

RiViSTA ITALIANA di MEDiCINA dell'ADOLESCENZA

Indexed in EMBASE/SCOPUS

EDITOR IN CHIEF Gabriella Pozzobon

SENIOR EDITOR IN CHIEF Vincenzo De Sanctis

Endo-Thal



AUTORI

Carlo Alfaro
Riccardo Bortoletto
Marta Cacciatore
Guido Caggese
Chiara Cainelli
Duran Canatan
Serenella Castronuovo
Salvatore Chiavetta
Silvia Ciancia
Marco Colizzi
Shahina Daar
Rosa Bruna Dall'Agnola
Luca De Franciscis
Vincenzo De Sanctis
Ludovica Di Francesco
Salvatore Di Maio

Giovanni Farello
Ilaria Filareto
Andrea Fossati
Andrea Gambarini
Piernicola Garofalo
Rossella Gaudino
Cristina Gentile
Eleonora Grasso
Armando Grossi
Lorenzo Iughetti
Christos Kattamis
Riccardo Lera
Mauro Lizzi
Maya Lorenzi
Maria Marsella
Giuseppe Millimaggi

Federica Mondini
Anna Ogliari
Sabino Pesce
Gabriella C. Pozzobon
Barbara Predieri
Elena Puttini
Mirella Ruggeri
Marta Silvestri
Ashraf T. Soliman
Rita Tanas
Valentina Tobia
Rosalba Trabalzini,
Andrea Vania
Mohamed Yassin
Leonardo Zoccante

ORGANO UFFICIALE

sima
SOCIETÀ ITALIANA di MEDICINA dell'ADOLESCENZA

**SCRIPTA
MANENT**
EDIZIONI
Ubi Consistat

Consiglio Direttivo



PRESIDENTE
Gabriella Pozzobon
Milano

pozzobon.gabriella@hsr.it



PAST PRESIDENTE
Piernicola Garofalo
Palermo

piernicolagarofalo@alice.it



VICE PRESIDENTE
Rossella Gaudino
Verona

rossella.gaudino@univr.it



TESORIERE
Salvatore Chiavetta
Palermo

info@medicinadelladolescenza.com



SEGRETARIO
Giovanni Farello
L'Aquila

giovanni.farello@cc.univaq.it

Consiglieri



Carlo Alfaro
Napoli

carloalfaro@tiscali.it



Serenella Castronuovo
Roma

serenella.castronuovo@gmail.com



Armando Grossi
Roma

arma.gro@libero.it



Sabino Pesce
Bari

pscsbn@gmail.com



Rosalba Trabalzini
Roma

info@rosalbatrabalzini.it



Maurizio Tucci
Milano

maurizio.tucci@gmail.com

Organo di Controllo



Luca de Franciscis
Salerno



Barbara Predieri
Modena



Andrea Vania
Roma



Carissimi lettori,

scrivo prendendo purtroppo atto del progressivo peggioramento della situazione dell'epidemia italiana da Covid-19: nelle ultime settimane di monitoraggio, continuano ad aumentare i casi di infezione da SARS-CoV-2 in tutte le Regioni e Province Autonome, aumenta il numero dei focolai attivi sul territorio nazionale, aumenta l'indice di trasmissibilità (Rt). Tutto ciò evidenzia come nel Paese così come in molti altri la circolazione del Coronavirus è sempre più rilevante con iniziale aumento nel numero di ospedalizzazioni e con la peculiarità del forte abbassamento dell'età mediana della popolazione che contrae l'infezione (circa 30 anni), in rapporto alla dinamica di trasmissione spesso associata ad attività ricreative, eventi sociali e viaggi. Ciononostante, abbiamo la necessità di uscire dall'emergenza che sta devastando i sistemi sanitari, economici e sociali non solo del nostro Paese, ma dell'intero Pianeta. Tornare alla normalità è la spinta fattiva che anima i singoli individui così come i governi, normalità tuttavia condizionata dalla necessità di tamponi ai primi sospetti, tracciamento dei contatti, mascherine, norme igieniche rigorose, distanziamento fisico prudenziale, garanzie di tenuta dei servizi sanitari di base e di terapia intensiva. Tutto ciò che è accaduto e sta accadendo ha avuto e avrà un impatto significativo sulle nostre vite, un segno destinato a perdurare nel tempo. I troppi malati, i tanti morti, le incertezze sulla malattia, i dubbi sulla gestione, la limitazione delle libertà più elementari del vivere civile rimangono cicatrici indelebili. La paura di uscire, incontrarsi, avvicinarsi, toccarsi, abbracciarsi appartiene alla nostra nuova quotidianità. La sfida ora è quella di reinventarsi un modo nuovo di vivere la differente "normalità" per preservarne l'essenza e l'animo aperto adolescenziale.

La pandemia ci ha drammaticamente ricordato che "nessuno si salva da solo". E noi, come Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, con questo numero della RIMA vogliamo dare il nostro contributo a una larga riflessione sulla pandemia, dedicandolo al Covid-19. In particolare, vi presentiamo in anteprima i risultati preliminari della nostra indagine su sintomatologia ansiosa e disregolazione emotiva degli adolescenti italiani durante il lockdown. Lo studio ha indagato, tramite un questionario somministrato online, le abitudini e il vissuto di circa 700 adolescenti di 11-18 anni durante la quarantena nazionale. I risultati ci sembrano particolarmente significativi nel rilevare difficoltà e fattori di rischio da monitorare per la tutela della salute e del benessere degli adolescenti.

Parleremo anche di altre numerose esperienze e conseguenze di questa terribile infezione, come le indagini sulla Didattica a Distanza (DaD) con Opinioni di docenti, genitori e studenti della scuola primaria e secondaria durante l'epidemia italiana di COVID-19. Approfondiremo l'impatto della pandemia sulla psiche, sul comportamento e sulla socializzazione degli adolescenti e valuteremo degli interessanti casi clinici. Vi sarà anche una parte dedicata al delicato problema dell'obesità, dei dolori addominali acuti nelle patologie ginecologiche e verrà affrontato il disagio psichico nell'adolescente.

Mi auguro che apprezziate la lettura dei contenuti che vi proponiamo, nella consapevolezza che per ricominciare, dopo l'emergenza, dobbiamo saper ripartire da loro, i nostri adolescenti, il nostro futuro. Proprio loro che, portati per natura ad essere spavaldi, propensi a sfidare le regole, minimizzare il rischio, nella situazione attuale fluida dell'epidemia possono rappresentare un pericolo reale in quanto costituiscono una potenziale riserva virale che trasmette l'infezione ai familiari, compresi quelli più vulnerabili, esposti, per età o comorbidità, a decorsi più gravi o letali dell'infezione. Il rispetto delle misure di prevenzione raccomandate dalle Autorità sanitarie resta un elemento cruciale e ineludibile per contrastare la diffusione dell'epidemia. E tocca a noi, che ci occupiamo degli adolescenti, saperne rafforzare consapevolezza e rispetto delle norme comportamentali di prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2.

Buona lettura

Gabriella Pozzobon e il Direttivo SIMA

Rivista ITALIANA di MEDICINA dell'ADOLESCENZA

ORGANO UFFICIALE



SOCIETÀ ITALIANA di MEDICINA dell'ADOLESCENZA

DIRETTORE SCIENTIFICO

Gabriella Pozzobon (Milano)

SENIOR EDITOR IN CHIEF E FONDATORE DELLA RIMA

Vincenzo De Sanctis (Ferrara)

COMITATO EDITORIALE

Carlo Alfaro (Napoli)
Silvano Bertelloni (Pisa)
Serenella Castronuovo (Roma)
Antonietta Cervo (Pagani, Salerno)
Salvatore Chiavetta (Palermo)
Luca de Franciscis (Salerno)
Teresa De Toni (Genova)
Salvatore Di Maio (Napoli)
Giovanni Farello (L'Aquila)
Piernicola Garofalo (Palermo)
Rossella Gaudino (Verona)
Armando Grossi (Roma)
Sabino Pesce (Bari)
Carlo Pintor (Cagliari)
Giuseppe Raiola (Catanzaro)
Leopoldo Ruggiero (Lecce)
Giuseppe Sagese (Pisa)
Tito Livio Schwarzenberg (Roma)
Rosalba Trabalzini (Roma)
Maurizio Tucci (Milano)
Andrea Vania (Roma)

INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

German Castellano Barca (Torrelavega, Spain)
Monica Borile (El Bolson, Argentina)
Heba Elsedfy (Cairo, Egypt)
Bernadette Fiscina (New York, USA)
Daniel Hardoff (Haifa, Israel)
Karaman Pagava (Tbilisi, Georgia)
Ashraf Soliman (Doha, Qatar)
Joan-Carles Suris (Lausanne, Switzerland)

STAFF EDITORIALE

Direttore Responsabile
Direzione Marketing e PR
Comunicazione e Media
Grafica e Impaginazione
Affari Legali
Pietro Cazzola
Donatella Tedeschi
Ruben Cazzola
Cinzia Levati
Avv. Loredana Talia (MI)

Scripta Manent s.n.c. Via M. Gioia, 41/A - 20124 Milano
Tel. 0270608060
E-mail: info@edizioniscriptamanent.eu

Registrazione Tribunale di Milano n. 404 del 23/06/2003



Edizioni Scripta Manent s.n.c. non è responsabile di foto, figure e tabelle che sono state fornite dagli Autori sotto la loro responsabilità.

Abbonamento annuale (3 numeri) Euro 30,00. Pagamento tramite bonifico bancario:
UNICREDIT Milano
IBAN: IT16 D0200801749000104498243
INTESTATO A: Edizioni Scripta Manent snc
Edizioni Scripta Manent s.n.c., via Melchiorre Gioia 41/A, 20124 Milano

È vietata la riproduzione totale o parziale, con qualsiasi mezzo, di articoli, illustrazioni e fotografie senza l'autorizzazione scritta dell'Editore.
L'Editore non risponde dell'opinione espressa dagli Autori degli articoli e delle immagini da loro utilizzate.

Ai sensi della legge 675/96 è possibile in qualsiasi momento opporsi all'invio della rivista comunicando per iscritto la propria decisione a: Edizioni Scripta Manent s.n.c. Via M. Gioia, 41/A - 20124 Milano

Vol. 18 - n. 2 - 2020

Sommario

Editoriale pag. 37

Gabriella Pozzobon e il Direttivo SIMA

Profili degli adolescenti italiani durante il lockdown 2020: abitudini, sintomatologia ansiosa e disregolazione emotiva pag. 39

Valentina Tobia, Andrea Gambarini, Gabriella Cinzia Pozzobon, Andrea Fossati, Anna Ogliari, con la partecipazione della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza

Focus on: l'impatto della pandemia COVID-19 sulla psiche, sul comportamento e sulla socializzazione degli adolescenti pag. 45

Marta Cacciatore, Eleonora Grasso, Mauro Lizzi, Cristina Gentile, Ludovica Di Francesco, Giovanni Farello

CASE REPORT

Un adolescente con insolita sintomatologia ai tempi del COVID-19 pag. 48

Rossella Gaudino, Maya Lorenzi, Rosa Bruna Dall'Agnola, Riccardo Bortoletto, Marta Silvestri, Federica Mondini, Elena Puttini, Chiara Cainelli, Mirella Ruggeri, Leonardo Zoccante, Marco Colizzi

ESPERIENZE SUL CAMPO

Indagine sulla Didattica a Distanza (DaD): Opinioni di docenti, genitori e studenti della scuola primaria e secondaria durante l'epidemia italiana di COVID-19 pag. 52

Carlo Alfaro

Dolore addominale acuto nelle adolescenti: le principali patologie di natura ginecologica pag. 60

Silvia Ciancia, Barbara Predieri, Ilaria Filareto, Lorenzo Iughetti

Il medico e l'adolescente con obesità pag. 66

Rita Tanas, Guido Caggese, Riccardo Lera, Maria Marsella

FOCUS ON

Il disagio psichico nell'adolescente pag. 73

Rosalba Trabalzini

Endo-Thal

A Teenage Girl with Compound Heterozygous Sickle and β^+ -Thalassemia Trait: A Consultation for Contraception pag. 76

Vincenzo De Sanctis, Ashraf T. Soliman, Shahina Daar, Duran Canatan, Salvatore Di Maio, Mohamed Yassin, Giuseppe Millimaggi, Christos Kattamis

Profili degli adolescenti italiani durante il lockdown 2020: abitudini, sintomatologia ansiosa e disregolazione emotiva

Valentina Tobia ¹, Andrea Gambarini ^{1,2}, Gabriella Cinzia Pozzobon ^{3,4}, Andrea Fossati ^{1,2}, Anna Ogliari ^{1,2},
con la partecipazione della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza
(Carlo Alfaro, Serenella Castronuovo, Salvatore Chiavetta, Luca De Franciscis, Giovanni Farello, Piernicola Garofalo,
Rossella Gaudino, Armando Grossi, Sabino Pesce, Barbara Predieri, Rosalba Tralbalzini, Andrea Vania) ⁴

¹ Facoltà di Psicologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; ² IRCCS Ospedale San Raffaele Turro, Milano;

³ UO Pediatria IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano, Presidente SIMA Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza;

⁴ Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza

Riassunto

Tra le misure attivate in Italia a seguito della pandemia da COVID-19 ci sono quelle relative alla chiusura delle scuole e al lockdown, che ha prescritto l'obbligo di rimanere a casa il più possibile, limitando i contatti sociali. Questo studio voluto dalla Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza e svolto in collaborazione con il *Child in Mind Lab* (UNISR) ha indagato, tramite un questionario somministrato online, le abitudini e il vissuto di 669 adolescenti, di età compresa tra gli 11 ed i 18 anni, durante il periodo del *lockdown*, con particolare attenzione alla sintomatologia ansiosa e alla disregolazione emotiva, al fine di approfondire eventuali differenze di genere e in base al livello scolastico nei vissuti riportati, e indagare l'incidenza di profili di rilevanza clinica nelle variabili oggetto d'interesse. I risultati rivelano difficoltà più marcate per le femmine e per i ragazzi (maschi e femmine) della scuola secondaria di II grado, e alcune associazioni della sintomatologia ansiosa e della disregolazione emotiva con le abitudini giornaliere durante il *lockdown*. Si rileva inoltre una maggiore frequenza, rispetto alla distribuzione normale di riferimento, di profili di rilevanza clinica nel nostro campione. Questi risultati sono informativi rispetto ai vissuti degli adolescenti durante il periodo più intenso della pandemia COVID-19, e rivelano il rischio di un aumento di sintomatologia ansiosa e di difficoltà nella regolazione emotiva negli adolescenti.

Parole chiave: COVID-19, lockdown, adolescenti, sintomatologia ansiosa, disregolazione emotiva, questionario.

Profiles of Italian adolescents during the lockdown 2020: Habits, anxious symptoms and emotional dysregulation

Summary

The closure of schools and the lockdown, with the obligation to stay at home as much as possible and limit social contacts, are among the measures activated in Italy for the COVID-19 pandemic. This study promoted by the Italian Society of Adolescent Medicine (SIMA) and carried out in collaboration with the Child in Mind Lab (UNISR) investigated, through a questionnaire administered online, the habits and experiences of 669 adolescents (aged 11-18 years) during the lockdown, focusing on anxiety symptoms and emotional dysregulation, in order to investigate any gender and school-level differences in the reported experiences, and the incidence of clinical relevant profile in the target variables. The results revealed stronger difficulties for girls and for adolescents (boys and girls) attending high school, and some associations of anxious symptoms and emotional dysregulation with daily habits during the lockdown. Moreover, the profiles of clinical relevance in our sample were more frequent in comparison to the normal distribution of scores. These results are informative with respect to the experiences of adolescents during the most intense period of the COVID-19 pandemic and reveal an increased risk of anxiety symptoms and difficulties in emotional regulation of adolescents.

Key words: COVID-19, lockdown, adolescents, anxious symptoms, emotional dysregulation, questionnaire.

Introduzione

La pandemia da COVID-19 ha segnato in maniera impronosticabile i primi mesi del 2020 a livello mondiale e l'Italia è stato uno dei Paesi più violentemente colpiti. Il contatto più o meno diretto con la malattia e le misure adottate per il contenimento del contagio hanno prodotto dei cambiamenti radicali nelle vite di milioni di cittadini: morte e sofferenza sono temi che persistono sugli schermi di tv e smartphone; inoltre, la necessità di mantenere il distanziamento sociale ha determinato un sovvertimento delle abitudini lavorative, scolastiche e di socializzazione delle persone, allontanandole (e avvicinandole) in modo forzato. Sono di particolare interesse i correlati psicologici ed emotivi di tali cambiamenti che, sebbene risiedano a un livello meno visibile rispetto a quello della malattia organica o anche solo del comportamento, devono essere monitorati in una situazione così anomala in quanto possibili fattori di ulteriore disagio.

Le misure di limitazione del contagio, data la necessità di diradare i contatti sociali, potrebbero influenzare sia i tratti esternalizzanti, ovvero situazioni nelle quali il disagio psichico si riversa sull'ambiente circostante, sia i tratti internalizzanti che invece si riferiscono a un disagio sviluppato e mantenuto internamente. Il differente sviluppo di questi tratti a seguito della pandemia non implica che la soglia per fare diagnosi di psicopatologia venga necessariamente superata; tuttavia, il disagio psichico può essere significativo anche in quei soggetti che manifestano tratti "sottosoglia" (1). In questo contesto, una categoria particolarmente a rischio è quella degli adolescenti. L'adolescenza è un periodo critico nello sviluppo personale e interpersonale, nel quale si verificano i cambiamenti fisici, emotivi e personologici più rapidi e marcati (2): la pubertà e i cambiamenti ormonali a essa correlati possono alterare l'immagine di sé, calando l'adolescente in un "altro" corpo; inoltre, si intrecciano le prime relazioni significative al di fuori del nucleo familiare e si iniziano a scegliere le proprie frequentazioni. In un contesto segnato da modificazioni molto rapide e profonde, gli adolescenti, non-più-bambini ma non-ancora-uomini, possono essere soggetti a un disagio psicologico importante; tale condizione può essere aggravata dalla necessità di restrizione dei contatti sociali, di privazione delle attività all'aperto e di obbligo di rimanere in casa.

