

# il **m**edicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri



*Pediatr*i italiani  
in prima linea  
nella difesa  
dei bambini  
in difficoltà

## Ultim'ora

Sottoscritto a Roma il Protocollo d'intesa tra FIMP e Ministero dell'Interno - Dipartimento di Pubblica Sicurezza per la tutela dei minori e la prevenzione dei rischi online

1 2026



PACINI  
EDITORE  
MEDICINA

## Editoriale del Presidente

- 1 A. D'Avino

## Editoriale del Direttore

- 3 A. Ballestrazzi

## Attività professionale

- 5 I disturbi del comportamento alimentare nelle donne e nei minori vittime di violenza domestica  
A.L. Latino
- 10 Un poster contro la violenza domestica: l'importanza della prevenzione nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia  
A.L. Latino, A. Antonelli, C. Grassi, P. Miglioranza, E. Quaranta, M. Sanna, V. Bosco, A. Manzoni
- 16 Esperienza *real-world* della Pediatria di Libera Scelta della Regione Puglia nella profilassi delle infezioni da VRS  
M. Sterpeta Loffredo, A. Di Mauro, R. Gurrado, L. Nigri
- 24 Diabete tipo 1. Ruolo del Pediatra di libera scelta. Diagnosi tempestiva e screening anticorpale  
O. Al Jamal, L. Concas

## Attualità

- 27 La medicina estetica negli adolescenti: nuove vulnerabilità, rischi emergenti e ruolo del Pediatra e del Medico estetico nell'era dei social media  
N. Fraone, E. Bartoletti, D. Centofanti
- 35 Costruire una rete di sinergie per proteggere i bambini e i ragazzi dal rischio online  
C. Bonucchi, C. Grassi, A.L. Latino

### DIRETTORE ESECUTIVO

Antonio D'Avino

### DIRETTORE EDITORIALE

Alessandro Ballestrazzi

### DIRETTORE RESPONSABILE

Eleonora Mancini

### COMITATO DI REDAZIONE

Alessandro Ballestrazzi

Lucia Peccarisi

Roberto Sacchetti

Giovanni Semprini

Immacolata La Bella

### CONTATTI

[ilmedicopediatra@fimp.pro](mailto: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](http://www.pacinieditore.it)

### DIVISIONE PACINI EDITORE MEDICINA

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

### REDAZIONE

Lucia Castelli  
Tel. 050 3130224 • [lcastelli@pacinieditore.it](mailto:lcastelli@pacinieditore.it)

### STAMPA

Industrie Grafiche Pacini • Pisa

### A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



ilmedicopediatra 2026;35(1):1-2

# Editoriale del Presidente



Antonio D'Avino

Care Colleghe e cari Colleghi,

siamo giunti al primo numero di questo 2026 appena iniziato e che vede, tra le altre cose, al nostro interno il rinnovo delle cariche statutarie e all'esterno l'implementazione del nuovo ACN, che come sapete porta alcuni importanti cambiamenti nell'organizzazione del nostro lavoro, primo tra tutti l'entrata "nel vivo" delle AFT, le nuove forme associative previste dall'ACN.

Qualcuno potrebbe osservare che il nostro mondo, così importante per i bambini italiani, passa forse in secondo piano di fronte ai drammatici avvenimenti di questi giorni, al riaccendersi dei venti di guerra in paesi non così distanti da noi.

Eppure, proprio per questo, occorre essere ben consapevoli del fatto che in questi momenti così difficili il nostro lavoro rappresenta un valore imprescindibile per la convivenza e lo sviluppo del nostro paese, che va oltre il semplice dato sanitario e fa parte a pieno titolo dei valori sociali che rendono una nazione degna di questo nome.

Come accennavo poc'anzi, questo è anche l'anno del rinnovo delle cariche statutarie, rinnovo che avverrà nel corso del Congresso Sindacale di fine marzo a Roma, quest'anno come non mai l'occasione di un confronto democratico tra colleghi.

Qualunque sia il nome che uscirà dalle urne, l'auspicio di tutti è che questo nome sia l'espressione di un'unità di intenti che porti la FIMP, tutta insieme, a quei traguardi che la sua storia e il suo impegno per la categoria rendono sempre raggiungibili.

## Corrispondenza

Antonio D'Avino  
presidente@fimp.pro

**How to cite this article:** D'Avino A. Editoriale del Presidente. *Il Medico Pediatra* 2026;35(1):1-2.

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

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

Vorrei sottolineare che, anche se la dialettica tra opinioni diverse è sempre presente in un'organizzazione come la nostra e anzi è utile e necessaria perché proprio dal confronto tra opinioni diverse può nascere quella sintesi che rappresenta fino in fondo l'anima del sindacato, l'unità rappresenta la cornice entro la quale tale dialettica trova le condizioni per esprimersi nel modo più alto.

Da questo punto di vista, l'unità del sindacato è anche la condizione necessaria per affrontare le sfide che ci attendono, quel cambiamento necessario e non più rimandabile del nostro modo di lavorare che in nuce è già presente nel nuovo ACN.

Concludo augurando a tutte e tutti un felice 2026 professionale e personale e do appuntamento a chi di voi sarà presente a Roma a fine marzo per il nostro Congresso Sindacale.

ilmedicopediatra 2026;35(1):3-4

# Editoriale del Direttore



Alessandro Ballestrazzi

Care Colleghe e cari Colleghi,

il numero che avete tra le mani o che avete avuto modo di consultare online è "speciale" per diversi punti di vista.

Innanzitutto contiene un nucleo di articoli che hanno a che fare con un tema difficile e anche doloroso, cioè la violenza come viene subita o percepita dai bambini. Si tratta di un tema complesso, purtroppo molto attuale, che tante notizie di cronaca portano alla nostra attenzione tutti i giorni ma che in qualche modo non è molto presente nei nostri congressi e appuntamenti, spesso più attenti ad argomenti solo tecnici. Eppure, lo sviluppo di una diversa sensibilità da parte nostra rappresenta un completamento direi naturale di quell'attività a tutto tondo che deve caratterizzare sempre di più il nostro ruolo: un ruolo che deve andare oltre quello pure importante di medici curanti del bambino, per trasformarsi in un ruolo più ampio, per usare un termine inglese, il ruolo di *advocacy*. Devo ringraziare la collega Anna Libera Latino, Responsabile dell'Area "Abuso e Maltrattamento" della FIMP, per l'aiuto prezioso nel costruire questo numero (senza dimenticare naturalmente gli altri componenti del gruppo).

Completano il numero un interessante articolo sulla medicina estetica negli adolescenti, anche questo un tema che può sembrare di nicchia ma che in realtà riveste un'importanza crescente nella medicina dell'adolescenza, e un lavoro dei colleghi pugliesi sull'influenza dell'immuno-profilassi con nirsevimab sull'epidemiologia della bronchiolite. I dati presentati, un ottimo esempio delle potenzialità che la pediatria del territorio può esprimere in fatto di ricerca sul campo, evidenziano una riduzione davvero importante della prevalenza di bronchiolite dopo l'introduzione

## Corrispondenza

Alessandro Ballestrazzi  
alessandroballestrazzi@gmail.com

**How to cite this article:** Ballestrazzi A. Editoriale del Direttore. Il Medico Pediatra 2026;35(1):3-4.

© 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>

dell'immunoprofilassi, la dimostrazione, ove ce ne fosse ancora bisogno, dell'importanza della prevenzione e del ruolo della categoria.

Come il Presidente, anch'io vi do appuntamento al Congresso Nazionale Sindacale di fine marzo a Roma.

Ho avuto infatti la possibilità per la prima volta di tenere una relazione su *Il Medico Pediatra* e in tale occasione, oltre ai dati sui contatti e la pagine visitate sul sito, presenterò anche alcuni progetti per migliorare ulteriormente *Il Medico Pediatra* tra cui vi posso anticipare ci sarà l'edizione in inglese e un ampliamento dei contenuti online con nuove rubriche che andranno oltre i contenuti della rivista cartacea.

Grazie a tutti per la costante e crescente attenzione per la nostra rivista e arrivederci a Roma.

**ilmedicopediatra 2026**;35(1):5-9;  
doi: 10.36179/2611-5212-2026-01

# I disturbi del comportamento alimentare nelle donne e nei minori vittime di violenza domestica

Anna Libera Latino

*Pediatra di famiglia, Foggia; Responsabile Area "Abuso e Maltrattamento" FIMP*

## Riassunto

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) comprendono un gruppo di patologie a eziologia multifattoriale caratterizzate da un'alterazione delle abitudini alimentari e da una eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo da parte delle persone affette.

Tali disturbi stanno registrando un notevole aumento negli ultimi anni, soprattutto in età adolescenziale e in particolare nel sesso femminile.

Sono sempre più numerose le evidenze scientifiche a sostegno di una correlazione tra maltrattamento subito durante l'infanzia e insorgenza, severità e risposta al trattamento di questi atteggiamenti disfunzionali nei confronti del cibo.

Pertanto è necessario considerare tale possibile associazione etio-patogenetica tra le due condizioni per un approccio multidisciplinare alla loro complessità.

**Parole chiave:** disturbo del comportamento alimentare, maltrattamento infantile, abuso emozionale

## Corrispondenza

Anna Libera Latino  
annalibera.latino@virgilio.it

## Conflitto di interessi

L'Autrice dichiara nessun conflitto di interesse.

**How to cite this article:** Latino AL. I disturbi del comportamento alimentare nelle donne e nei minori vittime di violenza domestica. *Il Medico Pediatra* 2026;35(1):5-9. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2026-01>

© 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>

## Summary

*Eating Disorders (ADs) comprise a group of conditions of multifactorial etiology, characterized by altered eating habits and excessive concern about weight and body shape on the part of affected people. These disorders have seen a significant increase in recent years, especially in adolescence and particularly in females.*

*There is growing scientific evidence supporting a correlation between childhood maltreatment and the onset, severity, and response to treatment of these dysfunctional attitudes toward food.*

*Therefore, it is necessary to consider this possible etiopathogenic association between the two conditions for a multidisciplinary approach to their complexity.*

**Keywords:** eating disorder, child maltreatment, emotional abuse

## Disturbi del comportamento alimentare

I disturbi alimentari e della nutrizione sono disturbi psichiatrici caratterizzati dalla mancata assunzione di cibo o da un alterato consumo dello stesso e riconoscono fattori di rischio biologici, psicologici, familiari e sociali (American Psychiatric Association, 2013) <sup>1</sup>.

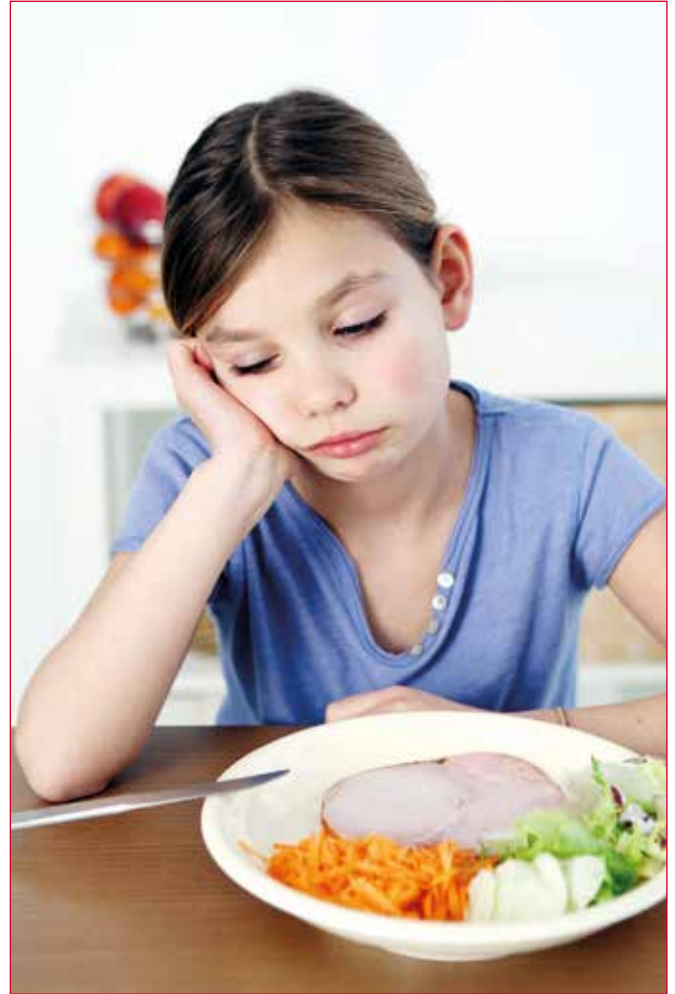
Tra le principali categorie diagnostiche riportate nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) riferite a tali disordini alimentari vi sono l'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN), accomunate sia dall'eccessiva enfasi da parte dell'individuo all'immagine e al peso corporeo, tale da compromettere la sua stessa autostima, sia da comportamenti alimentari patologici, quali digiuno nell'anoressia e alimentazione incontrollata nella bulimia, associate a condotte di eliminazione quali vomito autoindotto o abuso di lassativi.

Inoltre, sono stati recentemente riconosciuti e classificati, anch'essi come disordini ben definiti, il *Binge Eating Disorder* (BED) o disturbo da alimentazione incontrollata e l'*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* (ARFID) o disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo, nei cui criteri diagnostici però non rientra la preoccupazione per l'immagine corporea.

In particolare, il *Binge Eating Disorder*, che spesso si accompagna a stati depressivi, disagi psicologici, sensazioni di colpa e vergogna in seguito a episodi di abbuffate incontrollate di cibo in un breve periodo senza che la persona necessariamente percepisca il segnale della fame, si differenzia dalla bulimia in quanto non è associato all'implementazione sistematica di condotte compensatorie inappropriate.

I disturbi alimentari e della nutrizione in più del 70% dei casi si presentano in comorbidità con altri sintomi psichiatrici e incidono in modo rilevante sulla disabilità e sulla mortalità di chi ne è affetto, compromettendo non solo la sua salute fisica, ma anche l'aspetto psico-relazionale del paziente e della sua famiglia.

Tali abitudini alimentari patologiche e pericolose colpiscono soprattutto le donne con un rapporto femmine/maschi di 9:1 e sono in continuo aumento: in una re-



view sistematica della letteratura <sup>2</sup> è emerso un incremento della loro prevalenza dal 3,5% tra il 2000 e il 2006, al 7,8%, tra il 2013 e il 2018, con un tasso di mortalità che si attesta intorno al 5%.

Anche in Italia è stato registrato un aumento del 64% dei disturbi del comportamento alimentare dal 2019 a oggi: a tale incremento di casi ha forse contribuito anche la situazione pandemica da COVID-19. Inoltre, se fino a qualche anno fa l'età tipica di insorgenza era tra i 14 e i 16 anni, attualmente è scesa tra gli 11 e i 13 anni e, soprattutto nel sesso femminile, l'esordio può essere anche più precoce, aggirandosi addirittura intorno agli 8-9 anni, probabilmente per l'abbassamento dell'età puberale nelle bambine e per l'impiego sempre più diffuso dei social che faci-

litano confronti con modelli di bellezza spesso irraggiungibili.

