



# PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

**Donne pediatra in carriera  
con la Grande Guerra, ma  
boicottate nel dopoguerra**

**Sviluppo comunicativo-linguistico:  
uno strumento di screening**

**Il triage telefonico:  
il mal di testa (la cefalea)**

# Editoriale



**C**ari Amici,  
eccoci all'ultimo appuntamento di quest'anno della nostra Rivista, regalo di Natale della SIPPS ai suoi affezionati lettori.

Vorrei, come prima cosa, esprimervi grande gratitudine: anche quest'anno è stato davvero ricco di soddisfazioni e di grandi novità e niente di tutto ciò che è stato fatto sarebbe stato possibile senza il vostro aiuto e il vostro sostegno.

Il grande successo della nostra Guida per le famiglie, che è arrivata persino nelle mani del Papa, la pubblicazione di due Guide pratiche, in oculistica e Ginecologia – uniche nel loro genere – presentate al nostro Congresso Nazionale, arrivato quest'anno al suo XXX appuntamento; traguardi incredibili, impensabili senza avere una base solida ed entusiasta alla quale appoggiarsi, che sono i soci SIPPS.

Come sempre, stiamo già lavorando per migliorarci ancora: sono infatti quasi conclusi i lavori per altri due importantissimi documenti che vedranno la luce nei prossimi mesi: il primo, sull'**alimentazione complementare**, che vede coinvolte, oltre alla nostra Società, anche la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), la Società Italiana di Nutrizione Pediatrica (SINUPE) e la Società Italiana Developmental Origins of Health and Disease (SIDOHaD); il secondo, sui **corticosteroidi inalatori**, è un lavoro prestigiosissimo che coinvolge addirittura 8 Società Scientifiche: oltre alla SIPPS e alla FIMP, la SIAIP (Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica), la SIMA (Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza), la SIMEUP (Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica), la SIMRI (Società

Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili) la SICuPP (Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche) e la SIP.

I risultati di questi lavori verranno presentati ai nostri appuntamenti consueti, Napule è, in programma dal 25 al 28 aprile 2019, e Como, in occasione del Congresso Nazionale, dal 24 al 27 ottobre 2019, dove si inseriranno perfettamente e daranno lustro al tema guida dell'incontro: "Rotte sicure per orizzonti di salute".

Durante l'anno che sta per arrivare ci impegneremo inoltre a realizzare diverse altre iniziative, per ora in fase di studio.

Citando dunque le parole del famoso scrittore Roald Dahl, per il quale "il senso morale di una società si misura su ciò che fa per i suoi bambini", mi sento proprio di dire che la SIPPS è un vero e proprio esempio in tal senso.

Il 2018 è anche l'anniversario di una ricorrenza importantissima: il centenario della fine della Grande Guerra.

Abbiamo voluto ricordarlo nel primo articolo di questo numero, di cui vi lascio ora alla lettura, rinnovandovi gli auguri per un sereno Natale da trascorrere in famiglia e un felice inizio di anno nuovo.



**Dott. Giuseppe Di Mauro**  
Presidente SIPPS



## SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

### PRESIDENTE

Giuseppe Di Mauro

### VICE PRESIDENTI

Gianni Bona, Vito Leonardo Miniello

### CONSIGLIERI

Salvatore Barberi, Simonetta Bellone,  
Elena Chiappini, Salvatore Grosso,  
Attilio Varricchio

### SEGRETARIO

Maria Carmen Verga

### TESORIERE

Emanuele Miraglia del Giudice

### REVISORI DEI CONTI

Daniele Ghiglioni, Giovanna Tezza

### RESPONSABILI RAPPORTI CON ENTI E ISTITUZIONI

Luca Bernardo

### RESPONSABILI EDUCAZIONE ALLA SALUTE E COMUNICAZIONE

Lorenzo Mariniello, Leo Venturelli

### JUNIOR MEMBERS

Lucia Diaferio, Pietro Falco

## PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ

### DIRETTORE RESPONSABILE

Giuseppe Saggese

### DIRETTORE

Giuseppe Di Mauro

### COMITATO EDITORIALE

Salvatore Barberi, Luca Bernardo,  
Sergio Bernasconi, Gianni Bona,  
Annamaria Castellazzi,  
Elena Chiappini, Giuseppe Di Mauro,  
Lucia Diaferio, Pietro Falco,  
Ruggiero Francavilla,  
Daniele Ghiglioni, Paola Giordano,  
Lorenzo Mariniello,  
Gianluigi Marseglia,  
Vito Leonardo Miniello,  
Emanuele Miraglia del Giudice,  
Giuseppe Saggese, Giovanna Tezza,  
Attilio Varricchio, Leo Venturelli,  
Maria Carmen Verga

Registrazione Tribunale di Parma - N. 7/2005

Sede SIPPS

Via Salvatore Di Giacomo, 14 - 81031 Aversa (CE)

Tel. 335.6351051

E-mail: presidenza@sipps.it

# PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

## AGORÀ 5

### REVIEW

Donne pediatra in carriera con la Grande Guerra, ma boicottate  
nel dopoguerra

Studio realizzato per il centenario della fine della prima guerra mondiale

*Farnetani I*

8

### PILLOLE DI EBM

Combinerò uno studio del quale non si scorderanno mai più (cit.)\*

L'analisi del RCT - Parte seconda

*Verga MC*

19

### ESPERIENZE

Sviluppo comunicativo-linguistico: uno strumento di screening

*Zanetti MA, Tamburnotti E*

24

### APPROFONDIMENTI

Approccio diagnostico post-natale alle uropatie dilatative  
evidenziate in utero

*Minella R, Rossi E, Mamone R, Riccitiello F, Vallone G*

33

### DOCUMENTI

Il triage telefonico: il mal di testa (la cefalea)

*Venturelli L*

37

### Editore

Sintesi InfoMedica S.r.l.

### Redazione

redazioneSIPPS@sintesiinfomedica.it

### Marketing e vendite

Marika Calò

m.calò@sintesiinfomedica.it

### Stampa

Grafica Esseo Team - Via R. Boscovich 14

20124 Milano - Italia



## Norme per gli autori

1. **Pediatria Preventiva & Sociale - Organo della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale** è una rivista che pubblica, in lingua italiana o inglese, lavori scientifici originali inerenti il tema della Medicina Pediatrica, in particolare sotto l'aspetto della prevenzione e dell'impatto sociale.
2. I lavori debbono essere inviati tramite e-mail alla Redazione della Rivista, corredati di titolo del lavoro (in italiano e in inglese), di riassunto (in italiano e in inglese), parole chiave (nelle due lingue), didascalie delle tabelle e delle figure. Nella prima pagina devono comparire: il titolo, nome e cognome degli Autori per esteso e l'Istituto o Ente di appartenenza, il nome e il recapito telefonico, postale e mail dell'Autore cui sono destinate le bozze e la corrispondenza, le parole chiave e il riassunto in italiano e in inglese. Nella seconda e successive il testo dell'articolo. La bibliografia e le didascalie di tabelle e figure devono essere in calce all'articolo. Le immagini e le tabelle devono essere fornite a parte su supporto cartaceo e su file. Ciascun lavoro nella sua esposizione deve seguire i seguenti criteri: 1) introduzione; 2) materiale e metodo; 3) risultati; 4) discussione e/o conclusione. Il testo non dovrebbe superare le 15 pagine dattiloscritte compresi iconografia, bibliografia e riassunto (una pagina corrisponde circa a 5.000 battute spazi inclusi). Legenda di tabelle e figure a parte. Il riassunto e il summary (in lingua inglese) non devono superare le 250 parole ciascuno.
3. Gli articoli devono essere accompagnati da una richiesta di pubblicazione e dalla seguente dichiarazione firmata dagli autori: "L'articolo non è stato inviato ad alcuna altra rivista, né è stato accettato altrove per la pubblicazione e il contenuto risulta conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca".  
Gli Autori devono dichiarare se hanno ricevuto finanziamenti o se hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento, personali o istituzionali, con Aziende i cui prodotti sono citati nel testo. Questa dichiarazione verrà trattata dal Direttore come una informazione riservata e non verrà inoltrata ai revisori. I lavori accettati verranno pubblicati con l'accompagnamento di una dichiarazione ad hoc, allo scopo di rendere nota la fonte e la natura del finanziamento.
4. Particolarmente curata dovrà essere la bibliografia che deve comprendere tutte, ed esclusivamente, le voci richiamate nel testo che devono essere numerate e riportate secondo l'ordine di citazione. Devono comparire i cognomi dei primi 4 autori; per i lavori con un numero superiore di autori il cognome dei primi 3 sarà seguito dalla dicitura "et al."; seguiranno nell'ordine: cognome dell'Autore ed iniziale del nome, titolo dell'articolo, titolo della Rivista secondo l'abbreviazione in uso e conforme ad Index Medicus, l'anno, il volume, la pagina iniziale e quella finale con numeri abbreviati (per es. 1023-5 oppure 1023-31). Non utilizzare caratteri corsivo, grassetto, sottolineato o tutto maiuscolo.

Per articoli:

- You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980;79:311-4
- Goate AM, Haynes AR, Owen MJ, Farrall M, James LA, Lay LY, et al. Predisposing locus for Alzheimer's disease on line chromosome 21. *Lancet* 1989;1:352-5

Per libri:

- Taussig MJ. *Processes in pathology and microbiology*. Second Edition. Oxford: Blackwell, 1984

Per capitoli di libri o atti di Congressi:

- Kuritzke JF. Some epidemiologic features compatible with an infectious origin for multiple sclerosis. In Burdzy K, Kallos P eds. *Pathogenesis and etiology of demyelinating diseases*. Philadelphia: Saunders, 1974;457-72
5. I riferimenti della bibliografia nel testo devono essere attuati con un numero arabo ad apice; quando gli autori devono essere citati nel testo, i loro nomi vanno riportati per esteso nel caso che non siano più di 2, altrimenti si ricorre dopo il primo nome alla dizione: et al. seguiti dal corrispondente numero.
  6. I dattiloscritti devono essere corredati (per facilitare la pubblicazione) da supporto elettronico che deve rispettare i seguenti programmi:
    - su sistema operativo Windows: Word salvato in a) formato Word per Windows 8.0 o inferiori; b) formato Word Mac 5.1 o inferiori; c) formato Word Perfect 5.0
    - su sistema operativo Macintosh: a) Word 5.1 o inferiori; b) Xpress 3.31; Xpress Passport 4.0 o inferiori
  7. Illustrazioni (supporto cartaceo): fotografie, disegni, grafici, diagrammi devono essere inviati in formato cartaceo con dimensioni minime di 10x15 cm (formato cartolina). Ogni fotografia va segnata a matita sul retro con numero progressivo, nome dell'autore principale e verso (alto e basso accompagnato da una freccia).
  8. Illustrazioni (supporto informatico): file allegato ad e-mail, dischetto o CD formattati PC o MAC. Per fotografie, disegni, grafici, diagrammi:
    - risoluzione almeno 300 dpi, formato JPEG, Tiff, eps
    - risoluzione almeno 800 dpi per il formato bmp
 Le immagini vanno salvate come singolo file.
  9. Gli Autori hanno diritto al file formato "pdf" del loro articolo pubblicato. Per eventuali altri ordini di estratti potranno contattare direttamente l'Editore, che fornirà informazioni e costi.
  10. I lavori devono essere indirizzati a:

Dr.ssa Elisa Vaccaroni

**PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE**

Sintesi InfoMedica

Via Brembo, 27 - 20139 Milano

Tel. +39 02 56665.1 - Fax +39 02 97374301

E-mail: redazioneSIPPS@sintesiinfomedica.it

## Natale in arrivo, i consigli anti obesità della SIPPS

Il problema del sovrappeso e dell'obesità infantile è sempre più sentito, anche in Italia. Per questo, con l'arrivo delle festività, la SIPPS vuole ribadire i principi di una corretta alimentazione.

Innanzitutto, la prima regola del mangiare sano è quella di fare attenzione alla varietà dei tipi di cibo proposti; gli esperti raccomandano di seguire la piramide alimentare: insieme ai cereali e a un'adeguata assunzione di acqua (evi-

tando le bevande zuccherate) frutta e verdura devono costituire la base dell'alimentazione quotidiana.

Alcuni accorgimenti, come **coinvolgere i bambini nella preparazione dei pasti**, possono certamente rivelarsi di aiuto per invogliarli ad assaggiare ciò che loro stessi hanno contribuito a cucinare: via libera dunque all'arruolamento dei bambini durante la preparazione del pranzo di Natale!



## "Bimbi in Auto" la SIPPS plaude alla campagna di sicurezza stradale promossa dalla Polizia di Stato

È partita la prima campagna di sicurezza stradale "Bimbi in Auto", promossa dalla Polizia di Stato in collaborazione con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, il Ministero della Salute e le società ed associazioni scientifiche pediatriche (SIP, SIMEUP, SIPPS, ACP).



L'iniziativa è diretta a sensibilizzare gli adulti riguardo alla necessità di assicurare sempre e correttamente i bambini ad idonei sistemi di ritenuta durante gli spostamenti, anche se di breve durata, avendo particolare riguardo alla omologazione e alla tipologia degli stessi, in linea con quanto stabilito dal PNSS Orizzonte 2020, che adotta quale "Vision 0" di lungo termine **"Sulla strada: nessun bambino deve morire"**.

Siamo ben lontani dall'obiettivo: nel 2017, in base ai dati Istat, il numero dei morti sulle strade italiane è tornato a crescere (+2,9%), con 3.378 vittime, e sono purtroppo ancora numerosi i bambini che rimangono feriti o perdo-

no la vita in incidenti stradali e troppi sono i piccoli trasportati a bordo di veicoli non assicurati agli appositi sistemi di ritenuta.

La sicurezza stradale in Italia, come in altri Paesi, rappresenta un problema di ampie dimensioni, che richiede un approccio multidisciplinare, come ricordato anche nell'Agenda 2030 per gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite, che ricorda con forza ai Paesi membri come questa sia un prerequisito per garantire alla popolazione una vita in salute, per promuovere il benessere della popolazione e rendere le città inclusive, sicure, resilienti e sostenibili.

## Copertura vaccinale, SIPPS: non ci stanchiamo di sottolinearne l'importanza come fondamentale strumento di prevenzione

“Viviamo in una Società che presuppone di entrare in contatto ravvicinato con tantissime persone, che possono essere portatrici inconsapevoli di malattie prevenibili con le vaccinazioni. Non bisogna aspettare che si verifichi un focolaio di epidemia per vaccinare i non vaccinati, o per garantire a scuola un ambiente "protetto", costituito da soggetti vaccinati, a un bambino o a un adolescente che non può essere vaccinato”. A sot-

tolinearlo **Giuseppe Di Mauro, Presidente SIPPS**, ribadendo l'importanza della copertura vaccinale come vero e proprio strumento di prevenzione. Per questi motivi, prosegue il Dott. Di Mauro **"la SIPPS plaude a iniziative che consentano di ottenere finalmente un'Anagrafe Vaccinale Nazionale** attiva su tutto il territorio, che permetta di verificare le singole zone e i singoli gruppi a bassa copertura vaccinale, su cui far convergere l'attenzione delle

istituzioni locali, dei pediatri e dei medici di famiglia, per favorire un rapido innalzamento delle coperture vaccinali e si associa alle altre Società Scientifiche nell'invitare il Ministro della Salute e il Parlamento Italiano a valutare con attenzione questa problematica, tenendo conto primariamente che le vaccinazioni rientrano nell'interesse superiore del fanciullo, e che è nostro dovere rispettare e fare rispettare questo diritto”.

## Sugar tax: al via la campagna per tassa sulle bevande zuccherate con una lettera al Ministero della Salute firmata anche dalla SIPPS

**C**hiedere al Ministro della Salute di tassare le bevande zuccherate mentre il Governo cerca di ridurre le imposte può sembrare stonato, ma è quasi una necessità, considerando che in Italia la percentuale di bambini obesi o in sovrappeso arriva al 30%. La questione è ormai un'emergenza anche per il Servizio Sanitario Nazionale che deve gestire i problemi correlati alle patologie collegate all'obesità, come il diabete e le malattie cardiovascolari, con una spesa per le casse statali stimata tra i 6,5

e 16 miliardi di euro l'anno. La vicenda non riguarda solo il nostro Paese: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) considerano l'obesità una forma di "epidemia globale" e l'eccesso di zuccheri è sicuramente una delle cause del problema.

**Adottare in Italia una tassa del 20% sullo zucchero aggiunto alle bibite** (ispirandosi al modello inglese), potrebbe generare un incasso di 470 milioni di

euro, da investire in campagne di educazione alimentare, e altri strumenti per favorire una dieta sana.

La scelta italiana non sarebbe comunque isolata, oltre alla Gran Bretagna, molti altri Paesi nel mondo hanno adottato una tassa sullo zucchero aggiunto alle bibite, per incentivare le aziende a modificare le ricette e creare un fondo destinato a realizzare programmi di prevenzione alimentare.

## La Guida pratica per i genitori della SIPPS distribuita gratuitamente da gennaio a tutti i nuovi nati della Regione Campania

**N**uovo grande traguardo della guida SIPPS-FIMP-SIMP-AGE "Il bambino nella sua famiglia. Guida pratica per i genitori", che testimonia l'importanza di questa iniziativa come vero e proprio strumento educativo, riconosciuto proprio anche dalle Istituzioni e dal Ministero della Salute.

**La Regione Campania, grazie al grandissimo impegno profuso dall'Assessore per la Formazione e le Pari Opportunità Chiara Marciani, ha acquistato diverse copie della nostra Guida, che verranno distribuite, a partire da gennaio, a tutti i nuovi nati.**

**Approfittando per ringraziare l'Assessore Marciani e tutti quelli che in questi mesi si sono impegnati per dare luce a questa grandiosa iniziativa, il direttivo della SIPPS e il suo Presidente si augurano che presto anche le altre Re-**

**gioni d'Italia aderiscano a questo progetto, in modo che la Guida possa davvero diventare ciò che merita, un riferimento sicuro per una genitorialità consapevole per tutte le famiglie del nostro Paese.**

La Guida rappresenta uno degli strumenti di formazione ed educazione più preziosi e completi, facile da consultare e da capire.

Averne una copia o due negli ambulatori pediatrici, che i genitori in attesa possano sfogliare e guardare, garantisce un servizio molto importante per la comunità e farà conoscere anche al pubblico questa iniziativa, frutto di un grande lavoro di squadra svolto dalle più importanti Società Scientifiche che si occupano di infanzia.

Per chi ancora non avesse avuto modo di acquistarne una copia, vi ricordiamo che sono disponibili presso le migliori librerie e anche

online, attraverso i principali distributori come ad esempio Amazon e IBS, nonché presso l'e-commerce della casa editrice, Sintesi InfoMedica, all'indirizzo:

[www.sintesiinfomedicashop.it](http://www.sintesiinfomedicashop.it)



# Donne pediatra in carriera con la Grande Guerra, ma boicottate nel dopoguerra

*Studio realizzato per il centenario della fine della prima guerra mondiale*

## Farnetani I

*Professore Ordinario di Pediatria, L.U.de.S. HEI, Malta*

### **Parole chiave**

donna medico, I Guerra Mondiale, primariato ospedaliero, ordinariato di pediatria, Paola Zappa, Virginia Angiola Borrino

### **Key words**

woman doctor, first world war, hospital primary, pediatric full professor, Paola Zappa, Virginia Angiola Borrino

### **Riassunto**

Cento anni fa avvenne l'accesso delle donne medico alle funzioni direttive. Già da 42 anni in Italia esercitavano le donne medico, ma erano relegate a funzioni marginali. Nel 1918 la carenza di ufficiali medici, determinata dal prolungarsi della Grande Guerra, le istituzioni di allora, pur se dominate da una mentalità nettamente maschilista, dovettero affidare mansioni importanti alle donne, e così, nel 1918 Paola Zappa divenne la prima donna primario ospedaliero e, in particolare, in pediatria. L'anno successivo, sempre per lo stesso motivo, Angiola Borrino ebbe l'incarico della direzione della Clinica e della cattedra di pediatria dell'Università di Siena, risultando così la prima in ogni specialità medica in Italia. Passata l'emergenza, non solo lo Stato non ricompensò queste due donne, che con i loro servizi avevano cooperato a gestire la difficile situazione, ma addirittura, nel dopoguerra, furono private per alcuni anni delle funzioni direttive e boicottate dai colleghi uomini, che non accettavano il ruolo della donna medico nelle funzioni direttive. Nello studio vengono analizzate le biografie delle due pediatre e confrontate con quelle di uomini vissuti nello stesso periodo per documentare la penalizzazione subita dalle donne.