A tal proposito, la letteratura scientifica di ambito psicologico si sta arricchendo di contributi sugli effetti psico-sociali della pandemia. Le prime pionieristiche indicazioni sugli effetti a lungo termine, sui bambini e adolescenti, degli stressor legati alle misure quarantenali per il contrasto alla COVID-19 (3) (es., paura del contagio, noia, isolamento forzato) mostrano un marcato incremento dei punteggi delle misure per la valutazione del Disturbo Post-Traumatico da Stress. Questo studio (3) sottolinea la possibile importanza del mantenimento dei contatti sociali in forma virtuale (chat, videochiamate, social media) per la prevenzione dell'insorgenza di aspetti internalizzanti importanti in adolescenti esposti a tali misure quarantenali.

Un altro studio (4) ha indagato il livello di preoccupazioni e paure, livello e qualità dell'informazione sulla pandemia, percezione delle misure governative e impatto sulla vita di tutti i giorni durante il *lockdown*. I risultati hanno mostrato, per gli adolescenti, un'inattesa capacità di mantenere un equilibrio emozionale e quindi di far fronte a una situazione tanto grave e inattesa; l'autore spiega questi risultati, oltre che grazie ai benefici psicologici della didattica a distanza, attraverso la supposta maggiore abitudine di queste generazioni a stare nell'incertezza e quindi a ricercare soluzioni alternative per farvi fronte.

In una revisione della letteratura (5) nella quale viene valutata l'occorrenza di diverse variabili psicopatologiche, di natura principalmente internalizzante, in bambini e adolescenti sottoposti a misure di *lockdown* in diversi periodi storici, si conferma un impatto disastroso della quarantena sulla salute mentale, con effetti duraturi. L'articolo passa in rassegna anche possibili fattori di protezione: uno stile genitoriale positivo; l'utilizzo dei social media al fine di non cadere nell'isolamento sociale; la messa in opera di sistemi di telesupporto che permettano alle famiglie di ricevere aiuto da professionisti della salute mentale.

Il presente studio, voluto dalla Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza e svolto in collaborazione con il *Child in Mind Lab* (UNISR), si situa in questa linea di ricerca, con l'obiettivo di indagare le abitudini degli adolescenti italiani durante il *lockdown*, valutando il loro legame con variabili internalizzanti quali la sintomatologia ansiosa e la disregolazione emotiva. Si vuole inoltre indagare se le abitudini e le misure internalizzanti variano in relazione al genere dei ragazzi e al livello di scuola frequentata. Ci aspettiamo infatti, in base a letteratura precedente su aspetti psicopatologici in adolescenza (6), di osservare sintomatologia ansiosa e disregolazione maggiore nelle femmine e negli adolescenti più grandi (scuola secondaria di II grado). Infine, confrontando i dati del presente campione con i valori raccolti su altri campioni di adolescenti in precedenti lavori, si vuole esplorare se vi è una maggiore frequenza di profili di rilevanza clinica durante il periodo di *lockdown*.

Metodo

Partecipanti

Il campione è costituito da 669 ragazzi (età media=14.74 anni, DS=2.17; 59% femmine) di cui 233 frequentanti la scuola secondaria di I grado (età media=12.30 anni, DS=.97; 54.9% femmine) e 436 la scuola secondaria di II grado (età media=16.04 anni, DS=1.35; 61.2% femmine). Il 63.5% del campione proviene da regioni considerate ad alto rischio per la diffusione della pandemia COVID-19 nel periodo di compilazione dei questionari (Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Veneto) (1).

Strumenti e procedure

Il link del questionario è stato diffuso sui canali social e via mai-

ling list dalla Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza durante il lockdown prescritto a causa della pandemia COVID-19 (aprile-maggio 2020), ed è stato compilato online. Il questionario comprendeva una prima parte con domande sociodemografiche, seguita da una sezione dove venivano indagate le abitudini durante il lockdown, chiedendo ai ragazzi di stimare il numero di ore passate giornalmente ('Meno di 1 ora', 'Da 1 a 2 ore', 'Da 2 a 4 ore', 'Più di 4 ore'); punteggi da 1 a 4) a svolgere le seguenti attività: attività legate alla scuola, attività sui social e con app per comunicare via chat, videochiamate o telefonate, giocare a videogiochi, lettura (no materiale di scuola), guardare tv o programmi e serie in streaming, parlare/giocare/svolgere attività insieme alle persone che vivono nella stessa casa. Nelle sezioni successive sono stati somministrati i due seguenti test per valutare ansia e disregolazione emotiva, chiedendo ai ragazzi di compilarli pensando al loro comportamento e alle loro sensazioni durante il periodo di lockdown.

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

La versione a 38 item della SCARED (7, 8) è stata somministrata per la valutazione della sintomatologia ansiosa. Il questionario, che prevede una valutazione dei propri comportamenti e sensazioni con risposta su scala Likert a tre punti ('Quasi mai', 'Qualche volta', 'Spesso'), valuta le seguenti sottoscale: ansia generalizzata, ansia da separazione, panico/somatizzazione, ansia sociale e fobia scolare. Per il calcolo dei punteggi z sono stati utilizzati i valori normativi per gli adolescenti, suddivisi per maschi e femmine, riportati da *Crocetti et al.* (9).

Difficulties in Emotion Regulation Strategies (DERS)

Questo questionario autosomministrato per la valutazione della disregolazione emotiva (10) è composto da 36 item che prevedono una risposta su scala Likert a 5 punti (da 'Quasi mai' a 'Quasi sempre') e sei sottoscale: (a) NON ACCEPTANCE, non accettazione delle risposte emotive, (b) GOALS, difficoltà nell'adottare comportamenti orientati verso un obiettivo, (c) IMPULSE, difficoltà nel controllo degli impulsi, (d) AWARENESS, mancanza di consapevolezza emotiva, (e) STRATEGIES, accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva, e (f) CLARITY, mancanza di chiarezza emotiva. Viene anche calcolato un punteggio totale di disregolazione emotiva. Per il calcolo dei punteggi z ci si è rifatti al lavoro di *Fossati et al.* (11) che distingue valori per maschi e femmine.

Analisi dei dati

Con delle analisi della varianza sono stati valutati gli effetti del genere dei ragazzi (maschi vs. femmine) e della scuola frequentata (scuola secondaria di I vs. II grado) sulle abitudini giornaliere

durante il lockdown e sui punteggi z di ansia e disregolazione emotiva. Sono state inoltre indagate le correlazioni tra le abitudini durante il lockdown e i punteggi z di tutte le scale di ansia e disregolazione emotiva; con la correzione di Bonferroni, il p -value considerato come cutoff per la significatività è .003.

Per analizzare l'incidenza di profili con rilevanza clinica a livello di sintomatologia ansiosa e disregolazione emotiva, i punteggi z ottenuti dai ragazzi nella SCARED e nella DERS sono stati classificati come di rilevanza clinica ($z \geq 2$), borderline ($1.50 \leq z < 2$) o nella norma ($z < 1.50$), ed è stata calcolata la percentuale di partecipanti nelle tre categorie per ogni variabile. È stata poi svolta un'analisi non-parametrica del chi-quadrato sulle frequenze, confrontando la distribuzione del campione con la distribuzione teorica normale: 2.2% di casi con punteggi $z \geq 2$, un 5% di casi aggiuntivi con punteggi z tra 1.50 e 2, e i rimanenti con punteggi $z < 1.50$.

Risultati

Abitudini durante il lockdown, ansia e disregolazione emotiva: associazioni ed effetti di genere e livello scolastico

In **Tabella 1** sono riportate le descrittive relative alle abitudini giornaliere durante il lockdown e ai punteggi z di ansia e disregolazione emotiva, suddivisi per genere e scuola frequentata; sono inoltre riportati i risultati univariati delle analisi della varianza. Rispetto alle abitudini durante il lockdown, si evidenziano numerose differenze nelle attività svolte dai ragazzi durante le loro giornate, in base al genere di appartenenza e al livello di scuola frequentata. Ad esempio, le femmine dichiarano di dedicare più tempo, rispetto ai maschi, alla maggior parte delle attività elencate, con l'eccezione dell'uso dei videogiochi (maggiore nei maschi), alle attività scolastiche e svolte con le persone che vivono in casa con loro (simili per maschi e femmine).

La MANOVA svolta sulle sottoscale della SCARED rivela un effetto multivariato significativo del livello di scuola, $F(5, 661) = 13.908$, $p < .001$, $\eta^2 = .095$, e del genere, $F(5, 661) = 6.417$, $p < .001$, $\eta^2 = .046$. Emerge, per tutte le scale ad eccezione dell'ansia da separazione, un livello di ansia maggiore per le femmine. Inoltre, la fobia scolare e l'ansia generalizzata risultano più alte alla scuola secondaria di II grado, mentre in quella di I grado risultano più alti i livelli di ansia da separazione.

La MANOVA svolta sulle sottoscale della DERS identifica un effetto multivariato significativo del livello di scuola, $F(6, 666) = 7.158$, $p < .001$, $\eta^2 = .061$, e del genere, $F(6, 666) = 12.997$, $p < .001$, $\eta^2 = .106$.

Anche in questo caso, le femmine presentano punteggi più alti in tutte le scale di disregolazione emotiva, con l'eccezione delle scale di GOALS e AWARENESS. La disregolazione emotiva risulta inoltre significativamente più alta alla scuola secondaria di II grado, con eccezione delle scale GOALS e IMPULSE.

Tabella 1.

Descrittive, suddivise per genere e livello scolastico, e test univariati, relativi alle variabili di frequenza delle diverse attività quotidiane indagate, delle scale della Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) e della Difficulties in Emotion Regulation Strategies (DERS).

Variabile	Scuola secondaria di I grado		Scuola secondaria di II grado		
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
		Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	
Tempo speso per attività quotidiane	Attività legate alla scuola	3.09 (.74)	3.09 (.70)	3.33 (.82)	3.46 (.73)
	Attività sui social	2.33 (1.00)	2.62 (.99)	2.83 (.95)	3.18 (.83)
	Videochiamate e telefonate	1.69 (.90)	2.28 (1.03)	2.37 (1.11)	2.36 (1.02)
	Videogiochi	2.44 (.89)	1.32 (.67)	2.31 (1.00)	1.18 (.51)
	Lettura	1.25 (.57)	1.42 (.65)	1.35 (.65)	1.56 (.74)
	Televisione	1.87 (.68)	2.34 (.86)	2.34 (.83)	2.55 (.84)
	Attività insieme a persone che vivono nella stessa casa	2.21 (.89)	2.17 (.90)	1.99 (.77)	2.12 (.88)
SCARED	Ansia generalizzata	.18 (1.13)	.37 (.99)	.55 (1.09)	.83 (1.02)
	Ansia da separazione	.42 (1.10)	.45 (1.19)	-.01 (.91)	.07 (1.06)
	Panico/somatizzazione	.05 (.96)	.40 (.99)	.10 (.99)	.62 (1.32)
	Ansia sociale	.08 (.94)	.20 (1.10)	.08 (1.16)	.43 (1.18)
	Fobia scolare	-.76 (.95)	-.45 (1.06)	-.60 (1.01)	-.17 (1.28)
DERS	Non acceptance	-1.66 (1.34)	-1.04 (1.30)	-1.44 (1.27)	-.63 (1.61)
	Goals	.05 (1.14)	-.16 (1.06)	.02 (1.08)	-.05 (1.08)
	Impulse	-.15 (1.07)	.17 (1.07)	-.31 (.98)	.03 (1.13)
	Awareness	.82 (.89)	.60 (.96)	.96 (.96)	.99 (.93)
	Strategies	-.58 (.87)	-.26 (1.11)	-.31 (1.09)	-.09 (1.18)
Clarity	-.13 (1.04)	.27 (1.22)	.13 (1.22)	.48 (1.21)	

Variabile	Scuola	Test univariati	Scuola*Genere
	Media (DS)	Genere	
Tempo speso per attività quotidiane	Attività legate alla scuola	24.634, <.001	NS
	Attività sui social	48.090, <.001	17.543, <.001
	Videochiamate e telefonate	20.242, <.001	11.520, .001
	Videogiochi	4.362, .037	313.585, <.001
	Lettura	3.964, .047	11.253, .001
	Televisione	24.855, <.001	24.945, <.001
	Attività insieme a persone che vivono nella stessa casa	NS	NS
SCARED	Ansia generalizzata	23.396, <.001	7.188, .008
	Ansia da separazione	21.990, <.001	NS
	Panico/somatizzazione	NS	21.769, <.001
	Ansia sociale	NS	6.429, .011
	Fobia scolare	5.427, .020	12.793, <.001
DERS	Non acceptance	7.196, .007	36.677, <.001
	Goals	NS	NS
	Impulse	NS	14.089, <.001
	Awareness	11.990, .001	NS
	Strategies	5.901, .015	9.117, .003
Clarity	6.084, .014	14.735, <.001	

NS = non significativo

sate sui social quotidianamente, e della disregolazione emotiva con il tempo passato al telefono e in videochiamata.

Analisi dei profili di ansia e disregolazione emotiva

In **Figura 1** vengono riportate le distribuzioni delle frequenze dei punteggi SCARED e DERS nel campione di questo studio. Le analisi non-parametriche del chi-quadrato sulle frequenze sono risultate tutte significative, $\chi^2(2)=10.543-467.670$, tutti con $p \leq .001$, indicando che la distribuzione della frequenza di punteggi di rilevanza clinica, borderline e nella norma si differenzia in modo significativo da quella teorica normale.

In particolare, si nota per tutte le sottoscale della SCARED e della DERS una percentuale di partecipanti maggiore, rispetto a quella attesa da distribuzione teorica (2.2%), nella fascia di rilevanza clinica,

In **Tabella 2** vengono presentate le correlazioni tra le abitudini durante il lockdown e le medie delle misure di ansia e disregolazione emotiva. Emerge un'associazione positiva della sintomatologia ansiosa e disregolazione emotiva con il numero di ore pas-

sate sui social quotidianamente, e della disregolazione emotiva con il tempo passato al telefono e in videochiamata. In particolare, si nota per tutte le sottoscale della SCARED e della DERS una percentuale di partecipanti maggiore, rispetto a quella attesa da distribuzione teorica (2.2%), nella fascia di rilevanza clinica, con valori che vanno dal 12.6% per la scala di mancanza di consapevolezza emotiva al 4.5% per la scala di non accettazione delle risposte emotive (DERS), e dal 12.4% per la scala di ansia generalizzata al 6.4% per la sottoscala di fobia scolare (SCARED).

Tabella 2.

Correlazioni di Pearson dei punteggi medi delle scale della Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) e della Difficulties in Emotion Regulation Strategies (DERS) con la frequenza di diverse attività quotidiane durante il lockdown.

	SCARED - Totale	DERS - Totale
Tempo speso per attività quotidiane		
Attività legate alla scuola	.220	.032
Attività sui social	.117**	.123**
Videochiamate e telefonate	0.07	.117**
Videogiochi	-.097*	-.096*
Lettura	.081*	.053
Televisione	.056	.029
Attività insieme a persone che vivono nella stessa casa	-.014	-.092*

** p < .01, * p < .05
 In grassetto le correlazioni con p < .003
 (in base alla correzione di Bonferroni)

Fa eccezione la scala che valuta la difficoltà nell'adottare comportamenti orientati verso un obiettivo (DERS) che presenta una percentuale di casi con punteggi di rilevanza clinica (1.2%) inferiore a quelli attesi. Un pattern di risultati simile si ritrova per la fascia di punteggi borderline, che risulta più frequente nel nostro

campione, rispetto alla distribuzione teorica, per tutte le scale, con poche eccezioni (fobia scolare della SCARED; NON ACCETTANCE e STRATEGIES per la DERS).

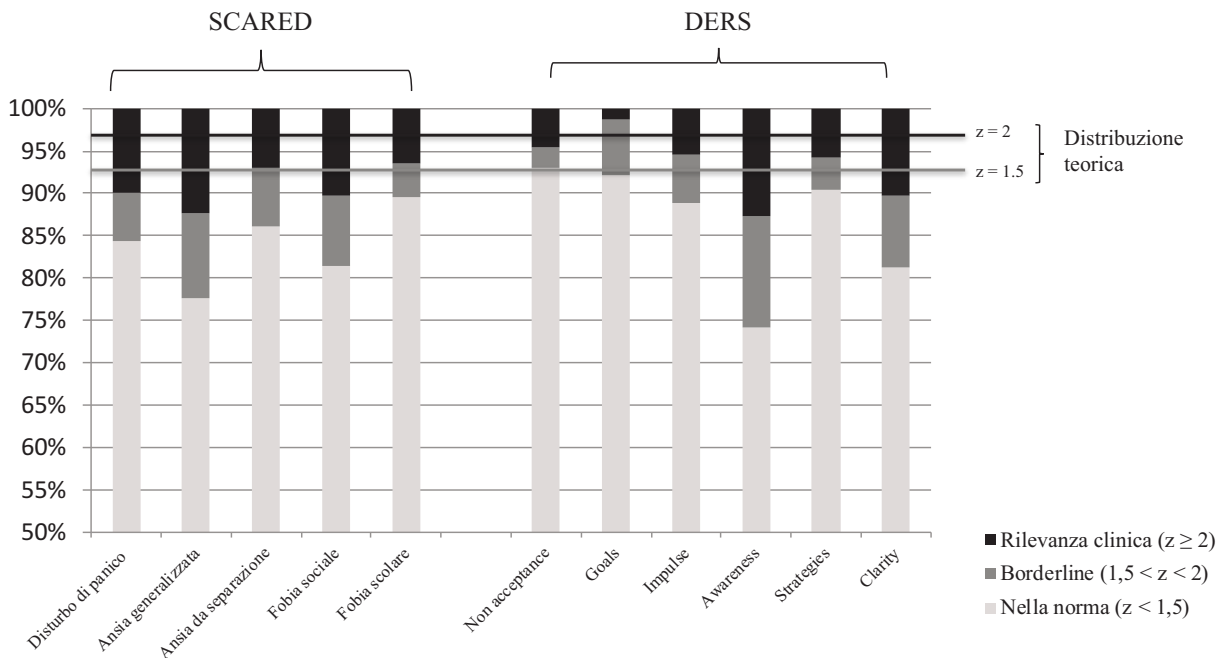
Discussione

Questa indagine, svolta sugli adolescenti italiani durante il lockdown prescritto in relazione alla pandemia di COVID-19, ha rivelato alcuni aspetti degni di attenzione. Prima di tutto, si rilevano abitudini peculiari in ragazzi di diverse fasce d'età e genere, rivelando strategie diverse nell'uso del tempo quotidiano. Emerge anche come, per tutto il campione, l'attività a cui viene dedicato più tempo durante le giornate sia quella scolastica, evidenziando il ruolo centrale che la scuola ha mantenuto nella vita dei ragazzi nonostante la modalità a distanza. Alcune delle abitudini osservate sembrano poi legate agli aspetti di ansia e disregolazione emotiva, associate con un maggior uso dei social e di videochiamate e telefonate. Non potendo essere chiarita con un'analisi correlazionale la direzione causale di questa associazione, possiamo speculare su due possibili fenomeni: l'uso frequente di strumenti per mantenere i contatti virtuali con il fine di stemperare vissuti di ansia e disregolazione, oppure un aumento di quest'ultimi dovuto all'uso eccessivo di tali strumenti. La letteratura pas-

Figura 1.