Purtroppo, i segnali con cui inizialmente si manifestano i disturbi del comportamento alimentare – isolamento, alterazioni dell'umore, eccessiva attività fisica, negazione del problema – sono spesso subdoli e poco manifesti per cui possono essere sottovalutati, con conseguente ritardo nella diagnosi e nell'intervento terapeutico, laddove, invece, sarebbe importantissima una loro intercettazione precoce dato l'alto rischio di cronicizzazione e mortalità che caratterizza tali abitudini patologiche.

### **Disturbi del comportamento alimentare e storia di maltrattamento in età infantile**

I disturbi del comportamento alimentare sono tra le malattie psichiatriche più strettamente associate alla presenza di trauma durante l'infanzia, con un tasso di prevalenza fino al 59%: infatti, è stata ormai più volte dimostrata una prevalenza significativamente più alta di maltrattamento in età infantile tra i soggetti con diagnosi di DCA sia rispetto al gruppo di controllo che rispetto agli individui con diagnosi di altra malattia mentale<sup>3</sup>.

Individui con DCA, sia uomini che donne, riportano nella loro storia di vita elevati tassi di violenza tra partner intimi (intimate partner violence) e violenza domestica: il 78% riferisce di aver subito almeno un episodio di abuso fisico, emotivo o sessuale, neglect parentale, bullismo e/o morte di una delle figure d'attaccamento. In particolare, tra le donne affette da disturbi alimentari, almeno il 18,5% riferisce di aver subito neglect emozionale, il 16,3% trascuratezza fisica, il 36,3% abuso emozionale, il 18,0% abuso sessuale e il 22,6% maltrattamento fisico: le stesse hanno un decorso complicato della malattia e una prognosi peggiore, registrando un tasso più alto di morbilità e mortalità.

L'esposizione a esperienze traumatiche e ancor di più a disturbo da stress post-traumatico (PTSD) è correlata a grave psicopatologia da disturbo del comportamento alimentare e a compromissione dello stesso: è di-

mostrato, infatti, che il maltrattamento infantile correla con la precocità di esordio del disturbo della condotta alimentare, con la sua severità e con la severità del PTSD. Quest'ultimo, a sua volta, può predire l'insorgenza di un DCA in adolescenza, può influire sulla sua persistenza in età adulta e può predisporre a una sua eventuale recidiva: infatti, come dimostrato da alcuni studi, in caso di associazione tra disturbo da stress post-traumatico e disturbo del comportamento alimentare, oltre a una minore efficacia terapeutica sulla sintomatologia, si riscontrano tassi di recidiva più alti rispetto a un DCA isolato<sup>3</sup>.

### **Abuso emozionale e disturbi del comportamento alimentare**

Le esperienze sfavorevoli infantili e in particolare i traumi relazionali connessi alle dinamiche dell'attaccamento non solo sono riconosciuti dal DSM-5 come fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare in adolescenza e in età adulta, ma è stata anche ipotizzata un'associazione tra ciascun tipo di neglect e/o abuso (fisico, sessuale e emozionale) e le diverse diagnosi di DCA.

Nonostante la letteratura sui disturbi dell'alimentazione si sia focalizzata inizialmente sulla loro correlazione con forme fisiche di maltrattamento all'infanzia, quali abuso sessuale e fisico con l'obesità, in realtà proprio le forme di abuso non fisico, e quindi l'abuso emozionale, la trascuratezza emozionale e la trascuratezza fisica, sono ora considerati i maggiori predittori di patologia dell'alimentazione nell'infanzia e nell'adolescenza, come dimostrato da studi clinici e sperimentali tanto su popolazione affetta da patologia che in buona salute<sup>4</sup>.

L'abuso emozionale, in particolare, è stato strettamente correlato alla psicopatologia dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, sul cui determinismo agirebbe sia direttamente che in quanto mediato dalla alessitimia, ossia la difficoltà nel riconoscere le emozioni<sup>5</sup>. Probabilmente, aver vissuto durante l'infanzia, esperienze di trascuratezza e indisponibilità fisica o emotiva

da parte del proprio caregiver e/o aver sperimentato vero e proprio abuso, può aver facilitato nella persona lo sviluppo di strategie alternative e poco funzionanti, al fine di adattarsi al proprio contesto di vita: secondo recenti teorie, lo sviluppo di comportamenti alimentari disfunzionali potrebbe essere considerato un tentativo di gestire emozioni e ricordi soverchianti, legati proprio a tali esperienze traumatiche <sup>6</sup>.

Maggiore è lo score di abuso emozionale, più severo è il disturbo alimentare con associata depressione, ansietà e sintomi somatici: l'abuso emozionale precoce può predire una ricaduta del disturbo alimentare dopo il trattamento del disturbo stesso e le persone affette riferiscono la bassa autostima come il fattore chiave del proprio alterato rapporto con il cibo <sup>4</sup>.

### **Maltrattamento domestico: fattore o modificatore di rischio di insorgenza di un disturbo alimentare?**

L'interesse crescente del mondo scientifico circa la correlazione tra disturbi del comportamento alimentare e storia di maltrattamento domestico su donne e minori è dimostrato anche dalle nuove teorie che ipotizzano che il maltrattamento non funga solo da fattore di rischio di insorgenza di DCA, ma costituisca un vero e proprio agente eziologico in grado di modellare un distinto fenotipo di DCA, il cosiddetto "eco-fenotipo da maltrattamento" caratterizzato da specifiche manifestazioni biologiche e cliniche <sup>7</sup>.

Le manifestazioni biologiche includono modifiche neuroanatomiche, alterate risposte allo stress, innalzamento dei marker infiammatori (PCR, IL-6 e su-PAR), cambiamenti nella composizione del microbioma intestinale e alterazione dei livelli di grelina.

Dal punto di vista clinico, invece, questo eco-fenotipo è caratterizzato da DCA più severi, maggiore comorbidità psichiatrica, impulsività, disregolazione emotiva, comportamenti a rischio, risultati terapeutici peggiori specialmente nella psicopatologia in generale e nelle comorbidità psichiatriche.

Queste nuove teorie che riconoscono il maltrattamento



quale "modificatore di rischio" di un disturbo del comportamento alimentare sono molto interessanti, poiché aprono la strada a nuove strategie terapeutiche personalizzate ai bisogni specifici e alle caratteristiche psicopatologiche delle persone affette che riferiscono anche una storia di trauma infantile, con conseguente miglioramento dell'efficacia terapeutica <sup>8</sup>.

### **Conclusioni**

I disturbi del comportamento alimentare sono psicopatologie complesse che necessitano sempre di un approccio multidisciplinare, psichiatrico, nutrizionale e psicologico che favorisca il recupero e faccia evitare la cronicizzazione del disturbo stesso.

L'aumento della prevalenza di queste patologie in età

pediatrica e adolescenziale e la loro frequente correlazione con esperienze traumatiche di maltrattamento vissute in età infantile impongono la necessità di cogliere precocemente i segnali di allarme di entrambe le condizioni, sì da definire il prima possibile un adeguato percorso diagnostico-terapeutico.

Poiché, inoltre, tale correlazione aumenta la possibilità di drop out terapeutico, si rendono necessari trattamenti personalizzati soprattutto in età pediatrica e adolescenziale, come interventi clinici mirati a risolvere i problemi legati al riconoscimento delle emozioni. Pertanto, anche il pediatra di famiglia, sempre più sensibile alle problematiche correlate ai disturbi del comportamento alimentare e al maltrattamento infantile, nella propria attività clinica deve considerare la loro possibile associazione e farsi promotore e garante di un approccio multidisciplinare alla loro complessità.

### Bibliografia

- 1 American Psychiatric Association: Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association 2013.
- 2 Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, et al. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr* 2019;109:1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- 3 Brenner I, Lev-Ari L, Bachner-Melman R, et al. The effect of eating disorders and trauma day treatment in women with eating disorders and childhood maltreatment history: A pilot study. *Child Abuse Negl* 2025;167:107577. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107577>
- 4 Theodoropoulou O, Holyoak L, Caswell N, et al. The continuation of non-physical abuse from childhood to adulthood in eating disorder patients: An interpretative phenomenological analysis. *Child Abuse Negl* 2024;149:106661. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106661>.
- 5 Barone E, Carfagno M, Cascino G, et al. Childhood maltreatment, alexithymia and eating disorder psychopathology: A mediation model. *Child Abuse Negl* 2023;146:106496. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106496>
- 6 Zaccagnino M, Cussino M, Callerame C, et al. COVID-19 e Disturbi dell'alimentazione. *Rivista di Psicoterapia EMDR* 2021;XIX:4-10.
- 7 Dani C, Tarchi L, Rossi E, et al. Inflammatory biomarkers and childhood maltreatment: A cluster analysis in patients with eating disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2025;174:107405. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2025.107405>.
- 8 Rossi E, Cassioli E, Dani C, et al. The maltreated eco-phenotype of eating disorders: A new diagnostic specifier? A systematic review of the evidence and comprehensive description. *Neurosci Biobehav Rev* 2024;160:105619. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105619>.

ilmedicopediatra 2026;35(1):10-15;  
doi: 10.36179/2611-5212-2026-02

# Un poster contro la violenza domestica: l'importanza della prevenzione nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia

Anna Libera Latino<sup>1</sup>, Antonella Antonelli<sup>2</sup>, Cinzia Grassi<sup>2</sup>, Paola Miglioranzi<sup>2</sup>, Elisabetta Quaranta<sup>2</sup>, Michela Sanna<sup>2</sup>, Valentina Bosco<sup>3</sup>, Alessandro Manzoni<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Responsabile Area "Abuso e Maltrattamento" FIMP;

<sup>2</sup> Area "Abuso e Maltrattamento" FIMP; <sup>3</sup> Co-Referente Sito e Osservatorio Giovani Pediatri FIMP; <sup>4</sup> Coordinatore Gruppo Senato FIMP

## Corrispondenza

Anna Libera Latino  
annalibera.latinovirgilio.it

## Conflitto di interessi

Anna Libera Latino dichiara nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Latino AL, Antonelli A, Grassi C, et al. Un poster contro la violenza domestica: l'importanza della prevenzione nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia. Il Medico Pediatra 2026;35(1):10-15. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2026-02>

© 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>

## Riassunto

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la violenza un primario problema di salute pubblica a livello globale poiché può conseguire in morte, può causare grave disabilità o può contribuire a una varietà di danni alla salute e pertanto ritiene che la violenza, in tutte le sue forme e come qualsiasi altra patologia, debba essere prevenuta.

Nel mondo il 30% delle donne è vittima di violenza: la violenza di genere, che "si annida nello squilibrio relazionale tra i sessi e nel desiderio di controllo e di possesso da parte del genere maschile sul femminile", secondo quanto condiviso dall'ONU e dall'Unione Europea, è riconosciuta dalla Convenzione di Istanbul quale forma di violazione dei diritti umani e di discriminazione e, in quanto tale, va prevenuta per proteggere la donna-vittima da una parte e i figli-testimoni di violenza dall'altra.

Infatti, quando gli atti violenti si consumano all'interno della famiglia si configura la cosiddetta *violenza domestica*, le cui vittime sono soprattutto donne e minori, con grave compromissione della loro salute fisica e mentale. Ma, come anche stabilito dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, la violenza domestica non va considerata un problema contingente o emergenziale che riguarda la singola famiglia, bensì come un problema strutturale che riguarda la società nel suo insieme per cui va affrontata con urgenza e in modo coordinato.

**Parole chiave:** violenza di genere, violenza domestica, violenza assistita, prevenzione della violenza domestica

## Abstract

*The World Health Organization considers violence a major global public health problem because it can result in death, cause serious disability, or contribute to a variety of health problems. It therefore believes that violence, in all its forms and like any other disease, must be prevented.*

*Thirty percent of women worldwide are victims of violence. Gender-based violence, which "lies in the imbalance of relationships between the sexes and in the desire for control and possession by men over women," according to the UN and the European Union, is recognized by the Istanbul Convention as a form of human rights violation and discrimination. As such, it must be prevented to protect both the female victim and her children, who witness violence.*

*In fact, when violent acts occur within the family, it constitutes so-called domestic violence. The victims are primarily women and minors, with serious damage to their physical and mental health. But, as also established by the World Health Organization itself, domestic violence should not be considered a contingent or emergency problem that affects individual families, but rather a structural problem that affects society as a whole and must be addressed urgently and in a coordinated manner.*

**Keywords:** *gender-based violence, domestic violence, witnessing violence, prevention of domestic violence*

## La violenza domestica

Parlare di violenza-domestica certamente non suscita la rassicurante idea/immagine del "focolare".

In Italia, secondo l'ISTAT, il 13,6% delle donne subisce violenza fisica, sessuale, psicologica o economica proprio da parte del proprio partner o ex partner.

Il clima di tensione che si viene a creare all'interno delle mura domestiche, determinato dall'alternarsi di fasi di violenza e momenti di apparente rilassatezza (ciclo della violenza), mina in modo ingravescente l'autostima della donna, facendola sentire debole, impotente e del tutto dipendente dall'autore della violenza stessa. Il partner violento mette in atto una serie di modalità di potere e di controllo sulla donna, soggiogandola sul piano fisico, sessuale, psicologico, economico, spesso strumentalizzando i figli e facendola sentire incapace anche come madre: la compromissione delle capacità genitoriali di quest'ultima, in seguito al perpetuarsi delle violenze, le impediscono

di costruire un sereno rapporto con la prole o la rendono talora addirittura a sua volta maltrattante nei confronti dei figli.

La rilevazione di una situazione di violenza domestica a danno di una madre da parte del pediatra di famiglia non è facile, innanzitutto perché la donna volutamente evita di affrontare spontaneamente il problema per un senso di pudore, di dignità o di omertà, nel tentativo di proteggere in tal modo se stessa e i figli dall'altrui giudizio: riconoscersi vittima di violenza, infatti, richiede, da parte della donna, una presa di coscienza il più delle volte lunga, sofferta. Talvolta, anche quando la donna diventa consapevole e ormai vicina ad aprirsi, spesso ha un ripensamento circa l'opportunità o meno di parlarne con altre persone per una serie di motivi, tra cui:

- la persistenza di stereotipi e di resistenze di tipo culturale connessi alla violenza domestica e di genere;
- il prevalere di meccanismi inconsci di negazione e minimizzazione della violenza nelle relazioni familiari e delle sue conseguenze su se stessa e sulla prole;
- la paura di vedersi "togliere i figli e le figlie" in seguito a una sua denuncia per maltrattamento nei confronti del marito, del partner o dell'ex partner.

Tutte condizioni, queste, che contribuiscono a mantenere per lo più sommerso il fenomeno della violenza domestica rispetto alla sua reale portata.