### **Abstract**

One hundred years ago, medical women's access to directing functions took place. For 42 years they had been practicing medical women in Italy, but they were relegated to marginal functions. In 1918 the lack of medical officers, determined by the prolongation of the Great War, the institutions of the time, even if dominated by a clearly masculine mentality had to entrust important tasks to women, and so, in 1918 Paola Zappa became the first hospital primary woman and in particular in pediatrics. The following year, again for the same reason, Angiola Borrino was appointed director of the Clinic and of the Pediatric Chair of the University of Siena, thus being the first in every medical specialty in Italy. After the emergency, not only the State did not reward these two women who had cooperated with their services to handle the difficult situation, but even, after the war, they were deprived for a few years of directing functions and boycotted by male colleagues who did not accept the role of the woman doctor in the managerial functions. In the study the biographies of the two women are analyzed and compared with those of men who lived in the same period to document the penalization suffered by women.



## Introduzione

Il 2018, che è il centenario della conclusione della Grande Guerra, è significativo anche per il ruolo delle donne medico. È il centenario della prima donna a raggiungere un ruolo direttivo nella sanità e i due eventi sono interconnessi fra loro. Proprio nel 1918, cioè cento anni fa, Paola Zappa (Figura 1) divenne direttore e primario pediatra all'ospedale infantile San Filippo, a Genova, e fu la prima donna d'Italia a divenire primario ospedaliero.

L'anno successivo Angiola Borrino (Figura 2) ebbe l'incarico di direttore della clinica pediatrica dell'Università di Siena. Anche questo rappresenta un primato perché fu la prima donna d'Italia a dirigere una cattedra e una clinica universitaria.

Le due nomine si erano rese necessarie perché la maggioranza dei medici era stata richiamata per il servizio militare; essere dovuti ricorrere a due donne per far loro ricoprire funzioni apicali, nel contesto della società maschilista di allora, dimostra la penuria di medici di sesso maschile.

Questa segnalazione è importante non solo per lo studio del ruolo delle donne nella pediatria italiana, ma anche per interpretare l'andamento della sanità militare delle Forze Armate italiane.

## La carenza di ufficiali medici svuota la sanità civile

Fin dall'inizio della prima guerra mondiale ci fu carenza di ufficiali medici, accentuata con gli anni, a causa delle gravi perdite e del gran numero di prigionieri di guerra.

La carenza di medici era determinata dall'alto numero di soldati mobilitati, che per il solo esercito furono 5.728.277, schie-



**Figura 1. Paola Zappa, la prima donna primario ospedaliero**



**Figura 2. Virginia Angiola Borrino, la prima donna docente di pediatria e direttore di clinica**

rati su un fronte estremamente ampio, esteso per centinaia di chilometri. All'inizio del conflitto l'esercito italiano disponeva solo di 770 ufficiali medici in servizio permanente, pertanto furono richiamati medici fino alla classe del 1870, cioè che avevano 45 anni. Nonostante questo provvedimento il numero dei medici era ancora nettamente insufficiente.

Le difficoltà per la sanità militare, scaturivano da un impegno enorme di uomini, che necessitavano di una notevole richiesta assistenziale determinata da un diverso tipo di patologia più grave e acuto perché fu una guerra estremamente cruenta.

Gli elementi innovativi della prima guerra mondiale, che colsero inaspettata anche la sanità militare italiana, furono il potenziamento offensivo delle artiglierie, l'introduzione di nuove armi di offesa, come l'uso del mezzo aereo che determinava bombardamenti dall'alto e l'arma chimica con l'azione distruttiva dei gas asfissianti, vescicanti, irritanti e tossici.

Questi elementi determinarono una modifica anche del tipo di patologia, che richiedeva l'intervento della sanità militare.

Se in passato, più che le ferite, erano soprattutto le malattie infettive a creare problemi di assistenza, l'introduzione di queste nuove armi determinò un mutamento del tipo di patologia, in cui le ferite divennero la forma più rilevante, provocate soprattutto dalle artiglierie che, dotate di potenti mezzi, fino a obici da 420, determinavano lesioni devastanti: infatti il 66% delle ferite era determinato dalle armi di artiglieria e solo per il 23,5% da quelle portatili.

Fu una guerra cruenta, ci furono 680.071 morti; uniti agli invalidi, complessivamente, si raggiunse il numero di 1.142.883. Per valutare l'impegno della sanità militare basta dire che essa si prese carico di 950.000 feriti, che equivalgono al 16,57% del totale dei soldati impegnati nella guerra.

La crescente richiesta di ufficiali medici costrinse ad arruolare molti medici, svuotando cliniche, ospedali e condotte. Furono richiamati anche i medici nati tra il 1874 e il 1884 che, in precedenza, erano stati riformati. Fu creata inoltre l'Università Castrense nella zona di guerra per consentire agli studenti in medicina iscritti al V e VI anno di laurearsi anche se impegnati sul fronte di guerra.

## Le prime donne medico in Italia

In questa crisi della sanità italiana le donne medico costituirono una risorsa indispensabile. Era così ampia l'assenza di medici in ogni settore della sanità che le donne furono chiamate a coprire posti importanti che la società maschilista di allora non avrebbe mai aperto alle donne.

Allo scoppio della guerra erano quasi quarant'anni che esercitavano in Italia le donne medico, ma fino ad allora non solo non avevano avuto spazi, ma, anzi, erano state molto ostacolate nello sviluppo della loro carriera.



La prima donna medico italiana è stata Ernestina Puritz-Manasse (1846-1926). Si iscrisse alla facoltà di medicina e chirurgia, prima a Zurigo, poi a Pisa e infine presso l'Istituto di Studi Superiori di Firenze, ove si laureò nel luglio 1877.

È interessante la notizia che nel 1878 la Puritz-Manasse aprì un ambulatorio ove curava le malattie delle donne e dei bambini: infatti, era questo il principale ambito di esercizio professionale delle donne, mentre venivano trascurate le altre specialità.

Per avere la prima pediatra bisogna attendere i primi anni del secolo scorso: la prima specialista in pediatria fu Amalia Moretti Foggia (1872-1947) che ha anche il primato di aver conseguito due lauree: nel 1895 si laureò infatti in scienze naturali presso l'Università di Padova, mentre nel 1898 conseguì la laurea in medicina e chirurgia presso l'Università di Bologna.

Si specializzò in pediatria a Firenze con Giuseppe Mya (1857-1911). In tal modo l'Istituto di Studi Superiori di Firenze ha, oltre che il primato di aver laureato la prima donna in medicina e chirurgia, anche quello di aver specializzato la prima donna in pediatria.

La scelta della Moretti Foggia di specializzarsi a Firenze avvenne perché richiamata dalla grande fama del Mya: in quel periodo, infatti, in Italia esistevano tre grandi scuole di pediatria che, oltre a quella fiorentina, erano la napoletana, diretta da Francesco Fede (1832-1913), e la romana di Luigi Concetti (1854-1920).

Dal 1902 esercitò per circa quarant'anni presso l'ambulatorio della Poliambulanza di Porta Venezia a Milano.

Fu più famosa però come giornalista, esperta nell'arte culinaria, curò per anni le rubriche: *La parola del medico* e *Tra i fornelli*, de "La Domenica del Corriere", sotto gli pseudonimi dott. Amal e Petronilla.

Per capire il ruolo pionieristico della prima pediatra italiana, basta dire che si laureò negli stessi anni delle due donne medico più note dell'Ottocento: Anna Kulishoff (1855-1925) si laureò nel 1885 in medicina e chirurgia presso l'Università di Napoli e nel 1888 si specializzò in ginecologia, prima a Torino, poi a Padova, contribuendo alla scoperta dell'origine batterica delle febbri puerperali, mentre un'altra donna, Maria Montessori (1872-1950) si era laureata in medicina nel 1896.

Un'altra pediatra attiva nei primi anni del XX secolo fu Emilia Bertini, che abitava a Genova nella Spianata di Castelletto.

## La vita quotidiana delle studentesse

Nella maggioranza dei casi le studentesse, anche se erano le uniche donne della facoltà, non avevano problemi di relazione con i colleghi.

Lo confermano varie testimonianze: Giulia Vastano (1889-1974) fu la prima donna laureata in medicina e chirurgia dell'Università di Modena, con il massimo dei voti il 10 luglio 1912. Durante l'ultima sessione dell'VIII Congresso nazionale di pediatria, che si svolse a Modena il 26 settembre 1913,

Riccardo Simonini (1865-1942), direttore della clinica pediatrica dell'Università di Modena, così la festeggiò, concludendo il suo intervento: *"Il prof. Simonini (...) da ultimo ha rivolto un affettuoso saluto alla Dottoressa [Giulia] Vastano, assistente della Clinica e prima laureata nella città di Modena"* (il testo è pubblicato in: La visita all'Istituto "Pietro Siligardi" dei partecipanti all'VIII Congresso pediatrico, "Gazzetta dell'Emilia" – La cronaca di Modena, 26-27 settembre 1913, p. II. II). In seguito la Vastano restò assistente presso la clinica pediatrica di Modena fino al 1917, quando si sposò con il collega Carlo Tedeschi (1886-1938).

La Vastano seguì gli spostamenti del marito, che percorse una brillante carriera che lo portò a divenire il Direttore sanitario della Somalia italiana. Si deve notare però che, pur continuando sempre a esercitare la professione medica, nei documenti ufficiali al marito veniva anteposto il titolo professionale, lei veniva sempre indicata come "signora".

Un'ulteriore conferma della buona accettazione delle studentesse da parte dei colleghi viene dalla Sicilia: Pia Luna (1886-1969) nel 1913 si laureò con il massimo assoluto dei voti e fu la prima donna laureata in medicina presso l'Università di Palermo. Dal 1913, e per alcuni anni, fu assistente volontaria presso la clinica ostetrica dell'ateneo palermitano diretto da Giovanni Cosentino, dimostrando ancora una volta la scelta femminile della specialità ostetrico-ginecologica o pediatrica (cfr. Luna M. *Saluti da Maleo*. Camposanpiero (PD): Nuove Edizioni del Noce s.a.s.; 1985. p. 20).

Se le donne venivano accettate durante il corso di studi, espressione anche di una galanteria tipica di quegli anni, i problemi si presentavano quando le donne, conseguita la laurea, iniziavano un percorso professionale: la società maschilista dell'epoca si esprimeva con un notevole boicottaggio di genere, come dimostrano proprio gli esempi della prima donna primario ospedaliero o direttore di clinica universitaria descritte successivamente.

## Genova, 1918. Paola Zappa, prima donna primario pediatra d'Italia

Fin dall'inizio della prima guerra mondiale, come già detto in precedenza, ci fu carenza di ufficiali medici, accentuata con gli anni a causa delle gravi perdite e del gran numero di prigionieri di guerra. Furono pertanto richiamati alle armi il maggior numero possibile di medici civili, sguarnendo in tal modo tutti i settori della sanità civile. La mobilitazione generale per la Grande Guerra aveva creato una carenza di medici.

Proprio in base alle grandi e impellenti necessità della sanità civile causata dal gran numero di medici richiamati alle armi va interpretato il progressivo avanzamento di carriera di Paola Zappa. Nata a Reggio nell'Emilia il 24 novembre 1884, si laureò con lode in medicina e chirurgia presso l'U-

niversità di Napoli.

Dal 1914 fu assistente volontario della clinica pediatrica dell'Università di Genova diretta da Dante Pacchioni (1872- 1953) che lasciò la clinica il 24 maggio 1915 perché si trasferì, in qualità di aiuto, all'ospedale infantile San Filippo”.

Sempre per le crescente richiesta di medici civili, il 1° luglio 1916 ebbe anche l'incarico della direzione del “gabinetto di microscopia e chimica clinica” del grande nosocomio “ospedale di Sant'Andrea” sia per la parte civile, sia per quella militare, a cui facevano capo 700 malati. Nel 1917 operò attivamente anche nell'ambulatorio per l'assistenza dei bambini in tempo di guerra”.

Sempre a causa dell'impellente necessità di coprire i sempre più numerosi vuoti lasciati dagli uomini va interpretato l'ulteriore avanzamento di carriera della Zappa, perché Luigi Della Valle, direttore dell'“ospedale infantile San Filippo”, che era il primario chirurgo pediatra, incaricato anche del reparto di pediatria medica, fu richiamato alle armi nell'agosto del 1918, a dimostrazione della grave carenza dei medici.

Paola Zappa, che era aiuto, ebbe l'incarico di direttore e primario dell'ospedale dal 21 agosto 1918 al 24 febbraio 1919, ottenendo il primato di essere la prima donna italiana primario ospedaliero.

## Dopo la vittoria solo la primaria viene degradata

Alla fine dell'Ottocento Maria Brignole Sale, duchessa di Galliera (1811-1888), aveva fondato a Genova tre ospedali, a ricordo dei suoi due figli morti in giovane età. Al figlio Filippo era intitolato l'“ospedale infantile San Filippo”, capace di 36 posti letto, mentre all'altro, di nome Andrea, intitolò l'“ospedale Sant'Andrea Apostolo”, dotato di trecento posti letto, che era destinato a una popolazione adulto-geriatrica.

Nel 1919, a causa delle ristrettezze economiche determinate dai dissesti della prima guerra mondiale, i due nosocomi furono fusi e presero il nome di “ospedali Galliera”. In questa fusione l'ex ospedale San Filippo divenne, come era prevedibile, un reparto, denominato “San Filippo”.

Nel 1919 alla Zappa non fu confermato il ruolo di primario, anche se le era stata affidata la “sezione medica infantile” che disponeva di otto posti letto.

Dopo 15 anni, nel 1934 ebbe il titolo di comprimario dell'intera sezione e finalmente, nel 1951, quella a primario, dopo 32 anni da quando ricoprì tale incarico per la prima volta.

Già nel 1930 aveva conseguito la libera docenza in pediatria medica e fu la prima donna medico di Genova a raggiungere questo ambito traguardo, ma, a differenza di quello che avveniva per i colleghi uomini, a lei la libera docenza non portò nessun avanzamento di carriera, oppure, come nel caso di altri (vedi dopo De Toni), il rientro nella carriera universitaria.

## L'innovazione dell'alleanza con la famiglia

La retrocessione della Zappa si può spiegare solo con un ostracismo di genere, perché esercitò il ruolo scientifico al più alto livello.

La Zappa, nella sua attività professionale, si distinse in particolare nella lotta contro la tubercolosi. Il 1° gennaio 1920 entrarono in funzione gli “ambulatori profilattici infantili”, con l'appoggio dell'“Associazione genovese contro la tubercolosi C. Poli” in collegamento con il dispensario per gli adulti.

Per rendere efficace la lotta antitubercolare puntò molto sulla prevenzione e la profilassi, realizzando un'innovativa alleanza con la famiglia e usando la nuova figura professionale dell'assistenza sanitaria visitatrice come legame efficace fra famiglia e sanità, potenziando i dispensari antitubercolari, individuando nel territorio i bambini malati o a rischio e, secondo lo stato clinico, isolandoli o allontanandoli dalla famiglia e, nei casi più gravi, curandoli in ospedale. In una lucida comunicazione al X Congresso pediatrico italiano, tenuto a Milano dall'1 al 4 ottobre 1922, sintetizzò il suo pensiero «... volendo fare della profilassi è necessario arrivare nell'ambiente dove vive il bambino e comprendere che l'ignoranza delle madri spesso non è altro che l'espressione di miseria di avvilito e di stanchezza (...) lottare contro l'ignoranza insegnando praticamente alle madri la natura e il modo di diffusione del contagio tubercolare; ricercare le forme di tubercolosi manifesta o latente fra tutti i bambini che soffrono; provvedere all'isolamento delle forme contagiose, sia nella casa sia fuori della casa; rinvigorire gli organismi deboli e predisposti; salvaguardare gli organismi sani... Una parte dei bambini tubercolotici, il 53,6%, ha familiari tubercolotici, dei quali 51,7% conviventi e di questi un quarto furono messi in rilievo solo in seguito alle indagini domiciliari della visitatrice» (Atti..., pp. 221-232).

Fu medico scolastico, aiuto del dispensario ambulatorio; direttrice sanitaria della stazione “Cipollina per l'osservazione e cura dei bambini gracili” in pericolo di contagio tubercolare; aiuto della “stazione elioterapica San Giorgio”; medico del “dispensario per lattanti Ester Bonomi”. Fu anche incaricata della sorveglianza sanitaria dei bambini nella Crèche della Croce rossa americana. Nel 1933 organizzò e diresse il “preventorio per lattanti e divezzi E. Bruzzone”.

Andò in pensione il 31 dicembre 1958 all'età di 74 anni. Le succedette Gennaro Sansone (1913-1993), uno dei grandi ospedalieri italiani, che prese servizio il 1° marzo 1959.

Paola Zappa non si era sposata, morì a Genova nel 1963.

## Divergenti opportunità di genere

Ora paragoniamo la carriera della Zappa con quella piuttosto simile, fino al conseguimento della libera docenza, di Giovanni De Toni (1895-1973) che, alla fine del 1921, divenne direttore dell'ospedale infantile Cesare Arrigo di Alessandria, ove

rimase fino al 1926, anno in cui conseguì la libera docenza in clinica pediatrica. Nel 1927 lasciò la carriera ospedaliera per intraprendere quella universitaria, divenne aiuto volontario (di ruolo nel 1928), presso la clinica pediatrica dell'Università di Bologna. Dal 1935 diresse la clinica pediatrica dell'Università di Modena per passare, nel 1942, all'Università di Genova, ove rimase con la qualifica di direttore della Clinica Pediatrica e dell'Istituto Gaslini fino al 1965.

Un altro esempio viene da Piero Fornara (1897-1975). Si laureò nel 1920 a Torino, nel 1929 conseguì la libera docenza in clinica pediatrica e divenne primario pediatra dell'ospedale maggiore della carità ed opere pie riunite di Novara, e tenne una delle tre relazioni generali al XIII Congresso nazionale di pediatria svoltosi a Torino, dal 23 al 26 settembre 1929. Mantenne il primariato fino al 1967.

### La donna che salvò dalla guerra l'insegnamento della pediatria

Nel 1919 Angiola Borrino (Figura 2) ebbe l'incarico della direzione della clinica pediatrica dell'Università di Siena e fu la prima volta di una donna in Italia.

La Borrino permise la continuità dell'insegnamento della pediatria a Siena perché il titolare della cattedra, Gino Menabuoni, era morto a causa degli eventi bellici.

La disponibilità di una docente donna fu risolutiva. Fino al 1917 la pediatria accademica senese si era sviluppata in modo rapido ed eccellente; fu una delle prime cattedre a essere istituita (l'ottava in Italia) e fu affidata a un docente locale, Enrico Gagnoni (1870-195) che, dopo la sua morte, fu subito sostituito da Gino Menabuoni, aiuto e libero docente presso la clinica pediatrica di Firenze. Questo percorso fu bruscamente interrotto cento anni fa, proprio a causa della guerra.

All'inizio del conflitto Gino Menabuoni era stato riformato dal servizio militare per motivi di salute, ma fu chiamato alle armi nel 1917.

Si tratta di un'utile notizia perché documenta l'accentuarsi della carenza di ufficiali medici presente nell'esercito, accentuatasi nel 1917 (l'anno della disfatta di Caporetto) e che costrinse a rivisitare molti medici in precedenza riformati, e spesso ad arruolarli, come il Menabuoni, che non sopportò le difficili condizioni ambientali della vita militare. Morì per una malattia nel febbraio 1919, mentre si trovava ricoverato in un ospedale militare di Verona.

**Figura 3. Torino, 1905: gli studenti di medicina. Virginia Angiola Borrino è l'unica donna; si noti che è stata fatta sedere al centro del gruppo**



### Angiola Borrino per la seconda volta prima docente d'Italia

Virginia Angiola Borrino era nata a Cossato, allora provincia di Novara, oggi di Biella, il 28 marzo 1880, ultima di quattro figli appartenenti a una famiglia di commercianti. Fin dalla giovane età era descritta come intelligente, volitiva e coraggiosa.

