei programmi di sorveglianza audiologica e, in questo contesto, il ruolo cruciale del pediatra di libera scelta.

Conclusioni

Il pediatra di libera scelta riveste un ruolo chiave nei percorsi di screening uditivo neonatale e, soprattutto, nei percorsi di sorveglianza audiologica. Il pediatra difatti, ai bilanci di salute, può intercettare anomalie del percorso come la mancata esecuzione dello screening neonatale o delle visite di follow-up in caso di fattori di rischio per ipoacusia infantile tardiva. Il pediatra può inoltre rilevare l'occorrenza di nuovi fattori di rischio come infezioni e traumi o sospettare la presen-

za delle temute perdite uditive minime. L'invio precoce ai centri audiologici di terzo livello dei casi sospetti riveste notevole importanza nel limitare le conseguenze sullo sviluppo uditivo-comunicativo che, non trattate, possono comprometterne linguaggio, apprendimento e relazioni sociali del bambino.

Bibliografia

- 1 Smith RJH, Bale Jr JF, White KR. Sensorineural hearing loss in children. *Lancet* 2005;365:879-890.
- 2 Taruscio D, Bubbico L, Salerno P, a cura di. Rapporto ISTISAN 22/17 - anno 2022.
- 3 Year 2019 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *J Early Hear Detect Intervent* 2019;4:1-44.
- 4 Cuda D, Ghiselli S, Guerzoni L, et al. Stato attuale delle Politiche Sanitarie Italiane sulla Sordità. Argomenti di *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 2022;XVI(1).
- 5 Niskar AS, Kieszak SM, Holmes A, et al. Prevalence of hearing loss among children 6 to 19 years of age: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 1998;279:1071-1075.
- 6 Kettler M, Shoup A, Moats S, et al. American Academy of Audiology Position Statement on Early Identification of Cytomegalovirus in Newborns. *J Am Acad Audiol* 2023 Mar 27.
- 7 Center for Disease Control and Prevention (CDC) - Early Hearing Detection and Intervention (EHDI). Program 2005. <https://www.cdc.gov/ncbddd/hearingloss/ehdi-data.html>
- 8 Fitzpatrick EM, Gaboury I, Durieux-Smith A, et al. Auditory and language outcomes in children with unilateral hearing loss. *Hearing Research* 2019; 372: 42-51.
- 9 Lewis DE, Valente DL, Spalding JL. Effect of minimal/mild hearing loss on children's speech understanding in a simulated classroom. *Ear and Hearing* 2015;36:136-144.
- 10 Moore DR, Zobay O, Ferguson MA. Minimal and mild hearing loss in children: Association with auditory perception, cognition, and communication problems. *Ear and Hearing* 2020;41:720-732.
- 11 Porter H, Sladen DP, Ampah SB, et al. Developmental outcomes in early school-age children with minimal hearing loss. *Am J Audiol* 2013;22:263-270.
- 12 Walker EA, Holte L, McCreery RW, et al. The influence of hearing aid use on outcomes of children with mild hearing loss. *J Speech Lang Hear Res* 2015;58:1611-1625.
- 13 Teasdale TW, Sorensen MH. Hearing loss in relation to educational attainment and cognitive abilities: a population study. *Int J Audiol* 2007;46:172-175.

ilmedicopediatra 2023;32(2):9-11;
doi: 10.36179/2611-5212-2023-7

Bambini e adolescenti in un mondo digitale

Il perché di una guida

a cura di Giovanni Cerimoniale¹ e Osama Al-Jamal²

¹ Segretario alla Presidenza, ² Segretario Nazionale alla Tesoreria, FIMP

*Paragonarono la compagna di classe all'ebola, i giudici:
"I baby-bulli vanno rieducati, non puniti"*

Minori e digitale: nasce il "Patto educativo" della città di Milano

*"Safer Internet Day": un ragazzo su 5 è "sempre connesso",
il 30% è vittima di cyberbullismo*

How to cite this article: Cerimoniale G, Al-Jamal O, a cura di. Bambini e adolescenti in un mondo digitale Il perché di una guida. Il Medico Pediatra 2023;32(2):9-11. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2023-7>

© 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>

A tutt'oggi non esiste una guida pratica che introduca il Pediatra e di conseguenza le famiglie al tema cruciale del digitale.

Le informazioni sono tante, spesso non filtrate o filtrate attraverso il clamore suscitato da fatti di cronaca, ma non vi sono dubbi sul fatto che sia finalmente necessario un approccio organico e documentato a questo tema così pervasivo e influente sulla vita di tutti noi.

Per questo motivo FIMP ha radunato un gruppo di Pediatri ed esperti con l'obiettivo di elaborare un testo specifico che si ponga come guida autorevole e soprattutto utile nell'attività quotidiana, che metta il professionista in grado di rispondere alle domande che sempre più spesso genitori e anche adolescenti gli o le rivolgono sul tema del digitale. La guida sarà disponibile nei prossimi mesi e affronterà il tema del digitale a 360 gradi. Di seguito alcuni spunti per una riflessione iniziale.

La digisfera

Le frasi riportate in apertura sono tra i primi risultati che si ottengono su Google utilizzando "cyberbullismo" e "notizie" come parole chiave, i primi di centinaia se non migliaia. Ma anche se il tema del cyberbullismo appare particolarmente sentito, un'eguale mole di risultati si

otterrebbe utilizzando qualsiasi parola chiave concernente il rapporto tra i ragazzi e la rete intesa in senso lato. La diffusione esponenziale del digitale ha avuto infatti un enorme impatto sociale provocando profondi cambiamenti culturali, in particolare nei bambini e negli adolescenti: Marc Prensky ha coniato del 2001 il termine "nativi digitali", un termine entrato nell'uso comune per identificare coloro che sono nati nell'era digitale e che vivono immersi nella cosiddetta "digi-sfera". Questa semplice constatazione è al centro di un dibattito pubblico sulla rete e sull'infanzia dai toni spesso emotivi ed estremizzati, considerato il fatto che l'entrata nell'era digitale è oramai un fatto irreversibile e pervasivo. Un esempio è rappresentato dal dibattito sul cellulare.

Uso del cellulare

L'85,8% degli adolescenti italiani di età compresa tra 11 e 17 anni utilizza regolarmente lo smartphone e oltre il 72% lo utilizza per l'accesso a Internet (Rapporto ISTAT, 2019). Dopo l'inizio della pandemia COVID-19 nel 2020 il rapporto CENSIS del 2021 ha evidenziato come l'utilizzo del cellulare da parte degli adolescenti abbia raggiunto ormai il 95%. Una recente ricerca effettuata nel Nord Italia ha mostrato come più del 50% dei ragazzi tengono il cellulare acceso 24 ore su 24. Ma a parte questi dati di prevalenza generale, è stata segnalata un'elevata prevalenza, fino al 25%, di utilizzo problematico dello smartphone, tra cui tolleranza, ritiro (disforia quando la batteria si scarica), abbandono di altre attività, perdita soggettiva di controllo e uso continuato nonostante l'evidenza di danno. Sono stati inoltre descritti alcuni fattori di rischio che influenzano l'uso del cellulare nella popolazione pediatrica e in particolare l'uso problematico dello smartphone, con alcuni studi che riportano l'influenza da parte dei genitori sui bambini per quanto riguarda il suo utilizzo.

I social network

Lo studio *Net Children Go Mobile*, commissionato dal-

la Commissione Europea per valutare le modalità di utilizzo di internet da parte di un campione di ragazzi di età compresa tra 9 e 16 anni, ha messo in evidenza che più del 60% di essi ha un profilo su un social network (nel 32% dei casi completamente pubblico) e che il 6% di essi si è sentito turbato da qualche esperienza online. Tra queste, la pedofilia è giustamente una delle più temute dai genitori e operatori in generale.

La pedofilia

Al riguardo, i dati di "Telefono Arcobaleno" del 2011 sono estremamente allarmanti, con la segnalazione di ben 71.861 siti pedopornografici in 36 paesi. Il 40% dei bambini vittime di pedofilia online hanno un'età inferiore ai 5 anni e il 5% dei pedofili su internet è italiano. Lo Studio JAMES del 2020 ha evidenziato che quasi la metà dei giovani (44%) è già stata contattata online da una persona estranea con mire sessuali.

I genitori

I genitori molto spesso non hanno una conoscenza adeguata di questa realtà. Uno studio recente promosso da "Fondazione Carolina" evidenzia infatti la scarsa percezione delle famiglie sui rischi dell'uso improprio della tecnologia digitale e sulle sue conseguenze: dai sintomi della dipendenza ai principali rischi per la salute psicofisica, come *sexting* e *grooming*. I genitori dichiarano di avere necessità di supporto nella gestione del rapporto dei figli con il digitale: il 70% della fascia di genitori di bambini da 0 a 2 anni e l'87% della fascia da 11 a 15 anni vorrebbe avere maggiori informazioni da parte dei Pediatri.

Il ruolo del Pediatra

Tra i tanti cambiamenti del ruolo e dell'attività del Pediatra verificatisi negli ultimi anni e in particolare della relazione del Pediatra con la famiglia, vi è quello oggi indispensabile della valutazione del rapporto dei bambini con il digitale e dei rischi che si corrono con il suo uso incontrollato: il digitale è infatti un nuovo determinante di salute. Item appositi nei bilanci di salute potranno essere di grande aiuto. Ma è certo

Cosa deve fare in pratica il Pediatra: principali messaggi per i genitori

- Stimolare la consapevolezza che l'online non è virtuale ma assolutamente reale e che le conoscenze online vanno sempre verificate.
- Porre domande al proprio figlio (ad es. "Cosa hai visto oggi di interessante su...?", "Quali sono le ultime novità che ti hanno colpito?") e a prendere sul serio la sua "vita digitale" in modo da instaurare con lui un clima di confidenza e alleanza.
- Ricordare che i genitori, oltre a stabilire le regole per un utilizzo corretto e rispettoso dei device, sono i primi a dover dare il buon esempio.
- Spiegare che, una volta postato online qualsiasi contenuto (ad es. foto, video, post o commento) rimane pressoché per sempre e che un'azione può dare luogo a conseguenze imprevedibili.
- Maturare la consapevolezza che la dipendenza dallo schermo è spesso il sintomo e non la causa di un malessere.

che occorre suggerire una semplice domanda, chiedere ai genitori se mai lascerebbero il proprio figlio in un luogo sconosciuto senza dare consigli per la sua sicurezza, perché è ciò che molto spesso accade. Fin dai primi anni di vita i bambini passano ore in luoghi digitali ma non virtuali, nei quali sono esposti a pericoli spesso ignoti agli adulti. Come aiutarli e proteggerli? Il primo passo è conoscere il mondo online, le sue immense opportunità, ma anche i suoi rischi: cyberbullismo, adescamento, *challenge*, dipendenze tecnologiche, esposizione a eventi pericolosi, esposizione a materiali pericolosi, profilazione e frodi, *sexting*, ne sono un esempio, e quindi stabilire regole chiare, così come si farebbe normalmente per tutti i luoghi.

Bibliografia essenziale

Briscioni V, Ugo E, Toffol G. Nativi digitali e uso del cellulare: indagine sulle modalità di utilizzo condotta in due scuole secondarie di 1° grado. *Quaderni ACP* 2015;6:276-281.

CENSIS. Quarto Rapporto Auditel Censis. 19 novembre 2021. Disponibile online: <https://www.censis.it/> (accesso 19 luglio 2022).

Hong W, Liu RD, Ding Y, et al. Parents' Phubbing and Problematic Mobile Phone Use: The Roles of the Parent-Child Relationship and Children's Self-Esteem. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2019;22:779-786.

Mascheroni G, Ólafsson K. *Net Children Go Mobile: il report italiano*. Milano: OssCom, Università Cattolica del Sacro Cuore 2015.

Prensky, Marc. *From Digital Natives to Digital Wisdom: Hopeful Essays for 21st Century Learning*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press; 2012.

Schurjin O' Keeffe G, Clarke-Pearson K. The Impact of Social Media on Children, Adolescents, and Families. *Pediatrics* 2011;127:800-804.

Sohn SY, Rees P, Wildridge B, et al. Prevalence of problematic smartphone usage and associated mental health outcomes amongst children and young people: a systematic review, meta-analysis and GRADE of the evidence. *BMC Psychiatry* 2019;19:356.

Spina G, Bozzola E, Ferrara P, et al. Percezione dei bambini e degli adolescenti sulle conseguenze dell'uso dei dispositivi multimediali. *Int J Ambiente Ris Salute Pubblica* 2021;18:3048.

www.zhaw.ch/psychologie

ilmedicopediatra 2023;32(2):12-18;
doi: 10.36179/2611-5212-2023-8

Il Pediatra di famiglia e i disordini posturali

Alessandro Ballestrazzi

Responsabile Editoriale de Il Medico Pediatra

Introduzione

La valutazione della postura rappresenta un aspetto importante di ogni bilancio di salute, in particolar modo di quelli relativi all'età scolare, l'età in cui – per una convergenza di cause – si rendono evidenti le più comuni anomalie posturali, spesso notate anche dalle famiglie.

Quante volte, infatti, sentiamo nei nostri ambulatori frasi come: "Dottore, glielo dica lei di non stare sempre stravaccato davanti al computer" o "Dottore, mi fa un certificato perché a scuola mio figlio possa prendere l'ascensore con quello zaino così pesante?".

È quindi importante che il Pediatra di famiglia dedichi alcuni minuti della visita a una valutazione della postura allo scopo di individuare precocemente i principali disordini posturali con l'obiettivo, quando necessario, di inviare i pazienti al secondo livello con la consapevolezza che la precocità della diagnosi può realmente fare la differenza per gli esiti a distanza di questi disordini.