## La violenza assistita

L'importanza di far emergere il sommerso proprio nell'ambulatorio del pediatra di famiglia, però, nasce dal fatto che assistere direttamente o indirettamente ad atti di violenza a danno della propria madre altera, in modo talvolta irreversibile, anche lo sviluppo fisico, cognitivo ed emotivo dei soggetti di minore età: la violenza *assistita* è a tutti gli effetti assimilabile, quanto a conseguenze sulla salute, a una violenza subita.

Vivere in un contesto familiare maltrattante, infatti, comporta per le vittime sia una disorganizzazione dell'attaccamento, con conseguenti futuri problemi relazio-

nali, sia una disregolazione emotiva con tendenza a oscillare tra iperattivazione e ipoattivazione e relativi disturbi comportamentali.

Inoltre, bambine, bambini e adolescenti che vivono in una famiglia violenta corrono il rischio di identificare le relazioni affettive con le relazioni di sopraffazione, imparano il disprezzo per le donne e per tutte le persone viste come più deboli, adottano comportamenti violenti già nei confronti dei loro pari per ottenere vantaggi e acquisire prestigio. Tutto questo li predispone a diventare partner violenti fin dall'adolescenza (*teen dating violence*) o figure parentali adulte a loro volta maltrattanti nei confronti della prole (*child abuse and neglect*).

Il coinvolgimento dei minori nella violenza tra partner intimi, inoltre, può avvenire non solo durante la convivenza dei genitori, ma anche nella fase di separazione e dopo la separazione stessa: anzi, proprio in tali situazioni aumenta il rischio che essi vengano strumentalizzati con minaccia di essere sottratti alle madri, talvolta anche in sede giudiziaria (cosiddetta *vittimizzazione secondaria* della donna e del minore).

Proprio in queste fasi è particolarmente alto il rischio di escalation della violenza fino all'epilogo più tragico, quale il femminicidio. Di particolare gravità, in tal caso, oltre ovviamente la morte della madre, è la condizione psicofisica degli *orfani speciali*, ossia dei minori vittima di violenza assistita da femminicidio: "speciali" sia perché questi bambini e bambine o adolescenti si trovano ad affrontare al contempo la morte della madre e la detenzione del padre, spesso responsabile dell'omicidio, o la morte dello stesso in quanto suicida, e sia perché per il resto della loro vita saranno speciali i loro bisogni, la loro condizione psicologica, i loro destini.

### Prevenire la violenza di genere e la violenza assistita nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia

L'ambulatorio del pediatra di famiglia rappresenta si-

curamente un osservatorio privilegiato per riconoscere condizioni di pregiudizio del benessere psicofisico di un soggetto di minore età derivanti da un ambiente familiare maltrattante nei suoi confronti e/o nei confronti della madre.

Il pediatra, infatti, anche grazie al rapporto di fiducia che instaura nel tempo sia con il piccolo assistito che con i suoi genitori, conosce bene il minore, la sua famiglia, il suo contesto di vita allargato e quindi:

- può individuare eventuali fattori di rischio (o di protezione) individuali, relazionali, comunitari, sociali predisponenti a condizioni di violenza di genere e maltrattamento all'infanzia;
- può sospettare una situazione di violenza domestica già in essere a danno di donne o minori, cogliendo particolari indicatori comportamentali del soggetto maltrattante (Tab. I) e/o della vittima (Tab. II), sebbene, specie in quest'ultimo caso, si tratti di segnali aspecifici, che dipendono dall'età e dal grado di sviluppo del bambino, dall'intensità e dalla durata temporale della violenza, dalla vicinanza emotiva con l'autore della violenza: più intimo è l'autore, più grande sarà il trauma della vittima di minore età.

Ma il pediatra, nel proprio ambulatorio, può realizzare anche interventi di prevenzione primaria della violenza domestica e assistita, utilizzando diverse modalità di sensibilizzazione e informazione su tali problematiche. È molto importante trasmettere, in primis, il messaggio

#### TABELLA I.

##### Indicatori di maltrattamento nel comportamento dei genitori.

---

Distacco emotivo, reazioni inappropriate alle situazioni
Affermazioni contraddittorie
Versioni contraddittorie rispetto agli incidenti
Ritardo nelle cure mediche necessarie
Cambio frequente del medico
Comportamento iperprotettivo
Riluttanza nelle informazioni
Lamentele sul non avere nessun aiuto

## TABELLA II.

### Indicatori di maltrattamento nel comportamento dei minori.

---

Inadempienza dell'obbligo scolastico
Ansia estrema, irritabilità
Disturbi della condotta alimentare e del sonno
Alterazioni nella defecazione e nella minzione
Crisi di aggressività, autolesionismo
Improvvisi cambiamenti di comportamento/abitudini
Condotte antisociali o francamente devianti
Esibizionismo
Uso precoce di alcol e droghe
Iperautonomia o passività, apatia

che in quel setting c'è un pediatra sensibile alla problematica della violenza domestica.

A tale scopo, sono molto efficaci, come dimostrato anche da lavori scientifici, poster di sensibilizzazione affissi sulle pareti dell'ambulatorio o della sala d'attesa, in modo che la donna, qualora necessario e soprattutto quando consapevole e pronta ad aprirsi, si senta libera di parlare della propria condizione con il proprio medico di fiducia. Poster, inoltre, recanti possibilmente anche riferimenti utili affinché la donna vittima di violenza o stalking possa accedere autonomamente ai servizi di aiuto, come ad esempio numeri di emergenza/urgenza, contatti telefonici e indirizzi di centri antiviolenza (CAV) territoriali.

È altrettanto importante, d'altra parte, che il pediatra o la pediatra, opportunamente formati sull'argomento, si pongano in un atteggiamento di ascolto empatico e non giudicante nei confronti della vittima, siano in grado di fornirle informazioni adeguate ad aiutarla a intraprendere un percorso di fuoriuscita dalla violenza per sé e per i propri figli.

### **“La violenza domestica è un problema di salute per tutta la famiglia”**

La FIMP da molti anni promuove iniziative di prevenzione della violenza assistita e dell'abuso e maltrattamento sui minori, mirate soprattutto a formare i propri iscritti

al riconoscimento precoce e al contrasto del fenomeno e dei suoi effetti negativi sulla salute delle vittime.

Il 25 novembre scorso, in occasione della Giornata mondiale contro la violenza sulle donne, la FIMP ha voluto promuovere anche un valido strumento di prevenzione primaria della violenza domestica su donne e minori.

Sulla base di una idea nata dal Gruppo Senato della FIMP e poi sviluppata dall'Area Abuso e Maltrattamento, è stato realizzato un poster di sensibilizzazione sulle varie forme di violenza (fisica, psicologica, verbale, assistita, stalking, ecc.), talvolta subdole e piuttosto sottovalutate nella loro effettiva capacità di devastare la salute psicofisica della/e vittima/e, specie se la violenza è intrafamiliare (Fig. 1).

Il poster, attraverso immagini evocative delle varie possibili forme di violenza domestica, accompagnate da frasi esplicative, semplici e comprensibili anche a bambini e bambine, vuole scuotere dall'indifferenza nei confronti di un problema che non è solo di natura socio-culturale e di portata mediatica, ma che interessa tutti (in primis le vittime, ma anche familiari, amici o conoscenti di persone vittime di violenza) e riguarda altrettanto da vicino noi pediatri di famiglia che, nel ruolo di pubblici ufficiali, abbiamo oltretutto l'obbligo di denuncia e/o referto qualora previsti dalla legge.

Sensibilizzare su un tema così importante chiunque acceda negli ambulatori dei pediatri di famiglia italiani può avere risvolti molto importanti: può contribuire ad accrescere la consapevolezza generale riguardo la gravità del fenomeno, farlo apparire per quello che veramente è, ossia un problema di salute, ma soprattutto può contribuire a rendere consapevoli in particolare le stesse vittime di violenza o stalking, adulte o di minore età, aiutandole a riconoscersi tali, a non sentirsi sole ma, piuttosto, a chiedere aiuto e chiamare il numero nazionale antiviolenza **1522**.

### Ringraziamenti

Si ringrazia il Gruppo Senato FIMP per il contributo alla realizzazione del poster.

FIGURA 1.

Poster: "La violenza domestica è un problema di salute per tutta la famiglia." Cliccando sul QR code, inoltre, è possibile scaricare il poster.



**fimp** Federazione Italiana Medici *Pediatr*i

# LA VIOLENZA DOMESTICA È UN PROBLEMA DI SALUTE PER TUTTA LA FAMIGLIA

 Le parole, come il silenzio, sono pietre... possono ferire e lasciare cicatrici profonde, anche su di te.

Uno schiaffo fa sempre male: è comunque una violenza. 

La violenza assistita è sempre violenza subita! 

Qualsiasi forma di violenza domestica non è MAI invisibile, neppure agli occhi di una bambina o di un bambino. 

Proteggi te e la tua famiglia: parlane con la tua o con il tuo pediatra prima che sia troppo tardi! 

## SE SEI VITTIMA DI VIOLENZA DOMESTICA O STALKING CHIAMA IL 1522

A cura dell'Area Abuso e Maltrattamento e del Senato della FIMP

immagini su autorizzazione di VIOLA Dauna O.d.V., riutilizzabili con attribuzione



Un particolare ringraziamento a ViOLA Dauna O.d.V. - Foggia per aver autorizzato la pubblicazione delle immagini (riutilizzabili con attribuzione) presenti sul poster: si tratta di elaborati artistici realizzati in estemporanea da giovani studenti e studentesse durante percorsi di sensibilizzazione sul tema della violenza domestica e assistita, loro dedicati e promossi dalla stessa ViOLA Dauna.

### Bibliografia di riferimento

Baldry AC. Orfani speciali. Milano: Franco Angeli 2017.

CESVI. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia - 2024.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. REPRINT OF: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of

the Leading Causes of Death in Adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 2019;56:774-786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>.

<https://www.fimp.pro/area-scientifica/aree-tematiche/abuso-e-maltrattamento>.

<https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf>.

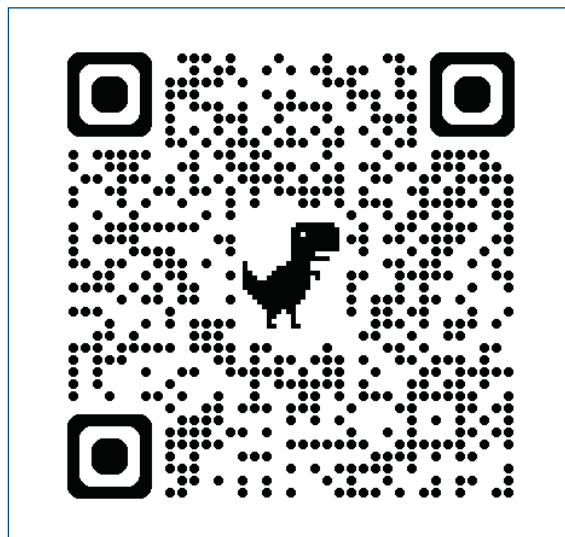
La vittimizzazione secondaria delle donne che subiscono violenza e dei loro figli nei procedimenti che disciplinano l'affidamento e la responsabilità genitoriale. <https://www.senato.it/leg/18/BGT/Testi/Allegati/00000366.pdf>.

Ragavan MI, Murray A. Supporting Intimate Partner Violence Survivors and Their Children in Pediatric Healthcare Settings. Pediatr Clin North Am 2023;70:1069-1086. <https://doi.org/10.1016/10.1016/j.pcl.2023.06.016>.

WHO. World Report on Violence and Health - 2002. <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>.



**SEZIONE DEL SITO FIMP DEDICATA AI GENITORI:**  
è possibile accedere tramite il QR code riportato qui sotto.



ilmedicopediatra 2026;35(1):16-23;  
doi: 10.36179/2611-5212-2026-03

# Esperienza *real-world* della Pediatria di Libera Scelta della Regione Puglia nella profilassi delle infezioni da VRS

Maria Sterpeta Loffredo<sup>1,2</sup>, Antonio Di Mauro<sup>1</sup>, Raffaele Gurrado<sup>1</sup>, Luigi Nigri<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Pediatra di Libera Scelta Regione Puglia; <sup>2</sup>Area FIMP Vaccini e Immunizzazioni; <sup>3</sup>Referente FIMP Regione Puglia Rete Vaccini e Immunizzazioni

## Riassunto

L'articolo descrive l'esperienza *real-world* della Pediatria di Libera Scelta (PLS) della Regione Puglia nell'attuazione della strategia preventiva contro il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) durante la stagione 2024-2025, esplorata attraverso una *survey* articolata in tre sezioni dedicate rispettivamente agli *outcome* di implementazione (adesione alla campagna, copertura della popolazione target, modalità di reclutamento), agli *outcome* clinici (incidenza di bronchiolite trattata a domicilio o in ospedale) e agli *outcome* di sicurezza. Tale strategia ha previsto la somministrazione dell'anticorpo monoclonale nirsevimab ai nati tra luglio e ottobre 2024 presso gli ambulatori dei PLS e ai nati tra novembre 2024 e marzo 2025 presso le neonatologie prima della dimissione. Il modello organizzativo integrato ha affidato un ruolo centrale ai pediatri del territorio, non solo nell'atto della somministrazione, ma soprattutto nell'informazione chiara alle famiglie, nel reclutamento attivo dei pazienti eleggibili e nel monitoraggio degli *outcome*. I risultati confermano l'efficacia dell'intervento, con una riduzione significativa dell'incidenza dei casi di bronchiolite e dei ricoveri ospedalieri nella coorte immunizzata. Inoltre essi sottolineano il ruolo del PLS quale pilastro strategico per il successo di campagne di prevenzione su larga scala in un contesto di sanità pubblica.

**Parole chiave:** Virus Respiratorio Sinciziale (VRS), anticorpo monoclonale, pediatria di libera scelta

## Corrispondenza

Maria S. Loffredo  
loffredoms1976@gmail.com

## Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interesse.