Conseguita la maturità classica, si iscrisse alla facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Torino. L'ultimo anno di corso vinse una borsa di perfezionamento in Italia bandita dal collegio "Carlo Alberto" e frequentò la clinica pediatrica di Firenze diretta da Giuseppe Mya. Nel suo diario (*La mia vita*, pp. 35-36) ci dà una descrizione della situazione di una donna nell'ambito della medicina del tempo: «... Giuseppe Mya (...) mi accolse con paterno affetto e con piena fiducia, poi in Dante Pacchioni, allora aiuto della Clinica (...) che mi associò a varie sue ricerche, ed infine in Carlo Francioni, assistente, burbero, misogino e facile a contrastare i miei slanci di studio e di discussione e le mie proposte di problemi ...».

Al rientro a Torino, grazie ai titoli acquisiti con tre pregevoli pubblicazioni realizzate nella clinica fiorentina, vinse una borsa di studio per l'estero e si recò nelle due cliniche pediatriche più importanti del momento, agevolata dal fatto che parlava correntemente tedesco e francese: a Breslavia da Adalbert Czerny (1863-1941) e, successivamente, da ottobre a dicembre, a Parigi, da Antoine Bernard-Jean Marfan (1858-1942). Il 15 luglio 1905 si laureò (Figura 3). Per tre anni fu assistente volontaria presso l'"ospedale infantile Regina Margherita" di Torino. Nel 1913 ebbe l'incarico da parte del Ministero dell'interno, che aveva la competenza per la Sanità pubblica, di organizzare e dirigere un sanatorio pediatrico antimalarico nella Sila. Nello stesso anno conseguì la libera docenza in clinica pediatrica e, in Italia, fu la prima donna medico di qualunque specialità a ottenerla. Nel 1919 ebbe l'incarico della direzione della clinica e della cattedra di pediatria presso l'Università di Siena, ove rimase fino all'anno accademico 1923/1924.



Con lucidità, la Borrino descrive le difficoltà che incontrò al momento di assumere la direzione della clinica pediatrica di Siena: «... lo non avevo dietro a me un potente maestro e provenivo da una piccola clinica pediatrica come quella di Torino, appena da pochi anni staccata dalla clinica medica generale (...) di più ero donna ed ancora non erano state date molte prove delle capacità della donna nella medicina e tanto meno nelle discipline pratiche quali per esempio la direzione di una clinica, con responsabilità pubbliche di malati, di assistenti, di amministrazione. Mi trovavo dunque come un elemento nuovo estraneo alla tradizione di discepoli preparati, guidati e sostenuti dalle maggiori Scuole...» (La mia vita, pp. 69-70).

Nel gennaio 1921 fondò a Siena il "comitato per l'assistenza dei bimbi soli" (Figura 4). Nello stesso tempo aveva organizzato un'associazione a favore dei bambini abbandonati. Il nome era esemplificativo delle finalità associative: «Comitato delle piccole madri». Le donne si prendevano cura di questi bambini abbandonati, cercando di vicariare, per quanto possibile, la figura della madre che era sconosciuta, ecco il nome del comitato.



**Figura 4. Virginia Angiola Borrino si dedicò in particolare all'assistenza dei bambini orfani e illegittimi**

Un altro settore che la Borrino sviluppò a Siena fu quello della prevenzione del rachitismo e per questo realizzò delle ricerche, esponendo al sole bambini ricoverati presso la Clinica. Riferì i risultati all'XI Congresso pediatrico italiano che si tenne a Milano dal 22 al 25 ottobre 1924: «Ho perciò sperimentato l'azione dei raggi solari in dieci bambini rachitici in età fra 10 mesi e due anni (due soli di tre anni): (...) l'esposizione al sole è stata fatta nei giardini annessi alla clinica (...). Gli esperimenti sono dura-

ti da aprile a luglio, con poche interruzioni nei giorni di pioggia, i bambini non hanno mai presentato alcun disturbo generale né lesioni della cute e non hanno mai dato segni di irrequietezza o di disagio durante l'insolazione (...), i risultati sono stati veramente buoni, nel senso di un pronto miglioramento di tutti i sintomi: scomparsa della cranio tabe nei lattanti più giovani; rapida riduzione della fontanella, scomparsa della cifosi dorso-lombare, riduzione degli ingrossamenti epifisari, notevole aumento del turgore sottocutaneo e riacquisto del tono muscolare normale, specialmente agli arti inferiori, al dorso ed all'addome: soprattutto è notevole l'acquisto in poche settimane delle funzioni motorie ritardate e di una grande vivacità psichica...» (Atti..., pp. 574-576) (Figura 5).

È fra le fondatrici dell'Associazione Italiana Dottoresse In Medicina avvenuta il 14 ottobre 1921 a Salsomaggiore Terme che oggi ha trasformato il nome in Associazione Italiana Donne Medico.

Inspiegabilmente, nel 1924, la Borrino dovette lasciare l'insegnamento di Siena in base a una legge dello Stato che prevedeva che le cattedre vacanti dovessero essere assegnate non per titoli, ma a coloro che avevano ottenuto una idoneità in precedenza.

## Angiola Borrino è la prima, ma per tre volte vincono gli uomini

La Borrino dovette non solo lasciare la sua cattedra, ma perse anche quelle di Cagliari e Bari: quest'evento storico dimostra il grande ostracismo che gli uomini esercitarono nei confronti delle donne che, non solo ne rallentarono la carriera, ma che con tutti i mezzi la volevano precludere.

Senza dubbio, come scrive anche la Borrino, lei non apparteneva a nessuna Scuola accademica, pertanto non aveva un ordinario di riferimento, ma questo poteva essere penalizzante nella fase iniziale della carriera e rendeva difficoltoso il conseguimento della libera docenza.

Raggiunta la direzione di una clinica universitaria, come dimostrano tutte le biografie di uomini, il titolare aveva un tale ruolo istituzionale e accademico da essere ammesso automaticamente nel "salotto buono" della pediatria.

Non fu così per la Borrino. Aveva ottenuto la libera docenza e, soprattutto, il primo incarico d'insegnamento, che il mondo accademico era stato "costretto" a conferirle, a causa delle necessità della guerra. Il mondo accademico la ignorò e la boicottò a differenza di altri casi.

Esemplificativo è il caso del Simonini che, ottenuta la libera docenza nel 1906, in un solo anno passò da essere medico condotto a ottenere (1° febbraio 1907) l'incarico dell'insegnamento di Clinica Medica pediatrica presso l'Università di Modena, e in sette (nel 1913) a essere eletto consigliere della Società Italiana di Pediatria (SIP).



**Figura 5. Virginia Angiola Borrino studiò gli effetti positivi dell'elioterapia sulla prevenzione del rachitismo.**

un brevissimo periodo, le funzioni di direttore di una cattedra, e tutti avevano anche meno anzianità di laurea o di libera docenza.

## Siena: sale in cattedra il figlio del grande matematico. La donna scende

La cattedra di Siena fu tolta alla Borrino e affidata a Maurizio Pincherle (1879-1949) (Figura 6), figlio di Salvatore Pincherle (1853-1935), uno dei maggiori matematici italiani del XX secolo, professore ordinario di calcolo infinitesimale presso l'Università di Bologna, Accademico dei Lincei, che, nel 1925, sarà l'unico matematico italiano a sottoscrivere il "manifesto degli intellettuali fascisti", conosciuto anche come "manifesto Gentile". Anche Maurizio era un militante del Partito nazionale fascista, inoltre era ufficiale medico della Milizia Volontaria per la Sicurezza Nazionale (MVSN) che era l'istituzione militare del regime fascista.



**Figura 6. Maurizio Pincherle nel 1924 s'imbentò alla Borrino nella cattedra di pediatria di Siena. Pincherle è il primo a sinistra (con la camicia nera e il fez di feltro nero, di forma rigida), indossa l'uniforme estiva da ufficiale medico della Milizia Volontaria per la Sicurezza Nazionale (MVSN), conforme al Regolamento del 1931**

La Borrino, al contrario, in quattro anni non era riuscita a inserirsi, o meglio era stata tenuta volutamente lontana dal mondo accademico italiano.

La motivazione per cui fu preferita ad altri è stata senza dubbio un ostracismo di genere, basta pensare che dei tre che vinsero al suo posto le cattedre vacanti, nessuno aveva mai ricoperto, neppure per

un importante famiglia palermitana, laureato il 7 luglio 1904 in medicina e chirurgia presso l'Università di Palermo, fu assistente volontario presso la Clinica medica di Palermo fino al 1909, quando passò alla Clinica pediatrica di Rocco Jemma, all'inizio assistente volontario, in seguito effettivo, per divenire aiuto effettivo nel 1914 fino al 1924 quando si trasferì a Bari. Il 10 agosto 1912 aveva conseguito la libera docenza in Clinica pediatrica.

Maurizio si era laureato nel 1904 in medicina e chirurgia presso l'Università di

Bologna; nel 1924 divenne direttore della cattedra di Clinica pediatrica delle università di Siena, in seguito professore ordinario; nel 1928 passò all'Università di Pavia. L'anno successivo, in seguito alla prematura morte di Carlo Francioni (1877-1929), venne chiamato per acclamazione alla direzione della clinica pediatrica di Bologna. A causa delle inique leggi razziali fu ingiustamente allontanato dalla Cattedra che riprese solo nel 1946.

## A Cagliari e Bari: lottizzare senza le donne

Le altre due cattedre vacanti furono equamente divise fra le due scuole italiane. La scuola fiorentina di Carlo Comba (1870-1951) ottenne la cattedra di Cagliari. La scuola siculo-partenopea di Rocco Jemma (1866-1949) ottenne la cattedra di Bari. Come si vede, gli universitari si trovarono uniti nell'ostacolare una donna.

A Cagliari andò un allievo del Comba, Gino Frontali (1889-1963): laureato in medicina e chirurgia nel 1913 (nello stesso anno la Borrino aveva conseguito la libera docenza) presso l'Università di Bologna, conseguita la libera docenza in clinica pediatrica nel 1922, dopo tre anni, nel 1925, fu primo classificato al concorso per la cattedra di Clinica pediatrica dell'Università di Cagliari. Percorse una brillante carriera, infatti in seguito fu professore ordinario e direttore delle cattedre di Clinica pediatrica delle università di Pavia (1929), di Padova (1930) e di Roma (1943), ove rimase fino al 1959 quando lasciò l'insegnamento per raggiunti limiti d'età, divenendo emerito di pediatria. La scuola di Rocco Jemma, che era la più potente, si aggiudicò la cattedra più prestigiosa che in quel momento faceva parte dell'ateneo in espansione. Si tratta dell'Università Adriatica "Benito Mussolini", creata a Bari nel 1924.

Bandito il concorso per la cattedre di Clinica pediatrica, fu vinto da Salvatore Maggiore (1879-1949). Appartenente a un'importante famiglia palermitana, laureato il 7 luglio 1904 in medicina e chirurgia presso l'Università di Palermo, fu assistente volontario presso la Clinica medica di Palermo fino al 1909, quando passò alla Clinica pediatrica di Rocco Jemma, all'inizio assistente volontario, in seguito effettivo, per divenire aiuto effettivo nel 1914 fino al 1924 quando si trasferì a Bari. Il 10 agosto 1912 aveva conseguito la libera docenza in Clinica pediatrica.

## Borrino senza cattedra torna a casa, ma conquista Torino

Mentre in Italia mancavano gli insegnanti di pediatria, la Borrino rientrò a Torino, ove divenne la pediatra di tutta la città, della Torino bene: basta pensare che curava i bambini della famiglia Agnelli, uno dei quali era Gianni (1921-2003), ma, nello stesso tempo, nel suo ambulatorio, visitava gratuitamente i bambini poveri.

I medici non accettavano invece il ruolo della donna medico, soprattutto se era una "professoressa", alla quale loro si sarebbero dovuti rimettere per una maggiore competenza professionale. Nel libro *La mia vita*, a pagina 49 scrive: «*I medici generici si rifiutarono di fare consulto "con una donna" e preferirono abbandonare la cura ed il malato alla responsabilità dei familiari. La pediatria era allora ai primi passi e riusciva nuovo il lavoro della donna-medico*».

## Non si arrende: va a Sassari, ma ancora ostacoli maschili

Finalmente, dall'anno accademico 1927-1928, fu chiamata a Sassari, in qualità di professore ordinario e direttore, ove restò per due anni. In questo caso, la motivazione della scelta di Giuseppe Macciotta (1893-1985), che era di famiglia algherese-sassarese, non fu dettata dall'appartenenza a una scuola, come nei casi precedenti, ma dalla volontà di privilegiare un medico del luogo, che trovava buon gioco nell'ostacolare la carriera di una donna. Infatti, la Borrino, pur avendo vinto la cattedra di Sassari, non era stata chiamata per lasciare l'incarico al Macciotta, più giovane e con un curriculum nettamente inferiore alla Borrino.

Il Macciotta, nel maggio del 1915 si laureò in medicina e chirurgia all'Università di Sassari con il massimo dei voti e la lode, ma fu richiamato subito alle armi. Nel 1919 divenne assistente presso la Clinica pediatrica dell'Università di Sassari. Nel 1923 conseguì la libera docenza in Clinica pediatrica e nel 1924 divenne aiuto. Nel 1926 ebbe l'incarico ufficiale dell'insegnamento e della direzione della Clinica pediatrica di Sassari in sostituzione del direttore Amerigo Filia (1883-1925) appena scomparso. Tenne tale incarico per due anni, fino al 1927, quando gli fu affidato l'incarico dell'insegnamento della puericultura.

## Ancora due volte gli universitari preferiscono gli uomini

Nel successivo anno accademico (1928-1929) il Macciotta fu incaricato della direzione e dell'insegnamento della clinica pediatrica dell'Università di Perugia, ma dall'anno accademico 1929-1930 (e fino al pensionamento) fu chiamato alla direzione della Clinica pediatrica dell'Università di Cagliari.

Come si nota, la costante è quella dell'ostracismo della società maschile all'avanzamento delle donne, e una conferma importante si ha negli spostamenti della cattedra di Perugia, perché, per compensare il Macciotta dell'allontanamento dalla cattedra di Sassari, perché vinta per concorso dalla Borrino, gli fu assegnata la cattedra, a cui ambiva la stessa Borrino, di Perugia, ove restò nell'anno accademico 1928-1929. In questo anno, anziché assegnarla alla Borrino, le fu preferito un altro uomo, Vittore Zamorani che la tenne nel solo anno accademico 1929-1931, perché si trasferì subito nella prestigiosa Uni-

versità di Pavia, nonostante non avesse mai avuto nessun incarico di direzione universitaria.

Vittore Zamorani era nato a Ferrara il 23 febbraio 1886, ma era prima assistente, poi aiuto presso la Clinica pediatrica dell'Università di Genova che lasciò quando fu incaricato di pediatria a Perugia dal 1929 al 1931, anno in cui passò alla Clinica pediatrica dell'Università di Pavia ove fu nominato straordinario il 1° dicembre 1931; lasciò l'insegnamento per raggiunti limiti di età nel 1949.

Finalmente, nel 1931, la Borrino si trasferì a Perugia ove diresse la Clinica fino all'anno accademico 1949-1950, quando fu collocata fuori ruolo per raggiunti limiti di età. Divenne un punto di riferimento per l'intera pediatria umbra, occupandosi sia degli aspetti accademici, sia assistenziali e sociali: infatti era anche direttore del brefotrofo provinciale. In questo periodo si dedicò in particolare allo studio dell'educazione fisica come promozione della salute, dando però un contributo originale e scientificamente avanzato.

Nel contesto della promozione dell'educazione fisica, attuata dal governo fascista, lei, riconobbe e studiò i vantaggi dell'attività motoria, che consigliò di far praticare anche all'interno della scuola, come risulta da un suo intervento al XVI Congresso italiano di pediatria, che si tenne a Genova dal 15 al 18 settembre 1936, sintetizzato negli Atti: «... *propone a tutti i colleghi presenti di rivolgere l'attenzione a una condizione molto diffusa tra i ragazzi e le ragazze dell'età della scuola, ossia la frequenza di buono e spesso anche marcato sviluppo dei muscoli degli arti inferiori contrastante con un insufficiente sviluppo dei muscoli del torace e del cingolo scapolo-omerale: questa disarmonia deve essere studiata raccogliendo misure e dati esatti su un gran numero di bambini dell'età perché ancora non si conosce se essa sia da attribuire a condizioni biologiche di sviluppo oppure alla diffusione di deviazioni costituzionali o piuttosto ad errori del regime di vita...*» (Atti, pp. 540-541).

## A Perugia va in scena La donna immobile

La cattedra di pediatria presso la Libera Università di Perugia, nonostante il prestigio dell'ateneo, il quarto fondato in Italia, era considerata di passaggio prima del trasferimento in atenei più importanti, ma questo non fu per la Borrino. Nel 1924 fu istituita la cattedra, ricoperta fino al 1926 da Salvatore De Villa, aiuto e libero docente presso l'Università di Roma.

Nel 1926 la cattedra di pediatria della Libera Università di Perugia fu affidata a Ivo Nasso (1892-1976), triestino, ma esponente di spicco della scuola di Rocco Jemma, che la tenne fino al 1928, quando si trasferì a Messina e, successivamente, a Milano. Subentrò il Macciotta, che dopo solo un anno si trasferì a Cagliari, ma nemmeno a questo punto la cattedra, di nuovo libera, fu affidata alla Borrino: al contrario, a un altro uomo, Vittore Zamorani, che, dopo un solo anno d'insegnamento, passò a Pavia, ove concluse la carriera. Finalmente arrivò il tur-



no della Borrino, ma a differenza degli uomini vi restò quasi vent'anni, concludendovi la carriera.

La scuola napoletana riconquistò la cattedra di Clinica pediatrica di Perugia nel 1950, con Pio Ritossa e, dopo il suo passaggio alla Clinica delle malattie infettive dell'Università di Roma nel 1962, con Giuseppe Roberto Burgio (1919-2014), che restò fino al 1966, quando si trasferì a Pavia. Dal 1968 la cattedra fu ricoperta da Willy Tangheroni, che la tenne fino al 1973, quando si trasferì a Pisa, ove concluse la carriera. Il primo, dopo la Borrino, a raggiungere la pensione a Perugia, fu Michele Lato, che ricoprì la cattedra dal 1973 al 1982.

Come si vede, solo la Borrino vi era restata fino alla pensione, e questo non per sua scelta ma perché costretta dall'ostracismo che le era stato fatto da un mondo accademico maschilista e ostile alle donne. Una chiara dimostrazione di tale mentalità si ha dai documenti conservati presso l'archivio dell'Università di Perugia ove la Borrino non è mai indicata col titolo di professoressa, ma di "signorina".

## A Torino: meglio un uomo con due anni di carriera che una donna con 24

Un'ulteriore conferma dell'ostracismo nei confronti delle donne, dominante per tutto il XX secolo, si ha quando nel 1943 si liberò la cattedra di Torino, a cui la Borrino ambiva, proprio per ritornare nella sua città. A lei, che aveva diretto una clinica fin dal 1919, cioè 24 anni prima, fu preferito Guido Guassardo (1897-1964), che dirigeva la Clinica pediatrica dell'Università di Parma solo da due anni. Ma non basta: il Guassardo si era laureato a Genova nel 1921, quando la Borrino dirigeva già da due anni la Clinica senese e, conseguita la libera docenza in Clinica pediatrica nel 1931, cioè 18 anni dopo la Borrino, nel 1932 fu nominato aiuto. Il fatto si commenta da solo.

## Una vita fra disuguaglianza di genere e servizio all'infanzia

Nel 1950 la Borrino fu collocata fuori ruolo per raggiunti limiti di età. Il 14 dicembre 1955 fu nominata professore emerito, mentre il 27 dicembre dello stesso anno ricevette l'onorificenza di Commendatore dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana. Nemmeno dopo una lunga carriera accademica di trent'anni di insegnamento riuscì a promuovere il ruolo della donna medico, infatti le subentrò Pio Ritossa, tipo autoritario e freddo, tanto che, prima della fine del periodo di professore fuori ruolo rientrò a Torino, ma anche nei trent'anni d'insegnamento fu osteggiata in ogni modo dai colleghi uomini: basti pensare che non ebbe nessun incarico nella SIP e non le fu affidata mai una relazione scientifica durante i congressi nazionali (si valuti che le relazioni venivano affidate a rotazione agli universitari e per un terzo agli ospedalieri). Per gli uomini non è mai stato così. Un caso particolarmente significativo si rileva

dalla biografia di Vitale Tedeschi (1854-1919). Era un pediatra triestino che, ancora suddito dell'Impero austro-ungarico, fu chiamato dall'Università di Padova, in quanto c'era carenza di docenti di pediatria.