Distribuzione della frequenza di punteggi nella norma, borderline o con rilevanza clinica nelle sottoscale della Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) e Difficulties in Emotion Regulation Strategies (DERS).

Note: Per tutte le variabili, la frequenza di ragazzi con punteggi nella norma, borderline o con rilevanza clinica si distingue significativamente dalla distribuzione teorica (p < .001 per tutti gli items).



sata su sintomatologia internalizzante e uso della tecnologia (12) supporta quest'ultima ipotesi.

Di particolare interesse sono le differenze di ansia e disregolazione emotiva in base al genere e livello scolastico dei ragazzi. Globalmente, i ragazzi più grandi, e quindi in una fase più avanzata di sviluppo personale e interpersonale, sembrano tollerare meno le limitazioni del *lockdown*. Rispetto al genere, le ragazze hanno globalmente dei punteggi più alti di ansia e disregolazione. Considerando che i punteggi di del campione sono stati calcolati su valori normativi già suddivisi per maschi e femmine, le differenze di genere riscontrate nelle analisi sono ragionevolmente da attribuirsi al peso diverso che il *lockdown* ha su maschi e femmine, con conseguenze più evidenti a carico delle ragazze. Ricollegandoci all'analisi delle abitudini durante il *lockdown*, che evidenziano più frequenti attività sui social e via telefono/ videochiamata per le femmine, e vista l'associazione positiva di quest'ultime con la sintomatologia ansiosa e con la disregolazione emotiva, si può speculare che l'uso maggiore che le ragazze fanno di questi strumenti per contatti virtuali sia la causa della loro sintomatologia internalizzante più marcata. Questa possibilità andrebbe approfondita con ulteriori studi longitudinali.

L'ultimo aspetto messo in luce dai nostri risultati è l'alta incidenza di punteggi di rilevanza clinica o borderline durante il *lockdown*. Ad esempio, se consideriamo la scala di ansia generalizzata, si arriva ad avere più di un quinto del campione con sintomatologia a livello clinico o borderline. Questi risultati, parzialmente in contrasto con quelli di un recente studio con obiettivi simili (4), evidenziano il peso che il *lockdown* ha avuto sulla sintomatologia internalizzante degli adolescenti italiani, aumentando il rischio di sviluppare psicopatologie a questo livello (13).

Ricerche future dovranno indagare la possibilità che il *lockdown* abbia avuto effetti negativi a lungo termine sui ragazzi—in proposito, è previsto un *follow-up* del questionario somministrato in questo lavoro e valutare l'efficacia di eventuali interventi di supporto nella fascia d'età adolescenziale.

Bibliografia

1. Karsten J, Hartman CA, Smit JH, et al. Psychiatric history and subthreshold symptoms as predictors of the occurrence of depressive or anxiety disorder within 2 years. *Br J Psychiatry*. 2011; 198:206-212.
2. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. 2015.
3. Wang G, Zhang Y, Zhao J, et al. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*. 2020; 395:945-947.
4. Buzzi C, Tucci M, Ciprandi R, et al. The psycho-social effects of COVID-19 on Italian adolescents' attitudes and behaviors. *Ital J Pediatr*. 2020; 46:1-7.
5. Imran N, Aamer I, Sharif MI, et al. Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *Pak J Med Sci*. 2020; 36:1106-1116.
6. Skrove M, Romundstad P, Indredavik MS. Resilience, lifestyle and symptoms of anxiety and depression in adolescence: The Young-HUNT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013; 48:407-416.
7. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38:1230-1236.
8. Ogliari A, Citterio A, Zanoni A, et al. Genetic and environmental influences on anxiety dimensions in Italian twins evaluated with the SCARED questionnaire. *J Anxiety Disord*. 2006; 20:760-777.
9. Crocetti E, Hale III WW, Fermani A, et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the general Italian adolescent population: A validation and a comparison between Italy and The Netherlands. *J Anxiety Disord*. 2009; 23:824-829.
10. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004; 26:41-54.
11. Fossati A, Gratz KL, Maffei C, et al. Emotion dysregulation and impulsivity additively predict borderline personality disorder features in Italian nonclinical adolescents. *Personal Ment Health*. 2013; 7:320-333.
12. Twenge JM. Why increases in adolescent depression may be linked to the technological environment. *Curr Opin Psychol*. 2020; 32:89-94.
13. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Mennin DS, et al. Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behav Res Ther*. 2011; 49:544-554.

Corrispondenza:

Gabriella Cinzia Pozzobon

UO Pediatria IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano,

Presidente SIMA Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza

E-mail: pozzobon.gabriella@hsr.it

Focus on: l'impatto della pandemia COVID-19 sulla psiche, sul comportamento e sulla socializzazione degli adolescenti

Marta Cacciatore, Eleonora Grasso, Mauro Lizzi, Cristina Gentile, Ludovica Di Francesco, Giovanni Farello

Medicina Clinica, Sanità pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Clinica Pediatrica, Università degli Studi dell'Aquila.

Riassunto

Le misure restrittive alle quali siamo stati sottoposti in seguito alla pandemia da COVID-19 hanno avuto un forte impatto emotivo su tutta la popolazione. Ad oggi i dati disponibili in letteratura riguardo gli effetti psicologici di tali misure negli adolescenti sono ancora scarsi. Dagli studi disponibili è emerso che le criticità riscontrate durante la fase acuta, come la limitazione sociale ed il sovvertimento della normalità quotidiana hanno provocato ansia, preoccupazione ed altri sintomi depressivi. Tali sintomi non sono poi cessati con il ritorno alla normalità, in seguito al quale, persistono inoltre problematiche correlate alla recessione economica. Tali conseguenze possono colpire potenzialmente ogni adolescente, da ciò la necessità di identificare precocemente i soggetti più a rischio.

Parole chiave: Adolescenti, COVID-19, psiche, comportamento, socializzazione.

Focus on: the impact of COVID-19 pandemic on the psyche, on behavior and on socialization of teenagers

Summary

The restrictive measures adopted because of the COVID-19 pandemic have had a deep emotional impact on the whole population. To date, the data available in literature on the psychological effects of these measures in adolescents have been scarce. The available evidence showed that the challenges faced in the "acute phase", like social isolation and the disruption of the normal routine caused anxiety, distress and other depressive symptoms. These symptoms did not stop after return to normality, after which challenges related to the economic crisis remain. These consequences may potentially affect every adolescent, hence the need for an early detection of the highest risk individuals.

Key words: Adolescents, COVID-19, psychological effects, behavior, socialization.

Introduzione

In seguito alla definizione da parte dell'OMS della malattia da COVID-19 come pandemia, i governi mondiali hanno avviato misure di contenimento basate sul distanziamento, l'isolamento sociale e la quarantena. Sebbene necessarie, queste misure hanno avuto un forte impatto psicologico sulla popolazione adolescente, con implicazioni significative su vari aspetti della salute e della quotidianità su scala mondiale.

L'impatto del lockdown e della quarantena sulla popolazione generale è innegabile; fattori di stress come la durata prolungata dell'isolamento, i timori di infezione, la frustrazione e la noia, le informazioni inadeguate, la mancanza di contatto con compagni

di classe, amici e insegnanti, la mancanza di spazio personale in casa e la perdita finanziaria della famiglia possono avere effetti ancora più problematici e duraturi su bambini e adolescenti.

I dati della letteratura

Ad oggi i dati disponibili in letteratura riguardo gli effetti psicologici di tali misure su tale fascia di età, in seguito all'ultima epidemia da Coronavirus, sono ancora scarsi. Da una recente revisione della letteratura emerge come l'impatto della pandemia sia variabile, sostanziale ed esteso nel tempo (1). Diversi autori hanno analizzato le principali criticità che hanno avuto un impatto

psicologico sugli adolescenti manifestatesi durante le diverse fasi della pandemia, considerando la perdita dal punto di vista sociale, l'interruzione dei servizi di assistenza psicoterapeutica conseguente al rivoluzionamento dei sistemi ospedalieri per fronteggiare l'emergenza, l'aumento dell'esposizione al rischio di fenomeni di adescamento in rete e all'incremento dei casi di violenza domestica e di maltrattamento infantile (1, 3).

Tra i dati a disposizione vi sono quelli di uno studio condotto dal Ministero della Salute e del Welfare Familiare Indiano (4) su una popolazione di 121 bambini ed adolescenti, di età compresa tra i 9 ed i 18 anni, sottoposti a quarantena per una durata di 14 giorni, presso il proprio domicilio o presso strutture pubbliche attrezzate. Tali dati sono stati poi confrontati con quelli raccolti in una popolazione di bambini ed adolescenti non sottoposti a quarantena. Entrambi i gruppi sono stati intervistati insieme ai genitori, attraverso un questionario, sulla conoscenza delle misure di quarantena, il rispetto e gli effetti psicologici della stessa. Circa il 73% degli adolescenti ha identificato nella quarantena uno strumento utile per proteggere la comunità, ma solo il 51,23% ha compreso che le restrizioni erano strumenti volti a proteggere anche i membri della propria famiglia. Per gran parte dei bambini ed adolescenti (il 65,2%) la restrizione più difficile da rispettare è stata quella di non uscire di casa con la conseguente impossibilità di socializzare.

Dai dati relativi all'impatto psicologico delle misure restrittive, è emerso che preoccupazione (68,5%), impotenza (66,1%) e paura (61,9%) sono stati i sentimenti più comuni vissuti durante la quarantena.

I bambini e gli adolescenti in quarantena hanno presentato problemi psicologici statisticamente più significativi rispetto a quelli che non erano in quarantena. In particolare, per la paura ($p < 0,0001$), nervosismo ($p < 0,0001$) e irritabilità ($p < 0,001$). Inoltre, nel gruppo di pazienti sottoposti a misure restrittive, sono risultati più comuni l'insonnia legata all'ansia, l'isolamento e la noia (sebbene non statisticamente significativa). È inoltre utile sottolineare che problemi psicologici come preoccupazione, impotenza e paura sono stati principalmente associati alla perdita del lavoro del padre, alle perdite finanziarie familiari e all'indisponibilità dei beni materiali per la propria famiglia.

Da uno studio (5) condotto invece in Cina, su una Popolazione di 8079 partecipanti, di età compresa tra i 12 ed i 18 anni, è emersa, tramite un'indagine eseguita con un questionario on-line, una prevalenza di sintomi depressivi, sintomi d'ansia e una combinazione di sintomi depressivi e di ansia rispettivamente del 43,7%, 37,4% e 31,3%. La percentuale di sintomi depressivi e di ansia è risultata maggiore nella popolazione proveniente da zone rurali rispetto agli studenti delle città, più alta nelle donne rispetto agli uomini e maggiore tra gli adolescenti che frequentavano scuole di ultimo grado rispetto agli adolescenti all'inizio dei loro studi. Tra i sintomi più comuni della depressione sono stati registrati il poco interesse o piacere nel fare le cose (53,9%), la stanchezza o la poca energia (48,4%), lo scarso appetito o l'eccessiva voglia

di cibo (45,6%). Mentre, tra i sintomi d'ansia, i più comuni sono stati la sensazione di nervosismo (53,6%), la preoccupazione eccessiva (47,3%) e l'irritabilità (47,0%). Inoltre, in pazienti che presentavano tali sintomi, la conoscenza dei dati e delle misure restrittive dell'epidemia, sono risultati inferiori rispetto agli adolescenti senza sintomi depressivi o di ansia. Da tali dati emerge, quindi, che il livello culturale e la piena e corretta conoscenza del fenomeno possono aiutare nel prevenire sintomi d'ansia e depressione.

In uno studio condotto nel Regno Unito, che ha incluso 2,111 partecipanti, di età inferiore a 25 anni, con una storia di disturbi psichiatrici, l'83% dei pazienti dichiarava un peggioramento delle proprie condizioni cliniche (6).

Numerose sono stati gli studi atti a fornire consigli e strategie per arginare l'impatto negativo del lockdown sulla vita degli adolescenti (7-9). Ad esempio, in quasi tutto il mondo, le autorità educative hanno sviluppato portali online per garantire un normale svolgimento delle lezioni ed una progressione dell'insegnamento; tuttavia sembra inevitabile che gli effetti negativi sull'apprendimento potranno incidere sulla salute psicologica degli studenti. Accanto alle piattaforme di studio potrebbero, quindi, nascere delle piattaforme di supporto e consulenza psicologica, volte soprattutto alla delicata fascia d'età adolescenziale.

Anche l'UNFPA ha dedicato una sezione apposita nel proprio sito web per fornire spunti ai ragazzi, ai genitori, alle scuole e per rispondere alle principali domande che potrebbero porsi i ragazzi durante questo delicato periodo storico (10). Tra le risorse fornite vi è una serie di *webinar* intitolati "Coping with COVID" dedicati, allo scopo di incrementare la consapevolezza sull'importanza della salute psicologica tra i giovani e di potenziare le risorse e gli eventuali interventi da mettere in atto.

Seguendo l'esempio della Cina (11), tutti gli Stati dovrebbero implementare i servizi dedicati alla salute mentale pubblica, creare una rete assistenziale nazionale e preparare linee guida dedicate (12).

Tuttavia, in una visione esageratamente ottimistica, è possibile che la pandemia di COVID-19 possa aver avuto risvolti positivi nei confronti di questa generazione. Tra quelli proposti vi è il recupero dei legami con i genitori, il sollievo dei bambini colpiti da fenomeni di bullismo a scuola e soprattutto un'occasione di crescita personale e di una nuova attitudine nei confronti del superamento di situazioni stressogene. Tuttavia, bisogna considerare come l'importanza del contesto socio-demografico e tratti caratteriali abbiano un ruolo fondamentale nel determinare questa crescita psicologica, e quindi come questa opportunità possa acuire squilibri già esistenti.

Una delle sfide più importanti, che si prospettano nel futuro, è caratterizzata dal ritorno alla normalità e/o ad imparare a convivere con le sequele della pandemia tra le quali: la recessione economica, la perdita della continuità dei trattamenti sanitari, i danni emotivi causati da eventuali abusi familiari e la riduzione dell'aspettativa di vita. Queste conseguenze possono colpire poten-

zialmente ogni adolescente, da ciò la necessità di identificare i soggetti più a rischio.

Conclusioni

La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto sulla salute mentale degli adolescenti. Durante la fase acuta le principali criticità sono state rappresentate dalla limitazione sociale, dal sovvertimento della normalità, dal forte contesto di preoccupazione e di ansia. In seguito al lento ritorno alla normalità persistono problematiche correlate alla recessione economica e ai disturbi post traumatici conseguenti alla pandemia.

Nella fase di ripresa assumeranno una grande importanza la ripartenza dei rapporti sociali, il ristabilirsi degli equilibri familiari e la ripresa della attività assistenziale. Una particolare attenzione dovrà essere dedicata all'osservazione della sintomatologia e al comportamento di questi ragazzi, il supporto e la disponibilità di risorse e servizi dedicati alla prevenzione avranno un ruolo chiave nel ristabilire il benessere psicologico delle generazioni colpite.

Bibliografia

1. Brooks K, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 369:912-920.
2. Ferget JM, Vitello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020;14:20. Published 2020 May 12.
3. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet*. 2020;4:421.
4. Saurabh K, Ranjan S. Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to Covid-19 Pandemic. *Indian J Pediatr*. 2020; 87:532-536.
5. Zhou S, Zhang L, Wang L, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020; 29:749-758.
6. <https://youngminds.org.uk/about-us/reports/coronavirus-impact-on-young-people-with-mental-health-needs/>
7. Wang G, Zhang Y, Zhao J, et al. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*. 2020; 395:945-947.
8. Yang Y, Li W, Zhang Q, et al. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4):e19.
9. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4):300-302.
10. Adolescents and Young People & Coronavirus Disease (COVID-19) UPDATED. Coronavirus Disease (COVID-19) Preparedness and Response - UNFPA Technical Briefs V March 24, 2020.
11. Wu JL, Pan J. The scarcity of child psychiatrists in China. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6:286-287.
12. Cui Y, Ying Li Y, Zheng Y. Mental health services for children in China during the COVID-19 pandemic: results of an expert-based national survey among child and adolescent psychiatric hospitals. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020; 29:743-748.

Corrispondenza:

Giovanni Farello

Medicina Clinica, Sanità pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente
Clinica Pediatrica - Università degli Studi dell'Aquila
Via Giuseppe Petrinì (Delta 6, Edificio "Rita Levi Montalcini")
67100 Coppito (AQ)

Un adolescente con insolita sintomatologia ai tempi del COVID-19

Rossella Gaudino¹, Maya Lorenzi¹, Rosa Bruna Dall'Agnola²,
Riccardo Bortoletto³, Marta Silvestri³, Federica Mondini³,
Elena Puttini³, Chiara Cainelli³, Mirella Ruggeri²,
Leonardo Zoccante³, Marco Colizzi^{2,3,4}

¹ Clinica Pediatrica, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Odontostomatologiche e Materno-infantili, Università degli Studi di Verona;

² Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Biomediche e scienze Motorie, Università degli Studi di Verona;

³ Unità di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento Integrato della Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona;

⁴ National Institute for Health Research (NIHR) Biomedical Research Centre (BRC), South London and Maudsley NHS Foundation Trust, and Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, United Kingdom.

Introduzione

Nel dicembre 2019 un numero crescente di casi di polmonite di eziologia sconosciuta colpì la città di Wuhan (1). I casi furono ricondotti al mercato del pesce di Wuhan con l'ipotesi che il patogeno, identificato poi nel gennaio 2020 nel nuovo coronavirus, SARS-CoV-2, dall'analisi del lavaggio bronco-alveolare di un paziente, venisse trasmesso da animali vivi (2). La zoonosi da coronavirus 2019 (COVID-19) è però trasmissibile anche da persona a persona ed in questo modo si è rapidamente diffusa in tutto il mondo, fino a portare l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) alla dichiarazione dello stato di pandemia l'11 marzo 2020.