**How to cite this article:** Sterpeta Loffredo M, Di Mauro A, Gurrado R, et al. Esperienza *real-world* della Pediatria di Libera Scelta della Regione Puglia nella profilassi delle infezioni da VRS. Il Medico Pediatra 2026;35(1):16-23. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2026-03>

© 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>

## Summary

The article describes the *real-world* experience of Primary Care Paediatricians in the Puglia Region in implementing the preventive strategy against Respiratory Syncytial Virus (RSV) in the 2024-2025 season. This experience was explored through a survey structured into three sections dedicated to implementation outcomes (campaign adherence, target population coverage, recruitment methods), clinical outcomes (incidence of bronchiolitis

*managed at home or in hospital), and safety outcomes. This strategy involved the administration of the monoclonal antibody nirsevimab to infants born between July and October 2024 at primary care pediatricians' (PLS) clinics and to those born between November 2024 and March 2025 in neonatal units prior to discharge. The integrated organizational model assigned a central role to community paediatricians, not only in the act of administration but, most importantly, in providing clear information to families, actively recruiting eligible patients, and monitoring outcomes. The results confirm the intervention's effectiveness, demonstrating a significant reduction in the incidence of bronchiolitis and hospitalizations in the immunised cohort. Furthermore, they underscore the role of primary care pediatricians as a strategic pillar for the success of large-scale prevention campaigns within the public health context.*

**Keywords:** respiratory syncytial virus (RSV), monoclonal antibody, primary care pediatricians

## Introduzione

Il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) rappresenta da decenni una delle principali cause di infezione delle basse vie respiratorie in età pediatrica, costituendo un rilevante problema di sanità pubblica sia nei Paesi a basso e medio reddito sia nei contesti ad alto reddito. Nei primi anni di vita, il VRS è responsabile della maggior parte dei casi di bronchiolite e di una quota significativa di polmoniti, con un impatto clinico, organizzativo ed emotivo che coinvolge non solo le strutture ospedaliere, ma anche la pediatria territoriale. Dal punto di vista epidemiologico, il VRS è altamente diffusivo: l'infezione è pressoché universale e quasi tutti i bambini entrano in contatto con il virus entro i primi due anni di vita. Nella maggior parte dei casi, il decorso è lieve o moderato e autolimitante; tuttavia, una percentuale significativa evolve verso forme più gravi, richiedendo accessi ripetuti alle cure primarie, valutazioni in pronto soccorso e, in alcuni casi, ospedalizzazione. Questo andamento, apparentemente paradossale, rende il VRS una patologia comune ma potenzialmente severa, difficile da intercettare precocemente nei soggetti a rischio di complicanze. Le stime globali più recenti indicano circa 33 milioni di episodi annuali di infezione delle basse vie respiratorie da VRS nei bambini sotto i cinque anni, con oltre 3,5 milioni di ricoveri e più di 100.000 decessi, concentrati principalmente nei primi mesi di vita. Sebbene la mortalità nei Paesi ad alto reddito sia molto bassa, il carico assistenziale rimane significativo, con elevato utilizzo di risorse territoriali e ospedaliere e impatto socio-emotivo sulle famiglie <sup>1</sup>.

L'età rappresenta il principale fattore di rischio per la gravità dell'infezione: i lattanti nei primi sei mesi di vita, e in particolare nei primi tre mesi, presentano i tassi più elevati di ospedalizzazione e di forme severe. A essi si aggiungono fattori individuali noti quali prematurità, broncodisplasia polmonare, cardiopatie congenite emodinamicamente significative, patologie neuromuscolari o condizioni di immunodepressione. Tuttavia, la maggior parte dei bambini che sviluppano forme severe è costituita da lattanti nati a termine e precedentemente sani, sottolineando l'importanza di strategie preventive più ampie rispetto all'approccio tradizionalmente "ad alto rischio".

Dal punto di vista clinico, l'infezione da VRS si manifesta inizialmente con sintomi aspecifici delle alte vie respiratorie – rinorrea, congestione nasale, tosse e talora febbre – rendendo difficile la diagnosi differenziale precoce rispetto ad altre infezioni virali pediatriche. Nei giorni successivi, soprattutto nei lattanti più piccoli, il quadro può evolvere verso il coinvolgimento delle basse vie respiratorie, con tachipnea, rientramenti toracici, difficoltà alimentare, wheezing e, nei casi più gravi, ipossiemia e apnea. La variabilità clinica e l'assenza di segni patognomonic rendono complessa la predizione dell'evoluzione individuale <sup>2</sup>.

Non esistono strumenti clinici universalmente validati per identificare con precisione i bambini destinati a sviluppare forme severe. Diversi score di gravità sono stati proposti, ma nessuno è stato adottato stabilmente nella pratica clinica, soprattutto in ambito territoriale. Pertanto, il giudizio clinico del Pediatra di Libera Scelta (PLS), basato sull'osservazione diretta,

la conoscenza del contesto familiare e la valutazione dinamica dei sintomi, rimane centrale nella gestione del VRS.

Dal punto di vista terapeutico, non sono disponibili terapie eziologiche efficaci: il trattamento è essenzialmente di supporto e comprende ossigenazione adeguata, idratazione e monitoraggio clinico. Broncodilatatori, corticosteroidi e antibiotici non hanno dimostrato benefici significativi nelle forme non complicate. Nonostante ciò, il VRS è ancora associato a un uso non appropriato di antibiotici, soprattutto nei contesti di incertezza diagnostica, con implicazioni in termini di resistenze antimicrobiche. Il PLS svolge un ruolo chiave nell'educazione delle famiglie e nella promozione di un uso razionale delle terapie, supportato da strumenti come saturimetria e tamponi virologici rapidi<sup>3</sup>. Negli ultimi anni, è cresciuto l'interesse per le conseguenze a medio-lungo termine del VRS. Studi osservazionali indicano un'associazione tra bronchiolite da RSV nei primi anni di vita e un aumentato rischio di wheezing ricorrente e asma in età successiva. Sebbene il nesso causale non sia completamente chiarito, questo dato rafforza l'importanza della prevenzione primaria, soprattutto nei primi mesi di vita, quando il sistema respiratorio e immunitario è ancora immaturo. Storicamente, la prevenzione si basava su misure non farmacologiche (igiene delle mani, riduzione dell'esposizione) e sull'immunoprofilassi passiva con palivizumab, limitata a una popolazione ad alto rischio. Nonostante la riduzione delle ospedalizzazioni nei gruppi selezionati, l'impatto sulla salute pubblica era limitato per i costi elevati, la necessità di somministrazioni mensili e l'impossibilità di estendere la profilassi alla popolazione generale. Recenti progressi nella comprensione della proteina di fusione del virus e delle risposte immunitarie neutralizzanti hanno permesso lo sviluppo di nuove strategie preventive, tra cui anticorpi monoclonali a lunga emivita e vaccini materni<sup>4</sup>. Per la prima volta, il VRS può essere considerato prevenibile su larga scala, con potenziali benefici in termini di riduzione di rico-

veri, accessi in pronto soccorso e carico assistenziale stagionale<sup>5</sup>.

In questo contesto, la Regione Puglia ha adottato una strategia strutturata per la prevenzione del VRS, con particolare attenzione all'integrazione tra ospedale e territorio e al ruolo centrale del PLS. La Legge Regionale 30 maggio 2024, n. 22, ha autorizzato la somministrazione di anticorpi monoclonali approvati dalle autorità regolatorie nei neonati, seguita dall'attivazione di una campagna regionale di immunizzazione passiva. Lo strumento scelto è Nirsevimab, un anticorpo monoclonale a lunga emivita che conferisce immunizzazione passiva, neutralizzando il virus e prevenendone l'ingresso nelle cellule respiratorie. L'impiego di Nirsevimab si integra nelle strategie pediatriche di prevenzione, con modalità analoghe a quelle delle vaccinazioni dell'infanzia, garantendo protezione per l'intera stagione epidemica con una singola somministrazione e un profilo di sicurezza favorevole. Il PLS assume, in questo scenario, un ruolo strategico e multifunzionale: non solo intercettare precocemente i sintomi respiratori nel management clinico dell'acuzia, ma anche fornire informazioni chiare e basate sull'evidenza, supportare le decisioni cliniche e promuovere l'adesione consapevole alle nuove strategie preventive. La pediatria territoriale diventa il fulcro dell'integrazione tra evidenze scientifiche, programmi di sanità pubblica e bisogni concreti delle famiglie, contribuendo alla riduzione del carico assistenziale e delle ospedalizzazioni oltre al miglioramento della qualità di vita dei bambini e dei loro nuclei familiari.

Il presente articolo descrive l'**implementazione della profilassi da VRS nella Pediatria di Libera Scelta in Puglia e la sua esperienza *real-world***, evidenziando il ruolo centrale del PLS nella strategia di prevenzione. Per la stagione 2024-2025 la Regione Puglia ha scelto un modello di offerta universalistico, prevedendo la somministrazione gratuita prioritaria del Nirsevimab a tutti i bambini entro 24 mesi di vita nati tra il primo luglio 2024 e il 31 ottobre 2024.

Questa scelta rappresenta un passaggio culturale rilevante, poiché supera il concetto di profilassi riservata esclusivamente ai soggetti ad alto rischio e riconosce che la maggior parte delle ospedalizzazioni per bronchiolite da VRS avviene in bambini precedentemente sani. Accanto a questa offerta universale, la Regione ha previsto l'estensione dell'immunizzazione passiva anche ai bambini fino a 24 mesi di età che affrontano la seconda stagione VRS e presentano condizioni patologiche complesse o gravi, come immunodeficienze, cardiopatie congenite, fibrosi cistica, patologie respiratorie croniche, malattie neuromuscolari, gravi disabilità o neoplasie. In questo ambito, il giudizio clinico del PLS, in raccordo con i servizi di igiene e sanità pubblica e con gli specialisti ospedalieri, assume un ruolo centrale nell'individuazione dei bambini eleggibili.

Dal punto di vista organizzativo, la strategia pugliese si fonda su un modello integrato che coinvolge le Neonatologie, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e i Pediatri di Libera Scelta. I nati durante la stagione epidemica vengono preferibilmente immunizzati alla nascita presso le strutture di Neonatologia, mentre per i nati fuori stagione o per coloro che non hanno ricevuto la somministrazione alla nascita l'offerta viene garantita sul territorio, presso i servizi vaccinali o prioritariamente dal PLS alla prima occasione utile. Questo modello consente di intercettare la quasi totalità della popolazione target e valorizza il rapporto fiduciario tra pediatra e famiglia, che rappresenta uno dei principali determinanti dell'adesione alla campagna di prevenzione.

Per il PLS, la partecipazione alla strategia regionale non si esaurisce nell'atto della somministrazione, ma comprende una serie di attività fondamentali: informare correttamente le famiglie sul significato della prevenzione delle infezioni da VRS, spiegare in modo chiaro la differenza tra immunizzazione passiva e vaccinazione tradizionale, rassicurare sul profilo di sicurezza del farmaco e gestire eventuali dubbi o esitazioni. Un ulteriore aspetto cruciale è rappresentato dalla corret-

ta e tempestiva registrazione delle somministrazioni nel sistema informativo regionale GIAVA, attraverso il proprio gestionale, contribuendo così al monitoraggio dell'andamento della campagna e al soddisfacimento dei flussi informativi regionali e nazionali.

La Regione Puglia ha affiancato alla strategia sanitaria una campagna di comunicazione dedicata, con materiali informativi rivolti alle famiglie, ma resta evidente che il momento decisivo per l'adesione consapevole è rappresentato dal colloquio con il PLS. Nel complesso, il 97,25% circa (389/400) dei pediatri di libera scelta regionali ha partecipato alla campagna di immunizzazione.

Durante la stagione RSV 2024-2025 sono state somministrate complessivamente in Puglia 14.737 dosi di Nirsevimab. Di queste, 8.226 dosi sono state effettuate in strutture ospedaliere pubbliche o private, mentre 6.511 dosi sono state somministrate negli ambulatori di cure primarie (PLS) nell'ambito della strategia estesa di catch-up.

## Materiali e metodi

Al fine di esplorare il ruolo del Pediatra di Famiglia in questa strategia innovativa di prevenzione, è stata elaborata una *survey* (indagine conoscitiva) sulla campagna di immunizzazione per VRS relativa alla stagione 2024-2025, indirizzata esclusivamente ai Pediatri di Libera Scelta della Regione Puglia. Oltre agli *outcome* di implementazione della campagna di immunizzazione, comprendenti le modalità di espletamento, le criticità organizzative incontrate, la percentuale di adesione da parte delle famiglie e le eventuali difficoltà operative, la *survey* ha valutato anche *outcome* clinici, quali la percentuale di bronchioliti osservate, i ricoveri ospedalieri e il decorso clinico dei pazienti, in relazione allo stato di immunizzazione con l'anticorpo monoclonale e, infine, *outcome* di sicurezza. Su un totale di 390 PLS pugliesi, 229 hanno partecipato alla raccolta dei dati mediante un questionario anonimo inviato via posta elettronica.

## Risultati

### Outcome di implementazione

#### 1. Adesione alla campagna e copertura popolazione target

Il 19,2% dei PLS pugliesi ha registrato un'adesione totale (100%) alla campagna di immunizzazione da parte delle famiglie dei pazienti eleggibili, mentre il 58,5% dei PLS partecipanti ha riportato un'adesione superiore all'80%, indicando un'elevata accettazione complessiva nella maggior parte degli studi. In poco più del 24% dei casi è stata osservata un'adesione moderata (50-80%). Tale dato risulta frequentemente associato, nei commenti aperti, a contesti di iniziale scetticismo o a criticità organizzative locali (ad es. ritardi nella fornitura delle dosi).

#### 2. Modalità di reclutamento ed efficacia percepita

La strategia di reclutamento ha previsto l'impiego integrato di diverse modalità di contatto, con differente impatto sulla adesione alla campagna.

La **chiamata attiva individuale**, adottata nel 95% dei casi, ha rappresentato l'elemento centrale dell'intervento. Tale modalità si è dimostrata imprescindibile per la trasmissione di informazioni chiare e per la fornitura di rassicurazioni personalizzate, risultando la più efficace nel trasformare atteggiamenti inizialmente scettici in una decisione favorevole all'adesione.

L'**invio simultaneo di comunicazioni digitali** (SMS, e-mail e notifiche tramite applicazioni dedicate), utilizzato nel 40% dei casi, è stato impiegato prevalentemente come primo contatto o promemoria. Sebbene la sua efficacia sia risultata limitata se adottata come unico strumento, essa è apparsa significativamente maggiore quando integrata con un successivo contatto telefonico diretto.

La **richiesta spontanea da parte dei genitori**, osservata nel 15% dei casi, rappresenta un indicatore indiretto dell'efficacia della comunicazione di massa e del passaparola positivo tra le famiglie. Questo canale è risultato più frequente nelle fasi avanzate della campagna,

suggerendo un progressivo consolidamento della fiducia e della consapevolezza nella popolazione target.

#### 3. Barriere all'adesione: analisi dei rifiuti

Le motivazioni alla base del rifiuto dell'intervento, spesso coesistenti all'interno della stessa famiglia, sono state classificate in base alla frequenza di segnalazione. Il motivo più frequentemente riportato è stato rappresentato dai **timori relativi alla sicurezza** (53,7%). In particolare, i genitori hanno espresso preoccupazioni riguardanti possibili effetti avversi a breve termine (reazioni immediate) e, in misura minore, potenziali effetti a lungo termine percepiti come non completamente noti, nonostante le informazioni e le rassicurazioni fornite sulla base dei dati disponibili dagli studi clinici.

Una quota rilevante di rifiuti è stata associata a una **diffidenza generalizzata verso le strategie terapeutiche basate sull'impiego di anticorpi monoclonali** (27,9%). Tale atteggiamento è risultato frequentemente correlato a una confusione concettuale con i vaccini tradizionali, a una conoscenza incompleta del meccanismo d'azione del farmaco e, in alcuni casi, a una preesistente sfiducia nei confronti delle istituzioni sanitarie.

I **dubbi sull'efficacia del farmaco**, in particolare in relazione alla capacità di prevenire le forme più severe di infezione, sono stati riportati nel **21,8% dei casi**, rappresentando un'ulteriore barriera all'adesione.