Dall'anno accademico 1902-1903 gli fu affidato l'insegnamento di pediatria e la direzione della Clinica.

Ebbe subito un ruolo importante all'interno della SIP, di cui fu vicepresidente dal 1905 al 1911 e dal 1913 alla morte. Nel 1907, cioè solo cinque anni dopo l'inizio dell'insegnamento, organizzò il VI Congresso pediatrico italiano, che si tenne a Padova dal 2 al 6 ottobre 1907, di cui fu il presidente. Dopo la vittoria e l'annessione di Trieste all'Italia fu incaricato di organizzare un altro congresso pediatrico, questa volta nella città giuliana, che si sarebbe dovuto svolgere nel 1920. È probabile che sarebbe stato eletto presidente della SIP, purtroppo morì prima dell'inizio del congresso.

Come si osserva, la Borrino non ebbe nessuna di queste possibilità, nonostante l'alto valore scientifico e professionale.

Non è un caso che a Perugia fu tenuto il congresso nazionale della SIP solo nel 1955 quando la direzione era del Ritossa. Ugualmente, nel *Manuale di pediatria* diretto da G. Frontali, I, Torino 1936 le furono affidati due capitoli, piuttosto generici: "Igiene e profilassi generale" (pp. 129-151) e "Terapia generale" (pp. 181-218). Si valuti che le ricerche della Borrino erano sempre in linea con le più avanzate problematiche sociali e scientifiche del momento, basti pensare che durante la permanenza a Siena si occupò dei bambini illegittimi, legati proprio ai dissesti socio-economici del dopoguerra, mentre, nel 1928, in seguito allo sviluppo delle colonie fisioterapiche, compì pregevoli studi sul rachitismo e, dal 1931 al 1938, in sinergia con lo sviluppo della lotta antitubercolare, si dedicò allo studio della malattia, per affiancarla all'approfondimento dei temi dell'epidemiologia e della poliomielite, che si stava diffondendo in Europa. Nel 1912 pubblicò la prima edizione del pregevole *Manuale di terapia infantile*, mentre nel 1937 diede alle stampe un *Manuale di puericultura* di cui uscì una seconda edizione nel 1947. Con la fine della II Guerra Mondiale trattò i temi emergenti nel dopoguerra, in particolare legati alla delinquenza femminile, raccolti in due pregevoli pubblicazioni: *Rilevi su la delinquenza femminile* (Milano: Fratelli Bocca, 1946), *Il problema dell'alimentazione nelle carceri* pubblicato su "La settimana medica" (n. 49-52, vol. 34/2, 1946). Le nuove opportunità scientifiche e terapeutiche che, con la fine della guerra, erano arrivate da oltreoceano la convinsero a introdurre nuovi consigli di puericultura da trasmettere ai genitori, condensati in due pubblicazioni: *Come si vince la malattia: consigli di un medico ai malati ed a chi li cura o li assiste* (Milano: Cavallotti, 1948); *L'allevamento del bambino: Lettere ad una Madre* (Perugia: Tip. Grafica, 1949). La Borrino non si era sposata perché il suo fidanzato era morto per malattia. Pur essendo una donna in carriera non perse mai la propria femminilità, come la

descrive una persona che la conobbe: «... Era una donna di statura media, dal sorriso aperto, incorniciata da bei capelli di un biondo naturale, raccolti a crocchia sulla nuca, dallo sguardo dolce, insieme penetrante e indagatore...». (La mia vita, p. 5)

## Il pensiero del filosofo Giovanni Gentile sulla donna medico

Un'ulteriore descrizione si ha da un colloquio con Giovanni Gentile (1875-1944), Ministro della Pubblica Istruzione dal 31 ottobre 1922 al 1° luglio 1924 quando, in tale veste, ricevette la professoressa Borrino che si lamentava per essere stata esclusa da un concorso. Così racconta: «... e dopo il congresso per l'assistenza ai minorenni abbandonati e traviati, presieduto dal Ministro Gentile, che aveva apprezzato la mia relazione ufficiale, osai chiedergli udienza per esporgli le mie difficoltà. Il Ministro manifestò la sua sorpresa per l'articolo di eccezione del regolamento, deplorò il danno intentato e riconobbe che la giustizia è molto difficile, aggiungendo testualmente: "nelle innovazioni sociali purtroppo vi sono sempre quelli che vengono a trovarsi schiacciati come tra i cardini di una porta" e fu allora, che cercando di aiutarmi, mi parlò della imminente istituzione della nuova facoltà medica di Bari sotto la direzione di Nicola Pende che pure mi conosceva e ventilò, non so come, la possibilità di nominarmi a quella carica pediatrica col potere eccezionale dell'art. 17. Nella mia naturale rettitudine e con la mia invincibile abituale schiettezza esclamai prontamente: "Impossibile, Eccellenza! Io non sono elemento di eccezione, la mia preparazione scientifica e il mio lavoro onesto e coscienzioso, possono e debbono affrontare i concorsi regolari; non mi sento meritevole e non vorrei per me una nomina di eccezione, tanto più nella mia condizione di donna". Al che il ministro, geniale filosofo e nello stesso tempo molto umano, si alzò in piedi per stringermi la mano, dichiarando: "Ma lei è un carabiniere piemontese! Lodo la sua bella fierezza, forse ha ragione e le auguro la migliore riuscita in un prossimo concorso".» (La mia vita, pp. 75-76). Morì a Torino il 14 gennaio 1965.

## Dopo un secolo una donna entra nel "salotto buono"

Anche se la Borrino non riuscì a coronare il sogno di ricoprire la cattedra di Torino, ce la fece una donna della generazione successiva, Maria Sandrucci (1920-2009), ma anche per lei ci furono notevoli difficoltà.

La Sandrucci, il 14 giugno 1944 si laureò in medicina e chirurgia presso l'Università di Torino, con lode e dignità di stampa. Il 1° febbraio 1953 divenne aiuto, l'anno successivo conseguì la libera docenza in Clinica pediatrica e nel 1958 in puericoltura. Dall'anno accademico 1956-1957 a quello 1961-1962 ebbe l'incarico di insegnamento retribuito di puericoltura. Il 15 dicembre 1962 fu nominata professore straordinario di puericoltura e, tre anni più tardi, divenne ordinario. Dall'anno

accademico 1961-1962 a quello 1965-1966 fu anche direttore dell'Istituto di puericoltura. Nel frattempo, dall'anno accademico 1963-1964 a quello 1965-1966 ebbe l'incarico d'insegnamento della Clinica pediatrica. Fu direttore dell'Istituto di Clinica pediatrica dall'anno accademico 1965-1966 fino al 31 dicembre 1989, e direttore della scuola di specializzazione in pediatria dal 1° novembre 1964 al 31 ottobre 1988. Dal 1° novembre 1985 fu collocata fuori ruolo. Nel 1991 fu nominata professore emerito.

Una dimostrazione della difficoltà alla carriera professionale della donna medico, o se si vuole, l'ostracismo da parte dei maschi, è dimostrato dal fatto che la Sandrucci fu la prima donna a tenere una relazione generale durante il Congresso nazionale della SIP. Bisogna arrivare al 1973 al XXXVI Congresso nazionale che si tenne a Parma dal 28 al 31 ottobre 1973, quando Maria Sandrucci tenne la seconda relazione generale dal titolo: *Infezioni delle vie urinarie in età pediatrica*.

## Conclusioni

Lo studio permette sia un'analisi del ruolo e dei progressi professionali delle donne medico, in particolare pediatre, nell'Italia unitaria, ma nello stesso tempo fornisce un'inedita e originale chiave di lettura della grave crisi della sanità militare italiana.

Fin dall'inizio del conflitto mancavano i medici, e la carenza si accentuò con il progredire della guerra, con l'aumento dei medici che erano caduti o fatti prigionieri. In questa situazione di emergenza fu necessario ricorrere alla professionalità delle donne medico, che fino ad allora erano restate confinate in funzioni di primo livello. Proprio a causa della mancanza di uomini Paola Zappa ebbe l'incarico di primario e fu la prima donna a raggiungere tale livello, e Virginia Angiola Borrino ottenne la direzione di una cattedra e di una clinica universitaria. Passata l'emergenza, l'ostracismo di una società maschilista fece dimenticare il servizio reso al Paese, sino a omettere perfino i titoli professionali di carriera ottenuti, e così sia la Zappa che la Borrino ebbero due carriere molto rallentate rispetto alla brillante partenza del 1918 e del 1919. Senza dubbio anche la generazione successiva, come quella di Maria Sandrucci, non ebbe vita facile, come ancora oggi non vengono esercitate appieno tutte le potenzialità professionali delle donne. Chi scrive, il 30 settembre 2002, durante l'Assemblea della SIP, svoltasi dalle 14,30 alle 16,30, a Montecatini Terme nel corso del LVIII Congresso nazionale della società, tenne il primo intervento, in cui fece notare che l'intero direttivo seduto al tavolo dei relatori era composto solo da uomini, mentre le donne costituivano il 75% di tutti i pediatri. Nello stesso tempo faceva notare che solo il 3% delle pediatre raggiungeva funzioni apicali.

Da allora qualcosa è cambiato, ma non come è avvenuto in altri settori, come per esempio nella Magistratura o nella Polizia di Stato. Alcuni segni incoraggianti, vengono dagli anni più recenti.

Le uniche due Medaglie d'oro al merito della sanità pubblica, conferite a pediatri nel terzo millennio, sono particolarmente significative: nel 2004 fu decorata una donna e l'anno successivo un uomo, entrambi oncoematologi; pertanto, la scelta fu per meriti scientifici e professionali e non per una scelta di pari

opportunità.

La prima è stata Luisa Massimo, primario emerito di oncoematologia presso l'Istituto Gaslini di Genova, prima donna pediatra a essere decorata con la Medaglia d'oro. L'anno successiva è stato Franco Locatelli.

## Bibliografia

- Allaria GB. La Pediatria in Italia. Milano: Ufficio Stampa Medica Italiana, 1937
- Annuario della R. Università degli Studi di Palermo per l'anno accademico 1912-13. Palermo: Gianni Trapani, 1913; p. 99
- Bacchini MR, Iorio A. La medicina a Napoli tra '800 e '900. Napoli, 1999; pp. 61-2
- Borrino VA. La mia vita: la pediatria del '900 attraverso le memorie di una donna medico. Milano: Hoepli, 2017
- Bracci R. Siena. Riv Ital Pediatr 1993;19(suppl.1):18-21
- Bulgarelli R. Genova. La Pediatria Italiana fra cronaca e storia. Riv Ital Pediatr 1991;17 suppl. 3: 3-4
- Burgio GR, De Toni G. In: Dizionario Biografico degli Italiani. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, 1991; vol. 39, pp. 468-70
- Burgio GR. Bambini e adolescenti nei 150 anni dalla Unificazione del Regno d'Italia. Un profilo sociale e pediatrico. Pediatria Preventiva & Sociale 2011;6:12-33
- Burgio RG, Frontali G. In: Dizionario Biografico degli Italiani. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, 1998; vol. 50, pp. 605-6
- Burgio RG, Guassardo, Guido. In: Dizionario Biografico degli Italiani. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, 2003; vol. 60, pp. 479-81
- Caronia G, Rocco Jemma. Pediatria 1949;57:153-9
- Castiglioni A. Storia della medicina, II ed., Milano: Mondadori, 1948; p. 834
- Cavazzuti GB. La pediatria a Modena. Grand'Angolo di Edit-Symposia. Pediatria e Neonatologia [VIII], 2001; pp.65-72
- Cavazzuti GB. Modena. La Pediatria Italiana fra cronaca e storia. Riv Ital Pediatr 1991;17 suppl.3:36-8
- Commemorazione del professor Roberto Burgio. Il mazarese che è stato uno dei grandi pediatri del mondo, pubblicazione di un inedito, a cura di Italo Farnetani. Città di Mazara del Vallo, 8 marzo 2015
- Farnetani I, Farnetani I. Giuseppe Roberto Burgio (1919-2014). Minerva Pediatr 2014;66:151-60
- Farnetani F. Pediatre e media. Grand'Angolo di Edit-Symposia. Pediatria e Neonatologia 2003; 10(1):20-2
- Farnetani I, Buonocore G. The Academic Pediatrics of Siena and The Great War. A study created for the centenary of the First World War. Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM) 2017;6(2):10
- Farnetani I, Farnetani F, Bona G, Mussa GC, Maria Sandrucci: al passo coi tempi della scienza, testimone delle pari opportunità. Minerva Pediatrica 2011; 62:149-62
- Farnetani I, Farnetani F, Masetti A. Contributo dei Medici Militari Pediatri alla Prima Guerra Mondiale. Giornale di medicina militare 2010;160:37-52
- Farnetani I, Farnetani F. Giuseppe Macciotta: un pediatra per la Sardegna. Quaderni di pediatria 2004;3(2):190
- Farnetani I, Farnetani F. I 135 Anni dell'insegnamento pediatrico a Genova. Pediatria Preventiva & Sociale 2012;7:15-24
- Farnetani I, Farnetani F. Ivo Nasso: infettivologo e fondatore della terapia intensiva neonatale. Minerva Pediatrica 2006;58:91-100
- Farnetani I, Farnetani F. La malattia di Macciotta e la biografia di Giuseppe Macciotta. Minerva Pediatrica 2013;65:111-9
- Farnetani I, Farnetani F. Macciotta's disease. La pediatria medica e chirurgica 2005;2 (suppl 5): 33
- Farnetani I, Farnetani F. Napoli: la capitale storica della pediatria italiana. Minerva Pediatrica 2008;60:365-81
- Farnetani I, Farnetani F. Perché Rocco Jemma è stato il più grande pediatra italiano? Minerva Pediatrica 2006;58:587-95
- Farnetani I, Farnetani F. Roberto Burgio: the scientist at the service of every new life born into the world. Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM) 2014;3 (1)
- Farnetani I, Farnetani F. Salvatore Maggiore: Palermo andata e ritorno. Quaderni di pediatria 2004;3(2):191
- Farnetani I, Farnetani F. Storia della pediatria italiana: le origini. Minerva Pediatrica 2008;60:668-74

- Farnetani I, Gallorini MC. The life of Giuseppe Macciotta from: "Dizionario Biografico degli Italiani" Treccani Farmaci & Terapia 2007;24(3/4):13-4
- Farnetani I. Carlo Tedeschi e Giulia Vastano due medici attivi nel territorio cesenate tra il 1919 e 1927. In: Fabbri PG, Gagliardo A. Le vite dei cesenati VIII. Cesena: Stampare Edizioni, 2014; pp. 83-6
- Farnetani I. Commemorazione Giuseppe Roberto Burgio (1919-2014). Biografie mediche 2014; 3:59-60
- Farnetani I. Dottoresse fatevi avanti. Grand'Angolo di Edit-Symposia. Pediatria e Neonatologia 2003;10(1):1-3
- Farnetani I. I venticinque pediatri, decorati con la Medaglia d'oro della sanità, hanno scritto la storia della Repubblica. Pediatria Preventiva & Sociale 2016;11(3):10-21
- Farnetani I. Jemma, Rocco. In: Dizionario Biografico degli Italiani. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, 2004; vol. 62, pp. 193-6
- Farnetani I. L'assistenza sanitaria al bambino dall'Unità ad oggi. In: Sintesi delle relazioni Cura e tutela del bambino dall'unità d'Italia ad oggi. 1861-2011. Roma 20 novembre 2010, Sala della Promoteca del Campidoglio, Piazza del Campidoglio. Morlupo (Roma): VEAT Litografia snc; 2010, pp. 9-11
- Farnetani I. L'Università castrense nel contesto della sanità militare italiana. Memorie scientifiche, giuridiche, letterarie di Modena 2016; s. VIII, vol. 19:563-8
- Farnetani I. Macciotta, Giuseppe In: Dizionario Biografico degli Italiani. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, 2006; vol. 67, pp. 45-9
- Farnetani I. Maggiore, Salvatore. In: Dizionario Biografico degli Italiani. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, 2006; vol. 67, pp. 396-9
- Farnetani I. Maria Montessori è stata la prima donna medico italiana. Grand'Angolo di Edit-Symposia. Pediatria e Neonatologia 2003;10(1):29
- Farnetani I. Pediatria nazionale a Modena. Memorie scientifiche, giuridiche, letterarie. Accademia Nazionale di Scienze Lettere e Arti di Modena. 2014; s. VIII, vol. 17, fasc. II, pp. 357-411
- Farnetani I. Qualche notazione di storia della pediatria, in margine alla V edizione di Pediatria Essenziale. Postfazione. In: Pediatria Essenziale, a cura di Burgio GR, 5a Ed., Milano: Edi-Ermes; 2012, vol. 2°, pp. 1757-64
- Farnetani I. Rocco Jemma è stato il più grande pediatra italiano. Grand'Angolo di Edit-Symposia. Pediatria e Neonatologia 2005;12(1):3
- Farnetani I. Storia della pediatria italiana – Le origini: 1802-1920. Afragola (NA), 2008
- Ferrajoli F. Il servizio sanitario militare nella guerra 1915-1918 (nel cinquantenario della vittoria). Giornale di Medicina Militare 1968;118:501-16
- La scuola medica da campo a San Giorgio di Nogaro. Bologna: Cappelli, 1918
- Latronico N. Storia della pediatria. Torino: Minerva Medica, 1977; p. 672
- Macciotta A. Cagliari. La Pediatria Italiana fra cronaca e storia, Riv Ital Pediatr 1993;19 suppl. 19/s-1:13-4
- Maggioni G. Congressi nazionali con titoli delle relazioni. Riv Ital Pediatr 200; suppl. 26/s-4:13
- Maggioni G. Storia della Società Italiana di Pediatria nel suo centenario (1898-1998). Riv Ital Pediatr 2000;26 suppl.4:8
- Massimo L. Per non dimenticare: storia dell'Oncologia Pediatrica a Genova tra il 1938 e il 1986. Pediatria Preventiva & Sociale 2012;7(1):27-9
- Meloni T. Sassari. La Pediatria Italiana fra cronaca e storia. Riv Ital Pediatr 1993; suppl. 19/s-1:16-7
- Napoli La Pediatria italiana fra cronaca e storia. Riv Ital Pediatr 1993;19 suppl.19/s-1:5-9
- Petitti E, Zajczyk F. Discriminazione e genere in medicina. Grand'Angolo di Edit-Symposia. Pediatria e Neonatologia 2003;10(1):7-19
- Prestigiacomo S. Pediatria: meglio le donne. Grand'Angolo di Edit-Symposia. Pediatria e Neonatologia 2003;10(1):5-6
- Vaccaio R, Stefanelli M. Perugia, La Pediatria Italiana fra cronaca e storia. Riv Ital Pediatr 1993; suppl. 19/s-1:30

Per contattare l'autore **Italo Farnetani**: [www.italofarnetani.it](http://www.italofarnetani.it); [segreteria@italofarnetani.it](mailto:segreteria@italofarnetani.it)



# Combinerò uno studio del quale non si scorderanno mai più *(cit.)\**

## L'analisi del RCT - Parte seconda

**Verga MC**

*Pediatra di Famiglia, ASL Salerno*

*\*citazione modificata dal film "Totò, Peppino e la malafemmina", 1956*

**N**ella prima parte abbiamo visto quali sono le caratteristiche di uno studio controllato randomizzato (*Randomized Controlled Trial* o RCT) e perché è importante rispettare alcuni criteri (corretta selezione dei pazienti, randomizzazione, ecc.) affinché lo studio sia valido e i risultati attendibili.

Questi criteri fanno parte del protocollo dello studio e, in un articolo scientifico, sono riportati nella sezione "Materiali e Metodi".

In questa seconda parte affronteremo

**L'ANALISI DEI RISULTATI.**

## ANALISI DEI RISULTATI

Nella sezione “Risultati” sono riportati, prima di tutto, i dati sulla partecipazione dei pazienti (numerosità, suddivisione nei gruppi di confronto con la randomizzazione, completamento o abbandono dello studio, aderenza al protocollo), oltre alle loro caratteristiche di partenza (età, sesso, condizioni e patologie, ecc.). In genere i dati su numerosità e partecipazione sono anche rappresentati con un diagramma di flusso (Figura 1).