Il COVID-19 è divenuto un'emergenza sanitaria pubblica internazionale ed ha richiesto uno sforzo coordinato e urgente per contenere la pandemia. L'attenzione globale nei confronti dei pazienti infetti e del rischio per il personale sanitario è stata accompagnata da una preoccupazione crescente per il possibile impatto psicologico della pandemia su tutta la popolazione.

L'isolamento, la restrizione dei contatti personali e lo shutdown hanno imposto un cambiamento radicale dell'ambiente psicosociale nei paesi colpiti. L'importante carico di pressione che ne è derivato può far scaturire sentimenti d'ansia, stress e violenza sia nei bambini e adolescenti che nelle loro famiglie (3). I disturbi più spesso riscontrati sono stati ansia e depressione, ma anche confusione, rabbia e stress post-traumatico. Inoltre, i soggetti con un disturbo mentale preesistente sono risultati maggiormente a rischio di ricaduta, sia tra gli adulti che nel settore pediatrico. Le ragioni di questo comportamento sono varie: innanzitutto una persona con un disturbo neurocognitivo/psichiatrico ha una

Riassunto

All'inizio del 2020, un nuovo coronavirus (2019-nCoV) ha portato ad una condizione pandemica e potenzialmente fatale. Al di là dei rischi strettamente correlati all'infezione, sono state espresse preoccupazioni per l'impatto psicologico che COVID-19 può avere, soprattutto negli individui vulnerabili con condizioni di salute mentale preesistenti. Il disturbo dei sintomi somatici (SSD) è caratterizzato da una preoccupazione disfunzionale con sintomi fisici che porta a un utilizzo sanitario eccessivo e non necessario. È spesso in risposta a un evento stressante nella propria vita. Discutiamo il caso clinico di un adolescente di 16 anni, che ha presentato una storia suggestiva di infezione da COVID-19 e disagio mentale associato. Nonostante i test negativi per la presenza di SARS-CoV-2, le sue estreme e persistenti preoccupazioni per la salute hanno richiesto un ricovero presso l'unità neuropsichiatrica del bambino e dell'adolescente di Verona. Il ragazzo ha risposto rapidamente ad una bassa dose di antipsicotico e un antidepressivo. Sulla base della sua storia medica ha ricevuto una diagnosi di SSD. L'importanza di riconoscere la paura del COVID-19 come possibile trigger causale dell'SSD e della sua esacerbazione, al fine di migliorare la sua diagnosi precoce e prevenire ulteriori oneri per il sistema sanitario risulta di estrema importanza per il medico pediatra e per l'adolescentologo.

Parole chiave: Coronavirus, sintomi somatici, ansietà, sintomi ossessivo compulsivi, psichiatria dell'infanzia e adolescenza.

An adolescent with unexplained symptoms in the times of COVID-19

Summary

In early 2020, a new coronavirus (2019-nCoV) led to a potentially fatal and pandemic condition. Beyond the risks closely related to infection, concerns have been expressed about the psychological impact that COVID-19 can have, especially in vulnerable individuals with pre-existing mental health conditions. Somatic symptom disorder (SSD) is characterized by a dysfunctional concern with physical symptoms that lead to excessive and unnecessary use of health services. It is often present in response to a stressful life event. We report a 16-year-old teenager, who presented a suggestive history of COVID-19 associated to mental distress. Despite the negative tests for the presence of SARS-CoV-2. His extreme and persistent health concerns required hospitalization at the neuropsychiatric unit of the child and adolescent. He quickly responded to a treatment with low dose of antipsychotic and antidepressant. Based on his medical history and current presentation, he received a conclusive diagnosis of SSD. Therefore, paediatricians and adolescentologists should consider this potential association for an early diagnosis and treatment.

Key words: Coronavirus; 2019-nCoV, Somatic Symptom Disorder (SSD), anxiety, obsessive compulsive symptoms, child and adolescent psychiatry.

maggior probabilità di essere soggetta ad infezioni (4), avendo maggiori difficoltà nell'apprezzare le raccomandazioni per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 (5). In secondo luogo, l'accesso alle cure mediche, che può essere ritardato a causa del sovraccarico del sistema sanitario dovuto alla pandemia, può essere particolarmente difficile a causa di discriminazioni o di presentazioni cliniche più ambigue. Infine, l'adozione di misure a livello nazionale, che progressivamente hanno ridotto i movimenti delle persone, e l'introduzione della quarantena ha esitato in difficoltà crescenti nell'accedere ai servizi sanitari e nell'organizzare sedute psichiatriche, poiché considerate non urgenti. Tra le difficoltà riscontrate da questi pazienti, anche la riorganizzazione della vita familiare, la perdita della stabilità sociale con l'impossibilità di frequentare amici, scuola e attività sportive, la paura di perdere persone care e le chiusure delle strutture di supporto a causa della crisi economica e, con esse, le opportunità di evasione dalla vita di tutti i giorni.

Nella popolazione pediatrica, l'infezione ha provocato un numero inferiore di casi critici, comparato alla popolazione adulta, ma le evidenze disponibili sono tuttora scarse (6). Tuttavia, è ormai ben noto il disagio psicologico provocato dalla pandemia anche tra la popolazione pediatrica e l'adolescenza è, in particolare, in un periodo critico per la potenziale manifestazione di disturbi neurocognitivi.

Caso clinico

Riportiamo un caso emblematico di cui abbiamo avuto esperienza all'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona nel marzo 2020 che *Colizzi et al.* (7) hanno descritto e pubblicato in maniera esaustiva recentemente (7).

Un adolescente di 16 anni di etnia caucasica, noto da gennaio 2020 poiché in trattamento psicologico per un emergente disturbo dell'alimentazione, giunse al Pronto Soccorso con riferita febbre fino a 38.7°C, da più di tre giorni, probabile sviluppo di delirium con intervalli di lucidità progressivamente più ridotti, malessere generalizzato, dispnea e alterazione della sensibilità olfattiva e del gusto. Ad una prima valutazione si riscontrò una temperatura di 38°C, una saturazione di ossigeno del 97%, una pressione arteriosa di 135/70 mmHg ed una frequenza cardiaca di 100 bpm. Dall'anamnesi emerse un contatto, durante una cena di circa 10 giorni prima, con una persona potenzialmente affetta da COVID-19, poiché presentava tosse severa ed altri sintomi influenzali non meglio specificati. La madre del paziente aveva espresso in quell'occasione preoccupazione per il rischio che l'ospite avesse il COVID-19, esponendo il figlio all'infezione.

Fu eseguito un tampone naso-faringeo per testare la presenza di sequenze genomiche di SARS-CoV-2. Il paziente si presentava parzialmente collaborante e a tratti agitato, ma all'esame clinico non venne riscontrata alcuna alterazione cardiovascolare, polmonare, addominale o neurologica. All'ingresso in Pronto

Soccorso (PS) aveva presentato un episodio di perdita del controllo degli sfinteri, con incontinenza sia urinaria che fecale ed a causa di una crescente preoccupazione per il suo stato di salute, in un breve stato di estrema agitazione con tentativo di fuga dal PS. Né gli esami ematici o urinari, né gli approfondimenti radiologici eseguiti (radiografia e TC torace) mostrarono alterazioni compatibili con COVID-19 e le successive rilevazioni della temperatura corporea mostrarono valori nella norma. Dopo circa 4 ore, anche il tampone nasofaringeo risultò negativo. Tuttavia, nonostante le rassicurazioni del personale sanitario, il paziente preferiva restare a letto disteso in posizione fetale coprendo il suo viso con le lenzuola, in uno stato di chiara agitazione.

La valutazione neuropsichiatrica eseguita il giorno seguente, durante la quale il paziente si mostrò con umore leggermente depresso, permise, con l'aiuto della madre, una raccolta anamnestica adeguata. Il contenuto del pensiero appariva congruo, nonostante l'umore disforico; fu osservato uno stato di grave ansia che evolveva in confusione mentale e perdita del controllo, con espressione di tensione ed emozioni non modulate, senza preoccupazioni per le conseguenze. I processi di pensiero erano disorganizzati e il contenuto del pensiero rivelava paure sul suo stato di salute tendenti ad un'intensità delirante, nell'assenza di idee suicidarie e allucinazioni. L'orientamento temporale appariva parzialmente compromesso, specialmente in riferimento agli ultimi giorni in cui il suo stato di salute era peggiorato rapidamente. Il paziente venne quindi ricoverato presso l'Unità di Neuropsichiatria Infantile per ulteriori valutazioni e l'avvio di una terapia antipsicotica con olanzapina.

Durante il ricovero, il paziente manifestò le proprie preoccupazioni per i sintomi psicosomatici di cui aveva sofferto fino a quel momento che, nonostante le rassicurazioni date dalla negatività di tutti gli accertamenti eseguiti, interferivano con le sue emozioni ed il suo comportamento, i pensieri relativi alla severità dei suoi sintomi apparivano eccessivi e sproporzionati. Dopo aver osservato reazioni di ansia rilevanti e fluttuazioni dell'umore verso uno stato depressivo, fu avviata una terapia con paroxetina. Nelle settimane seguenti, ci fu un miglioramento progressivo del suo stato clinico ed un maggior benessere soggettivo.

Dall'intervista strutturata per DSM-5 (8), è emerso chiaramente che aveva vissuto simili preoccupazioni riguardo alla parapsesi, portando a formulare l'ipotesi che avesse sofferto di un attacco acuto di Disturbo di Conversione con debolezza/paralisi. Rivolgendo maggior attenzione al suo disturbo del comportamento alimentare emerse la presenza di sintomi gastrointestinali e di paure nei confronti di alcuni cibi considerati insani (come i condimenti), rischiosi o sgradevoli, (come la carne), che lo indussero a cambiare le sue abitudini alimentari. La difficoltà a guadagnare peso non sembrava perciò correlata ad un'immagine distorta del proprio corpo, ma piuttosto ad un disordine evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.

La scala per la valutazione del QI era complessivamente nel range di normalità, ma emerse un profilo altamente eterogeneo,

con valori nei test sulla velocità di processamento del pensiero in un range estremamente basso. Le scale SAFA suggerivano la presenza di ansia, sintomi somatici ed ipocondria e sintomi ossessivo-compulsivi, con depressione borderline e disturbi del comportamento alimentare psicogenici vicino al cut-off per risultato patologico.

Il paziente è stato dimesso con una diagnosi di Disturbi di Somatizzazione, di entità grave e persistente, in accordo con il DSM-5, con l'indicazione a proseguire a domicilio il trattamento con olanzapina e paroxetina ed a proseguire la presa in carico sia nutrizionale che psichiatrica. Ai controlli ad 1 e 3 settimane il ragazzo si presentava clinicamente stabile e soggettivamente in benessere, riportando solo minimi sintomi somatici.

Discussione

La pandemia da COVID-19 può suscitare forti reazioni di paura nella popolazione generale. La rapida evoluzione dell'infezione (9), l'obbligo alla quarantena (10) e l'evidenza di un possibile esito fatale (11) possono condurre a preoccupazioni esagerate nella società, le quali possono degenerare in accresciute risposte di ansia e stress, risultanti a loro volta in comportamenti e richieste di aiuto fuori luogo.

Provvedimenti così estremi come la quarantena, impongono la massima attenzione alla ricerca di strategie per rendere questa esperienza il più tollerabile possibile. Risulta fondamentale spiegare al meglio e in modo chiaro non solo agli adulti, ma anche agli adolescenti ed ai bambini quello che sta accadendo, il perché e le tempistiche di durata, per quanto valutabile, sviluppare attività per fronteggiare la quarantena, come è stato per lo sviluppo della telemedicina o l'attività scolastica via web, assicurare la disponibilità di forniture base di cibo, acqua e farmaci (12). All'interno delle famiglie i genitori hanno avuto la responsabilità di spiegare ai figli la pandemia, sostenendoli in un momento in cui anch'essi stanno affrontando nuove paure ed incertezze (13). Enorme è lo stress psicologico che colpisce l'intera famiglia, ancor più se gravata da perdita dell'impiego lavorativo, quindi dello stipendio. Nei tempi di recessione economica, inoltre, è stata riscontrata un'umentata probabilità di incorrere nella violenza domestica.

L'adolescente descritto ha presentato una riesacerbazione sintomatica di SSD grave e persistente da paura dell'infezione da SARS-CoV-2. Inizialmente, considerando il background del paziente e dopo aver escluso il COVID-19, i colleghi della neuropsichiatria infantile si sono trovati di fronte alla presenza di una preoccupazione disfunzionale con sintomi fisici, che poteva avere o meno una sottostante infezione. Secondo il DSM-5, in ogni caso, una condizione medica nota che spieghi i sintomi somatici non preclude comunque la diagnosi di SSD se il distress del paziente è eccessivo rispetto a quello che ci si aspetta.

L'SSD è una condizione abbastanza diffusa, ma ancora misco-

nosciuta, anche in ambienti psichiatrici, e ancor più in ambienti pediatrici o di medicina generale, portando a sforzi considerevoli per le risorse sanitarie attraverso aumentate visite mediche, di Pronto Soccorso e specialistiche, così come approfondimenti diagnostici e ricoveri. In un periodo come questo è importante perciò, alla comparsa di sintomi da COVID-19, operare una diagnosi differenziale con l'esacerbazione di una SSD preesistente, innescata dalla paura di essere infetti, anche per prevenire ulteriori carichi sul sistema sanitario.

Conclusioni

Gli adolescenti devono essere considerati parte di quella popolazione più fragile perché a rischio di disagio psichico insito della loro età. Sarà, quindi, fondamentale attuare programmi di prevenzione e di intervento mirati alle loro esigenze specifiche e alle possibili conseguenze, a lungo termine sul loro stato di salute. Ne deriva, l'importanza di riconoscere la paura del COVID-19 come possibile trigger causale dell'SSD e della sua esacerbazione, al fine di migliorare la sua diagnosi precoce e prevenire ulteriori oneri per il sistema sanitario.

Bibliografia

1. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020; 382:1199-1207.
2. Lu R, Zhao X, Li J, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020; 395:565-574.
3. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020;14:20.
4. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4):e21.
5. Shinn AK, Viron M. Perspectives on the COVID-19 Pandemic and Individuals with Serious Mental Illness. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3):20com13412. Published 2020 Apr 28.
6. Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics*. 2020; 145(6):e20200702.
7. Colizzi M, Bortoletto R, Silvestri M, et al. Medically unexplained symptoms in the times of Covid19 pandemic: a case-report. *Brain, Behav Immun - Heal*. 2020; 5:100073.
8. First MB., Williams JBW., Karg RS., Spitzer RL. *American Psychiatric Association; Arlington, VA: 2015. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*.
9. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed*. 2020; 91:157-160.
10. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style

public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020; 27(2): taaa020.

11. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA.* 2020; 10.1001/jama.2020.4683.

12. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of

quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020; 395:912-920.

13. Witt A, Ordóñez A, Martin A, et al. Child and adolescent mental health service provision and research during the Covid-19 pandemic: challenges, opportunities, and a call for submissions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2020; 14:19.

Conflitto d' interesse

Nessun autore dichiara conflitti di interesse per il contributo in oggetto.

Eticità

Il contributo è inedito ed il suo contenuto è conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca.

Corrispondenza:

Rossella Gaudino

Clinica Pediatrica, Dipartimento di Scienze Chirurgiche,
Odontostomatologiche e Materno-infantili,
Università degli Studi di Verona
Piazzale Aristide Stefani, 1 - 37126, Verona
E-mail: rossella.gaudino@univr.it

Indagine sulla Didattica a Distanza (DaD): Opinioni di docenti, genitori e studenti della scuola primaria e secondaria durante l'epidemia italiana di COVID-19

Carlo Alfaro

U.O.C. di Pediatria - OO.RR. Area Stabiese, Castellammare di Stabia, Napoli

Riassunto

Tra le strategie di restrizione dei contatti sociali imposte dal dilagare nel 2020 della pandemia di COVID-19 provocata da SARS-CoV-2 ai fini di contenerne la diffusione, la sospensione della frequenza delle scuole di ogni ordine e grado e delle università a livello globale, per far fronte alla quale UNESCO ha raccomandato l'uso di programmi di didattica a distanza, invito in Italia prontamente recepito dal MIUR. Nella ricerca, vengono raccolte e catalogate le testimonianze libere sulla loro esperienza (attraverso domande aperte) di docenti, genitori e studenti delle classi scolastiche per cui vige l'obbligo scolastico, primo ciclo di istruzione (scuola primaria, già scuola elementare, e scuola secondaria di primo grado, già scuola media inferiore) e secondo ciclo di istruzione (scuola secondaria di secondo grado o scuola media superiore) nell'arco di tre mesi (aprile, maggio, giugno). Ne risulta un quadro variegato, ricco di pregi ma anche limiti, questi ultimi tanto maggiori quanto minore è l'età degli studenti, ma in ogni caso tutti gli attori auspicano un ritorno alla scuola in presenza, magari integrata dalla didattica on line per quelli che si sono dimostrati vantaggi come l'acquisizione di una maggiore competenza digitale di docenti e studenti.

Parole chiave: Didattica a Distanza, COVID-19, Epidemia italiana da SARS-CoV-2.

Distance Education Survey (DaD): Opinions of teachers, parents and students of primary and secondary school during the epidemic of COVID-19

Summary

In the COVID-19 pandemic over the 2020, policies of social distancing and home confinement plays a key-role to prevent the spread of SARS-CoV-2, also included suspension of schools and universities over the world. UNESCO recommended, against COVID-19 educational disruption, programs of Distance Learning, so in Italy MIUR gave directions for put them in place. The author reports witnesses about their experience with Distance Learning of teachers, parents and student of primary and secondary school in Italy over three months (april, may, june). Results show many strengths but also several limitations, specially for younger students, but all - teachers, parents and student- hope to return to school in attendance, only integrated, but never replaced, by Distance Learning.

Key words: Distance Learning, COVID-19, Italian outbreak by SARS-CoV-2.

La rapida diffusione della pandemia da COVID-19 provocata da SARS-CoV-2 ha costretto i Paesi a mettere in atto norme stringenti di distanziamento sociale, restrizione dei contatti interpersonali e isolamento in casa. Nelle misure previste è compresa la sospensione della frequenza scolastica, di ogni ordine e grado e

delle università, sia per evitare che bambini ed adolescenti, benché colpiti in proporzione minore e con minore gravità, possano essere vettori dell'infezione per i loro familiari amplificandone la diffusione, sia per ridurre le movimentazioni di persone per le strade e sui mezzi di trasporto pubblico.