### Outcome clinici

#### Incidenza diagnosi di bronchiolite

Nel periodo novembre 2024-marzo 2025 il 78,1% dei pediatri partecipanti ha riportato un'incidenza di bronchiolite inferiore al 20% nella coorte di nati tra luglio 2024 e marzo 2025, indicando un impatto complessivamente basso o moderato della stagione epidemica 2024-2025 (Fig. 1).

È opportuno precisare che la diagnosi di bronchiolite è stata formulata prevalentemente sulla base di criteri clinici. Solo in una minoranza di casi il PLS ha proceduto all'identificazione del VRS, avvalendosi in modo

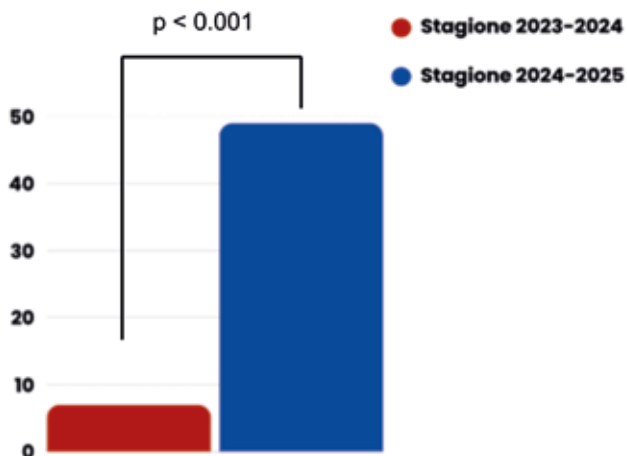
FIGURA 1.

Distribuzione percentuale dei casi di bronchiolite osservati durante la stagione epidemica (novembre-marzo) del VRS dai PLS nella coorte dei nati tra luglio 2024 e marzo 2025).



FIGURA 2.

Numero assoluto di PLS con zero casi di bronchiolite riportati nella stagione 2023-2024 vs stagione 2024-2025.



autonomo di strumenti diagnostici di self-testing, quali i test rapidi su campione nasofaringeo.

Un risultato di particolare rilievo emerge dall'analisi della distribuzione dei casi (Fig. 2): il 21,4% dei pediatri non ha osservato alcun episodio di bronchiolite durante la stagione 2024-2025, a fronte di una percentuale pari al 3,1% nella stagione precedente

(2023-2024). Tale differenza estremamente significativa ( $p < 0.001$  – *Fisher's exact test*) evidenzia una marcata riduzione dell'incidenza della patologia e suggerisce una importante attenuazione dell'intensità epidemica nel periodo in esame.

L'analisi dei casi di bronchiolite osservati dai pediatri delle cure primarie ha mostrato che oltre il 70% degli episodi si è verificato in bambini **non** sottoposti a immunizzazione con Nirsevimab (Fig. 3). Al contrario, tra i soggetti immunizzati, i casi osservati sono risultati numericamente limitati e caratterizzati da un decorso clinico favorevole, senza necessità di ospedalizzazione. Tale distribuzione suggerisce, in un contesto osservazionale, una differenza rilevante sia in termini di incidenza sia di gravità della malattia tra la popolazione immunizzata e quella non immunizzata e sottolinea l'effetto protettivo del Nirsevimab.

#### **Incidenza di ospedalizzazione per bronchiolite**

Il ricorso all'ospedalizzazione è stato riportato dai pediatri di libera scelta in meno del 20% dei pazienti con diagnosi di bronchiolite. Tra i soggetti ospedalizzati, oltre il 70% non era stato sottoposto a profilassi con nirsevimab, in quanto i genitori avevano rifiutato la somministrazione sia al momento della dimissione dal

**FIGURA 3.**

Distribuzione percentuale di pazienti con diagnosi di Bronchiolite sottoposti o meno a profilassi con Nirsevimab.



**FIGURA 4.**

Distribuzione percentuale di pazienti ricoverati per la Bronchiolite sottoposti o meno a Immunizzazione con Nirsevimab.



punto nascita sia in occasione del follow-up presso il pediatra curante (Fig. 4).

### Outcome di sicurezza

Per quanto concerne il profilo di sicurezza, l'88,2% dei pediatri non ha segnalato alcun evento avverso successivo alla somministrazione. Gli eventi osservati sono risultati prevalentemente lievi e localizzati, con reazioni nel sito di iniezione riportate nel 9,2% dei casi. Le reazioni sistemiche sono state infrequenti e di modesta

entità: episodi febbrili sono stati segnalati dall'1,7% dei pediatri, mentre un rash cutaneo transitorio è stato riportato nel 3,5%. In linea con un favorevole profilo di tollerabilità, non sono stati osservati né segnalati eventi avversi gravi, incluse reazioni allergiche severe.

### Conclusioni

Nel complesso, la strategia adottata dalla Regione Puglia per la prevenzione delle infezioni da VRS rap-

presenta un esempio virtuoso di sanità pubblica orientata alla prevenzione, fondato su solide evidenze scientifiche e su un modello organizzativo che valorizza in modo significativo il ruolo della sanità territoriale. Per il PLS, tale esperienza non si configura soltanto come un nuovo compito assistenziale, ma come una concreta opportunità di incidere in maniera rilevante sulla riduzione della morbilità respiratoria nei primi anni di vita, migliorando la qualità dell'assistenza e rafforzando il rapporto di fiducia con le famiglie.

L'esperienza maturata nella stagione 2024-2025 dimostra come l'implementazione di una strategia preventiva basata sull'immunizzazione passiva con Nirsevimab possa tradursi in una riduzione significativa dell'incidenza e della gravità della bronchiolite da VRS nei bambini di età inferiore ai 24 mesi. I dati raccolti evidenziano non solo una diminuzione dei casi clinici e dei ricoveri ospedalieri, ma anche un profilo di sicurezza favorevole, caratterizzato da eventi avversi generalmente lievi e transitori, a conferma della sostenibilità e dell'elevata accettabilità della profilassi su larga scala.

Un elemento chiave per il successo della campagna è stato il ruolo centrale del PLS, che ha agito come principale punto di riferimento per le famiglie, garantendo un'informazione chiara e basata su evidenze, supportando il processo decisionale e contribuendo in modo determinante all'organizzazione della somministrazione. La stretta integrazione tra ospedale e territorio, unita alla relazione fiduciaria tra pediatra e famiglia, ha

consentito di raggiungere un'elevata copertura della popolazione target, favorendo un'adesione consapevole e un utilizzo più efficiente delle risorse sanitarie.

Questa esperienza di *real-world evidence* dimostra il potenziale impatto positivo di strategie preventive innovative non solo sulla salute del singolo bambino, ma anche sulla sostenibilità complessiva del sistema sanitario. L'integrazione di nuovi strumenti di profilassi con il ruolo centrale della pediatria territoriale si configura come un modello replicabile in altri contesti regionali e nazionali, ponendo le basi per una prevenzione dell'infezione da VRS sempre più ampia, sicura ed efficace.

### Bibliografia

- 1 Mazur NI, Caballero MT, Nunes MC. Severe respiratory syncytial virus infection in children: burden, management, and emerging therapies. *Lancet* 2024;404:1143-1156. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01716-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01716-1)
- 2 Asseri AA. Respiratory Syncytial Virus: A Narrative Review of Updates and Recent Advances in Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, Management and Prevention. *J Clin Med* 2025;14:3880. <https://doi.org/10.3390/jcm14113880>.
- 3 Manti S, Staiano A, Orfeo L, et al. UPDATE - 2022 Italian guidelines on the management of bronchiolitis in infants. *Ital J Pediatr* 2023;49:19. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01392-6>
- 4 Pecenka C, Sparrow E, Feikin DR, et al. Respiratory syncytial virus vaccination and immunoprophylaxis: realising the potential for protection of young children. *Lancet* 2024;404:1157-1170. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01699-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01699-4)
- 5 Villa S, Scarioni S, Pigozzi E, et al; Regional Immunization Council. Reduced Emergency Department Visits and Hospitalizations in Infants after Universal Respiratory Syncytial Virus Immunization, Italy, 2024-25. *Emerg Infect Dis* 2026;32:45-54. <https://doi.org/10.3201/eid3201.250870>.

ilmedicopediatra 2026;35(1):24-26;  
doi: 10.36179/2611-5212-2026-04

# Diabete tipo 1 Ruolo del Pediatra di libera scelta

## Diagnosi tempestiva e screening anticorpale

Osama Al Jamal<sup>1</sup>, Laura Concas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pediatra di libera scelta, Cagliari; <sup>2</sup> Pediatra, Cagliari

### Corrispondenza

Osama Al Jamal  
osama.aljamal33@gmail.com

### Conflitto di interessi

Osama Al Jamal dichiara di aver ricevuto finanziamenti o ha in atto contratti o altre forme di finanziamento, personali o istituzionali, con Sanofi anche se gli eventuali prodotti di un'azienda non sono citati nel testo.

**How to cite this article:** Al Jamal O, Concas L. Diabete tipo 1. Ruolo del Pediatra di libera scelta. Diagnosi tempestiva e screening anticorpale. Il Medico Pediatra 2026;35(1):24-26. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2026-04>

© 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>

### Riassunto

Il diabete di tipo 1 è una malattia autoimmune che distrugge le cellule che producono insulina, rendendo necessaria una terapia a vita. È sempre più diffuso nei bambini e spesso si manifesta con chetoacidosi, soprattutto in caso di diagnosi tardiva.

In Italia è stato avviato uno screening nazionale per bambini di 5-6 anni per individuare precocemente il diabete e la celiachia, prevenire complicanze e rallentare la malattia.

I pediatri di libera scelta hanno un ruolo centrale nello screening e nella diagnosi precoce, attraverso semplici test e il riconoscimento dei sintomi, supportati anche da materiali informativi per le famiglie

**Parole chiave:** diabete tipo 1, autoimmunità, screening pediatrico, diagnosi precoce

### Summary

*Type 1 diabetes is an autoimmune disease that destroys insulin-producing cells, requiring lifelong treatment. It is increasingly common in children and often presents with ketoacidosis, especially when diagnosis is delayed.*

*In Italy, a national screening program for children aged 5-6 aims to detect type 1 diabetes and celiac disease early, prevent complications, and slow disease progression.*

*Primary care pediatricians play a key role in early detection through simple tests and symptom recognition, supported by educational materials for families.*

**Keywords:** type 1 diabetes, autoimmunity, pediatric screening, early diagnosis

I pediatri di libera scelta hanno un ruolo centrale nello screening e nella diagnosi precoce, attraverso semplici test e il riconoscimento dei sintomi, supportati anche da materiali informativi per le famiglie.

Il diabete di tipo 1 (DT1) è una malattia endocrino-metabolica, a eziologia autoimmune, caratterizzata da deficit assoluto della secrezione di

insulina conseguente alla distruzione delle cellule  $\beta$  delle isole di langerhans pancreatiche. Tale condizione si verifica in soggetti geneticamente predisposti e richiede una terapia sostitutiva dell'insulina per tutta la vita. Il DT1 è tra le più comuni patologie endocrine croniche dell'età evolutiva e la sua incidenza mostra in tutto il mondo una costante crescita tale da diventare un problema di salute pubblica. In Italia l'esordio del DT1 in età pediatrica e adolescenziale si manifesta con una chetoacidosi (DKA) in una percentuale che si aggira tra il 25% e il 40%.

I principali fattori di rischio per DKA all'esordio sono: ritardo della diagnosi, età inferiore a 5 anni, accesso limitato alle cure (difficoltà socio-economiche o barriere linguistiche).

Il programma di screening propedeutico realizzato che ha visto arruolati 5363 bambini provenienti da quattro Regioni italiane (Lombardia, Marche, Campania, Sardegna), distribuiti proporzionalmente in base alla popolazione delle singole Regioni, ha visto i pediatri di libera scelta protagonisti in tutte le fasi dall'arruolamento alla presa in carico dei bambini con anticorpi positivi sia per il DT1 che per la celiachia (MC).

Il programma pluriennale di screening su base nazio-

**fimp** Federazione Italiana Medici Pediatri

## Diabete di tipo 1: riconoscerlo prima che si manifesti

Il diabete di tipo 1 (DT1) è una malattia autoimmune che può comparire soprattutto nei bambini e adolescenti. Spesso viene diagnosticato quando compaiono sintomi più gravi, come la chetoacidosi diabetica. È fondamentale il riconoscimento tempestivo.

**Alcuni bambini hanno un rischio maggiore di svilupparlo:**

1. Parenti di 1° grado (genitori, fratelli) con diabete di tipo 1
2. Malattie autoimmuni (tiroidite, celiachia, artrite reumatoide, ...)
3. Valori glicemici alterati
4. Parenti di 1° grado con malattie autoimmuni

**Chiedi al tuo Pediatra. È il tuo primo alleato**

**Possiamo scoprirlo prima grazie allo screening**

Un semplice esame del sangue può individuare il rischio anche quando il bambino sta bene.

**Scoprirlo precocemente consente di:**

1. Ridurre il rischio di esordio con chetoacidosi grave
2. Aiutare le famiglie ad affrontare la diagnosi con maggiore serenità
3. Migliorare la gestione della malattia

**Campanelli di allarme da non sottovalutare:**

1. Sete intensa
2. Pipì molto frequente
3. Dimagrimento non spiegato
4. Stanchezza insolita
5. Ripresa della pipì a letto dopo aver smesso da tempo

**Non esitare! Rivolgiti subito al tuo Pediatra**

**DIABETE TIPO 1  
ALTO RISCHIO - UN CASO  
EMBLEMATICO**

**FIMP**  
Federazione Italiana  
Medici Pediatri

**fimp** Federazione Italiana Medici Pediatri

**INDICAZIONE PER  
IL PRELIEVO DI GLICEMIA  
E STICK PER GLICOSURIA**

**FIMP**  
Federazione Italiana  
Medici Pediatri

**fimp** Federazione Italiana Medici Pediatri

**fimp** Federazione Italiana Medici Pediatri

## Diabete di tipo 1: riconoscerlo prima che si manifesti

**GUIDA PRATICA  
PER I GENITORI**

*Proteggere significa amare*

nale nella popolazione pediatrica per l'individuazione degli anticorpi del diabete di tipo 1 e della celiachia, previsto dall'art. 1 comma 1 della legge 15 settembre 2023 n. 130, è coordinato dal Ministero della Salute e si propone l'obiettivo di prevenire l'insorgenza della malattia con chetoacidosi, di individuare il DT1 in fase preclinica e di rallentare la progressione mediante l'impiego di alcuni immunomodulanti, nonché di effettuare la diagnosi precoce della MC. La conferenza Stato-Regioni ha espresso parere favorevole (Atto Rep. N. 19 del 26 febbraio 2026).