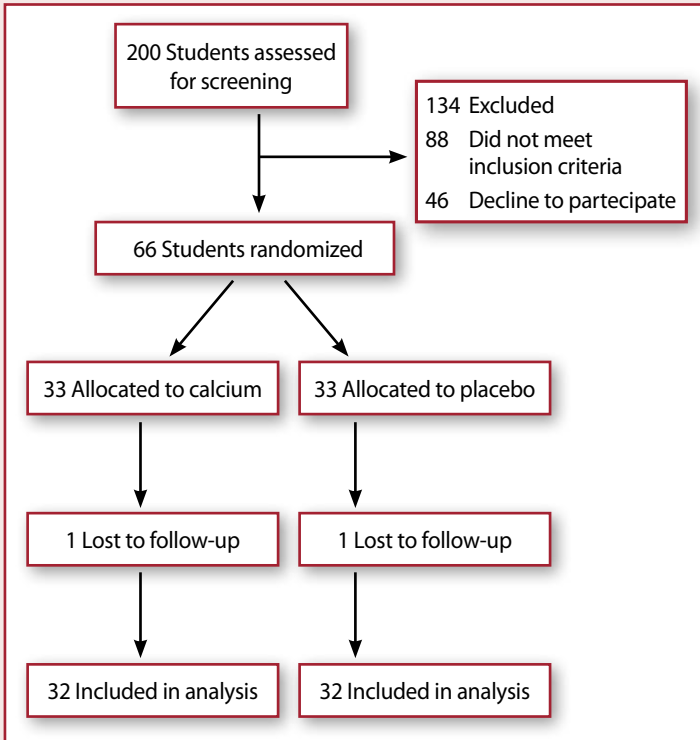


Figura 1. Esempio di flow-chart sui dati di numerosità e partecipazione allo studio dei soggetti arruolati

### La perdita dei pazienti al follow-up

La perdita dei pazienti al follow-up è la percentuale di pazienti che abbandona lo studio e di cui non si conoscono gli esiti. È diversa dalla mancata aderenza al protocollo, rappresentata dai pazienti che, pur non avendo seguito correttamente il trattamento assegnato, completano comunque lo studio e di cui si conoscono gli esiti.



### Perché è importante valutare la perdita al follow-up?

Perché comporta almeno 2 tipi di problemi:

1. diminuisce la numerosità campionaria;
2. il o i gruppi perdono le loro caratteristiche iniziali, cioè si perdono i vantaggi della randomizzazione.

Dobbiamo infatti chiederci: *Chi* ha abbandonato lo studio? *Perché* ha abbandonato lo studio?

Un paziente può interrompere un trattamento e non completare la sperimentazione per vari motivi: perché il trattamento non si dimostra efficace, perché comporta seri o fastidiosi effetti collaterali, perché è di difficile attuazione. Al di là, quindi, del disagio che la partecipazione a uno studio comporta, la perdita al follow-up può essere un segnale di mancata compliance all'intervento per problemi a esso collegati.

La perdita al follow-up non deve essere superiore al 10-20%.

### Non sempre, però, la perdita al follow-up invalida i risultati dello studio.

1. A volte, per non perdere completamente i risultati, si cerca di fare una sorta di “prova del nove”: l'**analisi dello scenario peggiore**. Si considerano tutti i pazienti persi come “insuccessi” e se, nonostante ciò, si mantiene un risultato statisticamente significativo a favore del gruppo trattato, il trattamento potrebbe essere considerato efficace.
2. Indipendentemente dallo scenario, se si sta sperimentando un intervento per una patologia grave e finora incurabile, anche pochi successi possono giustificare, nella pratica clinica, un tentativo di trattamento.

### Gli esiti dello studio

#### Come dovrebbero essere riportati i risultati?

I risultati dovrebbero essere riportati in termini di valore assoluto e non in percentuale, per capire la loro reale rilevanza clinica.

Consideriamo, per esempio, l'effetto di un farmaco sulla durata di una malattia. Leggiamo nei “Risultati” che la riduce del 30%... ma a cosa corrisponde realmente?

Se la malattia è lieve e dura 3 giorni, il 30% di riduzione corrisponderà a 1 giorno in meno...

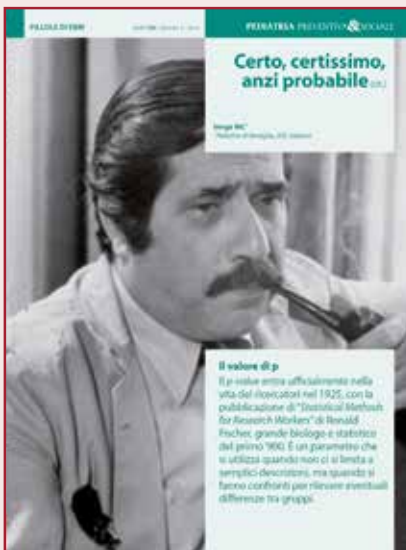
Se invece è di lunga durata, es. 10-15 giorni, il 30% corrisponderà a 3-5 giorni di malattia in meno. Una differenza ben più consistente!





### Significatività statistica

Abbiamo già affrontato la rilevanza della significatività statistica e il mito del  $p$ -value  $< 0,05$  nella Pillola di EBM "Certo, certissimo, anzi probabile" (Rivista di Pediatria Preventiva e Sociale, anno XIII, numero 1 - 2018)



### Analisi Per Protocollo (PP) e Intention To Treat (ITT)

Si legge spesso che sui dati sono state effettuate 2 analisi: *Per Protocollo* (PP) e *Intention To Treat* (ITT). Di che si tratta? Quali informazioni ci danno?

L'*analisi Per Protocollo* analizza solo i risultati dei pazienti che hanno completato lo studio e che sono stati aderenti al protocollo.



Valuta una situazione ideale.

L'analisi per protocollo ci dice: qual è l'effetto del farmaco assunto regolarmente, con la corretta posologia? Qual è la sua *efficacy*?

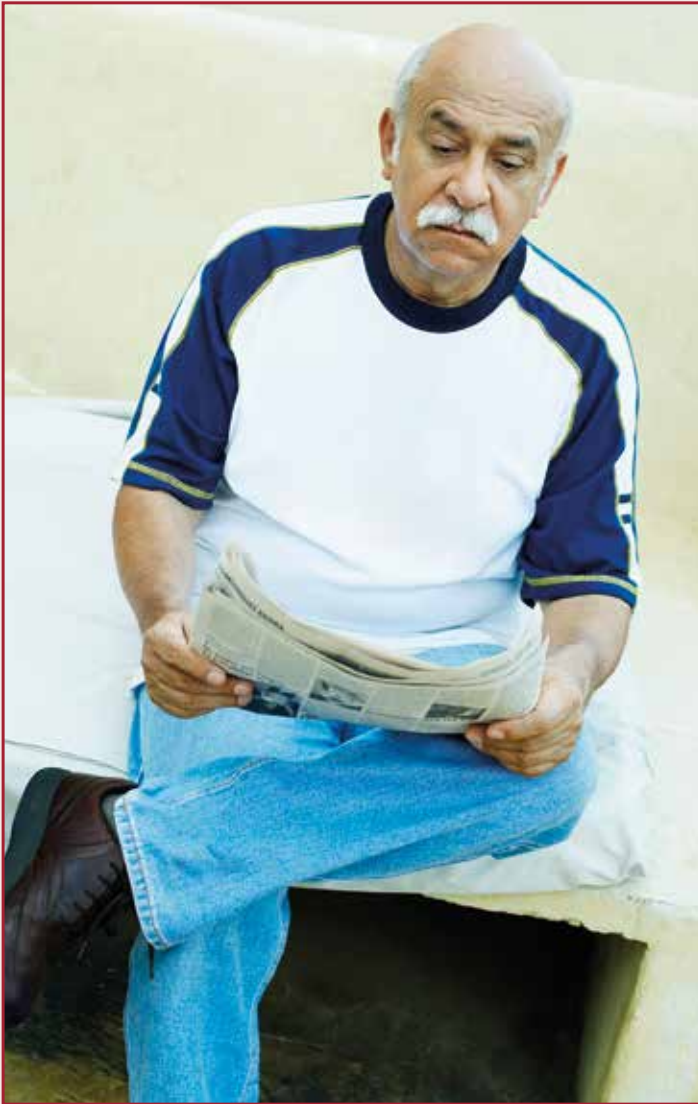
Risponde alla domanda: il trattamento è efficace?

L'*analisi Intention To Treat* analizza i risultati di tutti i pazienti di cui si conoscono gli esiti, compresi quelli che non sono stati aderenti al protocollo.





Valuta in modo più realistico la compliance all'intervento e dà una misura complessiva dei suoi benefici, considerando, indirettamente, anche eventuali effetti collaterali e difficoltà.



... to be continued...

Sappiamo, infatti, che nella pratica clinica molto spesso il paziente non assume i farmaci secondo la nostra prescrizione: interrompe il trattamento dopo pochi giorni, salta le dosi, non rispetta gli orari...

Per questo a volte guarisce, a volte no.

L'analisi *Intention To Treat* ci dice:

Su 100 pazienti a cui sarà prescritto il farmaco, quanti lo assumeranno correttamente traendone beneficio?

Quale sarà la sua *effectiveness*?

Risponde alla domanda:

quanti pazienti trarranno vantaggio dal trattamento?

## Lecture consigliate

- Roberto Buzzetti e Pierpaolo Mastroiacovo. Le prove di efficacia in pediatria. UTET periodici.
- Tom Jefferson. Come leggere uno studio controllato randomizzato. Il Pensiero Scientifico Editore.
- David L. Sackett. La Medicina basata sulle evidenze scientifiche. Come praticare ed insegnare l'EBM. Centro Scientifico Editore.

Per contattare l'autore **Maria Carmen Verga**: [vergas@virgilio.it](mailto:vergas@virgilio.it)

# Napule è...

PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE



SOCIETÀ  
AFFILIATA ALLA SIP



**LUCI      OMBRE      ABBAGLI**

**Prevenzione**

**Nutrizione**

**Allergologia**

**Dermatologia**

**Gastroenterologia**

25 - 28 APRILE 2019  
Hotel Royal Continental, Napoli

# Sviluppo comunicativo-linguistico: uno strumento di screening

Zanetti MA, Tamburnotti E

Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università di Pavia

## Riassunto

Il disturbo specifico di linguaggio è presente nell'8-10% dei bambini dai tre ai cinque anni; di questi, il 50-70% sviluppa Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA); l'individuazione precoce degli indici di rischio ne riduce notevolmente l'incidenza. Un'insufficiente o ridotta comunicazione intenzionale, un ritardo nell'esordio della lallazione, una ridotta frequenza di produzioni e una ridotta e non progressiva varietà fonetica, in presenza anche di un contesto familiare non stimolante e supportivo, costituiscono indici di rischio per lo sviluppo del linguaggio.

Obiettivo dello studio è quello di individuare, attraverso una scheda osservativa proposta ai pediatri di famiglia, precoci indici di rischio nello sviluppo delle competenze linguistiche e di strutturare, dove necessario, percorsi di intervento abilitativo atti a potenziare i contesti comunicativi familiari.

## Abstract

*The specific language disorder is present in 8-10% of children aged three to five and of these 50-70% develop Specific Learning Disorder (DSA); the early identification of risk indexes significantly reduces its incidence.*

*A poor or reduced intentional communication, a delay in the appearance of the babbling, reduced frequency of productions and not phonetic variety, in the presence of a non-stimulating and supportive family context, represent risks for the development of language.*

*The aim of the study is to identify, through an observation card proposed to paediatricians, early risk indexes in the development of language skills and to prepare pathways of enabling action to enhance family communication contexts.*

## Parole chiave

acquisizione linguaggio, screening, monitoraggio, contesti di crescita, pediatri

## Key words

language acquisition, screening, monitoring, role of contexts, paediatricians

## Introduzione

L'analisi e l'individuazione delle variabili precoci, sia di tipo intra-individuale sia ambientale, rappresentano un valido predittore dello sviluppo linguistico, utile sia dal punto di vista diagnostico, permettendo un'identificazione precoce dei soggetti a rischio, sia dal punto di vista terapeutico/abilitativo. La maggior parte delle ricerche si è focalizzata sull'individuazione di competenze precoci che possono risultare predittive del futuro sviluppo linguistico del bambino, utilizzando nella maggior parte dei casi, un modello di ricerca che prevede la rilevazione a una certa età (T1) della comparsa, assenza o frequenza della variabile e una successiva rilevazione a un'età successiva (T2) della stessa variabile o di una diversa che si suppone possa essere la trasformazione più evoluta o lo stadio successivo della variabile precedentemente indagata (Bates et al., 1988; D'Odorico et al., 1999). La scelta di usare come indice la comparsa di un determinato comportamento, la sua assenza o la frequenza con cui



si manifesta, dipende dal significato e dall'importanza che questo comportamento assume nel processo di sviluppo del linguaggio (Bates et al., 1989).

In generale la massima variabilità inter-individuale si riscontra nel periodo di sviluppo in cui un nuovo comportamento può essere osservato per la prima volta; ciò significa che in questi periodi di passaggio la rilevazione della comparsa del comportamento può essere ritenuto un indice rilevante della precocità di sviluppo della capacità indagata (Butterworth and Morissette, 1996).

L'assenza o la minor frequenza con cui un comportamento si manifesta correlano negativamente con lo sviluppo linguistico successivo, non solo in relazione allo sviluppo ma soprattutto in quanto impedisce la creazione di condizioni favorevoli che consentano al bambino di ricevere un input adeguato che lo aiuti a sviluppare le capacità successive (D'Odorico et al., 1997; Fasolo e D'Odorico, 2002).

Le possibili variabili predittive dello sviluppo linguistico possono essere sia di tipo prettamente intra-individuale, legate ad esempio allo sviluppo cognitivo o comunicativo, sia di tipo socio-ambientale, nello specifico per tipo e qualità di relazione affettiva stabilita con la madre o da altri adulti significativi.

L'analisi delle variabili predittive rimane comunque particolarmente complessa, in quanto è possibile che diverse variabili diano ognuna uno specifico contributo al prodotto finale, per cui ognuna di esse è necessaria, ma nessuna è sufficiente, così come è possibile che le relazioni di diverse variabili verso uno stesso prodotto derivino solamente dalla presenza di un unico fattore comune.

È utile considerare che ciò che accade nel periodo prelinguistico, in riferimento a specifiche capacità (comunicative, sociali, cognitive, ecc.), sia importante per la comparsa delle prime forme di comportamento linguistico (Locke, 1994; D'Odorico et al., 1999).

Un modello di questo genere presuppone che la capacità linguistica si sviluppi attraverso passaggi graduali e sequenziali; se in ognuno di quei passaggi il bambino riesce a sfruttare al massimo le proprie potenzialità e quelle dell'ambiente che lo circonda, il passaggio da una fase all'altra dello sviluppo avverrà nel modo ottimale.

Se ciò non dovesse accadere la lentezza potrebbe configurarsi come ritardo e quindi disturbo con esiti sullo sviluppo linguistico. Diventa pertanto necessario, in ottica di prevenzione, monitorarne le fasi con strumenti che forniscano indicazioni utili per supportare o potenziare i contesti di crescita.

In letteratura è assodato che una carenza di stimolazione linguistica nei primi anni di vita con una conseguente povertà lessicale, sia dal punto di vista della produzione sia della comprensione, può compromettere non solo la competenza linguistica ma può avere ripercussioni a livello sociale, in quanto rende il bambino un partner comunicativo inefficace a livello conversazionale, sia con gli adulti sia con i suoi pari (Perkins et al., 2013).

## Identificazione precoce

In alcuni casi, situazioni di lentezza o ritardo nelle fasi di acquisizione del linguaggio possono risolversi senza lasciare esiti (Megan and Moreno, 2015) ma possono anche avere implicazioni di vasta portata per il bambino nel breve e nel lungo periodo (Law et al., 2017), fino a ad avere effetti negativi sul successo scolastico (Bishop, 1990; Catts, 1993). Questi risultati trovano conferma nella recente ricerca di Norbury e collaboratori (2016) in cui si stima che "all'ingresso scolastico circa due bambini in ogni classe di 30 alunni presentano un disturbo del linguaggio abbastanza grave e avranno conseguenze significative sul successo accademico", con possibili ricadute a livello sociale, emotivo e comportamentale (Huntley et al., 1988; Rice and Aydin, 1991; Rutter et al., 1992; Conti-Ramsden, 2003), e con problemi di interazione tra pari (Murphy, 2014).

Diventa quindi importante individuare precocemente quei fattori, nell'ambito del contesto di crescita, che potrebbero avere un ruolo significativo sullo sviluppo linguistico.

Il ritardo di linguaggio è facilmente rilevabile all'età di 2 anni (come ampiamente dimostrato dalle ricerche).

Un vocabolario ridotto – meno di 10 parole tra i 18 e i 23 mesi (Paul, 1991), meno di 50 parole tra i 21 e i 30 mesi (Thal and Bates, 1998 – non consente di produrre combinazioni ed è un indice di rischio, come ampiamente dimostrato nelle ricerche di Rescorla e colleghi dove il 10-20% dei bambini tra i 24 e i 29 mesi presenta un profilo evolutivo di questo genere e sviluppa successivamente un profilo linguistico atipico (Rescorla, 1989; Klee et al., 1998; Rescorla et al., 2001; Zubrik and Taylor, 2007).

La dimensione del vocabolario espressivo assume particolare importanza anche in altri momenti dello sviluppo: ad esempio alcune ricerche hanno dimostrato che l'età dei 24 mesi è quella maggiormente indicata per la rilevazione del disturbo, che si stima avere un'incidenza attorno al 15% (Desmarais et al., 2008).

Per contrastare i fattori di rischio è importante identificare precocemente situazioni di fragilità attraverso la somministrazione di questionari ai genitori dei bambini (*parent report*), soprattutto durante le visite mediche (distretti sanitari, studi pediatrici, strutture a carattere sanitario) o nel contesto dell'asilo nido.

Questo metodo di rilevazione, utilizzato anche per la valutazione dello sviluppo tipico (CDI di Fenson et al., 1993; LDS di Rescorla, 1989 e 2001; PVB di Caselli et al., 2007), permette di monitorarne lo sviluppo in contesti ecologici (senza eccessivi costi), sensibilizzando i genitori sull'importanza della stimolazione verbale/linguistica.

Il parametro clinico utilizzato è il valore del *percentile* relativo alla valutazione del vocabolario espressivo.

Nel principale studio italiano in riferimento all'analisi dei disturbi linguistici (Caselli et al., 2002) è stato utilizzato il valore del 5° percentile per stimare il ritardo a 2 anni.

Altri parametri utilizzati a 24 mesi sono:

- assenza della combinazione di 2 parole in un unico enuncia-

to (Zubrick and Taylor, 2007);

- numero di parole prodotte uguale o inferiore a 50 (Rescorla and Schwartz, 1990; Rescorla, 2000; Bonifacio e Zocconi, 2002; Hvastja-Stefani and Bonifacio, 2009).

È di fondamentale importanza non limitarsi alla sola analisi della capacità espressiva del bambino; la letteratura, infatti, mostra come sia necessario indagare anche la capacità ricettiva, per riconoscere in fase precoce un eventuale ritardo di comprensione (Paul, 1991; Olswang et al., 1998).

Se un bambino a 24 mesi mostra un basso livello di comprensione associato a un altrettanto basso livello di produzione, il ritardo di linguaggio avrà un esito peggiore rispetto ai bambini che mostrano un ritardo solo nell'area espressiva.

Nello studio di Cipriani et al. (2002) i bambini con DSL a 4 anni, mostravano una produzione lessicale compromessa e una comprensione verbale più grave già a 24-30 mesi (incidenza del deficit di comprensione pari al 60%).

Weismer (2007) sottolinea il valore predittivo della comprensione che, analizzata a 30 mesi, rappresentava il valore predittivo più forte in riferimento alla produzione in bambini di 5-6 anni.

Per questo motivo è necessario creare schede di valutazione che indaghino, già dalle prime abilità, sia la produzione sia la comprensione, in modo tale da studiare lo sviluppo comunicativo-linguistico in tutte le sue parti e programmare nel modo migliore l'eventuale intervento.

Le problematiche precedentemente descritte individuano quella cerchia di bambini che a una specifica età non raggiungono gli obiettivi tipici del periodo di sviluppo; la letteratura mostra come essi possano sì risolvere il problema entro i 3 anni di età (*late bloomers*) ma possano anche continuare a presentare il disturbo in età successive e ciò andrà poi a influire sulla loro vita adolescenziale e adulta.