Secondo i dati UNESCO, al 17 aprile 2020, ben 191 Paesi nel mondo hanno fermato l'attività didattica in tutto il territorio nazionale. Le misure hanno portato alla sospensione della didattica per circa il 93% degli studenti nel mondo.

In Italia, dall'8 marzo, oltre 9 milioni di studenti hanno dovuto rinunciare all'istruzione tramite lezioni in aula. In risposta alla chiusura delle scuole, UNESCO ha raccomandato l'uso di programmi di didattica on line per minimizzarne gli effetti su educazione, cultura e informazione delle nuove generazioni. In Italia, il Dpcm dell'8 marzo 2020 ha recepito l'invito predisponendo che i dirigenti scolastici attivassero tale modalità di didattica per tutta la durata della sospensione delle attività in presenza nelle scuole. Il MIUR ha messo a disposizione all'uopo una serie di strumenti a titolo totalmente gratuito per supportare le istituzioni scolastiche nel riconfigurare le modalità di apprendimento nella Didattica a Distanza (DaD): Webinar di formazione promossi da Indire; piattaforme certificate come Google suite for Education, Office 365 Education A1, Weschool; strumenti Office gratuiti; materiali e contenuti multimediali per lo studio da RaiPlay, Treccani scuola, Fondazione Reggio Children, Maturadio, Humans to Humans, UNICEF Italia, Telefono Azzurro, Parole ostili. Agli strumenti segnalati dal MIUR, si sono aggiunti i tool online e le risorse digitali per continuare a studiare da casa di Pearson, Cisco, Google, IBM e Weschool by Tim e i programmi TV di Rai Cultura, che ha modificato i suoi palinsesti per dare spazio ad approfondimenti su letteratura, teatro e storia.

Al termine dell'esperienza, il mondo scientifico, istituzionale, politico, oltre che docenti, genitori e studenti, si sono fermati a riflettere ed interrogarsi per mettere sul piatto della bilancia pregi e limiti, opportunità e criticità di quello che ha rappresentato, di fatto, un epocale esperimento educativo-scolastico.

Dal mio osservatorio privilegiato di pediatra, e quindi in contatto col mondo delle famiglie, ho svolto un'indagine conoscitiva sull'esperienza con la DaD chiedendo una loro testimonianza a docenti, genitori e studenti delle classi scolastiche per cui vige l'obbligo scolastico, ossia nella fascia di età compresa tra 6 e 16 anni. L'indagine è stata effettuata nell'arco di tre mesi (aprile, maggio, giugno) in tutti i setting disponibili: incontri in occasione di visite mediche o consulenze telefoniche, incontri casuali in luoghi di ritrovo, gruppi facebook e whats app, invio di una mail alle famiglie presenti nella mia mailing list. Le risposte sono arrivate da varie Regioni italiane, ma più segnatamente (80%) dalla mia realtà locale (Penisola sorrentina e area stabiese). Ho raccolto le testimonianze di 2182 persone, così distribuite:

a. Primo ciclo di istruzione (scuola primaria, già scuola elementare, e scuola secondaria di primo grado, già scuola media inferiore): numero docenti 287, genitori 602, studenti 274.

b. Secondo ciclo di istruzione (scuola secondaria di secondo grado o scuola media superiore: Licei; Istituti tecnici; Istituti professionali): numero docenti 304, genitori 446, studenti 269.

Ho preferito realizzare l'indagine attraverso una domanda aperta di tipo esplorativo ("raccontami la tua esperienza con la DaD")

piuttosto che in forma di questionario a risposte multiple predefinite, per lasciare libero spazio alle esigenze degli intervistati di fornire un feedback con parole proprie, esprimendo il loro pensiero critico e la loro opinione incondizionata, integrando poi le loro risposte con altre domande per comprendere meglio il pensiero espresso. Ciò ha reso i dati più difficilmente quantificabili, per cui ho dovuto arbitrariamente raggruppare le risposte in gruppi sovrapponibili di osservazioni, che ho poi suddiviso in due grandi blocchi, pregi e difetti della DaD.

Vantaggi della DaD

1) Apertura della Scuola al digitale

La cultura digitale è parte integrante della vita odierna, in particolare dei giovani, e la scuola non può non tenerne conto. Il linguaggio digitale è quello che i giovani maggiormente utilizzano per informarsi, comunicare e confrontarsi.

La pandemia ha accelerato la rivoluzione digitale della scuola che era comunque inesorabilmente alle porte. L'esperienza della DaD ha posto la consapevolezza che gli strumenti digitali sono utili supporti nell'organizzazione degli apprendimenti e nella formazione, consentendo a docenti e allievi la scoperta di molte potenzialità della tecnologia applicata alla didattica. Per gli insegnanti è stata un'occasione di aggiornamento rapido, attraverso tutorial e siti on line, per carpire strategie e metodologie e usare accessori e programmi utili alla didattica on-line. Molti di loro hanno dovuto svecchiare gli usuali metodi didattici, hanno imparato a fare slides ed a creare lezioni più interattive. Per i ragazzi vi è stata l'opportunità di adattare allo studio competenze che usavano per svago. Tale accelerazione tecnologica della scuola, imposta dall'emergenza sanitaria, non andrebbe sprecata o accantonata. Hanno espresso questa opinione, nel primo ciclo di istruzione, il 50% dei docenti, il 15% dei genitori, il 35% degli studenti; nel secondo ciclo di istruzione il 94% dei docenti, il 50% dei genitori, il 65% degli studenti.

2) Proseguimento dei programmi scolastici e preservazione degli apprendimenti nonostante lo stop della scuola in presenza

La DaD, pur con i suoi difetti, è stata necessaria; se non ci fosse stata, si sarebbe perso un intero anno scolastico. La pensano così l'80% dei docenti, il 65% dei genitori, il 55% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 98% dei docenti, il 94% dei genitori, il 90% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

3) Organizzazione della giornata degli studenti

La DaD ha consentito agli allievi di mantenere orari e impegni, conservando la cadenza che scandisce i ritmi scolastici e motivandoli in attività proficue, altrimenti la quarantena avrebbe rischiato di trasformarsi in un abulico spazio vuoto. Si sono

espressi in tal senso il 30% dei docenti, il 60% dei genitori, il 10% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 20% dei docenti, il 45% dei genitori, il 15% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

4) Educazione a trovare alternative alle difficoltà

Un messaggio importante della DaD è l'insegnamento ai giovani a non arrendersi e non rinunciare, a trasformare le difficoltà in opportunità, a mettersi in gioco e reiventarsi, ad adattarsi ed essere flessibili, se esistono scopi e motivazioni valide e coerenti. Questa modalità di resilienza potrà essere usata dai ragazzi anche per altre emergenze, avendo imparato che in situazioni di difficoltà va sempre cercata una soluzione, seppur non ottimale o non uguale alla via già nota, che consenta di andare avanti e perseguire un obiettivo. Sono di questo avviso, nel primo ciclo di istruzione, il 40% dei docenti, il 30% dei genitori, l'8% degli studenti; nel secondo ciclo di istruzione il 25% dei docenti, il 20% dei genitori, il 15% degli studenti.

5) Occasione di apprendere nuove istanze educative e formative

Sono tante le cose nuove che gli studenti hanno dovuto imparare tramite la DaD: rispettare gli orari per trovarsi riuniti alla stessa ora pur stando in casa propria; gestire una video-conferenza di gruppo, con le sue regole per prendere la parola e interagire con gli altri; familiarizzare con la tecnologia, per esempio acquisire competenza e padronanza dell'uso di PC, usare stampanti, gestire password, navigare sul web, cercare contenuti e scaricarli, utilizzare piattaforme digitali; realizzare collaborazioni e gruppi di lavoro via internet; ampliare le conoscenze e la cultura e approfondire argomenti tramite il supporto di contenuti on line come video didattici, film, e-book; sviluppare autonomia e capacità organizzative. La pensano così il 50% dei docenti, il 70% dei genitori, il 60% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 40% dei docenti, il 30% dei genitori, il 10% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

6) Valorizzazione della Scuola come istituzione

La DaD ha dimostrato che "scuola" non è l'edificio o l'aula, ma i suoi contenuti, e quindi la scuola può essere dovunque ci siano i valori di cultura, conoscenza e apprendimento, senza confini delimitati da mura e spazi. Hanno espresso questo parere il 50% dei docenti, il 15% dei genitori, il 10% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 60% dei docenti, il 10% dei genitori, il 15% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

7) Conservazione della socialità

La DaD ha rappresentato, al di là degli aspetti legati agli apprendimenti, un modo di sostenere il senso di appartenenza a un gruppo (la classe). Grazie alla DaD, gli studenti hanno potuto non perdersi di vista e restare in costante contatto, tanto è vero che

hanno usato le piattaforme didattiche anche per comunicare tra di loro e con i docenti al di fuori dalle necessità scolastiche, o per giocare assieme o persino in sessioni di allenamento con sfide programmate. Questo giudizio è stato condiviso dal 60% dei docenti, il 70% dei genitori, il 95% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 25% dei docenti, il 50% dei genitori, il 90% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

8) Encomiabile impegno degli insegnanti

La DaD ha richiesto un lodevole lavoro e sforzo del corpo docente nel fronteggiare con disponibilità e tenacia la nuova e inaspettata esperienza, reinventandosi nell'interesse degli alunni in un inedito modo di fare scuola. Molti docenti si sono distinti per competenza, abilità didattica, precisione, pazienza, abnegazione, dedizione, fermezza, attenzione, comprensione, umanità, organizzazione. Alcuni hanno dato disponibilità di due orari di lezione al giorno in base agli orari di lavoro dei genitori, si sono ingegnati a creare interesse e coinvolgimento con video-lezioni, video di rinforzo e anche con collegamenti individuali zoom o telefonate dirette, hanno prodotto correzioni quotidiane e individuali dei compiti, si sono adoperati per rendere questo tipo di didattica alla portata di tutti, non hanno lesinato quando occorreva supporto emotivo per non far sentire mai abbandonati o soli i ragazzi, informandoli e rassicurandoli anche sulle notizie allarmanti provenienti dai media sul Coronavirus. Hanno espresso questo punto di vista il 30% dei docenti, il 65% dei genitori, il 32% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 25% dei docenti, il 60% dei genitori, il 65% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

9) Migliore utilizzazione del tempo

La DaD ha consentito di fatto una migliore distribuzione delle ore di lezione nella giornata rispetto agli orari continuativi in classe, oltre alla possibilità per gli studenti di regolare autonomamente gli orari di studio. Ne è conseguito un risparmio di tempo e l'aver più tempo utile per lo studio. È un pensiero espresso dal 30% dei docenti, il 20% dei genitori, il 10% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 20% dei docenti, il 15% dei genitori, il 25% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

10) Possibilità di recupero di studenti in difficoltà

La DaD ha dato il tempo agli studenti che avevano lacune in qualche materia di colmarle o a quelli svogliati di essere seguiti meglio, grazie anche alla possibilità di un'attenzione più individualizzata nei loro confronti da parte dei docenti. Inoltre, studenti con problemi di timidezza, introversione, inibizione o pigrizia, sono riusciti a migliorare, sentendosi più spronati e liberi di esprimersi rispetto all'ambiente della classe dove magari si annullavano nella massa o si vergognavano di alzare la mano o si facevano coinvolgere dai meno disciplinati. Gli iper-attivi possono aver tratto vantaggio dall'essere costretti alla immobilità davanti allo schermo. Infine, gli studenti che per motivi di salute o familiari non riusciva-

no a frequentare con assiduità sono riusciti a partecipare al pari degli altri. Sono di tale opinione il 60% dei docenti, il 20% dei genitori, il 10% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 50% dei docenti, il 30% dei genitori, il 25% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

11) Migliore attenzione di studenti e docenti

Seguire le lezioni dallo schermo può tradursi nella possibilità per gli alunni di concentrarsi meglio e prestare maggiore attenzione alle spiegazioni rispetto alle lezioni in classe in cui i ragazzi si distraggono a parlare tra loro o sono disturbati dal comportamento degli altri, e pure di manifestare maggiore partecipazione essendo chiamati in causa individualmente, mentre i docenti hanno più possibilità di seguire ciascun alunno controllando sullo schermo se non segue o si distrae o si assenta, più facilmente rispetto alla lezione collettiva in aula. La pensa così il 15% dei docenti, il 20% dei genitori, il 18% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 20% dei docenti, il 30% dei genitori, il 15% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

12) Coinvolgimento dei genitori nella vita scolastica dei figli

La DaD ha rappresentato un'occasione unica per i genitori di entrare nella vita scolastica dei figli: hanno potuto assistere alle loro video-lezioni, condividere i loro apprendimenti e progressi, dare un volto e ascoltare la voce di compagni e insegnanti, empatizzare con il loro universo scolastico, l'atmosfera della classe e il rapporto con docenti e pari, rendersi conto del loro modo di approcciarsi con gli altri e degli altri verso di loro, confrontarsi direttamente con i loro interessi, inclinazioni, punti di forza e anche prendere consapevolezza di limiti, problematiche, debolezze, criticità e fragilità. Si sono dichiarati di questa idea il 10% dei docenti, il 50% dei genitori, il 10% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 12% dei docenti, il 15% dei genitori, il 20% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

13) Rapporto più diretto tra studenti e docenti

La DaD crea una maggiore intimità tra docenti e alunni in quanto entrano nei rispettivi spazi privati: spesso hanno condiviso anche situazioni relative alla propria vita, arricchendo la relazione. Questo è il parere del 60% dei docenti, il 20% dei genitori, il 33% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 20% dei docenti, il 9% dei genitori, il 16% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

14) Occasione di maggiore collaborazione scuola-famiglia

L'emergenza didattica ha rinforzato la conoscenza reciproca e l'alleanza tra insegnanti e famiglie in uno spirito di aiuto e solidarietà in favore dei minori. Lo ritiene il 14% dei docenti, il 20% dei genitori, il 5% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 18% dei

docenti, il 15% dei genitori, il 3% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

15) Comprensione da parte dei giovani del valore della socialità reale

I ragazzi troppo attaccati al virtuale hanno compreso da questa esperienza l'importanza delle relazioni nel reale, di cui hanno percepito una dolorosa mancanza. Concordano su ciò il 40% dei docenti, il 60% dei genitori, il 96% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 70% dei docenti, il 68% dei genitori, il 92% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

16) Maggiore responsabilizzazione e autonomia degli studenti

Ne è convinto il 18% dei docenti, il 25% dei genitori, il 60% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 13% dei docenti, l'80% dei genitori, il 76% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

17) Minore stress in generale

Alzarsi presto, le corse per prepararsi e fare colazione, i mezzi di trasporto, il traffico, le competizioni che si verificano dal vivo e tutti gli elementi di disturbo in aula: la DaD rimuove tutte queste condizioni di stress consentendo di studiare in condizioni di assoluta tranquillità e comodità. Lo crede il 15% dei docenti, il 68% dei genitori, il 40% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 12% dei docenti, il 47% dei genitori, il 25% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

Limiti della DaD

1) Problemi di connettività

Cattiva qualità, instabilità o addirittura assenza della connessione di rete è stato un problema che ha afflitto docenti e studenti. Alcuni alunni non hanno a casa una linea internet, oppure il collegamento fisso non è così veloce e potente da supportare un svolgimento fluido delle lezioni: in questi casi hanno talora sopperito con il collegamento hotspot mobile, ma la copertura del segnale può essere scarsa e la connessione poco valida, oppure in breve tempo hanno consumato i giga a disposizione sui cellulari. Le difficoltà tecniche hanno reso faticosi e frustranti gli aspetti comunicativi fino a compromettere l'efficacia della didattica. Condividono questa riflessione il 45% dei docenti, il 90% dei genitori, il 70% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 30% dei docenti, il 55% dei genitori, il 38% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

2) Mancata disponibilità dei devices

In molte famiglie non c'è disponibilità di dispositivi (computer fisso o portatile, tablet, ecc.) di qualità adeguata o in numero sufficiente per permettere a tutti i componenti di studiare o lavorare nello stesso momento; seguire le lezioni dallo smartphone è spesso disagiata. Questa è la considerazione fatta dal 35% dei docenti, il 45% dei genitori, il 60% degli studenti del primo ciclo di

istruzione; il 25% dei docenti, il 40% dei genitori, il 35% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

3) Inadeguatezza degli spazi domestici

La casa può non essere adeguata allo svolgimento di attività didattica per svariati motivi: mancanza di un posto fisico tranquillo e isolato, sovraffollamento, familiari che parlano e fanno rumore, interferenza dei fratelli più piccoli, confusione ambientale, simultaneo lavoro in smart working dei genitori, clima familiare caratterizzato da cattiva qualità delle relazioni interne, presenza di distrazioni che in aula non sono accessibili (tv, smartphone, chat, giochi elettronici, musica ecc.). Sono di questa idea il 35% dei docenti, l'85% dei genitori, l'80% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 20% dei docenti, il 35% dei genitori, il 25% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

4) Aumento delle disuguaglianze

La DaD ha finito per acuire discriminazioni e disuguaglianze già esistenti, rendendo la scuola meno "inclusiva" per gli alunni con scempenso di opportunità rispetto ai coetanei, che di conseguenza sono rimasti "indietro", prigionieri di situazioni di svantaggio e ghettizzazione che ne hanno precluso, di fatto, il diritto allo studio e a una istruzione di qualità. Si tratta, innanzitutto, dei ragazzi a provenienza da famiglie fragili, con minore potenzialità economica e sociale, pochi strumenti culturali e povertà educativa, minore o nullo accesso agli ausili informatici (il cosiddetto "digital divide", ossia la disparità nelle possibilità di accesso ai servizi telematici), impossibilità ad essere seguiti dai genitori che hanno lacune linguistiche (immigrati, stranieri), curricolari e/o tecnologiche, per i quali si è accentuato il rischio di dispersione scolastica. Il divario è aumentato anche tra gli studenti già dotati di buone capacità cognitive e organizzative e competenze informatiche, e coloro che invece avevano intrinsecamente più bisogno di essere seguiti da vicino dagli insegnanti, anche semplicemente perché più timidi o lenti. Ma al di là di queste situazioni, un divario si è creato anche tra i figli dei genitori che hanno continuato a lavorare e non hanno potuto seguirli e i figli assistiti regolarmente dai genitori nello studio (questo soprattutto per il ciclo primario di istruzione). Tutto ciò comporterà che probabilmente a settembre ci saranno classi con preparazioni fortemente eterogenee. Hanno raffigurato questo scenario il 50% dei docenti, il 92% dei genitori, il 10% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 45% dei docenti, il 65% dei genitori, il 50% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

5) Problematiche degli alunni con bisogni educativi speciali

Il prezzo più alto della mancanza della scuola in presenza è stato pagato probabilmente dagli alunni con esigenze speciali, quali DSA, ADHD, deficit del linguaggio, autismo, diversabilità, per i quali talora la DaD non è stata praticabile o si è rivelata inefficace. I ragazzi destinatari di un Piano Didattico Personalizzato non hanno potuto attuarlo. Il problema è segnalato dal 30% dei

docenti e il 40% dei genitori del primo ciclo di istruzione; il 25% dei docenti e il 45% dei genitori del secondo ciclo di istruzione.