**fimp** Federazione Italiana Medici Pediatri

**DIABETE DI TIPO 1 GENITORI:  
ATTENZIONE AI SEGNALI**

**fimp** Federazione Italiana Medici Pediatri

**Hai una MALATTIA AUTOIMMUNE**  
(come celiachia o tiroidite)  
**o qualcuno in famiglia che ne soffre?**

**Hai un familiare con diabete di tipo 1?**

**Hai valori glicemici alterati?**

**RIVOLGITI AL TUO PEDIATRA e scopri di più sullo screening**

**OGGI LA PREVENZIONE È POSSIBILE:**  
UN TEST SEMPLICE E SICURO IN GRADO DI INDIVIDUARE IL RISCHIO ATTRAVERSO LA RICERCA DI ANTICORPI SPECIFICI

**LO SCREENING PREVEDE LA RICERCA DI AUTOANTICORPI CHE CONSENTE DI RILEVARE LA MALATTIA NEGLI STATI PRESINTOMATICI**

**RIVOLGITI AL TUO PEDIATRA**

**CAMPANELLI DI ALLARME**

**POLIURIA  
POLIDIPSIA  
PERDITA DI PESO  
STANCHEZZA  
ENURESIS**

**NON SOTTOVALUTARE QUESTI SEGNI E SINTOMI**

**RIVOLGITI AL TUO PEDIATRA**

AREA GENITORI - FIMP Federazione Italiana Medici Pediatri

fondamentale sia nella diagnosi tempestiva (esecuzione della diagnostica di primo livello nel proprio studio) sia nella realizzazione del programma di screening pluriennale con eventuali ampliamenti verso altre coorti di nascita o popolazioni pediatriche “ad alto rischio”.

Va ribadito che, in presenza di sintomi suggestivi di DT1 (poliuria, polidipsia, dimagrimento non spiegato, enuresi di nuova insorgenza, facile affaticabilità), il pediatra di libera scelta deve eseguire nel più breve tempo possibile la diagnostica di primo livello, cioè la rilevazione capillare della glicemia (Glucotest) e la valutazione della presenza di chetoni o zucchero nelle urine (stick urine). In pre-

Il programma di screening si inserisce nell’ambito delle attività di “sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche”. I soggetti da sottoporre a screening per il DT1 e a screening per la MC saranno i bambini della coorte di nascita appartenenti alla fascia di età 5-6 anni ovvero coloro che hanno compiuto 5 anni e non ancora compiuto il settimo anno di età.

Per quanto concerne il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta nel programma di screening nazionale viene demandata alle Regioni la parte organizzativa, così come la possibilità di ampliare lo screening ad altre coorti di nascita e ai soggetti che presentano fattori di rischio: familiarità per DT1 e patologie autoimmuni, bambini affetti da patologie autoimmuni e i bambini che presentano episodi di disglicemia e iperglicemia occasionale non inquadrati.

Il pediatra di libera scelta, nel rispetto delle competenze dei diversi livelli assistenziali, assume un ruolo

senza di valori glicemici a digiuno superiori a 125 mg/dl, il paziente va inviato ai centri di riferimento.

A questo proposito, FIMP ha realizzato un pieghevole e un poster destinati ai genitori contenenti informazioni sul DT1. In particolare, vengono riportati i segni d’allarme per cui i genitori dovrebbero rivolgersi al proprio pediatra di libera scelta che provvederà all’esecuzione dei test di conferma (Glucotest e stick urine) prima dell’invio a un secondo livello. Questo materiale, destinato a essere distribuito o esposto nel proprio ambulatorio, testimonia in modo concreto l’impegno dei pediatri di libera scelta nella prevenzione e nella tutela della salute, come garanti e protagonisti di quanto previsto dalla Legge 130 del 2023 che vede nei pediatri di libera scelta i protagonisti imprescindibili dell’iter previsto dalla legge stessa, legge – che ricordiamo – ha visto la FIMP partner primaria del Ministero della Salute e dei referenti della politica che hanno portato avanti questo importante progetto, unico nel suo genere a livello internazionale.

ilmedicopediatra 2026;35(1):27-34;  
doi: 10.36179/2611-5212-2026-05

# La medicina estetica negli adolescenti: nuove vulnerabilità, rischi emergenti e ruolo del Pediatra e del Medico estetico nell'era dei social media

Nadia Fraone, Emanuele Bartoletti, Domenico Centofanti

*Società Italiana Medicina Estetica, SIME*

## Corrispondenza

Nadia Fraone

nadia.fraone@gmail.com

**How to cite this article:** Fraone N, Bartoletti E, Centofanti D. La medicina estetica negli adolescenti: nuove vulnerabilità, rischi emergenti e ruolo del Pediatra e del Medico estetico nell'era dei social media. *Il Medico Pediatra* 2026;35(1):27-34. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2026-05>

© 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>

## Riassunto

La medicina estetica tra gli adolescenti è in forte crescita, influenzata soprattutto dai social media, che impongono modelli di bellezza irrealistici e favoriscono il confronto continuo. I giovani sviluppano spesso una distanza tra corpo reale e digitale, aumentando insicurezze e rischio di disturbi psicologici come dismorfofobia e disturbi alimentari. Molte richieste di trattamenti estetici nascono da disagio emotivo più che da reali necessità. Per questo, il medico estetico ha un ruolo fondamentale: deve valutare il contesto psicologico, educare a una bellezza realistica e rifiutare interventi non appropriati. È essenziale una collaborazione tra medico estetico, pediatra, psicologo, scuola e famiglia per proteggere i minori, prevenire il disagio e promuovere l'accettazione di sé.

**Parole chiave:** medicina estetica, adolescenti, immagine corporea, social media, dismorfofobia

## Summary

*Aesthetic medicine among adolescents is rapidly increasing, largely influenced by social media, which promote unrealistic beauty standards and constant comparison. Young people often develop a gap between their real and digital bodies, leading to insecurity and a higher risk of psychological disorders such as body dysmorphia and eating disorders. Many requests for aesthetic treatments stem from emotional distress rather than real medical needs. For this reason, the aesthetic doctor plays a crucial role: they must assess the psychological context, promote a realistic view of beauty, and refuse inappropriate procedures.*

*Collaboration between aesthetic doctors, pediatricians, psychologists, schools, and families is essential to protect minors, prevent distress, and encourage self-acceptance.*

**Keywords:** *Aesthetic medicine, Adolescents, Body image, Social media, Body dysmorphic disorder*

## Introduzione

La diffusione della medicina estetica tra i minori rappresenta una delle trasformazioni socioculturali più eclatanti del nuovo millennio. In passato, i trattamenti estetici erano percepiti come un lusso per adulti o come una scelta marginale; oggi rappresentano una nuova forma di linguaggio identitario per gli adolescenti, sempre più esposti a modelli di bellezza digitali, a processi di comparazione continua e a un mercato estetico aggressivo che propone procedure semplici, rapide e apparentemente prive di rischio.

L'adolescente contemporaneo vive un'esperienza corporea senza precedenti: non esiste più solo il corpo fisico, ma esiste il corpo digitale, moltiplicato nei selfie, filtrato, modificato, osservato da centinaia o migliaia di persone. Questa espansione dell'immagine corporea crea una pressione costante verso il miglioramento estetico, che in alcuni casi può assumere forme patologiche.

In questo contesto, diventa fondamentale analizzare non solo la prospettiva pediatrica, ma anche il ruolo del medico estetico, che si trova sempre più spesso ad accogliere richieste provenienti da adolescenti – o dai loro genitori – e che rappresenta una figura chiave nella tutela della salute psicofisica del giovane.

## Adolescenza e immagine corporea nell'era digitale

L'adolescenza è sempre stata un periodo caratterizzato da vulnerabilità psicologica, insicurezze, confronti tra pari e ricerca di approvazione sociale. Tuttavia, negli ultimi dieci anni, l'emergere di social media come Instagram, TikTok e Snapchat ha trasformato radicalmente questa dinamica.

L'immagine corporea non è più soltanto una dimensione interiore, ma una performance continua.

Gli adolescenti non si confrontano più con pochi co-

etanei, ma con centinaia di immagini potenziate da filtri, ritocchi e algoritmi che premiano corpi e volti che rispettano standard estetici sempre più omogenei, e sempre meno realistici.

La "normalità" fisica si restringe, fino quasi a scomparire. Molti studi hanno dimostrato che:

- gli adolescenti che utilizzano quotidianamente filtri estetici sperimentano un aumento dell'insoddisfazione corporea;
- la dipendenza dal selfie è associata a maggiore rischio di dismorfobia;
- le ragazze tra gli 11 e i 16 anni considerano i "like" come una forma di valutazione del proprio valore personale;
- la percezione di inadeguatezza aumenta all'aumentare del tempo trascorso sui social.

Questi fenomeni rappresentano fattori di rischio per disturbi psicologici come depressione, ansia sociale, disturbi alimentari e disturbo dismorfico corporeo.

## Quando il filtro diventa identità: la costruzione di un sé digitale irreale

I filtri non sono più strumenti ludici: sono meccanismi che ridefiniscono i parametri della bellezza. La pelle



diventa setosa, i pori spariscono, i lineamenti si affinano, le proporzioni del volto si ricalibrano.

Gli adolescenti iniziano così a interiorizzare l'immagine filtrata come ideale di riferimento, generando un conflitto costante tra corpo reale e corpo digitale.

Studi neuropsicologici dimostrano che:

- il cervello dell'adolescente reagisce ai selfie ritoccati come se fossero immagini "normali", percependo l'immagine reale come difettosa;
- più si utilizza un filtro, più aumenta la discrepanza tra identità reale e identità percepita;
- questo genera il fenomeno noto come *selfie dysmorphia*.

I giovani non chiedono più: "come posso migliorare il mio aspetto?", ma: "come posso assomigliare a come appaio nei social?".

Questa transizione ha conseguenze cliniche enormi, e rappresenta una delle principali motivazioni per cui i minori richiedono interventi di medicina estetica.

## Il mercato estetico rivolto ai minori: un problema sottovalutato

Negli ultimi anni, molte aziende hanno iniziato a rivolgere la propria comunicazione verso i giovani.

La narrazione del "ritocchino" come gesto di cura, la normalizzazione di filler e botox come soluzioni preventivo-antiage e l'uso di influencer under 18 hanno contribuito ad avvicinare sempre più adolescenti al mondo della medicina estetica.

Il problema non è solo etico, ma sanitario: molti minori arrivano negli studi senza reale indicazione, spinti da un bisogno psicologico che non può e non deve essere soddisfatto con una procedura medica.

## Il ruolo del medico estetico

Il medico estetico ha oggi una responsabilità nuova, profonda e complessa: è diventato un *custode dell'immagine* corporea in un'epoca che ne minaccia la stabilità.

Negli ultimi anni, sempre più adolescenti entrano negli studi di medicina estetica portando con sé aspettative irreali, immagini digitali ritoccate e desideri che nasco-

no più dal malessere che dalla reale necessità clinica. Il medico estetico è la figura che può impedire che un disagio psicologico si trasformi in un intervento dannoso.

### 1. Il medico estetico come filtro clinico ed etico

È il medico estetico – più di qualsiasi altro professionista – che deve:

- riconoscere quando una richiesta non nasce da una condizione estetica reale, ma da una distorsione corporea;
- identificare segnali di *dismorfofobia*, disturbi alimentari, dipendenza dai selfie;
- spiegare ai giovani e ai genitori perché un intervento non è appropriato;
- evitare di aderire a richieste che nascono da modelli irrealistici promossi dai social;
- diventare una figura educativa, prima ancora che tecnica.

La decisione più importante che un medico estetico può prendere con un adolescente, spesso, è dire NO.

### 2. Il medico estetico come educatore della bellezza reale

Il medico estetico moderno non si occupa solo di correggere difetti, ma di educare alla bellezza sana, non patologica, non distorta.

Questo significa spiegare agli adolescenti che:

- la bellezza è diversa dalla perfezione;
- i filtri non rappresentano la realtà;
- l'unicità è un valore;
- il corpo ha tempi di crescita da rispettare;
- l'intervento estetico non può sostituire il lavoro psicologico.

### 3. La valutazione psicologica

Un medico estetico che lavora con minori dovrebbe:

- effettuare screening psicologici preliminari;
- collaborare con psicologi e neuropsichiatri;
- riconoscere ansia, depressione e *dismorfofobia*;
- comprendere se la richiesta nasce da bullismo, *body shaming* o insicurezza.

Questo aspetto è cruciale: la medicina estetica deve diventare *medicina che preserva e tutela l'immagine corporea*, non la medicina del ritocco.

#### 4. Il medico estetico deve proteggere il minore, non il mercato

La società contemporanea spinge i giovani a considerare la bellezza come un dovere, non come un dono. Il medico estetico ha il compito di interrompere questo ciclo, offrendo una narrazione alternativa: la bellezza come cura di sé, non come correzione imposta dai social. È un ruolo difficile, perché richiede coraggio, etica, conoscenza psicologica, e la capacità di sostenere la frustrazione dei giovani quando la risposta è negativa. Ma è un ruolo fondamentale.

#### Il ruolo del Pediatra: alleato indispensabile del medico estetico

Il pediatra rappresenta la figura più vicina allo sviluppo psicofisico del giovane, mentre il medico estetico rappresenta la figura più vicina al desiderio corporeo del giovane.

Per questo, le due figure devono dialogare.

Il pediatra può aiutare il medico estetico a comprendere la crescita, le fragilità, le dinamiche familiari.

Il medico estetico può aiutare il pediatra a comprendere le nuove pressioni estetiche digitali.

La presa in carico dell'adolescente non può più essere monodisciplinare: deve essere integrata.

#### La psicopatologia dell'immagine corporea in adolescenza: tra normalità e patologia

L'immagine corporea è una costruzione complessa che nasce dall'interazione tra fattori biologici, sociali, psicologici e culturali. Nell'adolescenza, tuttavia, questo processo diventa particolarmente delicato perché il corpo è in trasformazione, il cervello è in sviluppo e il giovane è alla ricerca costante di conferme esterne. Non è un caso che proprio in questa fase di vita si manifestino con maggiore intensità disturbi legati alla percezione del sé corporeo. L'adolescente osserva il proprio corpo come se fosse continuamente sotto esame, non solo da parte dei pari, ma anche della collettività virtuale. La dimensione digitale esaspera il processo di valutazione, trasformando l'immagine corporea in un "progetto estetico" da ottimizzare.

#### 1. Insoddisfazione corporea: un fenomeno quasi universale

Molti adolescenti sperimentano una forma di insoddisfazione corporea fisiologica. Questa non è patologica di per sé: fa parte del percorso di crescita, della maturazione dell'identità e della percezione dei cambiamenti puberali. Tuttavia, negli ultimi anni la soglia della normalità si è spostata. Se in passato l'adolescente poteva sentirsi inadeguato confrontandosi con il gruppo classe o con le riviste di moda, oggi il confronto avviene con milioni di immagini altamente curate, selezionate e ritoccate. Le immagini non rappresentano più persone, ma ideali estetici artificiali, distillati dagli algoritmi.

In questo contesto, l'insoddisfazione corporea si intensifica, diventa cronica, e in molti casi sfocia in forme disfunzionali.