Epidemiologia delle anomalie posturali

Vi è una relativa scarsità di studi epidemiologici sull'argomento, spesso molto settoriali, e inoltre molti dati provengono da inchieste sui media.

Da questo punto di vista, le Linee Guida (LG) Ministeriali del 2017 recitano: *Per quanto riguarda la prevalenza delle disfunzioni posturali, è difficile averne contezza, poiché le variabili sono molte e i campioni di popolazione presi in esame nei vari studi sono sempre diversi e, spesso, poco rappresentativi.* In effetti, al momento della stesura di questo articolo, una ricerca in Pubmed utilizzando come parole chiave *Children and Postural Disorders and Prevalence* ha fornito 202 risultati, estremamente eterogenei e comprendenti item sull'ipotensione ortostatica o sui rischi occupazionali.

Postura: una definizione

Le LG Ministeriali del 2017 forniscono la seguente definizione di postura: La postura rappresenta la posizione assunta dalle varie parti del

Corrispondenza

Alessandro Ballestrazzi
alessandroballestrazzi@gmail.com

Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi

How to cite this article: Ballestrazzi A. Il Pediatra di famiglia e i disordini posturali. Il Medico Pediatra 2023;32(2):12-18. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2023-8>

© 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>

corpo le une rispetto alle altre e rispetto all'ambiente circostante e al sistema di riferimento del campo gravitazionale.

La postura in equilibrio ideale (postura standard) è quella che consente la massima efficacia del gesto in assenza di dolore e nella massima economia energetica: tutte le forze che agiscono sul corpo sono bilanciate e, quindi, lo stesso rimane nella posizione di equilibrio statico oppure è in grado di eseguire, in equilibrio dinamico, un movimento finalizzato.

Nella postura standard:

- la testa è eretta in posizione ben equilibrata con il piano occipitale parallelo al pavimento e il piano bipupillare parallelo all'orizzonte, in modo che sia minima la tensione a carico dei muscoli del collo;
- la colonna vertebrale presenta curve fisiologiche;
- le ossa degli arti inferiori hanno un allineamento ideale per il sostegno del peso;
- il torace e la regione dorsale si trovano in una posizione che favorisce la funzione ottimale degli organi della respirazione;
- la posizione "neutra" del bacino suggerisce il buon allineamento dell'addome, del tronco e degli arti inferiori.

Evoluzione dei sistemi di controllo posturale: il sistema vestibolare

Il principale sistema di controllo della postura è rappresentato dal sistema vestibolare. Flourens nel 1824 fu il primo a condurre studi comportamentali sistematici sul sistema vestibolare. Egli scoprì che l'interruzione di specifici canali semicirculari in differenti specie di vertebrati, compresi piccioni e conigli, causava anomalie dell'equilibrio, della locomozione e dei movimenti della testa. Tuttavia, fu solo alla fine del XIX secolo che ci si rese conto che il sistema vestibolare era anatomicamente e funzionalmente distinto dal sistema uditivo. Gli studi hanno inoltre dimostrato che le caratteristiche strutturali e funzionali del sistema vestibolare sono marcatamente conservati attraverso tutta la filogenesi dei vertebrati. Nei pesci, nelle larve degli anfibi e in certi anfibi adulti è presente la linea laterale, un organo in

grado di percepire le vibrazioni dell'acqua e anche di dare informazioni sulla posizione nello spazio. Le cellule di questo organo, i neuromasti, sono simili alle cellule dell'apparato vestibolare e hanno probabilmente la stessa origine evolutiva. Nei rettili, negli uccelli e nei mammiferi, l'organo vestibolare assume l'aspetto che conosciamo (Fig. 1).

Il sistema vestibolare investe continuamente il cervello con messaggi diversi da altri che conosciamo. Si tratta di messaggi che riguardano le accelerazioni dei segmenti corporei, di come la testa ruota e si sposta e si orienta nello spazio. È un flusso che non si interrompe mai e che non può essere interrotto. Anche quando il corpo è completamente fermo, il sistema vestibolare segnala la persistente spinta della forza di gravità. Per questi motivi, il sistema vestibolare – un vero senso a sé stante – è diverso dagli altri sensi che conosciamo. Non si associa a una sensazione cosciente, evidente e prontamente riconoscibile e localizzabile e quindi è un senso per così dire silenzioso. Per elaborare tale flusso costante di messaggi al sistema nervoso centrale il sistema vestibolare stabilisce connessioni con:

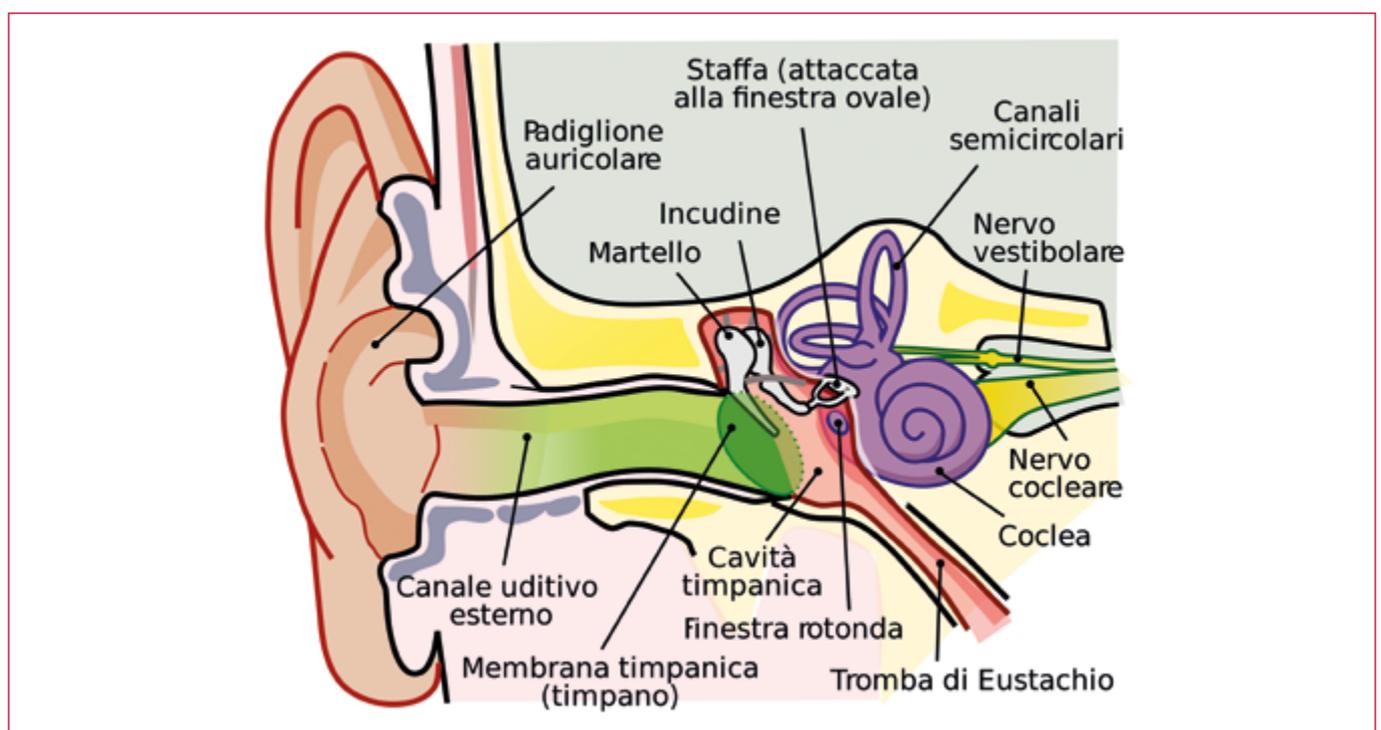
- cervelletto;
- corteccia cerebrale;
- occhi e muscoli oculari;
- muscolatura cervicale;
- midollo spinale.

Al sistema vestibolare giungono così informazioni da diversi sistemi percettivi che in questo modo concorrono al mantenimento dell'equilibrio e della postura in relazione alla forza di gravità. Tali sistemi percettivi possono essere schematizzati nel modo seguente:

- sistema (archo)proprio-cettivo:
 - diffusione capillare in periferia (tutti i distretti muscolo-tendinei-articolari);
 - diffusione rapida degli impulsi (80-120 m/sec) a livello spinale e tronco-encefalico;
 - coinvolto anche nella risposta efferente (modulazione fine del movimento a livello dei fusi neuromuscolari);

FIGURA 1.

Il sistema vestibolare (Fonte: Di Chittka L, Brockmann modified by dan1gia2 - File: Anatomy of the Human Ear.svg, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=29720087>).



- sistema visivo:
 - “ancora” il corpo a punti di fissazione migliorando la precisione del controllo posturale;
 - le oscillazioni latero-laterali o antero-posteriori della testa comportano microspostamenti delle immagini dell’ambiente (immobile) sulla retina;
 - il sistema visivo rileva tali microspostamenti e attiva gli aggiustamenti posturali per riportare l’immagine nella posizione di partenza.

Si può quindi affermare che il sistema visivo rappresenta un “recettore” o una “entrata” posturale ovvero una parte del corpo di cui il sistema nervoso si serve per assumere informazioni e condizionare il tono muscolare corporeo e quindi la postura.

Da un punto di vista embriologico, le prime terminazioni nervose somestetiche appaiono intorno alle 7 settimane di vita intrauterina nell’area della bocca e

successivamente si differenziano i corpuscoli di Pacini e di Meissner. Nel frattempo compaiono le prime terminazioni propriocettive nei fasci neuromuscolari, mentre gli organi del Golgi nelle articolazioni compaiono successivamente alle precedenti. Sempre nello stesso periodo si forma il sistema vestibolare e le connessioni tra nervo vestibolare e strutture recettrici sono già operanti alla 9^a settimana.

I tre sistemi citati si sviluppano di pari passo e in modo complementare per consentire al feto la percezione dei movimenti del liquido amniotico permettendogli un feedback della sua stessa attività motoria e anche delle variazioni nello spazio del corpo materno.

Da questi brevi considerazioni si può quindi concludere che la valutazione dei disordini posturali per la complessità delle funzioni strutturali e fisiologiche coinvolte richiede un approccio multidisciplinare. Ne deriva anche che la postura può essere definita anche come

una risposta integrata del corpo nelle sue manifestazioni statiche e cinetiche rispetto alla forza di gravità.

Interazione tra i diversi sistemi (Fig. 2)

I disturbi posturali

La reazione antigravitazionale deve essere economica, efficiente e confortevole. Se tale reazione è inadeguata si instaura un'alterazione posturale (compenso). Occorre a questo punto introdurre il concetto di catena lesionale:

- l'alterato equilibrio posturale determina una "catena lesionale" con la conseguenza che le strutture osteo-mio fasciali, attraverso il gioco dei compensi, organizzano una serie di adattamenti che a seconda dell'origine partono dal basso verso l'alto o viceversa;
- la caratteristica della catena lesionale è quella di agire a distanza;
- per catena lesionale che parte dal basso "catena ascendente", si intende quel tipo di alterazione posturale che prende origine da una disfunzione

dell'appoggio podalico della zona sacro-iliaca e del rachide;

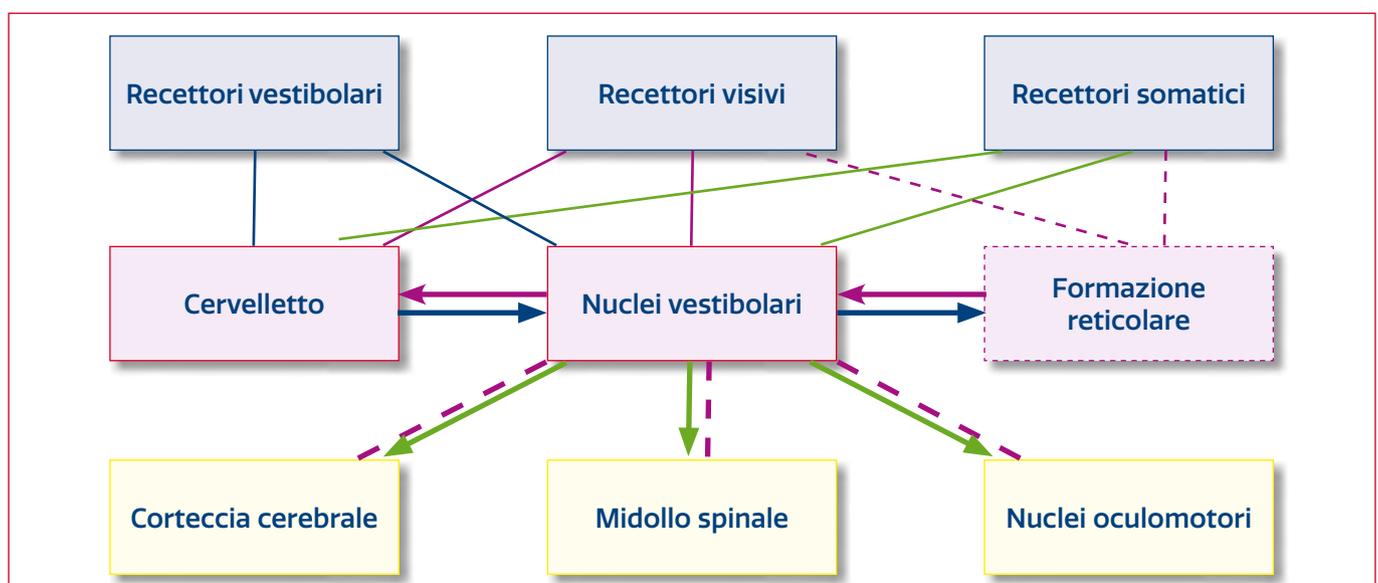
- la "catena discendente", è al contrario una catena lesionale che parte dall'alto che origina da un'alterazione dell'organo vestibolo-uditivo, visivo-occlusale (apparato stomatognatico).