6) Difficoltà a rendere le lezioni interattive

La DaD si configura come una lezione di tipo "frontale", con l'insegnante che tiene la conferenza e gli alunni che ascoltano, rappresentando in un certo senso una regressione rispetto alla interattività delle lezioni in aula. La grande difficoltà per gli insegnanti è mantenere viva on-line l'attenzione dei discenti, in quanto non essendo vicini sono privati di tutte le possibilità di intercettare chi si distrae, è stanco, è turbato, è svogliato. Anche i ragazzi sono costretti a un notevole sforzo per partecipare alle lezioni digitali, pressati dalla richiesta di un'attenzione continuativa senza la possibilità di rinforzo dallo sguardo empatico del docente o ai compagni. È impossibile sostituire la presenza con la distanza, il docente con uno schermo, la classe con una griglia di videochiamate. Se l'insegnante non riesce a conferire alle sessioni un approccio pratico e interattivo, le lezioni risultano noiose e nozionistiche e l'attenzione e l'interesse degli alunni calano inesorabilmente. In alcuni casi i docenti hanno dovuto quando possibile integrare videolezioni individuali per personalizzare gli insegnamenti e catturare l'attenzione degli alunni. Questo problema è stato messo in luce dal 60% dei docenti, il 50% dei genitori, il 35% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 30% dei docenti, il 10% dei genitori, il 15% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

7) Giornate di scuola infinite

Tra video-lezioni, studio, compiti, ricerche, esercizi, interrogazioni e verifiche, la DaD rappresenta un carico di lavoro nettamente aumentato rispetto alla scuola tradizionale sia per docenti che per studenti. Molte famiglie lamentano che i ragazzi devono seguire lezioni o verifiche a tutte le ore, a volte in orari impensabili in tempi scolastici, compiti da consegnare entro la mezzanotte della domenica, notifiche di correzione in arrivo alle 2-3 di notte, interrogazioni pomeridiane o nei giorni di rotazione, con una routine giornaliera estremamente pesante e impegnativa per i ragazzi, che ha causato forte stanchezza e notevole accumulo di stress in aggiunta a quello già notevole della pandemia. D'altro canto, anche gli insegnanti riferiscono il carico di burocrazia ulteriore, e l'impegno di tutta la giornata per preparare lezioni coinvolgenti e seguire i ragazzi. Il disagio è segnalato dal 35% dei docenti, l'80% dei genitori, il 50% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 60% dei docenti, il 35% dei genitori, il 65% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

8) Peggioramento degli apprendimenti

La DaD sembra aver ridotto globalmente la qualità degli apprendimenti per svariati motivi: difficoltà a ricevere spiegazioni adeguate dai docenti, percezione delle lezioni come asettica trasfusione di nozioni, problemi di ascolto e concentrazione, scarsa motivazione, stanchezza, mancanza della possibilità di ottemperare al bisogno

fisiologico di diversificare le attività per ricaricare la mente distraendosi e gratificandosi, ricorso frequente a Google o agli assistenti digitali di Apple e Android per trovare risposte alle domande, facile distraibilità legata all'ambiente domestico, noia di studiare in solitudine in assenza del confronto e lo stimolo dei pari o la guida degli insegnanti. Soprattutto per i più piccoli, le nozioni difficilmente restano fissate se non collegate a un contesto di emozioni positive e di apprendimento condiviso "peer to peer". È quanto viene ipotizzato dal 60% dei docenti, il 53% dei genitori, il 5% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 30% dei docenti, il 26% dei genitori, il 10% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

9) Overdose di tecnologia e disturbi correlati

Tra impegno di studio con la DaD, chat e videochiamate con gli amici e i parenti, uso di social-network e video-giochi, attenzione alle news per tenersi informati sulla crisi sanitaria, programmi web di cinema, musica, serie tv, e-sport, cucina, canali di youtubers, ecc. per molti alunni il tempo passato al pc si allunga a dismisura. Ne è conseguito una sensibile videodipendenza dei ragazzi, che è aumentata in chi già partiva da livelli elevati o si è sviluppata in chi prima non la manifestava. Molti i problemi correlati a ciò che vengono segnalati: ribellione se viene limitato l'accesso agli schermi, problemi alla vista (lacrimazione e bruciore agli occhi), dolori alla schiena da posture viziate, fastidio alle orecchie a causa delle cuffie. Questi aspetti sono stati presi in considerazione dal 25% dei docenti, il 70% dei genitori, il 25% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 13% dei docenti, l'80% dei genitori, il 35% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

10) Episodi di cyberbullismo

Contro la DaD i bulli hanno fondato gruppi sui social network, preso di mira le loro vittime nelle classi virtuali in chat private talvolta in simultanea allo svolgimento delle lezioni, interferito con le lezioni on line con lo «Zoombombing», ovvero gli attacchi hacker sulle piattaforme digitali attraverso cui i teppisti irrompono durante le lezioni ostacolandone il proseguimento. Il fenomeno è segnalato dall'1% dei docenti, lo 0,25% dei genitori, l'8% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 2% dei docenti, il 5% dei genitori, il 3% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

11) Mancanza di relazioni sociali dirette e reali

La scuola non è solo istruzione, è anche insegnamento di vita, e questo è difficile da sostituire con la didattica online. Risultano indispensabili per l'equilibrato sviluppo dei ragazzi, la loro crescita intellettuale e morale, la maturazione di una coscienza civile e politica, aspetti della scuola come le relazioni tra pari, il gioco, il contatto fisico, l'apprendimento delle regole della socialità, la condivisione e il confronto diretto, lo scambio, lo scontro, il dibattito, la complicità, l'empatia, il conforto. Non avere contatti in presenza è stata una ferita spirituale per i giovani che hanno dovuto subire l'isolamento

coatto nel momento anagrafico della maggiore apertura verso gli altri. In aula si costruisce una comunità, si impara a diventare adulti, si misurano le proprie attitudini e i propri limiti. Soprattutto i bambini del ciclo primario hanno necessità per gli apprendimenti di inserirsi in un contesto di esperienze dal vivo. Hanno espresso questi concetti il 90% dei docenti, il 98% dei genitori, l'85% degli studenti del primo ciclo di istruzione; l'80% dei docenti, il 78% dei genitori, il 95% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

12) Mancanza di regole

L'assenza di frequenza della scuola comporta che i ragazzi perdano le regole perché per i genitori è difficile assumere il ruolo autorevole degli insegnanti essendoci la familiarità e la confidenza e perché non uscendo per andare a scuola salta tutta la routine, esempio capitava che seguissero le lezioni in pigiama dal letto o saltassero la colazione. Il fenomeno è lamentato dal 15% dei docenti, il 30% dei genitori, il 5% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 30% dei docenti, il 25% dei genitori, il 19% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

13) Impreparazione tecnica

Scarsa competenza tecnologica dei docenti, dei genitori e degli allievi, e anche inesperienza metodologica degli insegnanti, dato che l'evento è stato talmente catastrofico e improvvisabile da cogliere tutti impreparati e senza dare il tempo di approntare adeguate formazioni in merito (quali piattaforme usare, come gestirle in sicurezza, processo di insegnamento-apprendimento, metodi di valutazione a distanza), è segnalata dal 40% dei docenti, il 30% dei genitori, il 50% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 55% dei docenti, il 42% dei genitori, il 38% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

14) Cattiva organizzazione

In alcuni contesti le ore di didattica sono state poche o insufficienti, le lezioni brevi o frammentarie, i docenti hanno usato WhatsApp invece dei programmi specifici per la scuola on-line, i ragazzi hanno ricevuto sporadici video registrati e messaggi vocali, molto materiale on line, freddo e impersonale (preso da YouTube o internet), assegno di compiti tramite schede o pagine di libri o esercizi da svolgere senza adeguate spiegazioni, gli orari non sono stati rispettati o erano troppo rigidi senza tener conto delle esigenze dei genitori, c'è stata troppa poca interazione con gli alunni anche per la correzione dei compiti e l'incentivazione al lavoro, talora ogni insegnante ha utilizzato un programma diverso per la DaD, con un quadro generale di estremo disagio, caos e confusione. È quanto lamentano dal 10% dei docenti, il 60% dei genitori, il 7% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 6% dei docenti, il 27% dei genitori, il 13% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

15) Eccesso di compiti

Alcune famiglie lamentano troppi compiti, assegnati quotidianamente in mole notevole anche il giorno prima per quello succes-

sivo e su piattaforme diverse, molto spesso senza spiegazione, che hanno accresciuto il livello di stress già alto per la situazione, senza tener conto delle esigenze delle famiglie e del diritto dei ragazzi a svagarsi e impegnarsi in altre cose oltre lo studio. A maggio poi, non tenendo conto della stanchezza dei ragazzi, le scuole hanno inferito interrogando e aumentando le ore di DaD. Lo riferisce il 75% dei genitori e il 34% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 15% dei genitori e il 17% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

16) Inadeguatezza dei docenti sul piano didattico

I genitori avendo opportunità di assistere alle lezioni dei figli si sono messi in una posizione di giudizio e critica nei confronti della qualità didattica degli insegnanti, cogliendo spiegazioni non sufficientemente chiare, livello di competenze basso, inesattezze nei contenuti, incapacità a comunicare efficacemente. È quanto asserito dal 7% dei genitori del primo ciclo di istruzione e il 10% dei genitori del secondo ciclo di istruzione.

17) Eccessiva preoccupazione dei docenti di terminare i programmi

Sembra che per alcuni insegnanti questa sia diventata una priorità assoluta, senza assicurarsi di essere seguiti dalla globalità degli studenti, per cui i ragazzi sono stati subissati di lavoro nell'ultimo periodo. Lo ha affermato il 10% dei docenti, il 30% dei genitori, il 4% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 15% dei docenti, il 25% dei genitori, il 18% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

18) Scarso impegno e onestà degli studenti

Si segnala che taluni ragazzi hanno raccontato bugie o trovato scuse ed espedienti per disertare ore di lezione o interrogazioni, quali connessioni lente o dispositivi mal funzionanti o improvvisate telefonate o impegni familiari; molto spesso durante la lezione aprivano altre finestre per dedicarsi contemporaneamente a giochi, chat, filmati, musica o altre distrazioni, oscuravano il video per non farsi vedere, "facevano i furbi" leggendo le risposte alle interrogazioni o copiando i compiti o facendosi suggerire. Lo riferisce il 35% dei docenti, il 30% dei genitori, il 16% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 40% dei docenti, il 25% dei genitori, il 24% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

19) Massiccio impegno dei genitori

Il carico di lavoro sui genitori è stato talora imponente: indispensabile la presenza fisica costante per assistenza tecnica quando i bambini sono piccoli, es. aiuto per usare il pc e le stampanti, scaricare video e altro materiale, partecipare a meeting, cercare i compiti sulle varie piattaforme, realizzare video di esperimenti richiesti, fotografare gli elaborati, trasformare in PDF e poi caricare sul sito o inviare ai docenti, o semplicemente anche per non

lasciare il bambino da solo in balia del web. Oltre a ciò, si segnala la necessità di integrare le spiegazioni dei docenti non sempre esaustive per mancanza di tempo o difficoltà tecniche o aiutare i figli nei compiti quando assegnati senza adeguati chiarimenti tramite le board. Poi c'è la difficoltà per i genitori di rivestirsi di autorità da insegnanti per spronare il ragazzo a studiare, vigilare sul suo impegno, interrogare, verificare, sostenere psicologicamente nei momenti di stress, stanchezza, sconforto. È quanto lamenta il 23% dei docenti, il 98% dei genitori, il 35% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 3% dei docenti, il 10% dei genitori, il 6% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

20) Difficoltà relazionali insegnanti-aluni

Critiche al comportamento dei docenti sul piano umano hanno riguardato atteggiamenti verso i ragazzi quali: focalizzazione solo sulla didattica senza tener conto della componente emotiva, con scarsa sensibilità e attenzione alle loro difficoltà riguardo al cambiamento didattico e alla pandemia; sfogo su di loro della propria insoddisfazione, frustrazione, stanchezza o tensione, facendogli pesare oltremodo la situazione; eccessiva severità e pretese, richiedendo il massimo impegno e rendimento, caricandoli di compiti e incattivendosi durante le interrogazioni; insufficiente incoraggiamento; censura della loro libertà di espressione; mortificazioni con "prediche" e rimproveri; umiliazioni pubbliche ledendo dignità e autostima; abuso di potere e atteggiamenti coercitivi non previsti dalle disposizioni del Miur. È quanto riferito dal 5% dei docenti, il 25% dei genitori, il 2% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 3% dei docenti, il 30% dei genitori, il 25% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

21) Difficoltà di valutare gli studenti

Le valutazioni corrono il rischio di essere fasulle perché molti ragazzi non hanno seguito assiduamente le lezioni o non hanno partecipato attivamente alle attività, molti hanno copiato o si sono fatti suggerire dai familiari durante le interrogazioni o aiutare nei compiti da svolgere o sono ricorsi alla lettura veloce di mappe concettuali, conseguendo voti immeritati. Lo segnala il 35% dei docenti, il 58% dei genitori, il 22% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 17% dei docenti, il 55% dei genitori, il 37% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

22) Mancanza di dialogo o franca conflittualità genitori-docenti

Talora i genitori lamentano che gli insegnanti sono stati poco disponibili al dialogo con loro: è mancata nell'emergenza l'alleanza o addirittura la semplice comunicazione tra docenti e genitori, laddove invece, data l'assoluta novità della situazione, un reciproco confronto sarebbe stato proficuo per elaborare strategie combinate di aiuto ai ragazzi. I genitori ritengono che l'abbattimento delle barriere scuola/casa che si è creata con la DaD abbia fatto sentire gli insegnanti pericolosamente esposti al giudizio delle

famiglie, e molti abbiano reagito alla paura delle critiche con la chiusura al confronto. È quello che pensa il 17% dei genitori del primo ciclo di istruzione e il 35% dei genitori del secondo ciclo di istruzione.

23) Competizione tra i genitori

In alcuni contesti la DaD ha scatenato una competizione esasperata tra i genitori, che suggerivano le risposte ai figli durante le interrogazioni o si sostituivano a loro nei compiti pur di vederli primeggiare, o contrastavano e criticavano gli insegnanti rei di non valorizzare a sufficienza i propri figli. I ragazzi possono averne tratto il messaggio, molto negativo, che non erano liberi di sbagliare o non erano capaci di fare da soli, con abbassamento di autostima e autonomia. È quanto riportato dal 20% dei docenti e il 10% dei genitori del primo ciclo di istruzione; il 33% dei docenti e il 28% dei genitori del secondo ciclo di istruzione.

24) Alterazione del rapporto genitore-figlio

La convivenza forzata h 24, la perdita di ruoli definiti, lo stress della situazione ha creato un clima familiare di esasperazione, regressione dei ragazzi, perdita dell'autonomia e della differenziazione dai genitori. Lo lamenta il 40% dei genitori e il 23% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 17% dei genitori e il 30% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

25) Trauma psicologico per i ragazzi

Vengono riferiti diversi sintomi da stress psicologico: malessere, sbalzi improvvisi di umore, riduzione dell'empatia, irritabilità, crisi di collera e comportamenti aggressivi, tristezza, crisi di pianto, abbassamento dell'autostima, isolamento, senso di abbandono e di solitudine, compromissione del rendimento scolastico, riduzione di concentrazione e memoria, rifiuto di fare i compiti, ribellione, frustrazione, nervosismo, irrequietezza, negazione, svogliatezza, apatia, demotivazione, astenia, diminuzione della quantità e qualità del sonno, disturbi psicosomatici come mal di testa e mal di pancia, onicofagia, tic, ansia e depressione, disturbi alimentari con aumento o perdita di peso rispetto al peso-forma. Ne parla il 37% dei docenti, il 70% dei genitori, il 55% degli studenti del primo

ciclo di istruzione; il 21% dei docenti, il 65% dei genitori, il 45% degli studenti del secondo ciclo di istruzione.

Conclusioni

Dalla disamina delle valutazioni raccolte, emerge una netta differenza tra i risultati nel ciclo di istruzione primaria, dove sussistono numerose criticità e malumori, tanto maggiori quanto minore è l'età degli studenti (dunque sensibilmente più significative alle elementari che alle medie) e in quello secondario, dove il giudizio è sostanzialmente positivo. In ogni caso, il ritorno della scuola in presenza è sempre richiesta da tutti gli attori e a ogni fascia di età. Infatti, alla domanda che ho posto alla fine, se ritenessero che la DaD possa essere introdotta anche di base nell'organizzazione scolastica, hanno risposto affermativamente il 20% dei docenti, il 5% dei genitori, il 10% degli studenti del primo ciclo di istruzione; il 60% dei docenti, il 33% dei genitori, il 77% degli studenti del secondo ciclo di istruzione, ma - hanno precisato - senza mai sostituire la scuola in presenza. Le difficoltà emerse da più parti vanno studiate approfonditamente e tenute in debito conto dai decisori della formazione scolastica per trarne impressioni e spunti per correzioni e miglioramenti nel futuro, ai fini di costruire una scuola che possa veramente incontrare i bisogni e le esigenze delle nuove generazioni.

Bibliografia

1. UNESCO. COVID-19 Educational Disruption and Response. Retrieved. April 17, 2020, from UNESCO: <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>
2. Setiawan AR. Scientific Literacy Worksheets for Distance Learning in the Topic of Coronavirus 2019 (COVID-19). 2020.edarxiv.org.
3. Baran E, Correia AP, Thompson A. Transforming online teaching practice: critical analysis of the literature on the roles and competencies of online teachers. *Distance Education*. 2011; 32:421-439.
4. Wang G, Zhang Y, Zhao J, et al. Mitigate the Effects of Home Confinement on Children During the COVID-19 Outbreak. *Lancet*. 2020; 395:945-947.

Corrispondenza:

Carlo Alfaro

U.O.C. di Pediatria - OO.RR. Area Stabiese.