#### 2. Quando l'insoddisfazione diventa patologica

La soglia tra una normale insicurezza adolescenziale e un disturbo strutturato può essere sottile.

I fattori predittivi più importanti includono:

- iperfocalizzazione sull'aspetto fisico;
- controllo compulsivo allo specchio;
- uso costante di filtri digitali;
- dipendenza da selfie;
- evitamento sociale per paura del giudizio estetico;
- richiesta ossessiva di interventi estetici.



Il medico estetico e il pediatra devono essere in grado di riconoscere questi segnali.

Un giovane che arriva chiedendo un filler labiale non è semplicemente un giovane che desidera “labbra più belle”: potrebbe essere un giovane che vive un malessere corporeo che non sa verbalizzare in altro modo.

### 3. La dismorfofobia (*Body Dysmorphic Disorder*): il grande fraintendimento estetico

Il disturbo dismorfico corporeo è una condizione psichiatrica grave, caratterizzata da una preoccupazione eccessiva per difetti fisici inesistenti o minimi. Nella sua forma adolescenziale è spesso alimentato dalla cultura dei filtri digitali, dai social e dalla pressione estetica collettiva. Il BDD in adolescenza non è solo un disagio psicologico: è uno dei principali predittori di abuso di procedure estetiche.

Molti adolescenti dismorfofobici non si rivolgono a psicologi, ma ai medici estetici.

Questa rappresenta una delle criticità più importanti di tutta la medicina estetica contemporanea: **gli adolescenti con un disturbo dell’immagine corporea spesso cercano una soluzione estetica invece che una soluzione psicologica.**

Una procedura estetica, tuttavia, non solo non risolve il problema, ma lo amplifica:

- il giovane non riconosce il risultato;
- percepisce nuovi difetti;
- chiede ulteriori interventi;
- aumenta la dipendenza dall’immagine;
- rischia conseguenze permanenti.

È per questo che il **medico estetico può diventare il primo filtro psicologico**, riconoscendo quando un trattamento è dannoso e indirizzando il paziente verso un percorso psicologico invece che estetico.

### 4. Disturbi alimentari e pressione estetica: una relazione sempre più evidente

Negli ultimi dieci anni, la correlazione tra social media e disturbi del comportamento alimentare (DCA) è stata ampiamente documentata.

Piattaforme come Instagram e TikTok ospitano contenuti che normalizzano la magrezza estrema, promuovono

diete drastiche, enfatizzano il peso come parametro identitario e legittimano la cultura del corpo perfetto.

Le ragazze tra 11 e 16 anni sono particolarmente vulnerabili a:

- anoressia nervosa;
- bulimia;
- binge eating;
- ortoressia;
- vigoressia (nei maschi).

Il fenomeno del “**thigh gap**”, del “**bikini bridge**”, della “**thinspiration**” e dei micro-contenuti sull’alimentazione estrema rappresentano vere e proprie accelerazioni psicopatologiche per chi ha già una fragilità.

Il corpo del minore diventa un campo di battaglia, un luogo da controllare, scolpire, ridurre, modificare.

E quando l’alimentazione non basta, alcuni adolescenti arrivano a percepire la medicina estetica come scorciatoia: liposuzione, lipolisi, definizione corporea, riduzioni localizzate.

Il medico estetico, in questi casi, deve essere profondamente attento, perché la richiesta estetica è spesso un sintomo di un disturbo alimentare in atto.

### 5. *Body shaming*, bullismo estetico e fragilità identitaria

Il bullismo estetico rappresenta uno dei principali fattori scatenanti del ricorso precoce ai trattamenti estetici.

Molti adolescenti chiedono di modificare una caratteristica corporea non per vanità, ma per sopravvivere a dinamiche sociali ostili.

Il *body shaming* può riguardare:

- peso;
- pelle;
- altezza;
- muscolatura;
- caratteristiche del volto (naso, labbra, acne, orecchie).

Quando questa forma di violenza psicologica si combina con l’iperesposizione digitale, l’adolescente sviluppa una percezione ipermagnificata del difetto, al punto da percepirlo come una minaccia alla propria identità sociale.

Qui il pediatra e il medico estetico devono essere alleati: il primo identifica la sofferenza, il secondo evita interventi affrettati che rinforzano il messaggio “sei sbaigliato, modifica il corpo”.

## 6. La vigoressia: l'estetica muscolare nei ragazzi

Se per molte ragazze il problema è la magrezza idealizzata, nei maschi sta emergendo una nuova ossessione: la massa muscolare.

La vigoressia (o dismorfia muscolare) è un disturbo in cui il ragazzo percepisce il proprio corpo come insufficiente, poco tonico, poco muscoloso, e sviluppa comportamenti compulsivi per potenziarlo:

- allenamenti eccessivi;
- uso di proteine, integratori e, in alcuni casi, steroidi;
- richiesta di interventi estetici per definire addome, torace o mascella.

Questa spinta alla "iper-mascolinità estetica" è alimentata da influencer, contenuti fitness estremizzati e modelli corporei digitali che mostrano risultati irrealistici ottenuti con filtri e editing.

Il ragazzo vive una forma di ansia estetica speculare a quella femminile, e il medico estetico deve riconoscere la componente patologica quando questa si manifesta come richiesta estetica.

## 7. Il ruolo della scuola nelle nuove fragilità estetiche

La scuola rappresenta uno degli ambienti più importanti per la prevenzione del disagio estetico.

È nei corridoi, nelle ricreazioni, nelle chat scolastiche e nei gruppi online che avvengono le dinamiche di confronto più dolorose.

La scuola può:

- introdurre programmi sull'immagine corporea;
- affrontare il tema dei filtri e della distorsione digitale;
- educare alla critica dei contenuti social;
- introdurre percorsi di educazione all'affettività corporea;
- collaborare con psicologi e pediatri;
- riconoscere e intervenire su bullismo e body shaming.

Il lavoro del medico estetico può inserirsi in progetti scolastici come testimonianza professionale: spiegare cosa significa intervenire sul corpo, cosa si può fare, cosa è rischioso, cosa non è indicato.

La medicina estetica contemporanea si trova ad affrontare una trasformazione epocale:

**non è più una disciplina dedicata esclusivamente all'a-**

**dulto**, ma si trova sempre più spesso di fronte a richieste provenienti da minori o giovani adulti in età evolutiva.

Questo cambiamento impone al medico estetico un ruolo completamente diverso rispetto al passato.

Non si tratta più solo di "eseguire" trattamenti, ma di **agire come guardiano della salute psicofisica del giovane**, integrandosi nel percorso educativo, preventivo e clinico.

### 1. Il medico estetico come filtro etico e clinico

- Quando un adolescente entra in uno studio di medicina estetica, porta con sé:
  - una richiesta estetica;
  - un disagio psicologico;
  - un senso di inadeguatezza corporea;
  - una vulnerabilità identitaria;
  - un'esposizione mediatica difficile da gestire;
  - talvolta una forma iniziale di disturbo alimentare o dismorfico.

Il medico estetico deve essere in grado di leggere questi segnali.

È qui che si differenzia un professionista etico da un operatore "commerciale".

Per un adolescente, un filler labiale o un botox non sono semplici procedure: sono **messaggi identitari**.

Dire "sì" può validare l'idea che il corpo naturale non sia sufficiente.

Dire "no", motivandolo, può avere un valore terapeutico enorme.

### 2. Il rifiuto come atto medico

In adolescenza, il rifiuto è spesso l'intervento più importante.

Dire no quando:

- il difetto è inesistente o minimo;
- la richiesta nasce da confronto social;
- esiste un disturbo dell'immagine corporea;
- vi è condizionamento da parte dei genitori;
- il giovane mostra segni precoci di dipendenza estetica;
- la motivazione è imitativa (influencer, celebrity, filtri).

Non solo è corretto, ma è un **dovere deontologico**.

Molti medici estetici vivono questa scelta come una perdita economica.

Ma per un medico etico è l'opposto: è parte integrante del dovere professionale di protezione del minore.

## I rischi clinici reali nei minori: perché le procedure estetiche non sono mai "banali"

Una delle narrazioni più insidiose nel mondo digitale è che la medicina estetica sia "semplice", "rapida", "leggera" o "reversibile". Questa percezione porta molti giovani (e genitori) a sottostimare i rischi.

### 1. Filler nei minori

I filler a base di acido ialuronico possono determinare:

- edema persistente;
- noduli granulomatosi;
- occlusione vascolare (con ischemia cutanea o necrosi);
- complicanze estetiche irreversibili;
- alterazione dello sviluppo armonico del volto, ancora in evoluzione.

Il volto dell'adolescente non è stabile. Intervenire significa **interferire con processi fisiologici in corso**.

### 2. Tossina botulinica

Nonostante la narrazione della "prevenzione delle rughe", nel minore può comportare:

- paralisi in aree non desiderate;
- asimmetrie persistenti;
- debolezza muscolare transitoria;
- alterazione dell'espressività in una fase in cui il linguaggio emotivo è fondamentale;
- rischio psicologico di dipendenza precoce dal risultato estetico.

### 3. Chirurgia estetica

La chirurgia estetica nei minori è quasi sempre sconsigliata, con poche eccezioni:

- otoplastica (motivi psicologici documentati);
- ginecomastia patologica;
- correzione del naso in casi selezionatissimi (post-trauma, deficit respiratori).

Ogni altra indicazione deve essere valutata come **forzata estetica**.

### 4. Dispositivi "body contouring"

Molti adolescenti chiedono trattamenti di modellamento corporeo non chirurgico:

- criolipolisi;
- ultrasuoni focalizzati;
- radiofrequenza ad alta potenza;
- lipolisi iniettiva.

In questa età, tali tecniche possono provocare:

- danni cutanei permanenti;
- iperplasia adiposa paradossa;
- effetti sul metabolismo adipocitario ancora non completamente compreso nel minore.

## Il ruolo del pediatra: una nuova competenza necessaria

Il pediatra è oggi uno dei primi osservatori del disagio estetico.

Molti ragazzi non dichiarano di voler modificare il corpo, ma mostrano segnali indiretti:

- evitamento sociale;
- ossessione per filtri e foto;
- richieste diete estreme;
- controllo ossessivo del peso;
- sofferenza scolastica o relazione;
- richieste estetiche ai genitori.

Il pediatra deve imparare a interpretare questi segnali e attivare un percorso integrato con:

- psicologo;
- famiglia;
- medico estetico etico.

## Normative internazionali: cosa sta cambiando nel mondo

Negli ultimi anni molti Paesi hanno introdotto leggi per proteggere i minori dal mercato estetico.

### 1. Regno Unito – *Botulinum Toxin and Cosmetic Fillers Children Act (2021)*

- Vieta filler e botulino nei minori.
- Obbligo di verifica dell'età.
- Sanzioni per professionisti e cliniche.

### 2. Francia – *Legge 2023 sugli influencer*

- Vietata la promozione di chirurgia e medicina estetica.

- Obbligo di dichiarare editing, filtri e foto ritoccate.
- Finalizzata a ridurre pressione estetica e marketing ingannevole.

### 3. Italia – Proposta legge 2023

- Limitazioni per under 15.
- Regolamentazione dei contenuti social.
- Tutela contro dipendenze digitali.
- Contrasto al fenomeno dei *baby influencer*.

Questi interventi legislativi mostrano un cambiamento globale: le istituzioni riconoscono il rischio psicologico ed etico della medicina estetica precoce.

## Il medico estetico come educatore sociale

Il medico estetico deve trasformarsi in:

- educatore estetico;
- spiegare che la bellezza non è uniformità;
- regolatore emotivo;
- ascoltare, rinforzare l'autostima, lavorare sull'accettazione;
- esperto di salute;
- chiarire i rischi e le indicazioni reali;
- modello comunicativo;
- evitare linguaggi commerciali ("ritocchino", "labbrino", "baby botox"), che normalizzano la medicalizzazione precoce;
- figura sanitaria che tutela, non che asseconda;
- proteggere i giovani significa, spesso, non trattarli.

## Come valutare correttamente l'adolescente

### 1. Colloquio con il minore

Motivazioni, aspettative, storia emotiva.

### 2. Colloquio separato con i genitori

Per valutare dinamiche familiari, pressioni, fraintendimenti.

### 3. Valutazione psicologica rapida

Individuare segnali di:

- dismorfofobia;
- disturbi alimentari;
- bullismo estetico;
- comportamenti imitativi.

### 4. Valutazione dello sviluppo

I trattamenti non devono interferire con processi in corso.

### 5. Spiegazione dettagliata dei rischi

In linguaggio comprensibile.

### 6. Accompagnamento alla scelta NON estetica quando appropriato

Educazione, skincare, stile di vita, trattamenti funzionali.

## Il ruolo delle famiglie: protezione, educazione e ascolto

I genitori hanno spesso un ruolo ambivalente: da un lato vogliono proteggere i figli, dall'altro sono essi stessi immersi in una cultura estetica competitiva.

Alcuni genitori, a volte senza volerlo, rinforzano l'idea che la bellezza sia un elemento centrale del valore personale. Altri, spaventati dalle richieste dei figli, reagiscono con rigore eccessivo, chiusura o giudizio.

La risposta più efficace è il dialogo.

Un dialogo aperto, costante, non giudicante.

Un dialogo che validi le emozioni del ragazzo, ma rifiuti l'idea che la modifica del corpo sia la soluzione al malessere.

I genitori devono essere educati a riconoscere i segnali di dismorfofobia, disturbi alimentari, dipendenza da selfie, ipercontrollo del corpo e ad intervenire precocemente.

## Conclusioni

L'adolescente di oggi vive in una realtà in cui l'immagine ha un peso identitario senza precedenti.

La medicina estetica può diventare un alleato, ma solo se esercitata con responsabilità.

Pediatrati, psicologi e medici estetici devono costruire una rete di protezione attorno ai ragazzi, capace di:

- prevenire il disagio estetico;
- identificare i disturbi emergenti;
- evitare medicalizzazioni inutili;
- orientare alla salute, non alla perfezione.

La vera sfida non è opporsi alla medicina estetica, ma usarla in modo etico, clinicamente fondato e psicologicamente sicuro.

ilmedicopediatra 2026;35(1):35-39;  
doi: 10.36179/2611-5212-2026-06

# Costruire una rete di sinergie per proteggere i bambini e i ragazzi dal rischio online

Cristina Bonucchi<sup>1</sup>, Cinzia Grassi<sup>2</sup>, Anna Libera Latino<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Primo Dirigente Tecnico Psicologo della Polizia di Stato-Responsabile Unità di Analisi del Crimine Informatico-Servizio Polizia Postale e per la Sicurezza Cibernetica; <sup>2</sup> Membro dell'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza-Coordinatore Area Abuso e Maltrattamento Fimp Roma; <sup>3</sup> Responsabile Area Abuso e Maltrattamento Fimp Nazionale

## Corrispondenza

Anna Libera Latino  
annalibera.latino@virgilio.it

## Conflitto di interessi

Le Autrici dichiarano nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Bonucchi C, Grassi C, Latino AL. Costruire una rete di sinergie per proteggere i bambini e i ragazzi dal rischio online. Il Medico Pediatra 2026;35(1):35-39. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2026-06>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

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

## Introduzione

La FIMP, in linea con i principi che ne regolano le attività scientifiche, ha tra i suoi obiettivi quello di contribuire a implementare le conoscenze, le competenze e la consapevolezza dei pediatri di famiglia riguardo all'abuso e maltrattamento all'infanzia affinché essi possano:

- riconoscere precocemente fattori di rischio individuali, familiari e sociali predittori di violenza domestica e prevenirla;
- ridurre i danni conseguenti a trascuratezza, violenza assistita, maltrattamento fisico, psicologico e a qualsiasi forma di abuso, familiare ed extrafamiliare, a danno di bambine/i e adolescenti;
- collaborare con altre figure professionali e con le autorità competenti per la rilevazione, la diagnosi e la protezione del bambino nel percorso successivo alla rilevazione dell'abuso o del maltrattamento.