Esame corretto della postura

Il soggetto deve essere esaminato nella sua globalità e non limitandosi alla zona dove è presente un'eventuale patologia dolorosa. Occorre tenere in considerazione i rapporti esistenti tra le parti del corpo, per esempio tra un arto e il suo omologo controlaterale; per il tronco, i rapporti esistenti tra cingolo scapolare e bacino. Il soggetto deve essere in posizione neutra, cioè eretta con i piedi leggermente divaricati (distanti circa 10 cm) con gli arti inferiori che cadono lungo i fianchi e accostati al tronco, le palme delle mani in supinazione, le spalle e il bacino paralleli tra loro. In questo modo, il corpo così orientato è il primo riferimento che permette di esprimere in gradi la posizione assunta dal segmento preso in esame nei diversi piani

FIGURA 2.

Interazione tra i diversi sistemi vestibolare.



dello spazio rispetto alla posizione neutra iniziale detta 'punto zero'.

Occorre tenere presente che certe alterazioni sono in realtà compensi che potrebbero indurre in errori di valutazione, per esempio una iperlordosi lombare può mascherare una flessione obbligata dell'anca. Ricercare, sempre in posizione neutra, tutte le asimmetrie nei diversi piani dello spazio.

Le principali alterazioni posturali dell'infanzia

- Spalle curve.
- Scoliosi.
- Anche se la scoliosi è una vera e propria patologia del rachide, nelle fasi iniziali può essere confusa con un semplice paramorfismo. Occorre quindi valutare di routine durante qualunque visita di controllo in età evolutiva la presenza di:
 - curvatura della linea risultante dall'unione delle apofisi spinose
 - slivellamento del parallelismo tra le due linee che uniscono le spalle e le creste iliache;
 - asimmetria dei "triangoli della taglia";
 - nelle femmine asimmetria delle mammelle;
 - eventuale accenno o presenza di gibbo (apprezzabile anche in fase molto iniziale);
 - in bending anteriore si valuta la correggibilità o meno della curva e la persistenza del gibbo;
 - in bending laterale si valuta la presenza di rigidità della colonna.

Un aspetto della massima importanza è la differenziazione tra scoliosi vera e paramorfismo, chiamato spesso impropriamente atteggiamento scoliotico. Pedriolle definì per primo la scoliosi come 'una curva che si sviluppa nello spazio ... dovuta a un movimento di torsione generalizzato a tutto il rachide'. La scoliosi è quindi una deformità tridimensionale e quindi permanente a eziopatogenesi multipla.

La scoliosi vera è pertanto un dismorfismo del rachide. Il cosiddetto 'atteggiamento scoliotico' è invece un semplice paramorfismo, senza alterazioni strutturali della colonna, ed è visibile solo quando la

colonna è sotto carico, cioè in funzione. In bending anteriore la curvatura scompare.

- Ipercifosi.
 - Esistono cifosi posturali (più frequenti in età prepuberale e puberale) che devono essere differenziate dalle cifosi congenite, dalle cifosi idiopatiche e dalle cifosi da osteocondrosi (morbo di Scheuermann).
- Iperlordosi.
 - Si definisce iperlordosi lombare l'accentuazione della normale curvatura fisiologica del rachide lombare e come nell'ipercifosi dorsale si può presentare in modo diverso a seconda del tratto della curvatura coinvolto (a grande, medio e piccolo raggio):
 - accanto all'iperlordosi avremo quasi sempre una cifosi di compenso (cifolordosi), entrambe le curvature coinvolte manterranno però la propria localizzazione.
 - Come la cifosi anche la lordosi può presentarsi in un quadro clinico e radiografico:
 - senza danni anatomici (paramorfismo);
 - con danni anatomici.
 - Nel primo caso si può parlare di atteggiamento lordotico, reversibile; nel secondo caso il difetto non è correggibile, il tratto interessato è rigido.
 - Nell'età dell'accrescimento l'eccessiva curvatura lordotica è spesso un semplice atteggiamento (non rigido) facilmente correggibile.
 - Anche in questo caso le cause sono riconducibili a una insufficienza dell'apparato muscolo-legamentoso ma possono concorrere anche aspetti di tipo psico-motorio
- Piede piatto.
 - Il piede è una struttura (organo) importantissima che svolge funzioni fondamentali nell'economia del nostro organismo.
 - L'importanza dell'appoggio plantare nell'organizzazione posturale dell'uomo è ormai nota.
 - Gli esterocettori deputati a ricevere informazioni dal mondo estero sono occhi, orecchie, mandibola e piede. La pianta del piede è quindi uno dei 4 esterocettori primari posturali.

- Il piede non è solo uno strumento di propulsione per il passo, è anche un "organo di senso": a ogni passo il piede appoggia al suolo tutta la pianta e per un breve momento rilascia per meglio aderire e raccogliere le informazioni tattili dal terreno, quindi in base alle percezioni raccolte, durezza e asperità del suolo, si irrigidisce e si trasforma in una leva, la quale spinge e fa avanzare il passo.
- Questo lavoro di elaborazione, di informazione e di attivazione dei muscoli del piede, viene però ridotta considerevolmente dalla suola delle scarpe. Pertanto, l'uso di scarpe inadatte ha ripercussioni importanti sulla postura.
- È quindi importante distinguere i piattismi funzionali legati a lassità muscolo-legamentosa o che rappresentano un compenso ad altri disturbi posturali dai piattismi veri che rappresentano vere deformità anatomiche del piede.

Apparato stomatognatico e sistema tonico-posturale: esiste un sistema cranio-vertebrale?

Un aspetto molto dibattuto è la relazione tra apparato stomatognatico e sistema tonico-posturale. È noto che le tappe del lungo percorso filogenetico dell'uomo sembrano riprodursi a grande velocità nei primi anni di vita dei bambini. Ai cambiamenti della morfologia del cranio e della faccia corrisponde un cambiamento parallelo della colonna vertebrale (così come accade per il piede) e quindi della postura. Deglutizione, masticazione, equilibrio occlusale, esteroproprioccezione del piede e quindi la postura giungono contemporaneamente a completa maturazione a circa 6 anni, infatti, con la comparsa dei primi molari.

L'apparato stomatognatico, al pari del piede, rappresenta un punto di unione tra le catene muscolari anteriori e posteriori all'interno del sistema miofasciale. Da

FIGURA 3.
Sinossi delle raccomandazioni delle LG ministeriali (2017).

Raccomandazione 1	<i>La valutazione dell'allineamento posturale deve prevedere uno standard di posizione.</i>	Forza della raccomandazione: A Grado dell'evidenza: I
Raccomandazione 2	<i>La diagnosi clinica di una disfunzione posturale richiede la valutazione dell'allineamento tra cranio e segmenti corporei e di questi tra loro nonché la palpazione di specifici distretti muscolari e punti di emergenza nervosa.</i>	Forza della raccomandazione: A Grado dell'evidenza: I
Raccomandazione 3	<i>La diagnosi di disfunzione posturale necessita oltreché di valutazioni cliniche anche di specifiche indagini strumentali per identificarne la natura e l'entità.</i>	Forza della raccomandazione: A Grado dell'evidenza: VI
Raccomandazione 4	<i>L'esame clinico di un disturbo posturale deve prevedere un percorso in senso cranio-caudale.</i>	Forza della raccomandazione: A Grado dell'evidenza: I
Raccomandazione 5	<i>Al fine di conseguire un miglioramento dello stato di salute dell'individuo si deve prevedere non solo il trattamento degli aspetti sintomatici del soma, ma anche quello delle condizioni causali, tenuto conto della correlazione cranio-caudale.</i>	Forza della raccomandazione: A Grado dell'evidenza: I

sottolineare il ruolo di “perno” strutturale e funzionale svolto dall’osso ioide.

In odontoiatria, la diagnosi ortodontica classifica i pazienti distinguendo, sul piano sagittale, una normo-occlusione da tre modelli occlusali patologici: le malocclusioni di I, II e III classe. Uno studio condotto su pazienti in età pediatrica mette in relazione i vari tipi di malocclusione con atteggiamenti posturali diversi del rachide cervicale. In un modello animale (ratto) si è potuto stabilire che la malocclusione sperimentalmente indotta è in grado, in breve tempo, di alterare le curvature della colonna determinando un atteggiamento scoliotico. Questa relazione è presumibilmente valida per tutti i vertebrati.

Conclusioni

Le alterazioni posturali dell’età evolutiva sono frequenti ma vi è scarsità di dati epidemiologici e questo rende talvolta difficoltosa l’inquadramento delle diverse forme. Pertanto, il ruolo del pediatra di famiglia è fondamentale nella diagnosi precoce delle alterazioni posturali ma occorre tener presente che è necessario un approccio multidisciplinare e non strettamente setto-

riale che tenga conto della complessità dei quadri e della complessa interrelazione tra diversi apparati e sistemi. Per questo motivo, una valutazione della postura deve essere parte integrante della visita ambulatoriale in particolare durante l’età scolare e adolescenziale.

Bibliografia

- 1 Day BL, Fitzpatrick RC. The vestibular system. *Curr Biol* 2005;15:R583-R586. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2005.07.053>.
- 2 Silvestrini-Biavati A, Migliorati M, Demarzioni E, et al. Clinical association between teeth malocclusions, wrong posture and ocular convergence disorders: an epidemiological investigation on primary school children. *BMC Pediatr* 2013;13:12. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-12>
- 3 Flourens PP. Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux, dans les animaux vertébrés. Paris: Crevot 1824.
- 4 Ministero della Salute. Linee guida nazionali sulla classificazione, inquadramento e misurazione della postura e delle relative disfunzioni - 2017.
- 5 Straka H, Zwergal A, Cullen KE. Vestibular animal models: contributions to understanding physiology and disease. *J Neurol* 2016;263(Suppl 1):S10-S23. <https://doi.org/10.1007/s00415-015-7909-y>
- 6 Rajendran V, Roy FG. An overview of motor skill performance and balance in hearing impaired children. *Ital J Pediatr* 2011;37:33. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-37-33>
- 7 Westcott SL, Lowes LP, Richardson PK. Evaluation of postural stability in children: current theories and assessment tools. *Phys Ther* 1997;77:629-645. <https://doi.org/10.1093/ptj/77.6.629>.
- 8 Whitfield TT. Development of the inner ear. *Curr Opin Genet Dev* 2015;32:112-8. <https://doi.org/10.1016/j.gde.2015.02.006>.

ilmedicopediatra 2023;32(2):19-22;
doi: 10.36179/2611-5212-2023-9

Arriva l'estate: una guida alla fotoprotezione

Giuseppe Ruggiero

Referente Nazionale Area Dermatologia della FIMP

Arriva l'estate e con la fine della scuola arrivano le prime settimane di vacanze estive. E immancabilmente iniziamo a progettare la partenza per il mare, la meta più battuta e sicuramente più amata delle nostre vacanze. Per i bambini, tuttavia, la vita da spiaggia nella mente di tante famiglie nasconde qualche piccola insidia: una su tutte è l'azione dei raggi solari sulla pelle. Alcuni genitori, talvolta, vivono questo aspetto con estrema apprensione ed ecco perché occorre chiarire certi punti e, perché no, sfatare anche qualche luogo comune. Infatti, se è vero che bisogna prestare particolare attenzione al sole, è altrettanto vero che scendere nell'eccesso opposto non è dopo tutto così utile.

A fronte dell'innegabile benessere psicofisico che la luce solare fornisce agli esseri umani, esistono rischi per la salute dei bambini e degli adolescenti in funzione però sia della qualità e quantità di radiazione solare assorbita e sia dello stretto rapporto con l'efficienza delle difese naturali individuali nei confronti del sole (il cosiddetto "fototipo"). In poche parole si potrebbe dire che il sole è essenziale per la vita ma che l'abuso del sole può essere pericoloso per la salute.

Corrispondenza

Giuseppe Ruggiero
ruggiero.04@libero.it

Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Ruggiero G. Arriva l'estate: una guida alla fotoprotezione. Il Medico Pediatra 2023;32(2):19-22. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2023-9>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatrici



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>

I rischi che si corrono per un'eccessiva esposizione: quali sono?

La sovraesposizione alla luce solare, specialmente durante l'infanzia, è un fattore di rischio per alcuni tumori della pelle. Infatti, i raggi UV sono ritenuti responsabili di ustioni della pelle, della riduzione dell'efficacia del sistema immunitario e della accelerazione dell'invecchiamento della pelle.

Ma la corretta esposizione al sole determina anche dei vantaggi? E quali?

La corretta esposizione alla luce solare permette un miglioramento di alcune dermatiti, ad esempio:

- dermatite atopica. Si osserva una riduzione dello Scorad (un metodo validato internazionalmente che valuta la severità della malattia) dopo 2 settimane di soggiorno ed esposizione al sole;
- psoriasi. I vantaggi sono evidenti dopo 2 settimane e gli effetti positivi perdurano fino a 4-8 settimane dopo il soggiorno.

Inoltre, l'esposizione alla luce solare permette alla cute di produrre la vitamina D, necessaria per l'assorbimento del calcio contenuto negli alimenti e per tante altre cose, tra cui il corretto sviluppo e funzionamento del sistema immunitario.

Quanto è importante difendere il bambino dai raggi solari?