La definizione di "parlatore tardivo" si applica a quei soggetti che presentano un ritardo o un rallentamento nello sviluppo linguistico; essi, pur attraversando le stesse tappe linguistiche di un bambino con sviluppo tipico, le raggiungono con tempi diversi.

Il fatto che questi bambini possano risolvere il loro rallentamento senza arrivare a presentare un vero disturbo di linguaggio ha spinto vari autori a preferire una definizione che non contenga in sé la parola *delay* (ritardo) o *impairment* (disturbo): le definizioni maggiormente utilizzate sono infatti *Late Talkers* o LT (Weismer et al., 1993) per indicare i bambini "parlatori tardivi" oppure *Late Language Emergence* o LLE (Zubrick et al., 2007) per indicare il fenomeno.

Esistono caratteristiche comuni che possono essere ricondotte ai bambini *Parlatori Tardivi* (PT):

- hanno meno successo con i loro partner conversazionali, si coinvolgono meno frequentemente e meno facilmente nell'interazione sociale (Paul et al., 1991), esibiscono meno iniziative nel dialogo (Rescorla, Marrin, 1998);
- utilizzano con minor frequenza il gesto di indicazione, i gesti

referenziali e la combinazione indicazione-sguardo (Fasolo e D'Odorico, 2005);

- sviluppano le prime parole in ritardo (Rescorla et al., 2001), l'esplosione del vocabolario richiede tempi eccessivamente lunghi, perché imparano pochissime nuove parole ogni mese (Rescorla et al., 2000);
- si possono differenziare per una traiettoria veloce o lenta dello sviluppo lessicale tra i 26 e i 28 mesi in due gruppi: "parlatori tardivi veloci" e "parlatori tardivi lenti". I "parlatori tardivi veloci" mostrano un incremento rapido del vocabolario (*spurt*) entro i 30 mesi;
- presentano una bassa percentuale di nomi rispetto alle altre classi di parole (Weismer et al., 1994) e una bassa percentuale di predicati e funtori rispetto ai valori normali (Chilosi et al., 1998);
- mostrano uno sviluppo fonologico meno avanzato rispetto ai coetanei con sviluppo tipico (Paul and Jennings, 1992).

Analizzare le caratteristiche e le cause del ritardo linguistico in epoca precoce diventa quindi molto importante, soprattutto in riferimento ai fattori predittivi che possono contribuire alla continuità del ritardo; è sì importante individuare precocemente il ritardo, ma è indispensabile comprendere se questo sia un fenomeno transitorio oppure possa rappresentare un rischio per lo sviluppo delle altre aree legate al linguaggio.

Dagli studi presi in considerazione si evince l'importanza delle implicazioni che la relazione tra acquisizione lessicale e sistema fonologico ha sullo sviluppo pre-linguistico; i pattern vocalici pre-linguistici devono essere quindi analizzati come parte integrante della valutazione e della diagnosi, per prevenire il consolidamento del ritardo.

Stoel-Gammon (1998) sostiene che, in presenza di un bambino che presenta un ritardo nello sviluppo delle parole, sia importante determinare se la qualità e la quantità delle vocalizzazioni pre-linguistiche si trovino nei limiti dello sviluppo tipico; già nel *babbling* canonico ritardato si possono individuare limiti nelle capacità fonologiche (Oller et al., 1999).

Fasolo e D'Odorico (2002) hanno sottolineato l'importanza della valutazione precoce, ma soprattutto del monitoraggio, in quanto esistono, tra i parlatori tardivi, come sopra esposto, bambini che risolvono il loro problema entro i 3 anni di età (*late bloomers* – che sbocciano in ritardo) e bambini che mostrano un vero e proprio disturbo linguistico (*truly delayed* – veramente in ritardo).

Diventa pertanto importante individuare precocemente eventuali situazioni di lentezza o assenza della comparsa del linguaggio nel contesto quotidiano di crescita dei bambini, quindi la valutazione da parte dei genitori è di estrema importanza per il futuro sviluppo linguistico-comunicativo del bambino. I genitori che osservano il bambino in situazioni di vita quotidiana possono quindi fornire informazioni più realistiche e attendibili rispetto alle tradizionali prove utilizzate in situazioni sperimentali.

## Indici prelinguistici

Il pediatra, come punto di riferimento della salute del bambino, è il primo specialista che può individuarne precocemente eventuali ritardi nello sviluppo; deve essere poi sua cura indirizzare la famiglia verso una consulenza specialistica nel caso in cui ci sia il dubbio di presenza di ritardo o anche solo di lentezza (Romano et al., 2005).

Il mancato esordio di linguaggio espressivo, o una persistente povertà del repertorio linguistico, o una regressione delle prime abilità linguistiche costituiscono indicatori (*markers*) da non sottovalutare perché possono nascondere diversi quadri nosografici; la mancata comparsa del *babbling* entro la fine del 1° anno di vita (Oller et al., 1999), l'assenza del gesto di indicazione (Perucchini e Plescia, 2008) o la mancanza di combinazione di parole tra i 24 e i 30 mesi possono costituire indicatori d'invio per una visita specialistica (Tab.1).

Manifestazione	Indice di rischio
<i>Babbling</i> (lallazione)	assente dopo 12 mesi
Gesto di indicazione	assente dopo 16 mesi
Assenza di segnali di comprensione verbale	18-24 mesi
Averbalità completa	dopo i 18 mesi
Mancata/rallentata progressione lessicale	24-36 mesi
Assenza delle prime frasi	24-36 mesi

Tabella 1. Indici di rischio

## Scopo dello studio

In considerazione della necessità di un'individuazione precoce dei possibili fattori di rischio nell'acquisizione del linguaggio è stato avviato un progetto di screening e di osservazione grazie alla collaborazione tra l'Università di Pavia (DBBS-Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, sezione di Psicologia) e l'Ausl di Piacenza (Distretto di Ponente, Dipartimento di Cure Primarie e Pediatria di Comunità).

Il progetto "Monitoraggio precoce degli indici di rischio", si pone come strumento di screening per osservare le modalità di sviluppo comunicativo-linguistico in contesti quotidiani, al fine di poter individuare eventuali situazioni critiche e promuovere interventi tempestivi di supporto.

## Materiali e metodi

La ricerca ha previsto la creazione e la somministrazione di schede di valutazione appositamente elaborate dall'Università di Pavia (Zanetti, Bergonzoli, 2013) rivolte a due fasce di età: 7/9 mesi (Scheda 1) e 11/13 mesi (Scheda 2).

La scheda di valutazione è costruita per indagare la presenza o l'assenza degli indici di rischio che abbiamo precedentemente indicato come precursori del linguaggio in modo tale da poter

capire sin da subito se ci sono dei rallentamenti nello sviluppo, rispetto alle fasi di sviluppo tipico.

Lo strumento è pensato per due fasce di età che fanno riferimento a specifiche tappe dello sviluppo linguistico (in particolare la lallazione canonica e la comparsa dell'olofrase).

Il protocollo completo, oltre alle due schede di screening, prevede un modulo di consenso informato (da firmare) e un modulo dedicato alla raccolta di una serie di informazioni: dati anagrafici del bambino (data di nascita, ordine di genitura...), informazioni relative al parto (età gestazionale, peso, ecc.), ad alcune abitudini (asilo nido, principale caregiver, ecc.), all'eventuale bilinguismo, al contesto socio-culturale dei genitori (nazionalità, titolo di studio e professione).

I moduli aggiuntivi (consenso e informazioni anagrafiche e di status) vengono somministrati solo durante il primo contatto, mentre le informazioni relative alle abitudini e all'eventuale bilinguismo vengono valutate alla somministrazione di entrambe le schede per monitorarne eventuali cambiamenti intersorsi.

Le due schede di screening sono strutturate in sezioni che indagano aspetti differenti:

1. Corretta funzionalità uditiva (*si gira se chiamato, avverte i rumori... ecc.*) e capacità comunicativo-linguistiche emergenti (*ricerca oggetti che sente nominare... ecc.*)
2. Organizzazione attentiva (*richiede l'intervento dell'adulto, interagisce se sollecitato... ecc.*)
3. Intenzione comunicativa (*richiede un oggetto, mostra e dà all'adulto ciò che ha in mano... ecc.*)
4. Comprensione (*le parole che il bambino capisce*)
5. Produzione (*lallazione canonica e variata; le parole che il bambino dice, anche utilizzando un suo modo...*)

La Scheda 1 comprende le prime 2 sezioni, la Scheda 2 comprende anche le sezioni 3/4/5.

Dalla compilazione delle schede è possibile ottenere un punteggio complessivo rappresentativo del livello comunicativo-linguistico raggiunto e che, a seconda dei casi (in base a cut-off prestabiliti in una precedente ricerca<sup>1</sup>), può collocarsi a livello Basso, Medio o Alto (inferiore al 25° percentile; compreso tra il 25° e il 75°, superiore al 75° percentile).

Lo strumento permette di rilevare i primi comportamenti comunicativo-linguistici del bambino, in modo da poter intervenire, se necessario, quando il processo di acquisizione si sta consolidando. Le schede sono state proposte a 6 Pediatri di Libera Scelta operanti all'interno dell'Ausl di Piacenza (5 nel distretto di Ponente + 1 del distretto Città di Piacenza). I pediatri hanno somministrato ai genitori le schede di screening durante le visite di controllo che si svolgono normalmente nei loro ambulatori. Tali visite dovrebbero avvenire seguendo un timing preciso (in base ai Bilanci di salute previsti dall'Ausl) tale da consentire la compilazione di entrambe le schede.

Le schede analizzate sono state somministrate in un periodo di circa 2 anni (tra il 2/10/2015 e il 7/11/2017).



## Risultati

La ricerca-intervento ha coinvolto 200 soggetti, 101 (50,5%) maschi e 99 (49,5%) femmine, nati tra il 3/1/2015 e il 2/7/2017, non prematuri (età gestazionale almeno pari a 36 settimane), residenti in provincia di Piacenza all'interno del distretto di Ponente, che frequentano normalmente gli ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta (convenzionati Ausl) in occasione dei Bilanci di salute previsti. Tali controlli, però, non sono obbligatori e dunque l'assiduità dipende anche dalle scelte dei singoli genitori (o eventualmente dalla presenza di specifiche situazioni che richiedono controlli più frequenti).

Il campione si compone in prevalenza da primogeniti (52,5%) e secondogeniti (37%), e solo in misura minore da terzogeniti (9,5%) e quartogeniti (1% = 2 soggetti) come riportato nella Tabella 2.

Ordine di genitura	Percentuali
Primo	52,5%
Secondo	37,0%
Terzo	9,5%
Quarto	1,0%
Totale	100,0%

Tabella 2. Composizione del campione, ordine di genitura

In totale sono state compilate 300 schede, 163 a 7/9 mesi (Scheda 1) e 137 a 11/13 mesi (Scheda 2). La diversa numerosità si spiega con il fatto che la somministrazione è avvenuta durante le visite pediatriche (e/o Bilanci di salute), che possono svolgersi a intervalli variabili per cui non tutti i soggetti hanno potuto essere valutati con entrambe le schede: la Scheda 1 è stata compilata per 163 soggetti, la Scheda 2 per 137 soggetti; per 100 soggetti è stato possibile compilare entrambe le schede (Fig.1 e Tab. 4).

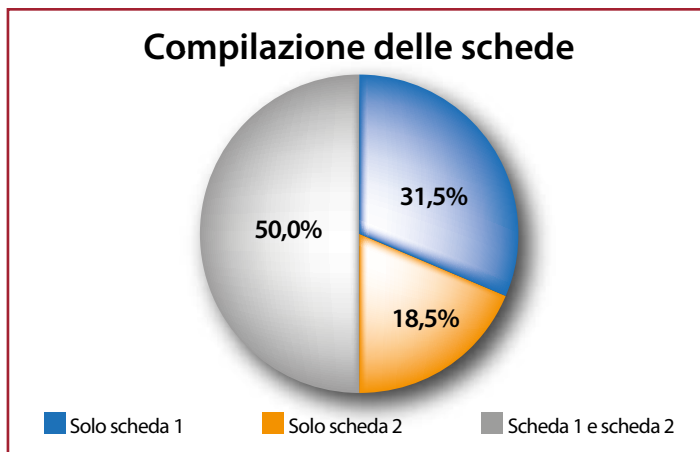


Figura 1. Percentuale compilazione schede

Per quanto riguarda le abitudini quotidiane e le figure di riferimento, il 9% del campione frequenta l'asilo nido (18 soggetti) in modo parziale e solo il 3,5% (7 soggetti) vi trascorre la maggior parte della giornata. Per quanto riguarda il resto del campione, il 49,5% trascorre la maggior parte del tempo con la mamma (99 soggetti), il 6% con i nonni (12 soggetti), l'1% con il papà (2 soggetti) e lo 0,5% con la baby-sitter (1 soggetto). Il restante 39,5% non dichiara la presenza di un caregiver prevalente (79 soggetti che passano la maggior parte del tempo con "mamma e papà" oppure "mamma e nonni" e altre risposte non univoche) (Fig. 2).

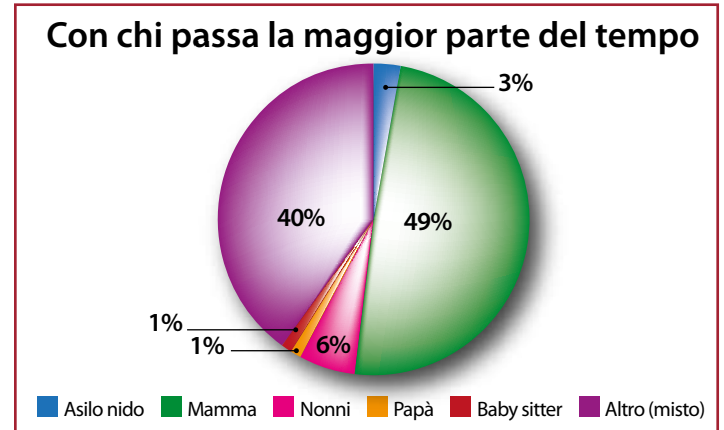


Figura 2. Tempo trascorso con i caregiver

In merito al tema del bilinguismo/plurilinguismo, il 49,5% del campione (99 soggetti) risulta esposto a una o più lingue oltre all'italiano, considerando come "lingue" anche quelli che vengono definiti, dagli intervistati, "dialetti". Alcuni recenti studi neuroscientifici, infatti, hanno mostrato che il nostro cervello processa il dialetto come fosse una vera e propria lingua, alla stregua di inglese, francese o tedesco (Kirk et al., 2018).

Le diverse lingue a cui sono esposti i bambini del campione considerato sono: albanese (16 soggetti), arabo (9), bosniaco (2), bulgaro (1), dialetti vari di lingua italiana e non (29), inglese (9), indiano (2), lettone (1), cinese mandarino (1), moldavo (2), "pakistano" o lingua Urdu (1), portoghese (1), rumeno (25), russo (4), "senegalese" o lingua Wolof (3), spagnolo o castigliano (1), thailandese (1) (Fig. 3).

In merito al numero di lingue, il 50,3% del campione (99 soggetti) è esposto solo alla lingua italiana, il 41,6% (82 soggetti) a 2 lingue, il 7,1% (14 soggetti) a 3 lingue, l'1% (2 soggetti) a 4 lingue.

Dall'analisi dei risultati emerge che per la Scheda 1 il livello alto è stato raggiunto dal 14,1%, il livello medio dall'81% e il livello basso dal 4,9%. Per la Scheda 2: livello alto 28,7%, livello medio 58,8%, livello basso 13,2%. La Tabella 3 riporta i dati di ciascun pediatra: numero di soggetti monitorati, numero di schede, numero di protocolli completi.

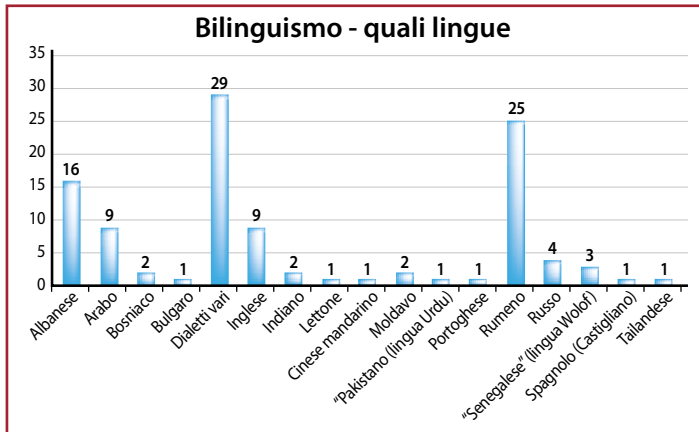


Figura 3. Lingue straniere parlate

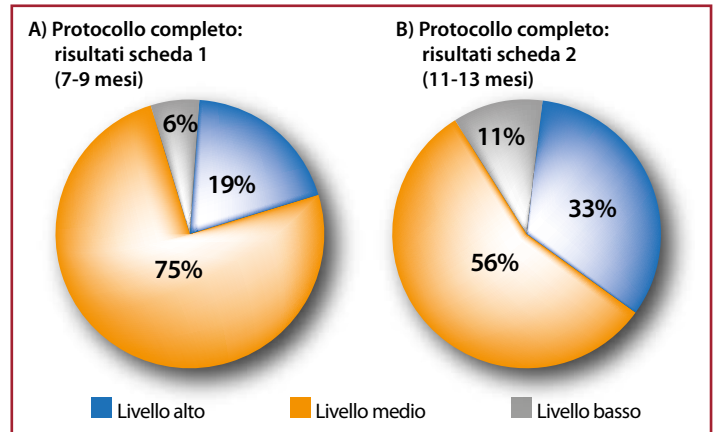


Figura 4. Risultati che emergono dai protocolli completi (A. Scheda 1; B. Scheda 2)

	Soggetti monitorati	Scheda 1	Scheda 2	Protocolli completi
Pediatra 1	103	101	66	64
Pediatra 2	37	24	22	9
Pediatra 3	26	12	26	12
Pediatra 4	15	12	5	2
Pediatra 5	13	10	12	9
Pediatra 6	6	4	6	4
<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>163</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

Tabella 3. Schede compilate dai singoli pediatri

Passando a considerare solo i soggetti (100) per i quali è stato compilato l'intero protocollo (Scheda 1 + Scheda 2) emergono i seguenti risultati (Fig. 4):

In particolare, confrontando i risultati nelle due schede (livello Scheda 1 - livello Scheda 2) è possibile analizzare il trend di sviluppo in ogni singolo protocollo che abbiamo ricodificato a tipo "stabile" (Alto-Alto, Medio-Medio, Basso-Basso), "calante" (Medio-Basso, Alto-Basso, Alto-Medio) o "crescente" (Basso-Medio, Basso-Alto, Medio-Alto) (Tab. 4).

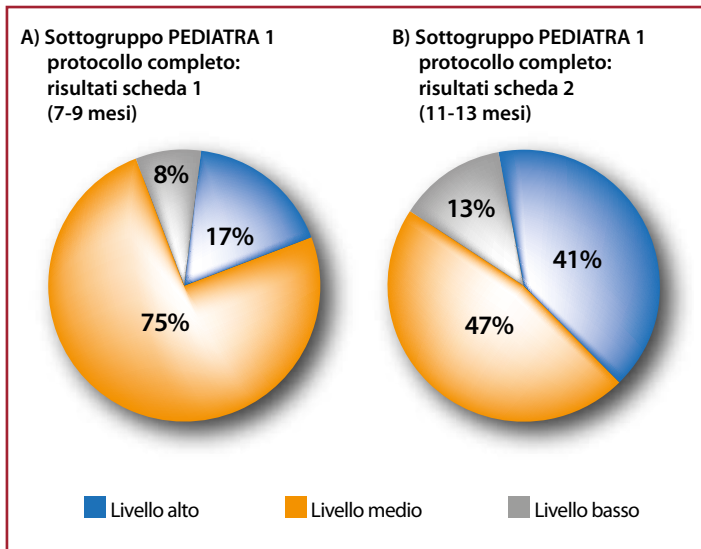
Trend	Profilo	Soggetti	Valori	
STABILI	AA	12	12,0%	60 60%
	MM	46	46,0%	
	BB**	2	2,0%	
CALANTI	MB*	9	9,0%	16 16%
	AB*	0	0,0%	
	AM	7	7,0%	
CRESCENTI	BM	3	3,0%	24 24%
	BA	1	1,0%	
	MA	20	20,0%	
		100	100%	100 100%

Tabella 4. Profili

Dalla distribuzione è possibile individuare un livello clinico dei profili *critici*\*\* (con risultati Basso-Basso\*\*) e dei profili *a rischio*\* (con risultati Medio-Basso e Alto-Basso).