Nell'ambito di queste finalità, la FIMP ha stilato un protocollo d'intesa con la Polizia Postale quale volano atto a migliorare le competenze dei pediatri di libera scelta per riconoscere tempestivamente i segnali di abuso e maltrattamento all'infanzia e segnalarli alle autorità competenti.

## L'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza

Una delle sfide più recenti nelle quali i pediatri di famiglia hanno potuto mettere in campo le competenze professionali che li contraddistinguono

è stata la partecipazione attiva all'interno dell'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza, organismo presieduto dal Ministro con delega in materia di politiche per la famiglia.

L'Osservatorio, che si compone di circa 50 membri in rappresentanza delle diverse amministrazioni centrali competenti in materia di politiche per l'infanzia e l'adolescenza, delle Regioni e delle autonomie locali, dell'Istat, delle parti sociali, delle istituzioni e degli organismi di maggiore rilevanza del settore, nonché di rappresentanti del terzo settore e di esperti della materia, è stato istituito, insieme alla Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza, dalla legge 451/1997 ed è attualmente disciplinato dal DPR 14 maggio 2007 n. 103.

L'Osservatorio Nazionale ha il compito di predisporre documenti ufficiali relativi all'infanzia e all'adolescenza, quali:

- il Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, elaborato ogni due anni con l'obiettivo di conferire priorità ai programmi riferiti ai minori e di rafforzare la cooperazione per lo sviluppo dell'infanzia nel mondo. Il Piano nazionale, acquisito il parere obbligatorio della Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza, è approvato dal Consiglio dei ministri, adottato con decreto del Presidente della Repubblica e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale;
- la Relazione biennale sulla condizione dell'infanzia in Italia e sull'attuazione dei relativi diritti;
- lo schema del Rapporto del Governo all'ONU sull'applicazione della Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989, alle scadenze indicate all'articolo 44 della Convenzione.

All'interno di questo organismo, al fine di redigere il 6° Piano, sono stati creati 5 gruppi di lavoro. Ogni gruppo, partendo dal contesto di riferimento, e tenendo in considerazione le fonti nazionali, europee ed internazionali, attraverso un lavoro collegiale, ha individuato

specifiche linee di attività che indicano: l'obiettivo da perseguire, le attività necessarie a realizzarlo, i soggetti coinvolti, le risorse economiche identificabili e gli indicatori di processo, di risultato e di impatto.

In particolare, il secondo gruppo di lavoro, dal titolo "Tutela della salute mentale dei minorenni all'interno e fuori dalla famiglia, anche con riferimento al tema delle dipendenze e all'impatto dell'esposizione alla pornografia in Rete", coordinato dalla dott.ssa Cinzia Grassi,

ha elaborato l'azione 9 del Piano, "Promozione dell'educazione digitale sui fenomeni emergenti come *sexting*, *morphing*, *doxing* e *sharenting*", inquietante serie di fenomeni emergenti, questi, che coinvolgono in particolare gli adolescenti e rischiano di arrecare un danno alla loro salute mentale.

Per "**sexting**" si intende "l'atto di inviare fotografie e/o messaggi di testo sessualmente espliciti, solitamente realizzato attraverso telefoni cellulari o tramite strumenti informatici differenti". Il *sexting*, in sé, non è necessariamente un reato. Tuttavia, se coinvolge minorenni, può esserlo e integrare fattispecie penalmente rilevanti come la produzione, detenzione e diffusione di materiale pedopornografico.

Il "**morphing**", invece, è un effetto digitale per cui una forma, un oggetto, un volto si trasformano in un'altra forma, un altro oggetto o un altro volto, attraverso transizione fluida e realistica che potrebbe dar luogo, tra le altre cose, a immagini di pornografia minorile virtuale. Per quanto riguarda il fenomeno del "**doxing**", esso non consta ancora di una definizione giuridica univoca: possiamo definirla come quella pratica realizzata da un soggetto (c.d. *doxer*) che rende pubbliche, attraverso la condivisione su internet, delle informazioni riguardanti un'altra persona allo scopo di umiliarla, minacciarla o intimidirla.

Per "**sharenting**", infine, si intende il fenomeno della condivisione online costante da parte dei genitori di contenuti che riguardano i propri figli (foto, video, ecografie, storie), nella maggior parte dei casi senza

il loro consenso, perché troppo piccoli o non ancora così grandi da comprenderne le implicazioni, oppure perché il consenso non viene loro richiesto.

La sopramenzionata azione 9 del piano è volta alla promozione dell'educazione digitale, anche alla luce dell'influenza che l'utilizzo sempre più diffuso dell'intelligenza artificiale può avere sulle scelte e sui comportamenti di bambini e ragazzi, attraverso percorsi di sensibilizzazione e informazione in ambito scolastico rivolti ai ragazzi e insegnanti, nonché campagne informative sui nuovi fenomeni connessi all'uso e alla produzione di materiale di natura sessuale riguardante minorenni.

La medesima azione intende aumentare la conoscenza dei rischi connessi ai pericoli della Rete, con particolare riferimento all'accesso a materiali di natura sessuale riguardante minorenni, attraverso campagne informative dedicate agli operatori e professionisti della rete dei servizi (ordini professionali, Federazione Italiana Medici Pediatri etc.),

L'obiettivo è di accrescere la consapevolezza (emotiva, giuridica e informatica) tra bambini e ragazzi sui fenomeni del *sexting*, del *morphing*, e del *doxing*, e dei pericoli ad essi connessi, con particolare riferimento ai concetti di consenso e anonimato.

L'azione mira anche a responsabilizzare i genitori circa i rischi legati alla condivisione di contenuti in Rete che possano rivelarsi pregiudizievoli per l'identità digitale dei propri figli e a prevenire, così, una sovraesposizione online tendenzialmente permanente (*sharenting*). Ulteriore obiettivo è quello di realizzare campagne di informazione mirate alla conoscenza dei rischi connessi all'uso delle tecnologie digitali e alla diffusione dei su richiamati fenomeni, nonché alle altre forme di dipendenza digitale e rivolte agli operatori e ai professionisti della rete dei servizi, tra i quali, in particolare, gli ordini professionali (medici, psicologi, assistenti sociali, etc.) e le associazioni di categoria (Federazione Italiana Medici Pediatri, etc.)<sup>1</sup>.

## Protocollo d'intesa tra FIMP e Polizia di Stato-Servizio Polizia Postale e per la Sicurezza Cibernetica

In tale contesto ben si inserisce la recente progettualità congiunta tra la Federazione Italiana Medici Pediatri e la Polizia di Stato-Servizio Polizia Postale e per la Sicurezza Cibernetica: tale progettualità rappresenta un virtuoso esempio di collaborazione tra Pubblica Amministrazione e realtà Associativa di categoria, volta all'obiettivo comune di proteggere i minorenni dalle insidie del web e a formare i genitori ma anche gli operatori e tutti gli stakeholder che partecipano al progetto.

I dati della Polizia Postale raccontano di una minaccia che si fa sempre più insidiosa e precoce, rivelando scenari ad alto rischio in cui la fragilità evolutiva delle vittime, la struttura dei servizi di rete e la sorveglianza labile degli adulti concorrono ad esporre i più piccoli a pericoli tecnomediatati ma reali.

Sono circa 2623 i casi di aggressioni e reati online in danno di minorenni gestiti, a livello nazionale, dagli uffici della Polizia Postale nel corso del 2025: di essi, molti riguardano bambini sotto i 13 anni che si affacciano troppo precocemente sui social, spesso con l'assenso dei genitori, rivelando la loro difficoltà nel resistere agli approcci sessuali di adulti pedofili, alle parole violente dei cyberbulli e alle sollecitazioni relative all'immagine provenienti dai socialnetwork.

La minaccia cibernetica si avvicina progressivamente, dopo un primo balzo indotto dalle restrizioni sociali imposte dalla pandemia, a fasce di età sempre più precoci, inducendo negli operatori della sicurezza, della salute, della scuola la consapevolezza di una esigenza stringente e contingente di contrapporre ad una rete che può intrappolare una sinergia interistituzionale e fra agenzie educative differenti che può diventare strumento di protezione.

I luoghi del gioco oggi hanno una loro declinazione online attraverso il **gaming online** e, in questi territori virtuali nei quali i bambini e i ragazzi sperimentano sé stessi e alimentano relazioni possono insinuarsi adulti

<sup>1</sup> 1° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva - 2025-2027.

con intenzioni criminali precise, che sfruttano l'illusione di anonimato e l'ingenuità dei più piccoli per aprirsi uno spazio di confidenza che diventa prodromo di veri e propri approcci sessuali, senza contatto, ma ad altissimo potenziale traumatico.

In questi stessi luoghi di gioco, l'impulsività e l'aggressività verbale, che a volte si accompagnano quale cifra tipica della preadolescenza, diventano il pretesto per vere e proprie *shit-storm* tra coetanei, nelle quali chi si trova in uno stato evolutivo di fragilità subisce gli attacchi, soffre e talvolta si ritira dai contesti sociali per paura e vergogna. Questo uno degli scenari più attuali dove si manifesta il **cyberbullismo**, che spesso nasce tra i banchi di scuola e aggredisce i bambini già negli ultimi anni della scuola primaria, esplodendo alle scuole secondarie di primo grado, quando aumenta sia l'autonomia di movimento che quella di uso delle nuove tecnologie per cui il web diventa prepotente protagonista e medium espressivo di tutte le inquietudini e dei disagi di ragazzi e ragazze in crescita.

Le esplorazioni sessuali che in passato conducevano a condotte promiscue fra adolescenti oggi si declinano spesso in forma tecnomediata attraverso il sexting, selfie di nudo, con video intimi che vengono condivisi con gli smartphone e che, creati per essere privati, diventano invece virali, pretesto ideale per cyberbullismo e stalking tra coetanei.

Cresce inoltre la minaccia globale costituita dalla circolazione online della **pedopornografia**, immagini e video che riproducono abusi sessuali reali in danno di bambini e adolescenti, approcciati spesso da persone della cerchia familiare o vicine al circuito fiduciario delle piccole vittime: non più solo il web in chiaro ma anche le porzioni anonimizzate del web, divengono luogo nel quale pedofili di tutto il mondo, cercano l'anonimizzazione e l'impunità nell'alimentare un turpe ulteriore sfruttamento dei bambini dato dallo scambio di tale materiale.

In questo ambito le attività investigative sotto copertura e i meccanismi di cooperazione internazionale di polizia, coordinate dal Centro Nazionale per il

Contrasto alla pedopornografia online- C.N.C.P.O. della Polizia di Stato, assicurano gli strumenti necessari per un lavoro repressivo chirurgico e, quanto più possibile, tempestivo per de-anonimizzare le darknet e mettere in sicurezza le vittime: il costante confronto della Polizia Postale italiana con Europol ed Interpol consente di costruire un'azione preventiva e repressiva che travalichi i limiti territoriali dei diversi Paesi del mondo, costruendo una sincronia di azioni investigative in cui si realizzi l'obiettivo finale della sicurezza e tutela delle vittime.

E ancora le nuove frontiere dell'Intelligenza Artificiale aprono scenari ulteriori nei quali una semplice app, scaricata sullo smartphone, consente di costruire contenuti e immagini completamente false, come nel **deepfake**, ma decisamente plausibili, in grado di ferire la sensibilità delle vittime o di metterne seriamente in discussione la reputazione.

In Italia la legislazione si è rapidamente adeguata, introducendo già negli ultimi mesi del 2025 un nuovo dispositivo, l'art. 612 quater, che sul solco di quanto già delineato per fenomeni come lo stalking, garantisca una tempestiva possibilità di tutela per le vittime travolte dalla creazione e diffusione di immagini false che le riguardano.

Gli psicologi dell'Unità di Analisi del Crimine Informatico- U.A.C.I. del Servizio Polizia Postale analizzano questi fenomeni da anni e rilevano una progressiva complessizzazione del rischio online per bambini e ragazzi, a cui non sembra corrispondere un'altrettanta progressiva attenzione da parte dei genitori. I casi di dipendenza dai social e dalla tecnologia tra bambini e ragazzi, spesso riportati dai genitori o dagli insegnanti, diventano sempre più spesso protagonisti del dialogo non solo con i professionisti della salute come i pediatri ma anche con le forze di polizia: perché se è vero che un bambino o un ragazzo socialmente ritirato corre dei rischi da un punto di vista evolutivo, sociale e medico, è altrettanto vero che attraverso il web quello stesso minore è esposto a rischi concreti come l'adescamento online, l'istigazione al suicidio o

a pratiche di anoressia e bulimia, al cyberbullismo e in generale ad un'acutizzazione del suo disagio.

## Conclusioni

In questo panorama di complessità, la sottoscrizione di un protocollo di intesa tra la Polizia di Stato e la Federazione Italiana Medici Pediatri ha il pregio di dare corpo alla costruzione di una rete adulta di protezione che, attraverso lo scambio formativo, la realizzazione di specifiche azioni di sensibilizzazione e la costruzione di procedure condivise di gestione dei casi, aumenti la resilienza in favore dei più piccoli, di fronte ad un mondo parallelo e impalpabile che è tuttavia popolato di minacce reali.

La collaborazione è attuata mediante la sottoscrizione di un protocollo incentrato sulle seguenti azioni:

1. realizzazione di una campagna informativa sui ri-

schi delle nuove tecnologie per bambini e ragazzi, con la diffusione capillare presso gli studi dei pediatri di base di poster informativi con consigli e indicazioni pratiche;

2. realizzazione di una formazione reciproca che si concentri, per i pediatri, sull'aggiornamento relativo ai rischi online per bambini e ragazzi mentre per gli operatori della Polizia Postale sui segni di accrescimento e ogni altra indicazione medica utile all'identificazione delle vittime di abuso sessuale online;

3. formazione di un team integrato, con esperti di entrambe le parti, per la gestione di casi complessi di pedopornografia, adescamento online, cyberbullismo e altre forme di rischio cibernetico per i minori.

L'auspicio che sottostà all'iniziativa è quindi quello di realizzare azioni concrete e tempestive che rendano il web un mondo sano e privo di pericoli evitabili, attraverso sinergie multidisciplinari e fattuali.