Possiamo godere del sole in modo sicuro a patto di prendere alcune precauzioni. Di seguito alcune considerazioni:

- **Protegersi con indumenti (cappello, magliette, ecc.):**
 - il materiale dall'ordito fitto protegge meglio di quello trasparente
 - vestiti ampi e scuri proteggono meglio di quelli aderenti e chiari
 - le fibre sintetiche (poliestere) proteggono meglio delle fibre naturali (cotone o lino)
 - il tessuto bagnato offre minore protezione di quello asciutto.
- **Protegersi con gli occhiali:** Gli occhiali da sole sono molto più di un accessorio di moda: l'Unione Europea li ha classificati come "Dispositivo di protezione individuale" (Direttiva 89/686/CEE).
- **Utilizzare un ombrellone o un sistema ombrante ed evitare le ore in cui la luce solare è particolarmente intensa quando si deve stare per molte ore al sole (spiaggia, montagna, ecc.) e porre attenzione anche a diverse variabili ambientali:**
 - lo spettro e l'intensità dei raggi ultravioletti (RUV) dipende dalla latitudine e dalla longitudine (una cosa è prendere il sole a Oslo e un'altra è prenderlo al Cairo); inoltre, la massima irradiazione è raggiunta a mezzogiorno e mentre gli UVA seguono le varia-

zioni della luce visibile per gli UVB l'irradiazione massima è allo zenit;

- nuvolosità: l'irradiazione è ridotta solo del 20% dalla nuvolosità per cui il sole si prende anche se ci sono le nuvole. Sono i raggi infrarossi (quelli che ci danno calore) che vengono schermati dalle nuvole;
- fattori ambientali:
 - presenza dei vetri: solo gli UVB non attraversano i vetri;
 - la schiuma del mare riflette il 25% dei RUV, mentre la sabbia asciutta il 15%;
 - l'acqua: il 60% degli UVB e l'85% degli UVA penetrano nell'acqua fino a 50 cm di profondità;
 - l'altitudine: ogni 300 metri di dislivello l'intensità dei RUV aumenta del 3-5% e la neve riflette l'80% dei RUV.



Quante ore si può rimanere esposti al sole?

Non esiste un tempo prestabilito di ore in cui ci si può tranquillamente esporre al sole. L'esposizione al sole deve essere graduale e tale gradualità è necessaria alla pelle per avere il tempo di sviluppare sistemi di difesa. Il migliore sistema di difesa della pelle è la pigmentazione, dovuta alla capacità di produzione di melanina. Il nuovo pigmento sintetizzato compare dopo 3-5 giorni dall'esposizione con un picco massimo a una settimana.

Come capire il tipo di pelle del bambino? A chi ci si rivolgere per scoprirlo?

La pigmentazione costituzionale e la capacità di pigmentazione fotoindotta sono elementi essenziali nella sensibilità nei confronti dei RUV; per questo motivo è stato formulato il concetto di Fototipo.

Il fototipo dipende dal colore degli occhi, dal colore dei capelli, dal colore della pelle e dalla reazione della pelle all'esposizione al sole. È geneticamente determinato, può essere determinato da ogni pediatra e non sono necessari test per calcolarlo.

Creme protettive: sì o no?

Sicuramente sì, tenendo presente che la protezione solare deve evitare scottature ed evitare gli effetti deleteri dei RUV.

Anche per le creme si devono tenere in considerazione alcuni fattori:

- Fattore di protezione solare.
- Livello di protezione UVA.
- Resistenza all'acqua.
- **SPF (Sun Protection Factor, fattore di protezione solare).** È la prima e più importante indicazione rivolta al consumatore; è indicato da un numero ma misura solo la protezione per gli UVB.
- **Protezione UVA: la protezione per gli UVA deve essere almeno 1/3 di quella per gli UVB.**
- **Resistenza all'acqua:** *Water Resistant* significa possibilità di 2 immersioni da 20 minuti con efficacia dell'SPF rimasto > 50%; *Very Water Resistant* significa la possibilità di 4 immersioni da 20 minuti con efficacia dell'SPF rimasto > 50%.

- Non esiste una sostanza universale in grado di coprire tutto lo spettro solare e non tutti i prodotti possono essere fotoprotettori (Regolamento CEE n° 1223/2009 del 30.11.2009).
- Schermo totale: il concetto di "schermo totale" o "protezione al 100%" non può esistere.
- Anche i prodotti che assicurano la protezione più alta del sole non possono garantire protezione completa contro i danni del sole.
- Durata di utilizzo di un prodotto una volta aperto: si deve controllare sull'imballaggio.
- Il PAO (*Period After Opening*) è indicata da un specifico simbolo: un vaso aperto con un numero seguito dalla lettera M (ad es. "12M" significa che, in condizioni di conservazione normale, siamo in grado di utilizzare in modo ottimale il prodotto per 12 mesi dopo la sua apertura).
- Requisiti minimi per una crema solare:
 - fornire una protezione equilibrata contro gli effetti dei raggi UVA e UVB;
 - la protezione UVA deve essere almeno 1/3 della protezione UVB;
 - fornire una protezione contro le scottature con almeno un fattore di protezione 6.

Ogni quanto riapplicare la crema?

Si raccomanda di riapplicare il prodotto regolarmente almeno ogni 2 ore e sempre dopo il nuoto, in caso di eccessiva sudorazione o dopo aver deterso la pelle con un panno.

Consigli pratici per una corretta esposizione al sole

- La pelle può essere esposta al sole per un certo periodo di tempo senza arrossarsi.
- La durata di questo tempo di autodifesa dipende dal tipo di pelle (fototipo).
- Trascorso tale tempo, la pelle richiede protezione e la fotoprotezione si attua mediante:
 - fotoprotezione naturale
 - fotoprotezione fisica
 - fotoprotezione esterna.

a) Fotoprotezione naturale: dipende dalla capacità personale di sintesi della melanina, dal proprio fototipo e dai meccanismi di autoriparazione della pelle

La fotoprotezione naturale è insufficiente se il tempo e la latitudine non è adeguata al soggetto, per la prevenzione di manifestazioni cutanee fotoindotte, dell'invecchiamento cutaneo e contro lo sviluppo dei tumori della pelle.

Allora si attua anche una fotoprotezione fisica:

b) Fotoprotezione fisica

- **L'ombra**: soprattutto per i bambini, è uno dei migliori metodi di fotoprotezione.
 - **Colore scuro degli indumenti**: protegge due volte più del colore chiaro dai RUV e dal Visibile.
 - **Tipo di tessuto**: tra un indumento in cotone (assorbimento massimo) e poliestere (un collant da donna in nylon o poliestere) il coefficiente di protezione varia da 2000 a 1.
 - **Indumento asciutto**: un indumento umido scherma meno i RUV rispetto a un indumento asciutto.
 - **Occhiali da sole con protezione UV 100%** (CE UV 100% o 100 UV 400 nm) sono protettivi.
- **Maglietta e cappello**: si raccomanda di indossarli ai bambini che stanno spesso all'aperto.
 - **Esposizione al sole a metà giornata**: evitare l'esposizione tra le 12 e le 16.

La foto protezione naturale è facilmente attuabile e ha un basso costo, ma l'efficacia è variabile e difficilmente quantificabile.

Allora si può passare alla **fotoprotezione esterna**: il **fotoprotettore deve essere scelto in base al fototipo, al tempo di esposizione, alla latitudine e al tipo di attività praticata al sole.**

- **Applicare il prodotto in dose abbondante** (2 mg / cm²: 30 ml per l'intero corpo di una persona adulta e almeno 30 minuti prima di esporsi al sole.
- **L'applicazione va ripetuta** almeno ogni 2 ore (riduzione per sudore, sfregamento, acqua).
- **Rinnovare l'applicazione** non prolunga l'esposizione, la mantiene semplicemente.
- **Applicare il prodotto su tutte le parti del corpo** esposte al sole
- **Usare fotoprotettori con indicazione anche per UVA.**

ilmedicopediatra 2023;32(2):23-28;
doi: 10.36179/2611-5212-2023-10

Medicina narrativa: tra storie, trame, punti di svolta e significati

Goffredo Parisi¹, Salvatore Vendemmia², Maria Vendemmia³

¹ Primario Emerito di Pediatria, Ospedale di Vasto;

² Primario Emerito di Pediatria, Ospedale di Aversa;

³ Terapia Intensiva Neonatale, Università di Napoli Federico II.

Summary

This work can be a valid stimulus and a useful guide to the pediatricians, a tool to bond with the patient and the family, providing adequate and reassuring responses, together with therapy. It is essential that the attending physician is able to recognize, understand and interpret the stories of patients to establish an intense, empathetic understanding with them. Storytelling can help solving a human problem, it can be considered a peculiar code, a “universal, transversal and transcultural” Human Metacode, that allows us to describe anything rather than only the problem that the man has lived and lives. A good disease narrative does not correlate strictly with scientific accuracy, but it certainly serves to convey something of the human condition through a call to emotions. The shift from a biomedical model to a psychosocial one can be difficult, because it requires a demanding decision-making, introspective and volitional moment that corresponds to a radical change of course. It is, however, fundamental to allow the health care to build a model and a new narrative and communicative path: a procedure aimed to achieve a full patient-family integration and medical-system. These behaviours of health care providers are radically contributing to create a “cultural and professional transition” in doctor-patient relationships, increasingly oriented towards a true “personalized medicine”.

Definizione

Nel parlare comune, narrare vuol dire raccontare, esporre un fatto o una serie di fatti, reali o fantastici, seguendo un determinato ordine nella rievocazione e la ricerca delle cause”¹. Secondo Hayden White, 1981²:...“lungi dal rappresentare un problema, la narrazione può essere la soluzione di un problema di interesse umano

Corrispondenza

Goffredo Parisi
goffredoparis@gmail.com

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Parisi G, Vendemmia S, Vendemmia M. Medicina narrativa: tra storie, trame, punti di svolta e significati. Il Medico Pediatra 2023;32(2):23-28. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2023-10>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatrici



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>

generale, cioè di come tradurre il sapere in dire, ovvero di trasformare l'esperienza umana in modelli di significato che siano generalmente umani più che specificamente culturali". La narrazione cioè, lungi dall'essere un codice tra gli altri che la cultura utilizza per conferire significati all'esperienza, è un codice particolare, un "metacodice umano universale, trasversale e transculturale", che permette di descrivere non il fatto ma l'esperienza del fatto che ne fa l'uomo, all'interno di messaggi riguardanti la natura di una realtà condivisa. Se l'atteggiamento mentale del medico è basato sulla narrazione, il colloquio si apre alla medicina narrativa.

Radici della narrazione in medicina

Storia clinica "classica", narrazione del paziente della sua esperienza di malattia ma che il medico "governa, rendendola piatta e priva di metafore" (K.M. Hunter)³, al fine di porre ipotesi diagnostiche ampie e variate. Storia della medicina dalla parte dell'lo biomedico ("quello che il medico pensa", storia o voce della medicina, secondo Mishler⁴, che poggia sull'anamnesi tradizionale e si muove all'interno di una cornice rigorosamente clinica).

Storia narrativa, resa tale dall'aver il medico acquisito competenze narrative e il paziente incoraggiato a ravvivare la storia clinica classica con emozioni, sentimento e libertà di esprimersi.

Narrazione dalla parte del malato, storia della vita: "quello che il malato vive", voce della vita⁴ e, al meglio, storia "della relazione terapeutica". In sostanza, narrazione del malato + narrazione che medico e paziente costruiscono insieme e co-narrano.

Perché tale cooperazione possa efficacemente realizzarsi sono necessari tre tipi di competenze: **narrative**, **comunicative** e **normative**⁵.

Competenza normativa: tale competenza è dipendente e derivante dalla capacità di svolgere determinati compiti, di rispettare un ordine morale nel farlo e comprendere e accettare (o no) le regole in base alle quali gli altri ci giudicano e ci spingono ad agire in conformità a esse. Cioè è in sostanza la competen-

za normativa è interpersonale e non un'abilità situata nell'individuo⁶.

Cos'è veramente medicina narrativa? Tre pareri importanti

1. La medicina narrativa è un atteggiamento mentale attivo da parte del medico (in parte naturale e spontaneo, in parte costruito, esercitato e allenato costantemente), che richiede le abilità necessarie per ascoltare le narrazioni della malattia, per capirne il significato, per interpretare queste storie in modo ampio e accurato, per cogliere il contesto dei pazienti in tutta la loro complessità. Sono queste le abilità narrative, in quanto rendono una persona capace di recepire e di capire le storie che un altro racconta. Solo quando il medico comprende in qualche modo ciò che sta passando il suo o la sua paziente, l'intervento medico può procedere con umiltà, fiducia e rispetto. Col termine di medicina narrativa intendo la medicina praticata mediante queste abilità narrative che permettono di assorbire, interpretare ed essere commossi dalle storie della malattia⁷.

2. Le storie servono a riparare il danno che la malattia ha provocato nella persona malata; la malattia infatti pregiudica il senso che essa ha della propria collocazione nella vita e della direzione verso cui sta andando. Le storie sono un modo di ridisegnare le mappe e di trovare nuove destinazioni. I pazienti devono imparare a "pensare in modo diverso" e le narrazioni, orali o scritte, li possono aiutare a mettere ordine nel caos⁸. Alla domanda rivolta alla Charon da Jerome Bruner (2002) su cosa fosse la medicina narrativa, ella risponde: "La tua responsabilità è ascoltare quel che ha da dire il paziente e dopo pensare al da farsi in proposito. Dopo tutto, di chi è la vita, tua o sua?". Commenta Bruner: "Il programma di medicina narrativa ha già cominciato a ridurre le morti dovute a incompetenze narrative nel Collegio dei Medici e Chirurghi".