A partire da questi risultati, analizzati e discussi con il gruppo di pediatri e l'équipe del gruppo di ricerca formata da neuropsichiatri, psicologi, assistenti sanitari, si è deciso di affiancare al solo strumento di screening approfondimenti specifici. In particolare, per i soggetti con profilo critico (individuato da un risultato a livello BASSO in entrambe le schede), è stato previsto un approfondimento con il questionario MacArthur - Il primo vocabolario del bambino (Caselli et al., 2015) per seguirne le tappe di sviluppo. Inoltre, per i soggetti con profilo a rischio (individuato da due risultati del tipo Medio-Basso e Alto-Basso), è stato previsto un ulteriore monitoraggio nei mesi successivi da parte del pediatra in collaborazione con gli psicologi dell'Università di Pavia a cui sono stati affiancati incontri per i genitori sul modello del programma *Nati Per Leggere*<sup>2</sup>. Esistono infatti numerose evidenze scientifiche (Tamburini, 2014, 2015) per cui la pratica della lettura ad alta voce in famiglia in epoca precoce e per tutta l'età prescolare (almeno 4 volte a settimana) comporta benefici generali sia a livello cognitivo che socio-emotivo e in particolare si associa a uno sviluppo linguistico caratterizzato da un vocabolario più ampio sia in comprensione che in produzione (Tamburini, 2015). Inoltre, dalla Tabella 3 si può notare che le somministrazioni svolte dal Pediatra 1 sono le più numerose (in base a ogni criterio: i soggetti da lui monitorati rappresentano più del 50% del campione e il numero dei protocolli completi rappresenta il 64%). In questo caso il gruppo dei pazienti del Pediatra 1 potrebbe essere considerato come una sorta di sottogruppo, caratterizzato dai risultati sintetizzati nei grafici seguenti (Fig. 5).

<sup>2</sup> Programma per la promozione della lettura ad alta voce in famiglia in età prescolare, nato nel 1999 per volontà dell'Associazione Culturale Pediatri e dell'Associazione Italiana Bibliotecari (maggiori informazioni su [www.natiperleggere.it](http://www.natiperleggere.it)).



**Figura 5. Risultati dei protocolli completi somministrati dal Pediatra 1 (A. Scheda 1; B. Scheda 2)**

In particolare, confrontando i risultati di questo sottogruppo (Fig. 5) con quelli del campione generale (Fig. 4) si può osservare che nei protocolli somministrati dal Pediatra 1 la percentuale di livello ALTO per la Scheda 1 è minore rispetto al campione generale (17% vs 19%) ma è superiore per la Scheda 2 (41% vs 33%). In altre parole, i soggetti del Pediatra 1 (nel periodo che intercorre tra la Scheda 1 e la Scheda 2) risultano migliorare in misura maggiore rispetto alla media del campione.

Per approfondire e quantificare questo aspetto si è proceduto a confrontare i protocolli completi somministrati dal Pediatra 1 (Dataset 1) con quelli di tutti gli altri pediatri (Dataset 2) utilizzando il T-test e applicandolo a una nuova serie di dati calcolati per ciascun soggetto come differenza tra il risultato della Scheda 2 e quello della Scheda 1: tale differenza misura il miglioramento nelle performance tra le due somministrazioni. Dall'analisi statistica effettuata risulta che la differenza tra le medie dei due campioni (Dataset 1 e Dataset 2) è statisticamente significativa ( $p=0,02$ ) (Tab. 5): considerando i protocolli completi, emerge che i soggetti del Pediatra 1 migliorano in misura maggiore rispetto ai soggetti degli altri pediatri.

Per comprendere meglio questi risultati si è proceduto a intervistare direttamente il Pediatra 1, che ha dichiarato di aver scelto di utilizzare le schede di screening anche come un'opportunità per dialogare con i genitori raccomandando e supportando buone pratiche associate a stili genitoriali positivi e promuovendo la consapevolezza di una stimolazione comunicativa precoce come fattore di protezione nello sviluppo delle abilità linguistiche e comunicative, soprattutto in occasione della prima somministrazione (Scheda 1). Ciò potrebbe aver contribuito a determinare un miglioramento maggiore rispetto ai pazienti degli altri pediatri che invece, secondo quanto emerso dalle relative interviste, non hanno messo in atto un comportamento analogo.

	Dataset 1	Dataset 2
Numerosità campione	36	64
Media	<b>13,17*</b>	15,70
Deviazione standard	3,61	5,65
<b>*p (livello di significatività)</b>	<b>0,02</b>	

**Tabella 5. T-test risultati Pediatra 1 vs altri pediatri**

## Discussione

Il presente contributo non ha certo la pretesa di generalizzare i risultati ottenuti; tuttavia ci sentiamo di concludere che l'introduzione di uno strumento di questo tipo permette al pediatra di integrare il Bilancio di salute con una valutazione del livello di sviluppo comunicativo-linguistico raggiunto.

Verranno svolte ulteriori analisi incrociando i risultati delle schede con i dati relativi al livello socio-culturale delle famiglie ed è previsto un follow-up a 30 mesi somministrando la scheda "Parole e frasi" (Caselli et al., 2015) e, nei casi critici, consigliando ai genitori la partecipazione a percorsi di supporto alla genitorialità focalizzati sulla promozione della dimensione relazionale e comunicativa<sup>3</sup>. Nello specifico, inoltre, lo strumento si è dimostrato sensibile nell'individuare precocemente situazioni di lentezza o di sviluppo atipico soprattutto in presenza di contesti multiculturali e di bi/plurilinguismo che sappiamo possono avere ripercussioni, anche significative, non solo sullo sviluppo linguistico ma anche sul successo scolastico.

Riteniamo quindi che uno strumento di questo tipo, proposto all'interno di un contesto sanitario, possa contribuire ad innalzare la sensibilità di genitori e operatori rispetto allo sviluppo comunicativo-linguistico, inteso come fattore di protezione generale in un'ottica di salute e benessere per l'individuo, così come evidenziato dall'analisi delle somministrazioni svolte dal Pediatra 1.

<sup>3</sup> Nel distretto di Ponente della provincia di Piacenza è attiva l'associazione Vitamina L-Onlus (<http://vitaminaellepc.wordpress.com>) che promuove il programma nazionale Nati Per Leggere attraverso vari eventi tra cui "Storie a merenda": pomeriggi di letture ad alta voce per bambini da 0 a 6 anni nelle biblioteche comunali del distretto.

## Bibliografia

- Bates E, Bretherton J, Snyder L. From first words to grammar: individual differences and dissociable mechanisms. Cambridge: Cambridge University Press, 1988
- Bates E, Thal D, Whitesell K, et al. Integrating language and gesture in infancy. *Developmental Psychology* 1989;25(6):1004-19
- Bishop DVM. Handedness clumsiness and developmental language disorder. *Neuropsychologia* 1990;28:681-90
- Bonifacio S, Zocconi E. Il bambino con ritardo di linguaggio espressivo: procedure di valutazione e intervento nel contesto interattivo con la madre. In Caselli MC, Capirci O eds. *Indici di rischio nel primo sviluppo del linguaggio*. Milano: Franco Angeli, 2002
- Butterworth G, Morissette P. Onset of pointing and the acquisition of language in infancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1996;14:219-31. doi:10.1080/02646839608404519
- Cancellieri S. Sviluppo comunicativo-linguistico: monitoraggio precoce in un



- gruppo di bambini tra i 7 e i 13 mesi. Tesi di laurea non pubblicata. Università di Pavia, 2012
- Caselli MC, Capirci O. Indici di rischio nel primo sviluppo del linguaggio: ricerca, clinica, Franco Angeli, Milano: Franco Angeli 2002
  - Caselli MC, Belo A, et al. Il Primo Vocabolario del Bambino: Gestì, Parole e Frasi. Valori di riferimento fra 8 e 36 mesi delle Forme complete e delle Forme brevi del questionario MacArthur-Bates CDI. Milano: Franco Angeli, 2015
  - Caselli MC, Pasqualetti P, Stefanini S. Parole e frasi nel linguaggio di bambini fra 18 e 36 mesi. Nuovi dati normativi e forma breve del questionario PVB. Milano: Franco Angeli, 2007
  - Catts HW. The relationship between speech-language impairments and reading disabilities. *Journal of Speech and Hearing Research* 1993;36:948-58
  - Chilosi AM, Cipriani P, Pfanner L, et al. I ritardi del linguaggio tra 24 e 36 mesi: criteri diagnostici e indicazioni per il clinico. *Rivista Italiana di Pediatria* 1998;24:59-64
  - Cipriani P, Chilosi AM, Bottari P, Pfanner L. A longitudinal perspective on the study of specific language impairment: The long term follow-up of an Italian child. *International Journal of Language and Communication Disorders* 1998;3:245-80
  - Cipriani P, Chilosi AM, Pfanner L, et al. Il ritardo del linguaggio in età precoce: profili evolutivi ed indici di rischio. In Capirci O, Caselli MC eds. Indici di rischio nel primo sviluppo del linguaggio: ricerca, clinica, educazione. Milano: Franco Angeli, 2002;95-108
  - Conti-Ramsden G. Processing and linguistic markers in young children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 2003;46:1029-37
  - D'Odorico L, Bortolini U, De Gasperi L, Assanelli A. (1999). Capacità fonologiche e sviluppo lessicale: Quale relazione? Poster presentato al Primo Congresso Nazionale della sezione di Psicologia Clinica. Capri: 29-30 settembre 1999
  - D'Odorico L, Carubbi S. Dalle espressioni di una sola parola alle prime combinazioni di parole: forme di transizione linguistica nel processo di acquisizione della lingua italiana. *Età evolutiva* 1997;57:26-39
  - Desmarais C, Sylvestre A, Meyer F, et al. (2008). Systematic review of the literature on characteristics of late-talking toddlers. *International Journal of Language & Communication Disorders* 2008;43:361-89
  - Fasolo M, D'Odorico L. Vocabulary development of Late-Talking children: a longitudinal research from eighteen to thirty months of age. *Rivista di Psicolinguistica Applicata* 2002;3:13-21
  - Fasolo M, D'Odorico L. La funzione comunicativa del gesto di indicare: un confronto tra bambini Parlatori Tardivi e bambini nella norma. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2005;72:93-100
  - Fenson L, Dale PS, Reznick JS, et al. *MacArthur Communicative Development Inventories: User's guide and technical manual*. San Diego, CA: Singular Publishing Group, 1993
  - Huntley R, Holt K, Butterfill A, Latham C. A follow-up study of a language intervention programme. *British Journal of Disorders of Communication* 1988;23:127-40
  - Hvastja-Stefani L, Bonifacio S. Sviluppo del vocabolario in bambini parlatori tardivi: l'intervento precoce INTERACT. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* 2009;76:343-54
  - Kirk NW, Kempe V, et al. Can monolinguals be like bilinguals? Evidence from dialect switching. *Cognition* 2018;Vol.170:164-78
  - Klee T, Carson DK, Gavin WJ, et al. Concurrent and predictive validity of an early language screening program. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 1998;41:627-41
  - Law J, Dennis JA, Charlton JJV. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders. *Cochrane Database of Systematic Review* 2017, Issue 1
  - Locke JL. Gradual emergence of developmental language disorders. *Journal of Speech and Hearing Research* 1994;37:608-16
  - Megan A, Moreno MD. Speech and Language Delays in Young Children *JAMA Pediatric* 2015;169(8):796.
  - Murphy VA. *Second language learning in the early school years: Trends and contexts*. Oxford: Oxford University Press, 2014
  - Norbury CF, Gooch D, Wray, et al. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study *J Child Psychol Psychiatry* 2016;Nov 57(11):1247-57. doi: 10.1111/jcpp.12573
  - Oller KD, Eilers RE, Neal AR, Schwartz HK. Precursors to speech in infancy: the prediction of speech and language disorders. *Journal of Communication Disorder* 1999;32:223-45
  - Olswang L, Rodriguez B, Timler G. Recommending intervention for toddlers with specific language learning difficulties: We may not have all the answers, but we know a lot. *American Journal of Speech Language Pathology* 1998;7:23-32
  - Paul R. Profiles of toddlers with slow expressive language development. *Topics in Language Disorders* 1991;11:1-13
  - Paul R. *Language disorders from infancy through adolescence: Assessment and intervention*. St Louis, MO: Mosby-Year Book, 1995
  - Paul R, Jennings P. Phonological behavior in toddlers with slow expressive language development. *Journal of Speech and Hearing Research* 1992;35:99-107
  - Paul R, Looney SS, Dahm PS. Communication and socialization skills at ages 2 and 3 in "late-talking" young children. *Journal of Speech and Hearing Research* 1991;34:858-65
  - Perkins SC, Finegood ED, Swain JE. Poverty and language development: Roles of parenting and stress. *Innovations in Clinical Neuroscience* 2013;10(4):10-9
  - Perucchini P, Plescia F. Intenzioni comunicative e livelli di competenza nell'uso del gesto di indicare. *Psicologia clinica dello sviluppo* 2008;1:111-28
  - Rescorla L. The Language Development Survey: A screening tool for delayed language in toddlers. *Journal of Speech and Hearing Research* 1989;54:587-99
  - Rescorla L. Do late-talking toddlers turn out to have reading difficulties a decade later? *Annals of Dyslexia* 2000;50:87-102
  - Rescorla L, Schwartz E. Outcome of toddlers with specific expressive language delay. *Journal of Applied Psycholinguistic* 1990;2:393-407
  - Rescorla L, Alley A, Christine JB. Word frequencies in toddlers' lexicons. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 2001;44:598-609
  - Rescorla L, Lee EC. Language impairments in young children. In Layton T e Watson L eds. *Handbook of early language impairment in children*. Vol. I. Nature. New York: Delmar, 2000
  - Rice RE, Aydin C. Attitudes towards using new organizational technology: Network proximity as a mechanism for social information processing. *Admin Sci Quart* 1991;36:219-44
  - Rutter M, Mahwood L, Howlin P. Language delay and social development. In Fletcher P and Hall D eds. *Specific Speech and Language Disorders in Children*. London:Whurr, 1992
  - Stoel-Gammon C. Sounds and words in early language acquisition: The relationship between lexical and phonological development. In Paul R ed. *Exploring the speech language connection*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1998;25-52
  - Tamburlini G. Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze, buone pratiche. *Medico e bambino* 2014;33(4):232-9
  - Tamburlini G. Lettura condivisa in famiglia e sviluppo del cervello nel bambino. *Medico e bambino* 2015; Vol.34(8):505-10
  - Thal D, Bates E. Language and gesture in late talkers. *Journal of Speech and Hearing Research* 1998;31: 115-23
  - Weismer SE, Murray-Branch J, Miller JF. Comparison of two methods for promoting productive vocabulary in late talkers. *Journal of Speech and Hearing Research* 1993;36:1037-50. Retrieved from <http://jslhr.highwire.org/cgi/reprint/36/5/1037>
  - Weismer SE, Murray-Branch J, Miller J. A prospective longitudinal study of language development in late talkers. *Journal of Speech and Hearing Research* 1994;37:852-67
  - Weismer SE. Typical talkers, late talkers, and children with specific language impairment: A language endowment spectrum? In Paul R ed. *The influence of developmental perspectives on research and practice in communication disorders: A Festschrift for Robin S Chapman*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2007; 83-102
  - Zanetti MA, Bergonzoli S. Presentazione Scheda Monitoraggio precoce degli indici di rischio. Giornata di studio II pediatra di famiglia e il disagio del bambino: un percorso di prevenzione primaria. Pavia, 2013
  - Zubrick SR, Taylor CL. Late Language Emergence at 24 Months: An Epidemiological Study of Prevalence, Predictors, and Covariates. *J Speech Lang Hear Res* 2007;Dec 50(6):1562-92

Per contattare l'Autore **Maria Assunta Zanetti**: [mariaassunta.zanetti@unipv.it](mailto:mariaassunta.zanetti@unipv.it)

XXXI

Congresso Nazionale  
Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale



SOCIETÀ  
AFFILIATA ALLA SIP



# Rotte Sicure per Orizzonti di Salute



24-27 Ottobre 2019

Centro Congressi *Sheraton Lake Como Hotel*



# Approccio diagnostico post-natale alle uropatie dilatative evidenziate in utero

Minella R<sup>1</sup>, Rossi E<sup>2</sup>, Mamone R<sup>2</sup>, Riccitiello F<sup>3</sup>, Vallone G<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatra di famiglia, ASL NA3SUD

<sup>2</sup>Ospedale Pausillipon USD Radiologia ed Ecografia AORN Santobono Pausillipon,

<sup>3</sup>Università degli Studi di Napoli Federico II, DPT di Scienze Biomediche Avanzate

## Parole chiave

anomalie congenite del rene e delle vie urinarie (CAKUT), dilatazione delle vie urinarie (UTD), diametro pelvico antero-posteriore (APRPD)

## Key words

CAKUT Congenital Anomalies of Kidney and Urinary Tract (CAKUT), Urinary Tract Dilation (UTD), Antero Posterior Renal Pelvic Diameter (APRPD)

## Riassunto

La dilatazione del tratto urinario (UTD) è presente nell'1-2% degli esami ecografici prenatali e tale anomalia è comunicata in maniera estremamente variabile all'équipe neonatale; la mancanza di comunicazione standardizzata induce variabilità di interpretazione da parte dei neonatologi, che attuano quindi indagini post-natali non aderenti alle raccomandazioni delle linee guida. Da ciò scaturisce la necessità di elaborare percorsi condivisi.

## Abstract

Urinary tract dilation is seen in 1-2% of obstetric ultrasound; these anomalies are communicated to neonatologists in a non uniform way and this lack of communication leads to variability of interpretation of pre-natal data; indeed, neonatologists don't follow rigorous guidelines in performing post-natal examinations. Therefore guidelines are urgently needed.

## Introduzione

Le anomalie congenite del rene e delle vie urinarie (CAKUT) costituiscono un disordine con elevata prevalenza nella popolazione generale. Si stima infatti che si presentino in 4 gravidanze su 1000.<sup>1,2</sup> Le CAKUT sono costituite da un notevole numero di difetti originati da anomalie embriologiche, su base sia genetica sia acquisita<sup>3</sup> e comprendono anomalie di numero, sede e forma dei reni, uropatie ostruttive e non ostruttive e lesioni displastiche del rene.<sup>4</sup> Il riconoscimento di tali patologie in epoca prenatale ha come conseguenza diretta l'esigenza di un rigoroso follow-



up post-natale, tuttavia il livello medio di conoscenze da parte dei vari specialisti che si accostano a un neonato con CAKUT non appare omogeneo, per cui spesso il *timing* e le metodiche diagnostiche non sono appropriati.

Da ciò nasce l'esigenza di una standardizzazione e dell'elaborazione di linee guida condivise tra i vari specialisti del settore (neonatologi, radiologi, nefrologi pediatri e pediatri generalisti).

In questo articolo riportiamo sinteticamente la terminologia e la classificazione attualmente in uso, nonché i principali protocolli di follow-up pubblicati in letteratura.

## Dilatazioni del tratto urinario pediatrico

Nel 2014 sono stati pubblicati i risultati di un documento di Consensus<sup>5</sup> che ha riunito le principali Società scientifiche nordamericane. Tale report ha cercato di unificare i linguaggi degli specialisti pre-natali e post-natali, adottando una nuova terminologia che non lasciasse spazio a equivoci e consentisse un follow-up post-natale rigoroso.

Successivamente è stato pubblicato un articolo di ulteriore chiarimento e semplificazione procedurale.<sup>6</sup>

Il sistema classificativo delle UTD utilizza sei segni ecografici per definire il tratto urinario pre- e post-natale:

1. diametro pelvico antero-posteriore (APRPD);
2. dilatazione caliceale con distinzione tra calici periferici e calici centrali;
3. spessore parenchimale renale;
4. aspetto parenchimale renale;
5. anomalie vescicali;
6. anomalie ureterali.

Per evitare confusione, il gruppo di esperti raccomanda di evitare l'uso di termini come pielectasia, dilatazione pelvica e idronefrosi.