Castellammare di Stabia, Napoli

Tel. 0818729203

Dolore addominale acuto nelle adolescenti: le principali patologie di natura ginecologica

Silvia Ciancia², Barbara Predieri¹, Ilaria Filareto², Lorenzo Iughetti¹

¹ Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno Infantili e dell'Adulto - UOC di Pediatria;

² Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena.

Riassunto

Il dolore addominale in età adolescenziale in un soggetto di sesso femminile può rappresentare un'importante sfida diagnostica in quanto si rende necessario considerare, oltre alle più comuni cause di dolore addominale in età evolutiva, l'insieme delle possibili condizioni di natura ginecologica. Alcune delle condizioni discusse in questo articolo presentano una relazione con l'avvenuto menarca ed il ciclo mestruale; in altri casi la condizione patologica può derivare da un inizio precoce e poco consapevole dell'attività sessuale. L'anamnesi rappresenta una tappa fondamentale del percorso diagnostico e richiede una peculiare capacità comunicativa in considerazione degli argomenti trattati e dell'età della paziente.

Parole chiave: Dolore addominale, ovaio, pelvi, ciclo mestruale, adolescenti.

Acute abdominal pain in adolescents: The main pathologies of gynecological origin

Summary

Abdominal pain in female teenagers can hide a challenging diagnosis because it is essential to consider, together with the more common causes of abdominal pain, the group of conditions of gynecological origin. Some of conditions described in this article show a correlation with menarche and menstrual cycle; conversely, other conditions can be the consequence of the premature and unaware start of sexual activity. Collection of medical history is a major milestone through the achievement of a correct diagnosis and requires peculiar ability of communication, considering the topics and the age of the patient.

Key words: Abdominal pain, ovary, pelvis, menstrual cycle, teenagers.

Caso clinico I

XX, 13 anni, viene condotta in Pronto Soccorso Pediatrico per dolore lombosacrale irradiato all'arto inferiore sinistro da circa una settimana. Il dolore viene riferito a "scosse", con maggiore intensità al mattino, associato a parestesie dell'arto inferiore sinistro e progressivamente aumentato nel corso della settimana. La ragazza pratica atletica leggera, nega di aver subito traumi. Non disturbi minzionali e della continenza. Menarca circa 2 settimane prima dell'insorgenza del dolore. Alla palpazione superficiale e profonda dell'addome riscontro di dolorabilità ai quadranti inferiori, trattabili, segno di Blumberg negativo. Si riscontra inoltre dolore alla digitopressione dei processi spinosi vertebrali lombari, principalmente a livello di L4 e L5. Dal punto di vista neurologico,

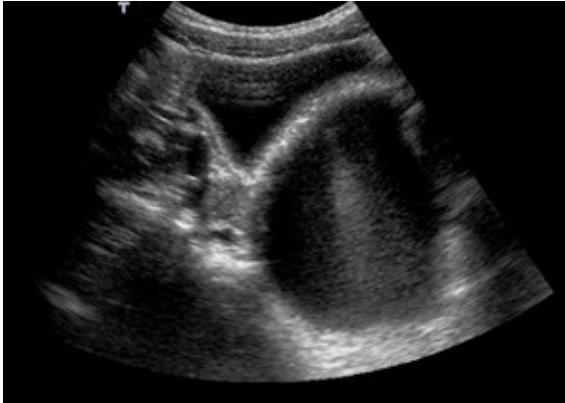
i segni di Wasserman e Laseguè risultano positivi bilateralmente, i riflessi patellari sono normoevocabili. Viene somministrata terapia antidolorifica con paracetamolo, senza beneficio.

La radiografia del rachide lombosacrale risulta negativa. Durante il periodo di osservazione la sintomatologia dolorosa ai quadranti addominali inferiori e alla gamba sinistra si intensifica e la ragazza rifiuta la deambulazione, in assenza di modifiche dell'obiettività precedentemente rilevata. Viene eseguita ecografia completa dell'addome che permette di rilevare, nello scavo pelvico tra utero ed annesso sinistro, una raccolta liquida a contenuto corpuscolato di 8 x 6 x 7.7 cm; non altre alterazioni (**Figura 1**).

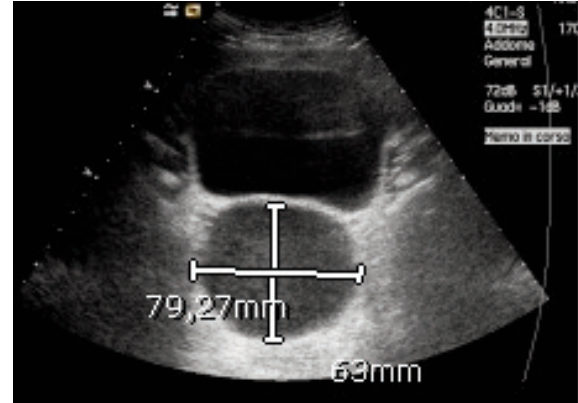
La valutazione ginecologica ha suggerito la diagnosi di rottura emorragica del corpo luteo. La ragazza viene dimessa con terapia domiciliare antidolorifica-antinfiammatoria.

Figura 1.

Reperto ecografico di rottura emorragica di corpo luteo. L'immagine mostra una raccolta liquida a contenuto corpuscolato di 8 x 6 x 7.7 cm nello scavo pelvico, tra utero e annesso sinistro.

**Figura 2.**

Reperto ecografico di ematometrocolpo. L'immagine mostra la marcata distensione della cavità uterina per accumulo di sangue conseguente alla presenza di imene imperforato.



Caso clinico 2

XX, 12 anni, viene condotta in Pronto Soccorso Pediatrico per dolore sovrapubico associato a stranguria da una settimana. In terapia antibiotica con levofloxacina da 3 giorni per sospetta cistite. Non menarca. All'esame obiettivo la ragazza è sofferente, l'addome è dolente ai quadranti inferiori, maggiormente in sede sovrapubica, ed è presente coprostasi diffusa. Non iperemia vulvare; restante obiettività dei genitali non valutabile per scarsa compliance della paziente. Stadio puberale: S3-4, P4, A+++. Viene eseguito stick delle urine (nella norma) e si dispone clistere evacuativo con esito positivo e successivo transitorio miglioramento della sintomatologia dolorosa. Ad un successivo tentativo di minzione assistiamo a una riesacerbazione del dolore in sede sovrapubica, che non migliora dopo somministrazione di paracetamolo. Nel sospetto di ematometrocolpo viene eseguita ecografia transaddominale che mostra abnorme distensione fluida del lume vaginale e della cavità endometriale (**Figura 2**). Il giorno successivo la ragazza è sottoposta ad intervento di imenotomia.

Discussione

Il dolore addominale acuto rappresenta la causa del 9% degli accessi in pronto soccorso in età evolutiva. La diagnosi differenziale risulta più complessa nelle femmine, soprattutto quando la localizzazione è ai quadranti inferiori dell'addome, essendo necessario considerare anche le patologie correlate all'apparato riproduttivo (1).

Le principali cause di tipo ginecologico da considerare sono la dismenorrea, il dolore ovulatorio, l'endometriosi, le gravidanze ectopiche, la malattia infiammatoria pelvica (PID), le

masse ovariche (cistiche, solide, miste), le masse paraovariche/paratubariche e la torsione ovarica. Tra le cause non ginecologiche di dolore addominale abbiamo appendicite, coliche renali, ernie, gastroenterite acuta di origine virale, infezioni delle vie urinarie, malattie infiammatorie croniche ed occlusione intestinale (**Tabella 1**) (2).

La valutazione deve partire da un'attenta anamnesi. È necessario indagare le caratteristiche del dolore, la sua durata, la lateralità e le eventuali irradiazioni, la presenza di sintomi associati, la responsività a terapie antidolorifiche eventualmente assunte e la presenza di episodi simili nella storia clinica della paziente.

Tabella 1.

Principali diagnosi differenziali di dolore addominale in pazienti di sesso femminile in età adolescenziale.

Ginecologico	
Acuto	Cronico / ciclico
Corpo luteo emorragico	Anomalie mulleriane ostruttive
Gravidanza extra-uterina	Cisti paraovariche/paratubariche
Malattia infiammatoria pelvica (PID)	Dismenorrea
Rottura cisti ovarica	Dolore ovulatorio (Mittelschmerz)
Torsione annessiale	Endometriosi
	Masse ovariche

Non ginecologico	
Acuto	Cronico / ciclico
Appendicite	Disturbo psicosomatico
Colica renale	Ernia
Gastroenterite	Infezione intestinale
Infezione vie urinarie	Intestino irritabile
Occlusione intestinale	Intolleranza al lattosio
Pielonefrite	Malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)
	Stipsi

Nell'ambito di patologie legate all'apparato riproduttivo risulta essenziale indagare se la paziente abbia già avuto il menarca, se i cicli mestruali siano regolari, le loro caratteristiche e la data dell'ultima mestruazione. Bisogna inoltre raccogliere informazioni legate all'attività sessuale della paziente, possibili comportamenti a rischio e sulla possibilità che sia in corso una gravidanza, approcciandosi alla paziente con discrezione e delicatezza. All'anamnesi deve seguire un attento esame obiettivo che parta dall'ispezione della parete addominale per determinare la presenza di eventuali cicatrici chirurgiche o una condizione di distensione addominale. Bisogna poi valutare auscultatoriamente la presenza di movimenti peristaltici ed evidenziare, tramite una palpazione dapprima superficiale e poi profonda, dolorabilità, segni di irritazione peritoneale e la presenza di reperti palpatori ascrivibili a neoformazioni.

Di seguito descriviamo brevemente le principali patologie ginecologiche da tenere in considerazione nella diagnosi differenziale del dolore addominale in una femmina in età adolescenziale.

DISMENORREA E IL DOLORE OVULATORIO

La dismenorrea, o dolore mestruale, è una causa comune di dolore addominale nelle pazienti adolescenti. Nella maggior parte dei casi si tratta di dismenorrea primaria, ossia non associata a patologia pelvica. Il dolore mestruale in genere compare circa 6-12 mesi dopo il menarca, quando i cicli mestruali diventano ovulatori. Tra il 12% e il 16% delle forme di dismenorrea grave è secondaria a patologie genitali; tra queste rivestono particolare importanza le malformazioni utero-vaginali e gli esiti di mutilazioni genitali femminili poiché sono causa di manifestazioni in età evolutiva, differentemente da patologie quali endometriosi, aderenze, leiomiomi, PID e cisti ovariche che sono a maggiore appannaggio dell'età adulta, seppure vadano comunque considerate tra le diagnosi differenziali anche in età evolutiva.

In fase acuta la paziente lamenterà dolore ai quadranti inferiori dell'addome, talvolta nausea e vomito, in assenza di febbre o sintomi sistemici. Ovviamente la paziente presenterà il ciclo mestruale in corso. L'ecografia transaddominale eseguita da personale dedicato è di supporto nella diagnosi di amenorrea secondaria a quadri malformativi o cisti ovariche ma, se negativa, non esclude la presenza di endometriosi pelvica quale causa della sintomatologia. La dismenorrea può essere trattata con l'ausilio di FANS o con terapia estro-progestinica (3, 4).

Il dolore ovulatorio si presenta durante la fase ovulatoria del ciclo mestruale ed è acuto e crampiforme, non particolarmente intenso, talvolta associato a dolore lombare. In rari casi il dolore può essere molto intenso tanto da portare il medico a sospettare erroneamente una torsione ovarica. Può essere occasionale o ripetersi ad ogni ovulazione. Il dolore può essere avvertito in posizione centrale o laterale (in corrispondenza dell'ovaio attivo).

Può scomparire in poche ore o persistere più a lungo. In alcuni casi si associano perdite vaginali ematiche o mucose. Qualora si associ a rottura del follicolo è possibile riscontrare del liquido libero nel cavo del Douglas attraverso l'ecografia addominale. Non richiede una terapia specifica (5).

ENDOMETRIOSI

È una patologia caratterizzata dalla proliferazione estrogeno-dipendente di mucosa endometriale al di fuori della cavità uterina. Il tessuto ectopico si localizza di solito nella pelvi, ad esempio in prossimità di ovaie, vescica o retto, dei quali può infiltrare la parete in maniera più o meno estesa a seconda della gravità del quadro.

Il dolore addomino-pelvico è il sintomo principale. Può essere correlato all'ovulazione, presentarsi in modo non ciclico, manifestarsi durante il ciclo mestruale. Generalmente non risponde alla terapia antidolorifica-antinfiammatoria.

Secondo i dati dell'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), il 20% delle pazienti affette da endometriosi ha lamentato dolori addominali ricorrenti e particolarmente acuti durante il ciclo mestruale prima dei 20 anni. L'endometriosi inoltre rappresenta dal 25 al 45% delle diagnosi in adolescenti sottoposte a laparoscopia per dolore addominale cronico. Il dolore correlato a tale patologia in genere insorge in un intervallo temporale che va da meno di un anno dal menarca a circa 6 anni dopo (3).

Tuttavia, esistono pochi dati relativi alla reale incidenza di endometriosi in età adolescenziale e non sempre viene evidenziato che le manifestazioni cliniche dell'endometriosi in età adolescenziale possono differire da quelle dell'età adulta. La dismenorrea ed il dolore pelvico (ciclico o aciclico) sono i sintomi principali e possono essere tali da interferire con il rendimento scolastico e le attività sociali (6).

Altri sintomi possono essere: disuria in fase perimestruale, dolore vaginale durante i rapporti sessuali, spotting in fase premenstruale, dischezia perimestruale, irregolarità dell'alvo, sanguinamento intestinale. L'ecografia transaddominale è un utile strumento diagnostico seppure non presenti la sensibilità dell'ecografia transvaginale. In casi dubbi può essere necessario ricorrere alla risonanza magnetica. L'esplorazione laparoscopica è da riservarsi solo a casi fortemente sospetti, in cui il dolore addominale non risponde né alla terapia antidolorifica con FANS né alla terapia estroprogestinica, che rappresentano le principali scelte terapeutiche. La diagnosi e il trattamento precoce riducono la progressione della malattia e preservano la fertilità (7).

GRAVIDANZA ECTOPICA

È caratterizzata dall'impianto dell'embrione al di fuori della cavità uterina. Coinvolge circa il 2% delle gravidanze e può essere ini-

zionalmente asintomatica e presentarsi poi con dolore addominale/pelvico ingravescente, monolaterale (8). La tuba è una delle sedi più frequentemente interessate. Tra i fattori di rischio principali annoveriamo il fumo di sigaretta e le infezioni sessualmente trasmesse, tra le quali la principale è l'infezione da *Chlamydia trachomatis*. Va sospettata in una paziente che presenti amenorrea secondaria, dolore addominale e sanguinamento vaginale. L'ecografia transvaginale, unitamente al dosaggio della beta-HCG plasmatica, ci consente di fare diagnosi nel 75% dei casi di gravidanza tubarica permettendo di visualizzare la massa ectopica e l'assenza di impianto nella cavità uterina. Il trattamento chirurgico laparoscopico è il gold standard (9).

IMENE IMPERFORATO

È un'anomalia congenita che comporta occlusione completa dell'ostio vaginale. L'incidenza varia tra 0.05% e 0.1%. Rappresenta una causa di amenorrea primaria.

La sintomatologia insorge all'epoca del menarca, il dolore addominale o pelvico è ciclico e si manifesta in assenza di flusso mestruale, per progressiva raccolta di sangue a livello vaginale (ematocolpo) o anche a livello uterino (ematometocolpo). In caso di diagnosi tardiva, la raccolta può estendersi fino alle tube o alla cavità addominale. La paziente può lamentare anche dolore sacrale, disuria, costipazione o incontinenza. Raramente questa condizione può manifestarsi in epoca neonatale, con comparsa di una tumefazione dovuta all'accumulo di secrezioni vaginali prodotte per stimolazione da parte degli estrogeni materni. Solitamente il muco viene riassorbito e la bambina rimane asintomatica durante l'infanzia (10). La diagnosi può anche essere accidentale in corso di ispezione dei genitali esterni. In fase puberale la diagnosi si avvale dell'esame obiettivo (imene integro, bombato, di colore bluastro) e dell'ecografia addominale che rileva una massa pelvica di tipo cistico. Il trattamento consiste nell'incisione e rimozione dell'imene e previene complicanze quali infezioni, infertilità, idronefrosi, insufficienza renale (11).

MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA

Nelle pazienti adolescenti sessualmente attive il rischio di malattie sessualmente trasmesse è piuttosto elevato. In caso di dolore addominale e sintomi sistemici è necessario considerare la PID tra le possibili diagnosi differenziali. Si tratta di una patologia infettivo-infiammatoria del tratto genitale femminile superiore causata generalmente da infezioni da *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Tra le caratteristiche più comuni: febbre, dolore ai quadranti addominali inferiori, secrezioni vaginali mucopurulente, sofficità e cedevolezza del collo uterino. La coltura delle secrezioni permette di identificare il batterio causale. La terapia consiste nella somministrazione di antibiotici ad ampio

spettro attivi verso *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, con durata di trattamento pari a 14 giorni (12).

MASSE OVARICHE

Sono classificate in cisti funzionali, neoplasie benigne e neoplasie maligne. Rappresentano un riscontro piuttosto raro in età pediatrica e nel 90% dei casi sono benigne. L'incidenza di neoplasie ovariche in età pediatrica è di 2.6 casi ogni 100.000 bambine. Soltanto il 2% delle neoplasie ovariche viene diagnosticato in pazienti con età inferiore a 25 anni e nel 55% dei casi si tratta di tumori a cellule germinali. Le masse neoplastiche presentano maggiore incidenza sotto gli 8 anni, mentre le cisti funzionali sono più frequenti in età adolescenziale. Normalmente presentano dimensioni ridotte (<1 cm). Il sintomo più frequente è il dolore addominale localizzato ai quadranti inferiori. Possono associarsi nausea, vomito, massa addominale palpabile, aumento della circonferenza addominale. Nei casi in cui la massa presenti un'attiva secrezione ormonale, la paziente può andare incontro a pubertà precoce. Le cisti ovariche si associano spesso ad irregolarità del ciclo mestruale. In presenza di dolore addominale improvviso e severo, massa addominale palpabile, vomito e febbre, la torsione ovarica deve tempestivamente essere esclusa. L'ecografia rappresenta l'indagine di prima scelta, spesso permette la caratterizzazione della massa e rappresenta lo strumento essenziale per il *follow-up* (13,14).