In definitiva... Medicina narrativa: non disciplina né manuale di tecniche da applicare in tutti i casi ma

mappa di primo livello, alla scoperta di un territorio vasto, inesplorato, cangiante: il mondo dell'altro, del paziente, alla scoperta riscoperta e rivalutazione di un universo di simboli e significati che definisce l'identità e la cultura del malato e dei suoi sistemi di riferimento. Esplorare il mondo dell'altro spetta al medico e ciò coincide con l'autorità dello stesso, riconosciuta per scelta e mandato individuale e di ruolo ma ormai non più sufficiente a indirizzare quel particolare rapporto sia sul piano contrattuale che etico nello spazio obbligato della parità, reciprocità, negoziazione, cooperazione. Tale compito spetta alla **relazione terapeutica**, una vicenda dialogica, comunicativa, di elevata qualità che poggia – come si è detto – sul possesso di competenze comunicative (*counselling skill*) e narrative (*storyteller skill*). La relazione tra esseri umani consiste – oltre che nelle buone intenzioni, lealtà e onestà condivise – in uno scambio di narrazioni ed è perciò fondamentale che il medico impari a “leggere” le narrazioni dell'altro e a scoprire il mondo di significati, di “punti di svolta” (*healings dramas*), di simboli, di miti, di convinzioni che fanno del paziente un'entità unica e irripetibile, con cui provare a scrivere una storia comune nel comune interesse. La relazione, come tutte le cose umane, non è però fissa e stabile ma variabile e oscillante, e questo porta a dover definire con precisione la c.d. “giusta distanza” rispetto alla relazione stessa e rispetto all'obiettivo: lo strumento che regola la giusta distanza è l'empatia, che Rizzolatti e Sinigaglia (2006) hanno individuato, da un punto di vista anatomico-funzionale, nei c.d. “neuroni a specchio”, presenti nella specie umana e nei primati superiori^{9,10}.

Principali cause della nascita e dello sviluppo della Narrative Based Medicine (NBM) (Mike Bury, sociologo, 2001)¹¹

- Primo fattore di natura epidemiologica e demografica.
- Secondo fattore: messa in discussione della centralità dell'ospedale, con spostamento di attenzione sul territorio e sui trattamenti domiciliari.
- Terzo fattore: messa in discussione dell'efficacia e

autorità della biomedicina.

- Quarto fattore: espansione dell'informazione su malattie e medicina.
- Quinto fattore: *empowerment* del paziente per effetto dell'ingresso in campo di una terza età variegata, fundamentalmente schierata a sua difesa.

Perché studiare la narrazione

Nel colloquio diagnostico, le narrazioni:

- costituiscono la forma entro cui i pazienti sperimentano e descrivono il proprio malessere;
- incoraggiano l'empatia e favoriscono la comprensione tra medico e paziente;
- permettono la costruzione di significati;
- forniscono utili indizi e classificazioni.

Nel processo terapeutico, le narrazioni:

- incoraggiano un approccio globale al trattamento;
- sono in se stesse terapeutiche o palliative;
- possono suggerire ulteriori opzioni terapeutiche.

Nell'educazione del paziente e dei professionisti, le narrazioni:

- vengono ricordate molto più facilmente;
- sono radicate nell'esperienza;
- potenziano la riflessione.

Nella ricerca, le narrazioni:

- costruiscono interventi centrati sul paziente;
- sfidano le idee ricevute;
- generano nuove ipotesi.

Le trame principali di Arthur Frank della narrazione in medicina, 1995⁸

1. Narrazioni del “come prima” o di recupero (*restitution narratives*). È la *restitutio ad integrum*, la storia con lieto fine dopo il viaggio, quella che C. Booker definisce “viaggio e ritorno”. Solo che, dal viaggio nella malattia il ritorno non è assicurato: il narratore ferito (*wounded storyteller*) può restare tale, a meno che una nuova narrazione, una “controstoria” nei confronti della trama principale immaginaria, non ripristini una “nuova” normalità.
2. Narrazione caotica. La storia è caotica nell'assen-

za di ordine narrativo, gli eventi sono "vissuti" più che detti o raccontati. Il narratore caotico non sperimenta gli eventi della vita reale in modo tale da riuscire a creare un ordine e una sequenzialità capaci di consentirgli di entrare in una relazione di cura: il caos, dice Frank, è un "buco nel discorso", una forma particolare di mutismo fatto di parole sempre più confuse e incomprensibili, un'antinarrazione in realtà che provoca negli altri uno spontaneo rigetto delle storie caotiche, che vengono spesso considerate come sintomo di depressione.

3. Narrazione di ricerca (*quest narrative*). La storia di ricerca è una storia di apprendimento: attraverso la ricerca e l'apprendimento, infatti, il narratore ferito diventa "un testimone" che ha vissuto e condivide con gli altri malati la sofferenza di cui è stato vittima, il "punto di svolta" della storia. L'esperienza acquisita diventa, come per Dante o Ulisse al termine del loro viaggio, l'inizio di una nuova storia, che non somiglierà a niente di già conosciuto.

Utilità pratiche della narrazione (T. Greenalgh, 2006)¹²

Una buona narrazione di malattia non ha a che fare con l'accuratezza scientifica ma serve a trasmettere qualcosa della condizione umana tramite un richiamo alle emozioni. Una buona narrazione di malattia ha aspetti letterari: è attraente sul piano estetico, coerente, credibile, riferibile, persuasiva e dotata di ordine morale. Ma essa ha anche una non trascurabile utilità pratica, che la rende preziosa nella relazione terapeutica:

- aiuta i pazienti a spiegarsi e a capire quel che sta a essi capitando;
- aiuta il medico a confrontare ciò che capita al paziente con le narrazioni scientifiche della malattia e con i protocolli terapeutici;
- aiuta a mettere in luce gli aspetti ignoti, le tensioni reali e le ambiguità morali con cui il paziente si deve confrontare;
- genera nuovi significati: la storia (ogni storia) con-

tribuisce a foggare il sé nei confronti della malattia stessa.

Caratteristiche fondamentali di un intervento di cura basato sulla relazione (M.C. Beach, 2006)

- La relazione in medicina deve includere oltre ai ruoli anche le persone.
- Le emozioni costituiscono un elemento importante delle relazioni di cura.
- Tutte le relazioni terapeutiche richiedono un contesto di reciprocità.
- La RCC (*Relationship Centered Care*) ha un fondamento etico (*Values Based Medicine*, medicina basata sui valori, oltre che sui fatti)¹³.

Intervento di cura centrato sul paziente: principali vantaggi (Balint, 1961 e 1975; Little, 2001)

- Esplorare l'esperienza della malattia.
- Comprendere la persona nella sua totalità (includere le emozioni) e il suo contesto.
- Trovare un terreno comune tra medico e paziente (*partnership*).
- Promuovere la salute.
- Potenziare la relazione tra medico e paziente (e i suoi familiari).

Differenze principali tra medico e paziente, tra malato e sano (R. Charon, 2006)

- Relazione con la mortalità.
- Contesto della malattia.
- Convinzioni inerenti alla causalità.
- Le emozioni.

Tabella I. Engel's critique of biomedicine¹⁴.

- Un'alterazione biochimica non si traduce direttamente in una malattia. L'espressione della malattia deriva dall'interazione di diversi fattori causali, compresi quelli a livello molecolare, individuale e sociale. Le alterazioni psicologiche possono manifestarsi come malattie che costituiscono problemi di salute, inclusi i correlati biochimici.
- La presenza di uno squilibrio biologico non evidenzia i sintomi del paziente, né interferisce con le abilità che il clinico deve avere per raccogliere informazioni ed elaborarle bene.

- Le variabili psico-sociali sono determinanti più importanti della suscettibilità, della gravità e del decorso della malattia rispetto a quelle che erano state precedentemente apprezzate da coloro che mantengono una visione bio-medica della malattia.
- L'essere malato non è necessariamente associato alla presenza di uno squilibrio biologico.
- Il successo dei trattamenti è influenzato da fattori psico-sociali (ad es. l'effetto placebo).
- Il rapporto paziente-medico influenza i risultati, anche solo per la sua influenza sull'aderenza alla terapia.

"The biopsychosocial Model 25 years later" ¹⁵

...Dopo 25 anni, F. Borrel-Cariò et al. rileggono e rianalizzano la "sodalità gentile" del nuovo modello di medicina preconizzato da G. Engel, riaffermandone l'intatto valore e attualità che "... non consiste nella scoperta di nuove leggi scientifiche, come l'espressione "nuovo paradigma" potrebbe suggerire, ma piuttosto nel governare un'equilibrata (*parsimonious*) applicazione delle conoscenze mediche alle necessità di ogni singolo paziente".

Tabella II. Glossario Scuola di Harvard (Kleinman, Good, Callahan).

Disease (patologia): si riferisce all'anormalità nella struttura o funzione di organi o dei sistemi di organi.

Illness (esperienza di malattia): si riferisce al significato che l'esperienza di sofferenza assume per chi la vive in prima persona. È il processo attraverso il quale la patologia entra nella coscienza individuale.

Sickness (relazioni sociali di malattia): processo di produzione sociale della patologia, ovvero la pratica che investe i segni comportamentali e biologici preoccupanti di significati socialmente riconoscibili. Possiamo altrimenti identificarla come il procedimento sociale di traduzione dei segni in sintomi.

Tabella III. Concetto di "narrazione in medicina" ¹⁶.

"Metacodice umano universale, trasversale e transculturale, capace di dare un significato agli eventi". Esso si avvale, come indicatore del viraggio già annunciato da A. Kleinmann, B. Good e D. Callahan, del fondamentale strumento delle *medical humanities*, termine-contenitore che comprende etica e bioetica, medicina legale, medicina narrativa, cultura della comunicazione, filosofia, storia, poesia, recitazione, musica e, in generale, le arti, sociologia, concetti di pedagogia ma anche *Pet therapy*, immaginazione, psicodramma, intensificarsi dei rapporti interpersonali, risata, umorismo, clown-terapia, musico-terapia, cinema-terapia. In sostanza, il mondo interiore e le dinamiche relazionali del paziente atte ad annunciare il declino dello storico rapporto duale medico-paziente, fine della dominanza medica, crisi del modello neo-positivistico della scienza e della scienza medica, ingresso di una variegata terzietà della società civile che introduce principi di giustizia a temperare quelli di beneficenza e di autonomia, con cui non di rado confligge. Questa "rivoluzione gentile", come è stata definita, ridisegna i limiti e confini e il significato di "relazione di cura", che modernamente abbraccia e definisce livelli diversi concettuali e applicativi, che vanno dall'"interessarsi a, al prendersi cura di, al prestar cura, al ricevere cura" (Carta di Ottawa, 1986) ¹⁷.

Tabella IV. Concetto di medicina e relazione di cura (Gadamer, 1994).

... Un medico che non sappia interagire con il paziente diminuisce e distorce il suo patrimonio culturale che, per quanto bene appreso sui libri (dove si definiscono le malattie), va messo a frutto nella pratica (dove esistono i malati e le persone nella loro individualità e diversità). Le capacità relazionali e comunicative della coppia medico-paziente costituiscono una premessa ineludibile all'esercizio dell'atto medico nell'interezza della dimensione professionale ed etica, e non semplice appendice di esso. Ciò implica la necessità di un passaggio da un paradigma puramente bio-medico a uno bio-psyco-sociale in cui, accanto a una malattia in senso biologico, trovino spazio l'essere umano malato e il suo ambiente" ^{18,19}.

Il paradigma assistenziale pediatrico: un modello fondato sulla relazione (Copenaghen, 2012)

Tale nuova relazione di cura attualmente è incentrata attorno a un nucleo di "specificità delle cure pediatriche", da un lato e di un modello *patient and family-centered care*, dall'altro. Elementi fondanti di tale moderna visione integrata culturale, epistemologica e operativa sono indicati dallo stesso *Institute for Patient and Family-Centered Care* ²⁰:

- ascolto o arte di ascoltare (ascolto attivo, gestione creativa dei conflitti, autoconsapevolezza emozionale: triangolo magico dell'arte di ascoltare) e il rispetto di ogni bambino e famiglia;
- flessibilità delle procedure e pratiche assistenziali, commisurate ai bisogni, convenienze e valori di ciascun bambino e della sua famiglia;
- offerta condivisa di informazioni complete, oneste e flessibili corrispondenti alle varie fasi del processo decisionale clinico;
- collaborazione col paziente e la sua famiglia nell'erogazione delle cure, nella progettazione dei luoghi di lavoro e nell'allestimento degli ambienti di accoglienza e cura;
- riconoscimento dei punti di forza e delle risorse di ciascun bambino e della sua famiglia per un coinvolgimento il più ampio possibile nelle scelte relative alla sua salute fisica, psichica e relazionale, ma anche alla realizzazione delle aspettative di vita e di futuro.

Conclusioni

La "Carta di Ottawa"¹⁷, chiaramente esplicitava il bisogno segnalato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Alma Ata 1978)²¹ di un nuovo concetto di salute, epocale cambio di paradigma, che esalta "il diritto di un individuo o di un gruppo di essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di vedere riconosciute e attualizzate le proprie potenzialità, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte". Lo *shift* dal modello bio-medico a quello bio-psico sociale, sia in Medicina che in Pediatria, può essere un'impresa ardua, sia perché richiede un momento introiettivo, volizionale, decisionale che corrisponde a un "cambio di rotta" radicale sul piano prima epistemologico-identitario (*attitude e behaviour*) poi di *training* di tecniche e comportamenti (*skill*) appresi e coltivati, sia perché mobilita virtù antiche e disposizioni nuove, con grado diverso di attivabilità anche a livello individuale e ambientale. L'atteggiamento mentale del medico, l'affinamento percettivo-cognitivo, le capacità relazionali, l'attitudine dialogica, l'abilità di counselling, oltre che su una buona dose di pazienza e umiltà, indispensabili per ogni azione multidisciplinare e/o di *team*, poggiano sulla capacità del professionista sanitario di costruirsi su un modello/percorso narrativo e comunicativo nuovo, finalizzato a realizzare la più piena integrazione paziente-famiglia-medico-sistema. La medicina narrativa (e, più in generale, l'adozione delle *medical humanities*) possono fungere da proficuo necessario viatico all'uopo, assieme ai principi-guida della citata *patient and family-centered care*^{20,22}.