L'APRPD costituisce il diametro massimo intrarenale della pelvi renale calcolato su di un piano trasversale, e questo dovrebbe essere l'unico impiegato per la classificazione delle UTD. La pelvi extrarenale non può essere considerata per la valutazione dell'APRPD. La migliore scansione per ottenere APRPD si ottiene in posizione prona: con tale approccio si evidenzia meglio la dilatazione della pelvi, perché i muscoli delle docce vertebrali nel neonato non sono ancora ben sviluppati e perché in tale posizione il colon non nasconde il rene.

Il documento di Consensus suggerisce di parlare preferenzialmente di dilatazioni dei calici centrali e periferici anziché di dilatazioni dei calici maggiori e minori, perché esiste il rischio di intendere la parola "maggiore" nel senso di "severa". I calici minori sono periferici e occupano l'apice delle piramidi renali midollari. Due o tre calici minori convergono a formare un calice maggiore. I calici maggiori sono posizionati central-

mente e corrispondono all'infundibolo.

Quando si parla di dilatazione ureterale, tutto o parte dell'uretere dovrebbe essere considerevolmente dilatato; una dilatazione moderata transitoria da peristalsi non si considera dilatazione patologica. Non esistono misure standard per definire la dilatazione ureterale. Un uretere normale è non costantemente dilatato, per cui la definizione "dilatazione ureterale" rimane soggettiva. La dilatazione ureterale senza concomitante aumento di APRPD (<10 mm) e senza dilatazione dei calici non è inclusa nel sistema classificativo.

Il sistema classificativo distingue segni pre-natali e segni post-natali. Poiché le anomalie pre-natali risultano più difficili da diagnosticare, esistono solo 3 categorie antenatali in confronto alle 4 post-natali: in breve, il valore normale del APRPD è <4 mm prima della 28<sup>a</sup> settimana di gestazione ed è <7 mm dopo la 28<sup>a</sup> settimana di gestazione. Se l'aumento di APRPD costituisce l'unico segno, la dilatazione è >7 mm nelle fasi precoci e >10 mm nelle fasi successive della gestazione, il tratto urinario si classifica come UTD A2-3. Qualsiasi aumento di APRPD combinato ad anomalia parenchimale (aspetto o spessore) o ad anomalia vescicale, oligoidramnios o ridotta funzione renale è classificato UTD A2-3. La dilatazione ureterale, anche senza aumento di APRPD, è classificata come UTD A2-3.

Ad eccezione di segni severi, la prima ecografia post-natale dovrebbe essere effettuata dopo la 48<sup>a</sup> ora di vita, per evitare di sottostimare il grado di dilatazione in corso di fisiologica oliguria post-natale. Una successiva ecografia dovrebbe essere eseguita 1-6 mesi dopo. In caso di UTD P2-3, le ecografie post-natali dovrebbero essere eseguite dopo 48 ore e dopo 1 mese, insieme al consulto con uno specialista (nefrologo o urologo pediatrico).

Un rene normale post-natale presenta APRPD <10 mm, misurato in un piano trasversale; non dovrebbero essere visualizzate, inoltre, dilatazioni dei calici centrali o periferici (Figura 1).

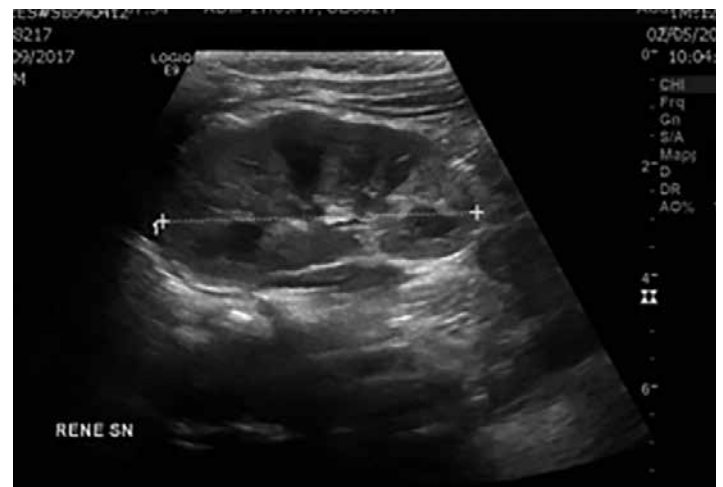
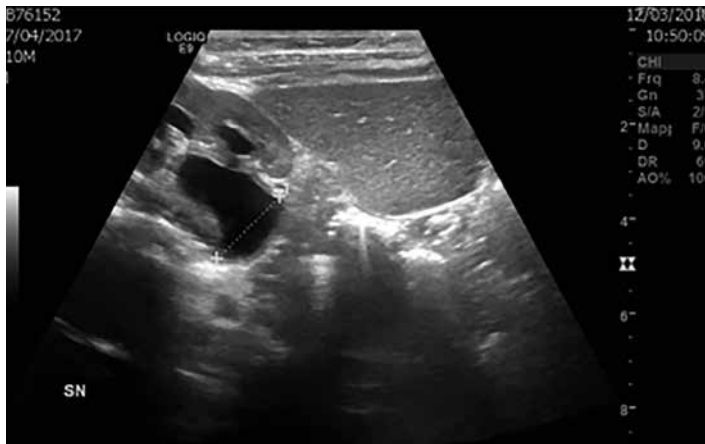


Figura 1. Rene normale post-natale

L'esame deve essere eseguito in posizione prona utilizzando una sonda lineare da 7 MHz. L'ecotessitura normale dipende dall'età gestazionale e dovrebbe essere iso- o lievemente ipocogena rispetto agli organi parenchimosi vicini (fegato e milza).

Se l'APRPD misura tra 10 e 15 mm, il tratto urinario è classificato come UTD P1 (Figura 2).



**Figura 2. UTD P1**

Se si osserva anche dilatazione dei calici periferici si parla di UTD P2 (Figura 3).



**Figura 3. UTD P2**

Se il parenchima presenta anomala ecogenicità o ispessimento o anomalie vescicali, il tratto urinario è classificato UTD P3. Se il parenchima è anomalo ma non si osservano aumenti di APRPD o calici centrali o periferici dilatati, il rene non rientra nel sistema classificativo, ma si dovranno prendere in considerazione altre patologie malformative (*Autosomal Recessive Polycystic Kidney Disease*, ARPKD, o *Multicystic Dysplastic Kidney*, MDK).

Quando si referta il tratto urinario, quindi, si dovrebbero descrivere i 6 parametri descritti.

Il sistema UTD correla con il rischio di uropatia post-natale. Hodhod et al.<sup>7</sup> sostengono che il grado di dilatazione del tratto urinario può essere usato per predire la percentuale di idronefrosi.

Per quanto concerne i successivi passi diagnostici e terapeutici, una UTD P1 richiede mandatoriamente un'ecografia dopo 1-6 mesi, mentre cistouretrografia minzionale (CUGM) e profilassi antibiotica sono a discrezione del clinico. Non è raccomandata la scintigrafia.

In caso di UTD P2, il follow-up ecografico è dopo 1-3 mesi; CUGM, profilassi antibiotica e scintigrafia sono a discrezione del clinico.

L'UTD P3 richiede invece ecografia dopo 1 mese, con raccomandazione di CUGM e profilassi antibiotica, mentre la scintigrafia rimane a discrezione del clinico (Tabella 1).

	<b>UTD P1 (basso rischio)</b>	<b>UTD P2 (rischio intermedio)</b>	<b>UTD (alto rischio)</b>
Follow-up (ecografia)	1-6 mesi	1-3 mesi	1 mese
Cistouretrografia minzionale	A discrezione del clinico	A discrezione del clinico	Raccomandata
Terapia con antibiotici	A discrezione del clinico	A discrezione del clinico	Raccomandata
Scintigrafia renale	Non raccomandata	A discrezione del clinico	A discrezione del clinico

**Tabella 1. Schema diagnostico-terapeutico in base al sistema di classificazione UTD**

## Bibliografia

- Bondayii N. Antenatal diagnosis, prevalence and outcome of congenital anomalies of the kidney and UM in Saudi Arabia. *Urol Ann* 2014;6:36-40
- Hindryckx A, De Catte L. Prenatal diagnosis of congenital renal and urinary tract malformation. *Facts Views Obgyn* 2011;3:165-74
- Wiesel A, Queissen-Luft A, Clementi M, et al. EUROSCAN Study group. Prenatal detection of congenital renal malformation by fetal ultrasonography examination: an analysis of 709030 births in 12 European countries. *Eur J Med Genet* 2005;48:131-44
- Palacios-Loro ML, Segura Ramirez DK, Ordonez-Alvarez FA, et al. Congenital anomalies of the kidney and urinary tract. A vision for paediatrician. *An Pediatr* 2015;83:442.e1-442.e5
- Nguyen HT, Benson CB, Bromley B, et al. Multidisciplinary consensus on the classification of prenatal and postnatal urinary tract dilation (UTD classification system). *J Ped Urology* 2014;10:982-99
- Chow JS, Koning JL, Back SJ, et al. Classification of pediatric urinary tract dilation: the new language. *Pediatr Radiol* 2017;47:1109-15
- Hodhod A, Capolicchio JP, Jednak R, et al. Evaluation of urinary tract dilation classification system for grading postnatal hydronephrosis. *J Urol* 2016;195:725-30

Per contattare l'Autore **Raffaele Minella**:  
[raffaele-minella@libero.it](mailto:raffaele-minella@libero.it)

# Napule è...

PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE



SOCIETÀ  
AFFILIATA ALLA SIP



**LUCI OMBRE ABBAGLI**

**Prevenzione**

**Nutrizione**

**Allergologia**

**Dermatologia**

**Gastroenterologia**

25 - 28 APRILE 2019  
Hotel Royal Continental, Napoli



# Il triage telefonico: il mal di testa (la cefalea)

**Venturelli L**

*Pediatra di Famiglia, Bergamo*

## Riassunto

Il mal di testa o cefalea è un disturbo piuttosto frequente anche durante l'infanzia. La maggior parte dei mal di testa dei bambini è ascrivibile a un quadro di emicrania o di cefalea tensiva, per cui non è necessario ricorrere a esami diagnostici. La prima figura medica di riferimento, sia nel caso del singolo episodio di cefalea sia in quello in cui gli attacchi di mal di testa tendono a ripetersi, è il pediatra di famiglia che dovrà valutare la necessità o meno di avviare un percorso diagnostico più complesso, indirizzando il bambino a Centri specializzati. Nel frattempo, è bene rassicurare i genitori riguardo alla generale natura benigna del disturbo, suggerendo loro di monitorare l'andamento dei sintomi anche attraverso un diario e insegnando loro a gestire al meglio gli attacchi acuti utilizzando i farmaci giusti al momento opportuno. È importante inoltre suggerire di non sottovalutare il ruolo dei fattori psicologici nella cronicizzazione del disturbo.

## Abstract

*Headache is a fairly frequent disorder even during childhood. Most children's headaches are attributable to a migraine or tension headache, so there is no need for diagnostic tests. The first medical figure of reference is the family pediatrician who will have to evaluate the need or not to start a more complex diagnostic path, referring the child at specialized centers. In the meantime, it is good to reassure parents about the general benign nature of the disorder, suggesting that they could monitor the course of symptoms also through a diary and teaching them to better manage the acute attacks using the right drugs at the right time. It is also important to suggest not to underestimate the role of psychological factors.*

## Parole chiave

cefalea, dolore, consigli, ambulatorio pediatrico

## Key words

migraine, pain, advices, pediatric clinic

## Introduzione

Il mal di testa, o cefalea, è un sintomo molto frequente non solo nei pazienti adulti, ma anche in quelli pediatrici, specialmente in età scolare.

Alcune statistiche dimostrano che circa il 25% di bambini in quella fascia di età

riferisce di aver avuto almeno un episodio di mal di testa nel corso dell'anno. In particolare l'emicrania è la malattia neurologica genetica più diffusa tra i piccoli e in Italia colpisce circa 10 bambini su 100.

## CEFALEA

### Definizione

Dolore alla testa, in qualsiasi sua parte, escluse le orecchie e il volto.

### Domande

*(indagare su localizzazione, durata, se dolore costante o intermittente, severità)*

- Nome, età, sesso
- Paziente con malattia cronica? Terapia di fondo?
- Sta assumendo medicine? Ha eseguito vaccinazioni nei giorni precedenti?
- È un adolescente in fase puberale?

- Da quanto tempo è presente il mal di testa?
- Il bambino ha subito un trauma cranico **(1)** o un colpo in testa prima dell'insorgenza del disturbo?
- È un dolore che va e viene o è fisso, continuo?
- Di che intensità è il dolore? Riesce a svolgere le sue normali attività o il mal di testa è tale da causare il pianto o l'interruzione del gioco? **(2)**
- Dove è localizzato? È anteriore intorno agli occhi? **(3)**
- C'è familiarità per cefalea/emicrania?
- Ha avuto altre volte tale disturbo?

Quanto tempo fa? E quanto è durato?

- Si sveglia di notte per il dolore? Il dolore si presenta nelle prime ore del mattino o comunque allo stesso orario del giorno? Per quanto tempo dura? C'è qualcosa che fa migliorare il sintomo?

#### Altri disturbi?

- Febbre: quanta e per quanto tempo?
- Il bambino è raffreddato, ha mal di gola o catarro?
- C'è prurito agli occhi o al naso? C'è familiarità per allergia?
- Ha nausea, vomito? Dove ha soggiornato nelle ore precedenti? Ha assunto alcol o altre sostanze tossiche? (4)
- È confuso o sonnolento o molto irritable, ha movimenti non coordinati?
- Parla con difficoltà?

#### Visita immediata se:

- stato di compromissione generale, di incoscienza; (5)
- confusione mentale, comportamento anomalo, sonnolenza, difficoltà a stare sveglio;
- dolore intenso, insorto dopo un trauma al capo o lesione alla testa, pupille anisocoriche;
- vomito continuo per 3 o più volte di seguito, rigidità e dolore al collo; (5)
- dolore associato ad altri segni neurologici: diplopia, visione sfocata, difficoltà a parlare o a camminare. (6)

#### Visita programmata in giornata se:

- c'è ansia o preoccupazione nei genitori;
- ci sono sintomi associati che depongono per infezione acuta o cronica;
- il mal di testa dura da più di 12 ore;
- i sintomi sono ricorrenti e interferiscono con la normale attività del bambino. (7)

#### Consigli telefonici

Quando l'anamnesi è negativa per traumi, non vi sono sintomi neurologici asso-

ciati, c'è familiarità per cefalea:

- spiegare i motivi del mal di testa, riferibili spesso a tensione, stanchezza, eccitazione;
- valutare e discutere i possibili interventi terapeutici messi in atto dai familiari e l'effetto sulla cefalea;
- terapia antidolorifica con paracetamolo o ibuprofene;
- far stendere il bambino e tenerlo a riposo;
- lenire con massaggi la tensione muscolare al collo, applicare pezza bagnata fredda sulla fronte;
- spiegare il decorso del mal di testa che dovrebbe passare nel giro di 2-8 ore, ma con tendenza a recidivare;
- se c'è digiuno (non assunzione di cibo da almeno 4 ore) consigliare bevande zuccherate o cibo;
- se il bambino ha una preoccupazione, invitarlo a parlarne;
- se è associata la febbre (potrebbe trattarsi anche di una concomitante tonsillite streptococcica) occorre garantire un adeguato apporto di liquidi e somministrare la terapia antipiretica (paracetamolo);
- se è associato raffreddore o tosse è utile decongestionare il naso con soluzione fisiologica (mediante lavaggi, gocce, spray, gel);
- se sono concomitanti i sintomi di allergia (occhi o naso che bruciano) vanno somministrati gli antistaminici per via orale già conosciuti dalla famiglia.

*Nel caso di emicrania ricorrente, per prevenire gli episodi, alcuni consigli utili:*

- tenere un diario degli episodi di cefalea, per controllare eventuali associazioni con fattori scatenanti;
- in caso di crisi, ai primi disturbi, far stendere il ragazzo e somministrare subito paracetamolo o ibuprofene;
- somministrare una seconda dose anche dopo mezz'ora, se la cefalea persiste;
- favorire il riposo (il sonno fa sparire la cefalea nel 90% dei casi);
- mantenere regolarità nei pasti, evitando di assumere sostanze libe-

ratrici di istamina o istamino-simili (cioccolato, fritti, crostacei, spinaci, fragole, birra, pomodori, arachidi, nocciole, mandorle, albume, formaggi fermentati, insaccati);

- inserire delle pause (con eventuali esercizi di rilassamento) se si stanno eseguendo attività che richiedono eccessiva concentrazione.

#### Richiamare in caso di:

- persistenza oltre le 12 ore della sintomatologia, nonostante la terapia antidolorifica corretta;
- peggioramento della cefalea dopo 2 ore;
- comparsa di sintomi neurologici, in particolare alterazione dello stato mentale;
- comparsa di febbre, vomito, dolore e rigidità del collo;
- ansia per il problema.

#### Considerazioni e commenti

- (1) Può esserci perdita di coscienza di durata variabile associata a pallore, vomito, ipotensione, aumento della frequenza cardiaca. Dopo qualche ora è possibile (se edema cerebrale) la comparsa di cefalea, vomito, sonnolenza. In caso di fratture delle ossa craniche (soprattutto temporale e occipitale) si può formare un ematoma epidurale complicabile sino all'ipertensione endocranica o allo shock per anemia acuta.
- (2) Gradazione del dolore
  - Cefalea lieve: interferisce appena o per nulla con le normali attività
  - Cefalea moderata: interferisce con l'attività o fa svegliare il bambino che dorme
  - Cefalea severa: c'è dolore intenso, il bambino urla dal dolore o non riesce a far nulla.
- (3) Se il dolore è anteriore, frontale, esacerbato dai movimenti del capo, in ragazzi sopra i 10-12 anni, pensare alla sinusite; se il dolore è pulsante, posteriore in sede occipitale, pensare a ipertensione arteriosa.
- (4) In caso di intossicazione da monossido di carbonio, il primo segnale è il forte mal di testa, seguito poi da nausea e

vomito: indagare sul sistema di riscaldamento e possibili difetti di aerazione. Anche l'ingestione di alcol e droghe determina disturbi simili.

- (5) meningite, encefalite: sono presenti di solito febbre, altri segni meningei oltre a variazioni del carattere o dello stato di vigilanza.
- (6) Pensare a un'infezione (meningite, meningoencefalite, ascesso cerebrale) o a un'emorragia subaracnoidea. Si associano spesso disturbi visivi (diplopia, oscuramento del visus), letargia; l'eventuale presenza di patologie tumorali (2 casi ogni 10.000 bambini per anno), infettive o vascolari può essere

esclusa mediante indagini specifiche (TAC, rachicentesi).

- (7) Pensare a emicrania, che necessita di una visita programmata anche dopo qualche giorno, con tempi che permettano di indagare a fondo sui disturbi, la loro insorgenza e l'associazione con situazioni, cibi, stati psichici del paziente.

## Bibliografia essenziale

- NICE headache guideline, 2015, visto in: <https://www.guidelines.co.uk/neurology-/nice-headache-guideline/235963.article>
- Papetti, Valeriani: tutto sulla cefalea in età pediatrica, visto in: <https://www.sjp.it/wp-content/uploads/2017/09/FAQ-LA-MALATTIA-DEL-MESE.pdf>
- Pediatric Haedache, visto in: <https://www.migrantclinician.org/toolsource/clinical-guidelines/pediatric-telephone-triage-guidelines.html>
- Schmitt BD. Pediatric Headache in telephone advice, pag 346-350,2004, Lippincott-Raven, Philadelphia,US: visto in: <https://books.google.it/books?id=NYtcKSiLB98C&pg=PA349&lpq=PA349&dq=headache+pediatric+telephone+triage&source=bl&ots=mOg-95lqt3&sig=eXpT4qi3B9diZG8ZMznMeSHVEfg&hl=it&sa=X&ved=2aHUKewi4xa29ht3dAhUlW7wKHQlxC3cQ6AEwBHoECAUQAQ#v=onepage&q=headache%20pediatric%20telephone%20triage&f=false>

Per contattare l'Autore **Leo Venturelli**: [leoventu@libero.it](mailto:leoventu@libero.it)



XXXI

Congresso Nazionale  
Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale



SOCIETÀ  
AFFILIATA ALLA SIP



# Rotte Sicure per Orizzonti di Salute



24-27 Ottobre 2019

Centro Congressi *Sheraton Lake Como Hotel*