Bibliografia

- 1 Vocabolario della lingua italiana di Nicola Zingarelli. Dodicesima edizione a cura di Miro Dogniotti e Luigi Rosiello. Zanichelli 1998.
- 2 White H. The value of narrativity in the representation of reality Art. Critical Inquiry 1981;7:5-27.
- 3 Piovani S. Per una medicina narrativa. *Pediatria* 2022;(9):14-15.
- 4 Mishler EG. The discourse of medicine: the dialectics of medical interviews. Norwood, N.J.: Ablex 1984.
- 5 SIMeN. Primo Forum della Medicina Narrativa Italiana, 28 settembre 2022.
- 6 Lindemann Nelson H. Damaged identities, narrative repair. Ithaca: Cornell University Press, 2001.
- 7 Charon R. The patient-physician relationship. Narrative Medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA* 2001;286:1897-1902.
- 8 Frank A. Il narratore ferito. Corpo, malattia ed etica. Seconda edizione. University of Chicago Press 1995.
- 9 Zacharias G. What is narrative based medicine? *Can Fam Physician* 2018;64:176-180.
- 10 Schaff PB. Pediatrics and narrative medicine. *Pediatr Res* 2021;20:20-21.
- 11 Bury M. Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health* 2001;23:263-285.
- 12 Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ* 1999;318:323-325.
- 13 Fulford KWM. Values Based Practice: a new partner to Evidence-Based Practice and a first for Psychiatry? *Mens Sana Monographs* 2008;6:10-21.
- 14 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-136.
- 15 Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004;2:576-582.
- 16 Greenalgh T, Hurwitz B, Charon R. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ* 1999;318:48-50.
- 17 Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del fanciullo. Carta di Ottawa 1986.
- 18 Fanos V. Metabolomica e Microbiomica. La medicina centrata sulla persona. Hygeia Press 2015, pp. 13-15.
- 19 Vendemmia S., Vendemmia M. Third Millennium. The ecologic and epidemiologic transition in nature, man, medicine. International Conference UMEMPS-IAPS, AMMAN, October, 26-28, 2022.
- 20 Committee on Hospital care and Institute for patient and family centered care. Patient -and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 2012;129:394-404.
- 21 Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria - 1978.
- 22 Bert G. Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed.. 2007.

La recensione di questo mese

Matteo Lancini

Sii te stesso a modo mio. Essere adolescenti nell'era della fragilità adulta



Matteo Lancini, psicologo e psicoterapeuta, Presidente della Fondazione Minotauro di Milano e docente presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Milano-Bicocca, affronta in questo denso ma agile saggio il tema della condizione attuale dell'adolescente. Fin dal titolo l'autore lancia una provocazione: il vero problema degli adolescenti (anche se non l'unico) sono gli adulti e non tanto per carenze educative o altri problemi di cui è di moda parlare, ma per una fragilità intrinseca della condizione adulta nel mondo di adesso che si stenta a mettere a fuoco nella sua reale portata.

Secondo Lancini, infatti, si è passati dalla società arcaica, quella dei nostri nonni, basata sulla prevalenza del Super-lo (la lacaniana 'legge del padre'), normativa e con una rigida separazione tra figli e genitori, alla società narcisistica basata sull'lo in cui genitori e figli diventano alleati e complici in una logica reciproca di valorizzazione del sé come ottimizzazione dell'esistenza, fatto che comunque si scontra con i limiti imposti dal *real world* e che il bambino sperimenta con l'entrata nell'adolescenza quando scopre di non essere unico e meraviglioso come gli è stato fatto pensare fino a quel momento.

Ma questa fase dell'evoluzione sociale è nei fatti superata dalla fase attuale, post-narcisistica. In questa fase, resa evidente dallo shock pandemico, la fragilità intrinseca degli adulti con le loro difficoltà relazionali ed esistenziali si scarica sui figli adolescenti secondo la quale le difficoltà dei ragazzi, specchio di quelle degli adulti di riferimento, devono essere risolte a tutti i costi secondo una logica funzionalista per placare le ansie e i timori degli adulti stessi.

In questo modo, i problemi degli adolescenti e la stessa cognizione del dolore vengono scotomizzati e occultati, si direbbe quasi nascosti sotto il tappeto di una normalità sempre più sfilacciata. Così gli adolescenti, privati letteralmente della voce, non possono che esternalizzare la propria angoscia esistenziale attraverso modalità relazionali estreme, autolesionismo, challenge e attività pericolose e, da ultimo, il pensiero indicibile della morte e del suicidio.

Memorabili infine e davvero controcorrente le pagine del saggio di Lancini sul rapporto tra adolescenti e digitale. Adulti iperconnessi dalla mattina alla sera, spesso su questioni futili e financo ludiche, pretendono dai figli un'estraneità monastica rispetto alla rete e ai device ai quali, con la complicità della scuola, imputano il loro fallimento educativo invece di interrogarsi sulla necessità di educare i figli a una corretta gestione delle risorse assicurate dal digitale. I figli devono essere appunto sé stessi ma al modo di padri e madri che sé stessi per primi hanno smarrito.

a cura di Alessandro Ballestrazzi

PROGRAMMA PRELIMINARE

FIMP XVII CONGRESSO NAZIONALE

12 | 15 ottobre 2023

PALAZZO DEI CONGRESSI TAORMINA

... E IO AVRÒ CURA DI TE IL TUO PEDIATRA UN APPRODO SICURO

GIOVEDÌ 12 OTTOBRE

SALA TEATRO SINOPOLI

VACCINI E IMMUNIZZAZIONI

14.00 | 16.00

Presidente: Giampietro Chiamenti

Moderatori: Nicola Roberto Caputo, Luigi Nigri

Accesso equo ai vaccini, per superare le diseguglianze nel mondo - Giancarlo Icardi

Tra obbligo e adesione consapevole: il ruolo strategico/imprevedibile del Pediatra di famiglia - Martino Barretta

Calendario di immunizzazione per la vita 2023: un modello da esportare - Paolo Bonanni

La prevenzione dei virus respiratori: un'opportunità per contenere le coinfezioni autunno-inverno - Chiara Azzari

I FANS nella Prevenzione e Trattamento delle Reazioni Post-vaccinali: Quando e Come - Carmelo Scarpignato

INAUGURAZIONE DEL CONGRESSO

16.00 | 18.00

Segretario FIMP Messina/ FIMP Sicilia - Tito Barbagiovanni

Presidente Nazionale FIMP - Antonio D'Avino

Segretario Nazionale FIMP alle Attività Scientifiche ed Etiche - Giuseppe Di Mauro

... E io avrò cura di te. Il tuo pediatra, un approdo sicuro
Presidente Nazionale FIMP - Antonio D'Avino

A difesa di tutti i bambini

Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza - Carla Garlatti
presentata da Antonio D'Avino

Con la speciale partecipazione di Elena Santarelli

Con la speciale partecipazione di Pif

SALUTI DEI RAPPRESENTANTI DELLE ISTITUZIONI

Segretario Generale FIMMG - Silvestro Scotti

Presidente Nazionale SIP - Annamaria Staiano

Coordinatore Nazionale delle Scuole di Specialità di Pediatria - Gian Luigi Marseglia

Direttore Sanitario e Responsabile del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Messina - Sicilia - TBD

Presidente Osservatorio Nazionale Specializzandi Pediatria (ONSP) - Antonio Corsello

Presidente ENPAM - Alberto Oliveti

LETTURE MAGISTRALI

18.00 | 19.30

Presidente: Paolo Felice

Introducono: Osama Al Jamal, Silvia Zecca

Vaccinazioni: risultati, sfide e visione strategica per il prossimo futuro - Paul Offit

Fuoco amico: come difendersi dalle fake news sanitarie - Giovanni Corsello

Il futuro attraverso lo studio del passato: la paleogenetica - Martino Ruggieri

VENERDÌ 13 OTTOBRE

SALA TEATRO SINOPOLI

IL MONDO DEL PRETERMINE

09.00 | 11.00

Presidente: Luigi Orfeo

Moderatori: Antonella Antonelli, Paola Cavicchioli

La dimissione e la care: il pediatra e la famiglia - Cecilia Argentina

ilmedicopediatra 2032.32(2):30-33

Una mamma... racconta. Il suo bambino immaginario - Monica Ceccatelli

Difficoltà e certezze: Allattamento, formule - Teresa Cazzato

Alimentazione complementare e integrazioni - Raffaella de Franchis

Le possibili sequele neuroevolutive - Carmelo Rachele

AGGIORNAMENTI IN TEMA DI. 11.00 | 13.30

Presidente: Piero Di Saverio

Moderatori: Giovanni Cerimoniale, Gianfranco Trapani

La gestione delle gastroenteriti nell'infanzia - Ruggiero Francavilla

Le infiammazioni dell'apparato respiratorio: ultime evidenze scientifiche nell'ambito della medicina complementare - Francois Mulet

Update sulle linee guida per la diagnosi e il trattamento dell'asma - Michele Miraglia del Giudice

Importanza della gestione del dolore e dell'approccio terapeutico corretto - Gian Luigi Marseglia

La vaccinazione anti-rotavirus: qui comincia tutto ... - Francesco Vitale

Il contrasto delle resistenze batteriche. Documento intersocietario - Valentina Bosco

IL MONDO DELLE DISABILITÀ 14.30 | 16.30

Presidente: Raffaele Losco

Moderatori: Antonio Bochicchio, Teresa Rongai

E adesso cosa faccio? Giovanna Perricone

Una, nessuna, centomila: il dilemma diagnostico di fronte a un ritardo dello sviluppo motorio - Stefano Bruni

Talk show: la gestione della narcolessia - Oliviero Bruni, Giuseppe Plazzi, Serafino Pontone Gravaldi

Le nuove tecnologie: dai sussidi didattici alla robotica - Agata Polizzi

LA FAMIGLIA È CAMBIATA. CAMBIA IL PEDIATRA? 16.30 | 18.30

Presidente: Giannamaria Vallefuoco

Moderatori: Anna Latino, Paola Miglioranza

Il legame di attaccamento - Barbara Tamborini

Sfide educative per la famiglia del terzo millennio - Alberto Pellai

Adolescenti e condotte aggressive in famiglia: una nuova emergenza? Annarita Milone

La crisi delle famiglie: il pediatra nel conflitto tra i genitori - Federica Obizzi

Il colloquio efficace nella relazione tra il bambino e la sua famiglia - Micaela Crisma

SALA AUDITORIUM

DA UN PIANO NAZIONALE DI VACCINAZIONE 09.00 | 11.00 A UN PIANO NAZIONALE DI IMMUNIZZAZIONE - VECCHIE E NUOVE SFIDE DELLA PREVENZIONE PEDIATRICA

Presidente: Francesco Chiarelli

Moderatori: Antonio Gurnari, Luigi Nigri

Malattie Infettive Prevenibili cosa è stato fatto e cosa c'è da fare - Antonio Carpino

La gestione delle bronchioliti da RSV nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia - Osama Al Jamal

Nirsevimab la nuova soluzione per la prevenzione dell'RSV in tutti i bambini - Martino Barretta

SALA VERDE

DERMATOLOGIA PRATICA

09.00 | 11.00

Presidente: Fabio Campo

Moderatori: Elisabetta Bertagnolli, Gianni Di Stefano

Gestione della dermatite atopica - Fabio Arcangeli

Gestione dell'acne in età adolescenziale - Giuseppe Ruggiero

Idrosadenite suppurativa - Francesco Mazzotta

Esantemi atipici - Orsola Ametrano

■ CORSO TEORICO-PRATICO 11.00 | 13.30

DAL SELF HELP AL POINT OF CARE TEST (PoCT):

LA DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO NELLA PRATICA

AMBULATORIALE DEL PEDIATRA

Conduttore: Francesco Di Mauro

Relatori: Luigi Cioffi, Lamberto Reggiani

Un "piccolo" laboratorio nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia: una diagnosi appropriata per i nostri bambini. Dall'organizzazione dello studio, ai test su sangue intero, passando attraverso i test su tamponi e altri strumenti: un ambulatorio a 360° per aiutare il Pediatra di famiglia nella attività quotidiana.

■ CORSO TEORICO-PRATICO 14.30 | 16.30

LA SEMEIOTICA NEUROEVOLUTIVA TRA LA DIAGNOSI

PRECOCE E LA PROMOZIONE DELLO SVILUPPO PSICOMOTORIO

Conduttore: Maria Franca Conti

Relatori: Sonia Messina, Carmelo Rachele, Maria Luisa Scattoni

Presentazione del corso - Carmelo Rachele

Osservatorio Nazionale Autismo - Maria Luisa Scattoni

La Semeiotica Neuroevolutiva tra diagnosi precoce e promozione dello sviluppo psicomotorio - Carmelo Rachele

Le Malattie Neuromuscolari... un percorso diagnostico per immagini - Sonia Messina

Il Corso sul Neurosviluppo, inserito nel contesto del Congresso Nazionale FIMP di Taormina, sarà strutturato con alcuni cambiamenti mirati a valorizzare la pratica ambulatoriale del Pediatra di famiglia sempre più tesa, oltre che al riconoscimento tempestivo dei disturbi a maggior impatto epidemiologico, a condividere con la famiglia percorsi orientati alla promozione dello sviluppo psicomotorio. La valutazione neuroevolutiva attraverso attività di screening dovrà essere, gradualmente, sostituita dalla sorveglianza continuativa delle tappe dello sviluppo, capace di definire al meglio il profilo funzionale e il funzionamento adattivo del bambino nei vari contesti di vita e di gioco, aspetti che il Pediatra di famiglia può cogliere più facilmente rispetto alla strategia, prevalente in passato, di identificare i singoli segnali di allarme. Con questo corso si darà l'avvio a un nuovo e stimolante capitolo sul neurosviluppo che potrà essere più facilmente acquisito anche dai Pediatri che non hanno ancora particolari competenze in tale ambito. Saranno, per la prima volta, presentate e distribuite ai partecipanti le schede di valutazione dei singoli momenti evolutivi, provviste dei suggerimenti più idonei per consentire al Pediatra un'accurata valutazione neuroevolutiva e integrati con specifiche indicazioni da fornire ai genitori qualora il bambino presenti dei ritardi nell'ambito della dimensione motoria, dell'area psicorelazionale e dell'asse di regolazione. Il contenuto di queste indicazioni riguarderà sia specifici aspetti correlati ai potenziamenti educativi, che alcune strategie di base per abilitare competenze che appaiono in ritardo o non ancora stabilmente acquisite; tali indicazioni saranno dettagliatamente descritte nella scheda che verrà consegnata al genitore, per dare avvio ad attività di promozione dello sviluppo psicomotorio, in attesa di una eventuale richiesta, qualora necessaria, di presa in carico del bambino da parte dei servizi di Neuropsichiatria infantile.

■ CORSO TEORICO-PRATICO **16.30 | 18.30**
PATOLOGIE DERMATOLOGICHE NEONATALI

Conduitori: Pietro Ferrara, Michela Sanna
Relatore: Giuseppe Ruggiero

SALA GIALLA

■ CORSO TEORICO-PRATICO **09.00 | 11.00**
GESTIONE DELLA TERAPIA DELLA FEBBRE E DEL DOLORE

Conduitori: Francesco Carlomagno, Mariangela D'Aniello

Gestione della febbre, dal counseling familiare alla terapia - Stefano Masi

Valutazione, diagnosi e terapia ambulatoriale del dolore - Antonio Vitale

Gestione degli eventi avversi terapeutici - Riccardo Lubrano

Gestione della febbre nel paziente con deficit neuropsichici: il dolore neurologico - Raffaele Falsaperla

■ WORKSHOP **11.00 | 13.30**
MALTRATTAMENTO E ABUSO: LA CASSETTA DEGLI ATTREZZI

Conduitori: Micaela Crisma, Anna Libera Latino, Paola Miglioranzì

Prima parte:

Dati nazionali e tipi di maltrattamento - Elena Desiderio, Sonia Sudoso

Fattori di rischio e indicatori comportamentali - Michela Sanna

Violenza assistita - Angela Gullo, Giuseppe Longobardi

Abuso sessuale - Elena Coppo, Cinzia Grassi

Segnalazione e referto - Elisabetta Quaranta, Silvia Zecca

Seconda parte:

Questionario SEEK - Francesca Consiglio, Anna Libera Latino

Colloquio efficace (role playing) - Micaela Crisma

Dal caso clinico alla stesura di una segnalazione/referto - Cinzia Grassi, Paola Miglioranzì

SABATO 14 OTTOBRE

SALA TEATRO SINOPOLI

I DOCUMENTI FIMP INTERSOCIETARI **09.00 | 11.00**

Presidente: Emanuele Miraglia Del Giudice
Moderatori: Donato Meffe, TBD

Introduce: Alessandro Manzoni

Progetto CCM "Primi 1000 giorni": i risultati dell'indagine - Enrica Pizzi

Introduce: Pietro Salamone

Guida pratica intersocietaria - le immunodeficienze nell'ambulatorio del pediatra - Giovanni Simeone

Introduce: Giovanni Cerimoniale

Guida pratica sulle tecnologie digitali - Osama Al Jamal

Introduce: Salvatore Patania

Bioetica dell'età evolutiva per il pediatra - Antonino Gulino

Introduce: Giuseppe Vella

Handbook Cure Primarie Pediatriche OMS - Maria Carmen Verga

PROGETTI E ATTIVITÀ FIMP **11.00 | 13.30**

Presidente: Massimo Pettoello Mantovani

Moderatori: Domenico Morosini, Stefania Zampogna

Ricerca clinica: obiettivi per la FIMP futura - Ettore Napoleone

La gestione della febbre e del dolore: un'indagine tra i Pediatri di famiglia - Domenico Careddu

Sessione Progetti

Sessione dedicata ai progetti che vedono protagonisti, sia come ideatori che, come realizzatori, i Pediatri di Famiglia, anche in collaborazione con la Pediatria Ospedaliera e/o Universitaria e/o altre figure professionali. I progetti possono interessare l'area scientifica, la ricerca clinica o di base, oppure possono avere scopo sociale e/o assistenziale. Progettualità regionali: Percorsi diagnostico-terapeutici (obesità, asma, spettro autistico).

L'ADOLESCENTE E IL SUO PEDIATRA **14.30 | 16.30**

Presidente: Giuseppe Palena

Moderatori: Laura Concas, Gabriela Wasniewska Malgorzata

La prevenzione dell'HPV nell'adolescente - Adele Compagnone

Il bilancio di salute dell'adolescente - Serenella Castronuovo

La prevenzione della fertilità maschile nell'adolescenza - Giuseppe Saggese

La prevenzione della fertilità femminile nell'adolescenza - Maria Chiara Lucchetti

I disturbi mentali nell'adolescenza - Francesco Cardona

IL DIGITAL PEDIATRA **16.30 | 17.30**

Presidente: Ignazio Zullo

Moderatori: Luigi Cioffi, Bruno Papia

La telemedicina per il pediatra tra passato, presente e futuro - Sergio Vai

L'attività ambulatoriale e la digitalizzazione dei processi: nuovo standard di cure - Paolo Becherucci

IL RAPPORTO TRA PEDIATRA E BAMBINO: QUALI CAMBIAMENTI DOPO IL COVID **17.30 | 18.30**

Presidente: Alessandro Ballestrazzi

Moderatori: Immacolata La Bella, Giovanni Semprini

Introduce: Lorenzo Menozzi

Il pediatra nella relazione di cura - Pasquale Macri

Introduce: Martino Barretta

Le raccomandazioni operative per il Pediatra di famiglia e per il Medico di Medicina Generale dopo la pandemia COVID: un'esperienza condivisa - Tommasa Maio

SALA AUDITORIUM

INNOVAZIONE NELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA: IL PROGETTO meningiOCA **10.15 | 11.30**

Conduitori: Martino Barretta, Erika Calandra

La meningite B, un nemico sempre all'erta - Chiara Azzari

Vaccinazioni e bilancio di salute - Martino Barretta

Meningiochiamo! Antonio Di Mauro

Premiazione dei primi classificati - Erika Calandra

AGGIORNAMENTO IN TEMA DI...**14.30 | 16.30***Presidente:* Alfonso Papparella*Moderatori:* Laura De Angelis, Grazia Minardo*L'influenza è in arrivo: l'importanza della vaccinazione - Ilaria Sani**Effetti della vitamina D - Francesco Vierucci**Protezione contro gravi infezioni del tratto respiratorio inferiore infantile mediante training immunitario - Gerardo Palmiero**Gli alert di interesse chirurgico nella attività del Pediatra di famiglia - Girolamo Mattioli***SALA VERDE****■ CORSO TEORICO-PRATICO****11.00 | 13.30****LA SEMEIOTICA NEUROEVOLUTIVA TRA LA DIAGNOSI PRECOCE E LA PROMOZIONE DELLO SVILUPPO PSICOMOTORIO***Conduttori:* Maria Franca Conti, Valentina Lanzara*Relatori:* Sonia Messina, Carmelo Rachele, Maria Luisa Scattoni*Presentazione del corso - Carmelo Rachele**Osservatorio Nazionale Autismo - Maria Luisa Scattoni**La Semeiotica Neuroevolutiva tra diagnosi precoce e promozione dello sviluppo psicomotorio - Carmelo Rachele**Le Malattie Neuromuscolari... un percorso diagnostico per immagini - Sonia Messina*

Il Corso sul Neurosviluppo, inserito nel contesto del Congresso Nazionale FIMP di Taormina, sarà strutturato con alcuni cambiamenti mirati a valorizzare la pratica ambulatoriale del Pediatra di famiglia sempre più tesa, oltre che al riconoscimento tempestivo dei disturbi a maggior impatto epidemiologico, a condividere con la famiglia percorsi orientati alla promozione dello sviluppo psicomotorio. La valutazione neuroevolutiva attraverso attività di screening dovrà essere, gradualmente, sostituita dalla sorveglianza continuativa delle tappe dello sviluppo, capace di definire al meglio il profilo funzionale e il funzionamento adattivo del bambino nei vari contesti di vita e di gioco, aspetti che il Pediatra di famiglia può cogliere più facilmente rispetto alla strategia, prevalente in passato, di identificare i singoli segnali di allarme. Con questo corso si darà l'avvio a un nuovo e stimolante capitolo sul neurosviluppo che potrà essere più facilmente acquisito anche dai Pediatri che non hanno ancora particolari competenze in tale ambito. Saranno, per la prima volta, presentate e distribuite ai partecipanti le schede di valutazione dei singoli momenti evolutivi, provviste dei suggerimenti più idonei per consentire al Pediatra un'accurata valutazione neuroevolutiva e integrati con specifiche indicazioni da fornire ai genitori qualora il bambino presenti dei ritardi nell'ambito della dimensione motoria, dell'area psicorelazionale e dell'asse di regolazione. Il contenuto di queste indicazioni riguarderà sia specifici aspetti correlati ai potenziamenti educativi, che alcune strategie di base per abilitare competenze che appaiono in ritardo o non ancora stabilmente acquisite; tali indicazioni saranno dettagliatamente descritte nella scheda che verrà consegnata al genitore, per dare avvio ad attività di promozione dello sviluppo psicomotorio, in attesa di una eventuale richiesta, qualora necessaria, di presa in carico del bambino da parte dei servizi di Neuropsichiatria infantile.

■ CORSO TEORICO-PRATICO**14.30 | 16.30****PATOLOGIE DERMATOLOGICHE NEONATALI***Conduttori:* Pietro Ferrara, Michela Sanna*Relatore:* Giuseppe Ruggiero**■ CORSO TEORICO-PRATICO****16.30 | 18.30****DAL SELF HELP AL POINT OF CARE TEST (PoCT): LA DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO NELLA PRATICA AMBULATORIALE DEL PEDIATRA.***Conduttore:* Francesco Di Mauro*Relatori:* Luigi Cioffi, Lamberto Reggiani

Un "piccolo" laboratorio nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia: una diagnosi appropriata per i nostri bambini. Dall'organizzazione dello studio, ai test su sangue intero, passando attraverso i test su tamponi e altri strumenti: un ambulatorio a 360° per aiutare il Pediatra di famiglia nella attività quotidiana.

SALA GIALLA**■ CORSO TEORICO PRATICO****09.00 | 11.00****GESTIONE DELLA TERAPIA DELLA FEBBRE E DEL DOLORE***Conduttori:* Francesco Carlomagno, Mariangela D'Aniello*Gestione della febbre, dal counseling familiare alla terapia - Stefano Masi**Valutazione, diagnosi e terapia ambulatoriale del dolore - Antonio Vitale**Gestione degli eventi avversi terapeutici - Riccardo Lubrano**Gestione della febbre nel paziente con deficit neuropsochici: il dolore neurologico - Raffaele Falsaperla***■ WORKSHOP****11.00 | 13.30****MALTRATTAMENTO E ABUSO: LA CASSETTA DEGLI ATTREZZI***Conduttori:* Micaela Crisma, Anna Libera Latino, Paola Miglioranzì*Prima parte:**Dati nazionali e tipi di maltrattamento - Elena Desiderio, Sonia Sudoso**Fattori di rischio e indicatori comportamentali - Michela Sanna**Violenza assistita - Angela Gullo, Giuseppe Longobardi**Abuso sessuale - Elena Coppo, Cinzia Grassi**Segnalazione e referto - Elisabetta Quaranta, Silvia Zecca**Seconda parte:**Questionario SEEK - Francesca Consiglio, Anna Libera Latino**Colloquio efficace (role playing) - Micaela Crisma**Dal caso clinico alla stesura di una segnalazione/referto - Cinzia Grassi, Paola Miglioranzì***DOMENICA 15 OTTOBRE****SALA TEATRO SINOPOLI****AGGIORNAMENTI IN TEMA DI...****09.00 | 12.00***Presidente:* Andrea Canali*Conduttori:* Raffaella de Franchis, Giovanni Ragazzini*Brain - gut axis: cervelli in relazione - Claudio Romano**L'importanza dell'EVO nella dieta mediterranea e del bambino: come riconoscere un EVO di qualità - Nicola Di Noia**Ambiente e stress ossidativo: i meccanismi esogeni ed endogeni di difesa - Stefania Russo**Ecologia e scelte terapeutiche del pediatra - Vitalia Murgia**Disturbi del linguaggio e apprendimento: la difficile inclusione scolastica - Cristina Caselli**La revisione del Progetto Salute-Infanzia - Antonio D'Avino, Giuseppe Di Mauro**Chiusura dei lavori*

Diarrea da antibiotico e nuovi probiotici: una guida per una salute ottimale

Ruggiero Francavilla, Vanessa Dargenio, Fernanda Cristofori

Quando nel 1945 Alexander Fleming vinse il premio Nobel per la Medicina grazie alla scoperta della penicillina ammonì: “non abusatene, la somministrazione per bocca porterebbe all'automedicazione e a tutti i suoi abusi”. A distanza di circa ottant'anni dobbiamo ammettere che il prof. Fleming ancora una volta aveva visto lontano.

Gli antibiotici sono tra i farmaci più frequentemente prescritti in età pediatrica e a volte senza una corretta indicazione¹. La più frequente complicanza del trattamento antibiotico è la diarrea da antibiotici (AAD) che rappresenta un classico esempio degli effetti deleteri della perturbazione qualitativa e quantitativa dell'equilibrio del microbiota intestinale e la perdita della resistenza alla colonizzazione (Box 1).

BOX 1

La **resistenza alla colonizzazione** è il termine usato per descrivere la capacità del microbiota di limitare la colonizzazione di microrganismi patogeni e l'espansione dei patobionti (batteri potenzialmente patogeni). Diversi microbi che condividono la stessa nicchia presentano esigenze nutrizionali simili; pertanto, il consumo di acidi organici, amminoacidi, zuccheri e altri nutrienti da parte del microbiota indigeno può frenare il patogeno in competizione.

La AAD è definita dalla presenza di almeno 3 scariche di feci molli o liquide al giorno per almeno 24 ore, durante un trattamento antibiotico o nei 2 mesi successivi che non può essere spiegata da altre cause; solitamente l'esordio avviene durante o entro una settimana dall'assunzione². I fattori di rischio per la diarrea da antibiotici sono illustrati nella **Tabella 1**.

Gli antibiotici possono determinare la comparsa di diarrea attraverso vari meccanismi (Box 2) e il razionale dell'uso dei probiotici nella diarrea da antibiotici è basato sull'assunzione che questi siano in grado di modificare la composizione del microbiota interrompendo i potenziali meccanismi patogenetici (Figura 1).

La più recente revisione sistematica della letteratura che ha analizzato 33 studi randomizzati controllati (6.352 bambini) aventi come obiettivo quello di verificare se l'uso di probiotici sia in grado di prevenire la diarrea, ha raggiunto importanti conclusioni: a) i probiotici determinano una minore incidenza di diarrea [(8% vs 19%; (RR 0,45)]; b) l'effetto è presente indipendente dall'indicazione per la quale l'antibiotico viene somministrato; c) solo due ceppi sono efficaci, il

TABELLA 1.

Fattori di rischio per diarrea associata agli antibiotici (AAD).

Fattori dell'ospite	Età < 6 anni (o > 65 anni) Sesso femminile Comorbidità Terapia immunosoppressiva Precedenti episodi di AAD Utilizzo di acido soppressori
Terapia antibiotica	Uso di antibiotici a largo spettro Ciclo di terapia antibiotica di lunga durata Cicli ripetuti di terapia antibiotica Terapia antibiotica in combinazione
Procedure	Chirurgia Posizionamento di sondino naso gastrico Procedure endoscopiche
Esposizione a patogeni	Ospedalizzazione Istituzionalizzazione Storia di ricoveri frequenti

Lactobacillus rhamnosus LGG (RR 0,37) e il *Saccharomyces Boulardii* (RR 0,36)³. Quindi delle centinaia di probiotici presenti sul mercato la scelta è tra questi due. Infatti, si ribadisce il concetto di **ceppo specificità**: nessun effetto di un ceppo può essere trasferito a un altro ceppo (anche se della stessa specie) senza che ci sia stata un'opportuna sperimentazione clinica. Ad esempio, il LGG a differenza di altri *L. Rhamnosus*, grazie alla presenza di pili, ha una forte e unica proprietà di aderire alla mucosa intestinale.

Altri consigli che si deducono dalla letteratura sono che i probiotici: a) vanno somministrati contemporaneamente all'antibiotico; b) se pur sensibili agli antibiotici, in minime quantità, sopravvivono; c) vanno presi almeno 2 ore dopo l'antibiotico, quando la concentrazione del far-

BOX 2

La AAD si verifica a causa di un meccanismo definito **disbiosi** che rappresenta lo squilibrio tra la flora microbica “protettiva” e quella “dannosa”, determinando uno stato infiammatorio intestinale. La flora intestinale viene alterata a livello qualitativo, quantitativo e di attività metabolica. In alcuni casi, la AAD è un effetto diretto dell'antibiotico che stimola la peristalsi, dovuta a disturbi funzionali del metabolismo dei carboidrati intestinali o degli acidi biliari o agli effetti farmacologici sulla motilità.

Meccanismi diretti di resistenza alla colonizzazione

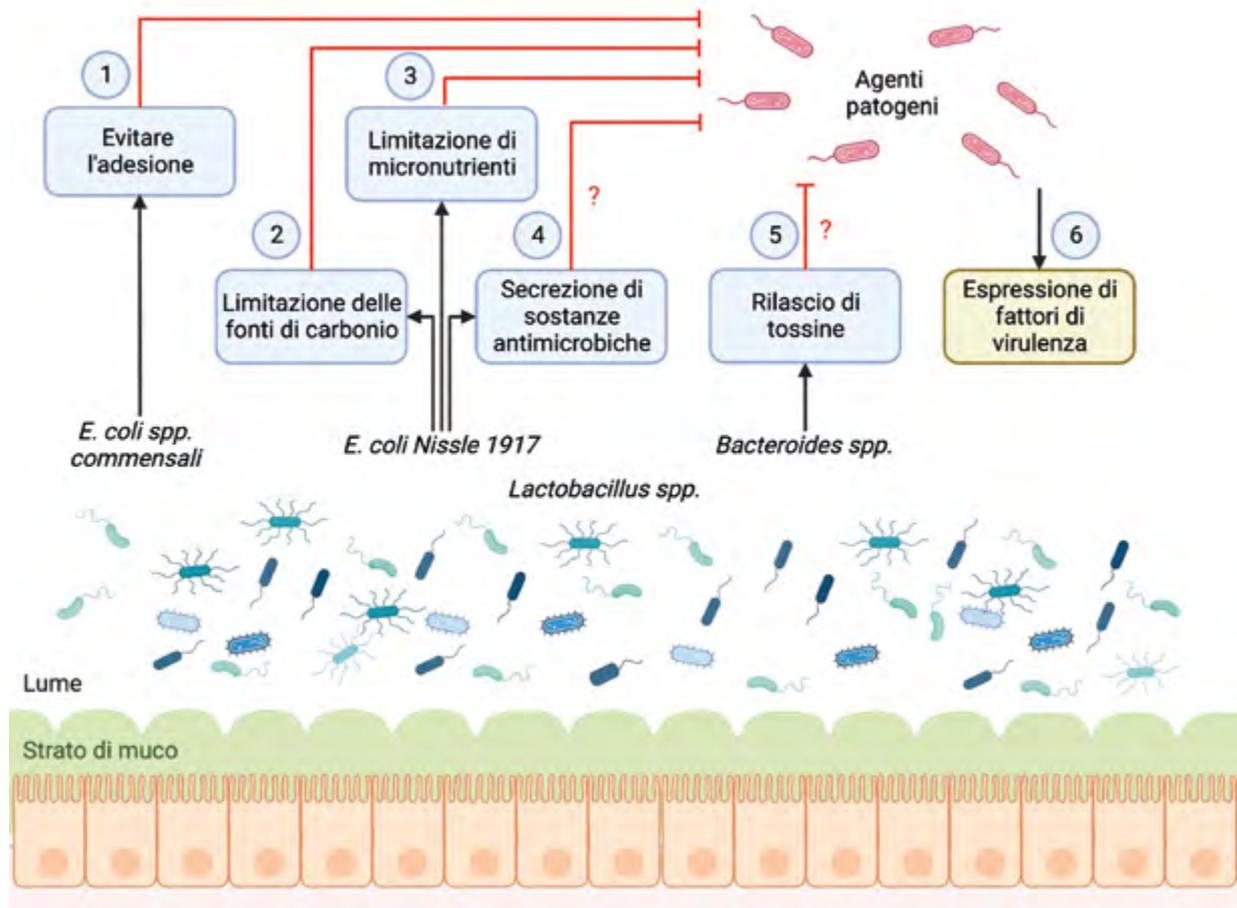


FIGURA 1.

Il microbiota fornisce una barriera contro i patogeni attraverso molteplici meccanismi. (1) Esclusione dell'adesione: alcuni commensali riducono l'adesione dei patogeni alla mucosa. (2) Limitazione delle fonti di carbonio: i ceppi commensali metabolizzano diverse molecole, limitando la disponibilità di nutrienti per alcuni patogeni. (3) Limitazione dei micronutrienti come il ferro. (4) Secrezione di antimicrobici (batteriocine). (5) Effetto tossico verso i patogeni con inibizione della crescita ai competitori più vicini.

maco nel tratto digerente è inferiore; d) vanno assunti a lungo dopo un trattamento antibiotico (almeno due settimane). La scienza, oggi, aggiunge qualcosa. Recentemente è apparso in letteratura che un ceppo di *L. Reuteri* (LMG P-27481) isolato nel 2013 da un campione fecale di un neonato sano partorito per via vaginale che presenta grandissime potenzialità. Questo ceppo ha tutte le caratteristiche di un probiotico; infatti, sopravvive all'acido e alla bile, è capace di colonizzare l'intestino e soprattutto non contiene i temibili plasmidi che trasferiscono la resistenza agli antibiotici. Il *L. Reuteri* LMG P-27481, in vitro si è dimostrato capace di inibire la crescita di alcuni patogeni (*Salmonella*; *E. coli*) e specialmente del *C. difficile*. Inoltre, il *L. Reuteri* LMG P-27481, nel modello murino da *C. difficile*, è capace di prevenire il danno d'organo grazie alla drastica inibizione della crescita del batterio e al rilascio di citotossine. Il dato di maggiore interesse è che nel modello murino, l'infezione non determina disidratazione se viene somministrato concomitantemente o preventivamente⁴. Le proprietà anti-infiammatorie di questo ceppo lasciano ipotizzare futuri scenari in ambiti differenti dall'intestino⁵.

Si dice che "chi trova un amico, trova un tesoro": l'LGG potrebbe avere, da oggi, un valido amico per incrementare la sua forza nella prevenzione e terapia della diarrea da antibiotico.



Bibliografia

- Tell D, Engström S, Mölstad S. Adherence to guidelines on antibiotic treatment for respiratory tract infections in various categories of physicians: a retrospective cross-sectional study of data from electronic patient records. *BMJ Open* 2015;5:e008096.
- Coté GA, Buchman AL. Antibiotic-associated diarrhoea. *Expert Opin Drug Saf* 2006;5:361-72.
- Guo Q, Goldenberg JZ, Humphrey C, et al. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;4:CD004827.
- Sagghedu V, Uggeri F, Belogi L, et al. The biotherapeutic potential of lactobacillus reuteri characterized using a target-specific selection process. *Front Microbiol* 2020;11:532.
- Cristofori F, Dargenio VN, Dargenio C, et al. Anti-Inflammatory and immunomodulatory effects of probiotics in gut inflammation: a door to the body. *Front Immunol* 2021;12:578386.

Nuovo sito dedicato a ilmedicopediatra rivista ufficiale fimp

Federazione
Italiana
Medici *Pediatr*

www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it

The screenshot shows the homepage of the website. At the top left is the logo for 'ilmedicopediatra' with the tagline 'Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatrici'. To the right is the 'fimp' logo with the text 'Federazione Italiana Medici Pediatrici' and a 'PACINI EDITORE MEDICINA' badge. A navigation bar contains links for Home, Ultimo Fascicolo, Archivio, La Rivista, Comitato Editoriale, Norme Per Autori, Contatti, and Video Gallery. A search bar is located on the right. The main content area is divided into three columns. The left column features a cover image of the journal 'ilmedicopediatra' for issue 1, 2023, and lists the executive director (Paolo Biasci) and responsible director (Valdo Fiori). The middle column highlights the 'FIMP 1-2023 online' issue, listing the editor-in-chief (Alessandro Ballestrazzi) and several articles, including 'FIMP e Previdenza' by Antonella Antonelli and 'Dalla laurea alla pensione' by various authors. The right column features an 'Aggiornamenti Flash' section with the title 'Il pediatra di famiglia e i disturbi del neurosviluppo' and lists articles on Leucodistrofia Metacromatica, BE SMARt, and Duchenne's Muscular Dystrophy.

ilmedicopediatra
Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatrici

fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
PACINI EDITORE MEDICINA

Home Ultimo Fascicolo Archivio La Rivista Comitato Editoriale Norme Per Autori Contatti Video Gallery

Cerca cerca

ilmedicopediatra
Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatrici
Aggiornamenti Flash

Il pediatra di famiglia e i disturbi del neurosviluppo

Leucodistrofia Metacromatica

Identificazione precoce dell'atrofia muscolare spinale (SMA): il progetto BE SMARt

Il Riconoscimento Precoce Della Distrofia Muscolare Duchenne

Focus su Distrofia Muscolare di Duchenne e Ipotonia

Ipotonia, il video tutorial DELLA FIMP

FIMP 1-2023 online

In questo numero:

Editoriale del Direttore
Alessandro Ballestrazzi

FIMP e Previdenza: un'opportunità informativa per tutti gli iscritti
Antonella Antonelli

Dalla laurea alla pensione. La guida completa per i medici di medicina generale - 2a parte
Le Guide del Giornale della Previdenza - Enpam

La tecnologia digitale in Pediatria ovvero come promuoverne un uso giudizioso nei bambini
Giovanni Cerimoniale, Emanuela Malorgio, Flavio Ceschin, Giovanni Vitali Rosati, Paolo Becherucci, G Ragni, Grazia Minardo, Paolo Brambilla, Silvia Gambotto, Gaetano Bottaro, Pier Luigi Tucci

Una rara lussazione posteriore di spalla nel bambino
Salvatore Bonfiglio, Alessandro Famoso

News

VAI al fascicolo FIMP 1-2023

In evidenza

Editoriale del Presidente

Antonio D'Avino

rivista ufficiale F.I.M.P.
trimestrale

DIRETTORE ESECUTIVO
Paolo Biasci

DIRETTORE RESPONSABILE
Valdo Fiori

COMITATO DIRETTIVO
Paolo Biasci, Luigi Nigri, Antonio D'Avino, Costantino Gobbi

PACINI EDITORE MEDICINA