Per quanto riguarda il ruolo dei marker tumorali nella popolazione pediatrica, la discussione è ancora aperta. Recentemente Lawrence et al. hanno analizzato l'accuratezza di una serie di marker tumorali dosati in una popolazione di 401 pazienti di età compresa tra 2 e 21 anni, con sospetta neoplasia ovarica. Gli autori concludono che la ricerca di un pannello di marker tumorali è utile ai fini della stratificazione del rischio nel sospetto di neoplasia ovarica maligna, tuttavia nessun marker singolo risulta sufficientemente affidabile. La **Tabella 2** riassume i valori di riferimento dei più comuni marker tumorali e le principali caratteristiche in termini di sensibilità e specificità (15).

Nell'ambito di questo paragrafo, un breve cenno meritano anche le cisti paraovariche e paratubariche, che si sviluppano da residui del dotto paramesonefrico o dal mesotelio e possono essere confuse con le cisti ovariche poiché non è sempre facile evidenziarne la localizzazione extraovarica. Sono spesso degli incidental findings, essendo generalmente asintomatiche e benigne (16).

ROTTURA EMORRAGICA DEL CORPO LUTEO

Rappresenta una causa frequente di emoperitoneo spontaneo in donne in età fertile ma è rara nell'adolescenza. È dovuta a distensione e rottura della parete del corpo luteo, che può sanguinare

Tabella 2.

Valori di riferimento dei principali marker tumorali correlati a tumori ovarici (mod. da Lawrence et al. – ref. 15).

MARKER TUMORALE	VALORI DI RIFERIMENTO	COMMENTI
CA 125	> 35 U/mL	Sensibilità 52% Specificità 81%
CA 19-9	>37 U/mL	Sensibilità 25% Specificità 73%
AFP	> 10 ng/mL	Sensibilità 42% Specificità 98%
beta-hCG quantitativa	> 2.3 mIU/mL	Sensibilità 44% Specificità 76%
LDH	> 170 U/L	Sensibilità 95% Specificità 13%
CEA	> 3 ng/mL	Sensibilità 5% Specificità 100%
Inibina A	> 80 pg/mL	Sensibilità 32% Specificità 97%
Inibina B	> 44 pg/mL per età 2-5 anni; > 27 pg/mL per età 5-8 anni; > 67 pg/mL per età 8-11 anni; > 120 pg/mL per età 11-14 anni; > 136 pg/mL per età 14-21 anni	Sensibilità 37% Specificità 92%

poiché è molto sottile e vascolarizzata. Bisogna sospettarla in caso di dolore ai quadranti inferiori dell'addome durante la fase luteale del ciclo mestruale. Il dolore è meno acuto che nella torsione ovarica, in genere non si associa a vomito e la sintomatologia può essere sfumata. Poiché è spesso interessato l'ovaio destro, in caso di emoperitoneo con conseguente irritazione peritoneale, la rottura emorragica del corpo luteo può essere confusa con l'appendicite acuta. L'ecografia addominale può porre il sospetto diagnostico, ma i reperti sono aspecifici (17). La tomografia computerizzata dell'addome inferiore permette di evidenziare una lesione annessiale circoscritta e uniloculare, con impregnazione contrastografica disomogenea. Se la paziente è emodinamicamente stabile, non è richiesta alcuna terapia interventistica, che si rende necessaria in casi di emoperitoneo massivo (18).

TORSIONE OVARICA

È una causa rara di dolore addominale, ma la diagnosi tempestiva ed il corretto trattamento chirurgico sono essenziali per prevenire danni permanenti alla gonade coinvolta. L'incidenza e le caratteristiche epidemiologiche della torsione ovarica nella popolazione pediatrica statunitense sono state studiate da Guthrie et al. analizzando 1232 casi in età compresa tra 1 e 20 anni, che hanno calcolato un'incidenza di torsione ovarica pari a 4.9 casi ogni 100.000 pazienti di sesso femminile. Solo nello 0.4% dei casi era presente una neoplasia maligna. Il 58% delle pazienti ha subito un'ovariectomia (19). Poonai et al. riportano un'età media di incidenza di circa 12 anni verosimilmente deri-

vante da associazione tra torsione ovarica e presenza di cisti ovariche benigne la cui incidenza prevale nelle pazienti in età perimenarcale. I sintomi più frequenti sono dolore al quadrante inferiore destro (senza irradiazione e caratteristiche migratorie) e vomito. Spesso si associano leucocitosi periferica e piuria sterile (20). L'indagine diagnostica più indicata è l'ecografia transaddominale con metodica color-Doppler (21).

Al fine di preservare la fertilità, ad oggi la scelta terapeutica è la derotazione dell'ovaio sul suo peduncolo vascolare senza ovaropessi (22).

Conclusioni

Il dolore addominale in un soggetto di sesso femminile in età adolescenziale si può manifestare con una molteplicità di quadri patologici, molto differenti sotto il profilo eziopatogenetico, ma caratterizzati da manifestazioni cliniche spesso aspecifiche e assai simili.

La diagnosi corretta e tempestiva può rappresentare una vera sfida ed è raccomandabile una valutazione di tipo multidisciplinare (pediatra, chirurgo pediatra, ginecologo, radiologo). Qualora possibile, la terapia medica rappresenta un'opzione efficace e poco invasiva; tuttavia alcuni dei quadri descritti impongono di ricorrere alla chirurgia.

In conclusione, scopo di questa breve revisione è stato quello di portare l'attenzione su condizioni cliniche che, seppur poco frequenti, devono sempre essere prese in considerazione nella diagnosi differenziale del dolore addominale nelle adolescenti.

Bibliografia

1. Reust CE, Williams A. Acute abdominal pain in children. *Am Fam Physician.* 2016; 93:830-836.
2. Bean JF, Rowell E. Evaluation of the adolescent female with acute lower abdominal pain. *Clin Pediatr Emerg Med.* 2014; 15:243-247.
3. ACOG Committee Opinion. Dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. *Obstet Gynecol.* 2018; 132:e249-e258.
4. Dei M, Fiore M, Gulino A, et al. Dismenorrea, endometriosi, sindrome premestruale. In: *Ginecologia in età evolutiva. Prevenzione, diagnosi e terapia.* Sintesi InfoMedica S.r.l. 2018, p 129-138.
5. Brott NR, Le JK. Mittelschmerz. *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.* 2020.
6. De Sanctis V, Mataliotakis M, Soliman AT, et al. A focus on the distinctions and current evidence of endometriosis in adolescents. *Best Pract Res Clin Ob* 2018; 51:138-150.
7. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE Guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2014; 29:400-412.

8. Belics Z, Gérecz B, Csákány MG. Early diagnosis of ectopic pregnancy. *Orv Hetil.* 2014; 155:1158-1166.
9. Taran FA, Kagan KO, Hübner M, et al. The diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Dtsch Arztebl Int.* 2015; 112:693-703.
10. Eksioğlu AS, Maden HA, Cinar G, et al. Imperforate hymen causing bilateral hydronephrosis in an infant with bicornuate uterus. *Case Rep Urol.* 2012; 2012:102683.
11. Lee KH, Hong JS, Jung HJ, et al. Imperforate hymen: a comprehensive systematic review. *J Clin Med.* 2019; 8:56.
12. Workowski AK, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2015. *CDC MMWR.* 2015; 64:1-138.
13. Deligeorgiou E, Eleftheriades M, Shiadoes V, et al. Ovarian masses during adolescence: clinical, ultrasonographic and pathologic findings, serum tumor markers and endocrinological profile. *Gynecol Endocrinol.* 2004; 19:1-8.
14. Zolton JR, Maseelall PB. Evaluation of ovarian cysts in adolescents. *OJOG.* 2013; 3:12-16.
15. Lawrence AE, Fallat ME, Hewitt G, et al. Understanding the value of tumor markers in pediatric ovarian neoplasms. *J Pediatr Surg.* 2020; 55:122-125.
16. De Sanctis V, Soliman AT, Elsedfy H, et al. An adolescent with an asymptomatic adnexal cyst: to worry or not to worry? Medical versus surgical management options. *Acta Biomed.* 2017; 88:232-236.
17. Fiaschetti V, Ricci A, Scarano AL, et al. Hemoperitoneum from corpus luteal cyst rupture: a practical approach in emergency room. *Case Rep Emerg Med.* 2014; 2014:252657.
18. Rogers D, Al-Dulaimi R, Rezvani M, et al. Corpus luteum with ovarian stromal edema is associated with pelvic pain and confusion for ovarian torsion. *Abdom Radiol (NY).* 2019; 44:697-704.
19. Guthrie BD, Adler MD, Powell EC. Incidence and trends of pediatric ovarian torsion hospitalizations in the United States, 2000 – 2006. *Pediatrics* 2010; 125:532-538.
20. Poonai N, Poonai C, Lim R, et al. Pediatric ovarian torsion: case series and review of the literature. *Can J Surg.* 2013; 56:103-108.
21. Naiditch JA, Barsness KA. The positive and negative predictive value of transabdominal color Doppler ultrasound for diagnosing ovarian torsion in pediatric patients. *J Pediatr Surg.* 2013; 48:1283-1287.
22. Dasgupta R, Renaud E, Goldin AB, et al. Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: a systematic review. *J Pediatr Surg.* 2018; 53:1387-1391.

Corrispondenza:

Barbara Predieri, MD

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche
Materno Infantili e dell'Adulto - UOC di Pediatria
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Via del Pozzo, 71 - 41124 Modena
Tel. 059/4222182
Fax 059/4224583
E-mail: barbara.predieri@unimore.it

Il medico e l'adolescente con obesità

Rita Tanas ¹, Guido Caggese ², Riccardo Lera ³, Maria Marsella ⁴

¹ Pediatra Endocrinologo, Ferrara; ² Anestesista Rianimatore, Ferrara; ³ Pediatra Diabetologo, Alessandria;

⁴ UOC di Pediatria, Azienda Ospedaliera San G. Moscati, Avellino.

Riassunto

Nonostante la complessità del trattamento dell'obesità nell'età adolescenziale, questo lavoro offre un insieme di strategie semplificate, applicabili nella pratica clinica quotidiana. Si propone come un'anticipazione di un indifferibile percorso formativo per la sua gestione, in sintonia con i contenuti della Consensus SIP SIEDP, cui si rimanda per gli approfondimenti. Per cambiare ed avere successo è necessario favorire un approccio centrato sul ragazzo e la sua famiglia, usando i principi dell'educazione terapeutica del paziente e del colloquio di motivazione, a partire dalla diagnosi e dalla sua comunicazione, per proseguire in un progetto di cura condiviso sostenibile, pur nella consapevolezza di un rischio di abbandono elevato. Evitare ogni stigmatizzazione, fenomeno purtroppo presente anche in vari contesti sanitari, è cruciale, come pure prendersi cura degli aspetti psicologici della malattia, quali l'autostima, l'immagine corporea e la qualità della vita, senza pretendere di sostituire altre figure professionali ed evitando di avere quale obiettivo principale il calo del peso corporeo. Il cambiamento dello stile di vita personale e familiare è un obiettivo ambizioso, ma possibile, e comporta enormi benefici di salute.

Parole chiave: *Obesità, sovrappeso, cure primarie, trattamento, educazione terapeutica del paziente, colloquio di motivazione.*

The Pediatrician and the Adolescent with Obesity

Summary

Despite the complexity of treating obesity in adolescence, this study offers a set of simplified strategies, applicable in daily clinical practice. We suggest it as an anticipation of a fundamental training course for management of obesity in adolescence, in agreement with the contents of the SIP SIEDP Consensus, to which refer for further details. In order to change and be successful, it is necessary to implement an adolescent- and family-centered approach, using the principles of therapeutic patient education and motivational interview, from diagnosis to its communication, to continue in a sustainable shared care project, despite the awareness of a high risk of abandonment. It is crucial to avoid any form of stigma, a phenomenon unfortunately also present in various healthcare contexts, as well as taking care of the psychological aspects of the disease, such as self-esteem, body image and quality of life, without replacing other professional figures, and avoiding to consider weight loss as the main goal. Changing personal and family lifestyle is an ambitious, but possible, goal and can have enormous health benefits.

Key words: *Obesity, overweight, primary care, treatment, therapeutic patient education, motivational interview.*

Introduzione

In età evolutiva la frequenza di sovrappeso e obesità, specie quella definita "severa", è aumentata negli ultimi 50 anni in modo allarmante in tutto il mondo e soprattutto in Italia, sia pur con un lieve declino nell'ultimo decennio (1, 2).

L'obesità è una "malattia cronica" (3), che incide profondamente nella vita delle persone.

Studi sulla sua persistenza, dall'adolescenza precoce all'età

adulta, fanno temere per il destino dei nostri ragazzi (4) in balia delle complicanze. Se curare l'adulto ed il bambino con obesità è difficile, curare l'adolescente è una vera e propria sfida, sia per le Cure Primarie (CP) che per i team multidisciplinari (5). Gli esiti dei progetti di prevenzione e terapia finora realizzati sono piccoli, ed i progetti costosi e poco sostenibili per le famiglie e soprattutto per gli adolescenti. I programmi proposti in letteratura non aiutano a capire cosa fare. Spesso sono offerti sia a bambini che ragazzi, senza affrontare le problematiche specifiche dell'adolescente.

scenza (6) o focalizzati sul trattamento farmacologico e chirurgico, e, inoltre, hanno follow-up limitati e tassi di abbandono così elevati da limitare la valutazione dell'efficacia (5, 7).

Eppure chi si interessa di adolescenza sa come gli epocali cambiamenti cognitivi e psicosociali che la caratterizzano rendano assolutamente inappropriati i programmi solitamente dedicati all'infanzia. Purtroppo gli adolescenti, con una motivazione alla cura già fragile e alterna, ora interna ora esterna (basata su pensieri autonomi o di quanti li circondano: familiari, insegnanti e pari), devono spesso adattarsi a percorsi costruiti per il bambino o l'adulto.

A ciò si aggiunga che i professionisti delle CP, soprattutto i Pediatri di Famiglia (PdF) ed i Medici di Medicina Generale (MMG), nonostante le raccomandazioni universali sulla prevenzione primaria e secondaria (1), si domandano se debbano ancora occuparsi di curare l'eccesso ponderale o piuttosto considerarla "una battaglia persa", da delegarsi ad altri professionisti.

Senza guide competenti però, famiglie e adolescenti finiscono per ricorrere a "diete" autogestite o consigliate da professionisti non adeguatamente formati e consultati sporadicamente, rischiando di sviluppare Disturbi del Comportamento Alimentare (8).

È tempo di ripensare la formazione dei professionisti affinché affrontino la cura dell'obesità con nuovo entusiasmo e nuovi strumenti (9, 10).

Lo scopo del presente lavoro è quello di offrire ai Medici delle CP un progetto di cura nuovo per gli adolescenti da condividere con tutti i professionisti, non solo sanitari (dietisti, psicologi, fisiatristi, fisioterapisti, educatori motori, infermieri, insegnanti, genitori e allenatori).

Le tappe della cura

Quando la relazione medico-paziente non si concretizza in un rapporto empatico, riducendosi alla semplice cortesia, non può instaurarsi una relazione terapeutica. Nella cura dell'obesità essa è la componente fondamentale perché, coinvolgendo sia la sfera razionale che quella emozionale, attiva un elevato livello di attenzione e partecipazione. Solo rispecchiandosi negli occhi del paziente e del suo familiare si può capire se si sta realizzando una buona relazione.

Nella nutrizione e negli stili di vita, ambiti solitamente di libera scelta, il ruolo della relazione terapeutica è enorme, soprattutto con l'adolescente. Nutrirsi è una parola densa di significati: nutrirsi bene significa garantire la crescita della persona, individuando spazi e tempi da dedicare a sé; mangiare troppo e male può indicare un cattivo rapporto non solo con il cibo, a volte condizionato da bisogni profondi inconsapevoli, ma anche con aspettative non soddisfatte, cui dare compensazione. Il ragazzo nel suo diventare adulto può perdere e sacrificare in questo rapporto parti essenziali della sua vita e del suo benessere (11). È necessario accogliere e ascoltare i ragazzi promuovendo relazioni familiari che valorizzino l'autonomia e il senso di sé, nuove direzioni per

una sana crescita, con un piacevole rapporto verso il cibo, il movimento, i pari e il contesto familiare. Non può essere sottovalutato come in questi anni l'adolescenza si stia confrontando per la prima volta nella storia con frequenti separazioni coniugali, non solo tra genitori, ma pure tra nonni, coinvolti sempre più spesso in compiti educativi (12).

1. Come fare la diagnosi

La visita di un ragazzo con eccesso ponderale richiede grande sensibilità. È necessario essere preparati ad accettare che non voglia pesarsi, evitando di spogliarlo completamente, sollevando gli indumenti e utilizzando un paravento. Per la valutazione ponderale occorre ricorrere all'Indice di Massa Corporea (BMI), cioè peso (kg)/[altezza (metri)]², prendendo con accuratezza le misure fino al decimale e valutandolo grazie a Carte di riferimento o software che lo trasformino in percentili o Z-score. La scelta delle Carte è molto importante; dal 2017 in Italia la Consensus SIP SIEDP invita ad utilizzare quelle della *World Health Organization* (WHO) ed i suoi *cut-off* (13). Il calcolatore WHO, facilmente disponibile online, permette di evidenziare la situazione ponderale prima dell'intervento e nel *follow-up* condividendola con le famiglie. Utilizzando altre carte la diagnosi cambia ingenerando confusione; inoltre con le stesse carte, i medici delle CP e del II livello possono interloquire agevolmente.

2. Come comunicare la diagnosi

È un passaggio significativo nella cura dell'obesità perché permette di creare consapevolezza "costruttiva", cioè motivazione. Su una malattia tanto stigmatizzata, per i presunti cattivi comportamenti del paziente, la comunicazione è una sfida e, per non risultare deridente, richiede un atteggiamento "non-giudicante", anzi "de-colpevolizzante". Per realizzarla occorre essere convinti che la responsabilità dell'obesità sia principalmente genetica, ambientale e sociale, e non solo personale. La "colpa" riduce il valore del ragazzo e della sua famiglia, li fa sentire diversi e isolati; se diventa "vergogna" paralizza, riducendo motivazione e fiducia nel cambiamento, portando alla rinuncia della cura o al suo fallimento.

In ambulatorio se il ragazzo o il genitore esprimono per primi la volontà di affrontare il problema del "peso", la comunicazione risulta più semplice; diversamente è necessario chiedere il permesso, ASK, di occuparsene prima di farlo, come suggerito anche nel *Counseling* Canadese sull'Obesità per le CP, poiché con questa richiesta si riduce la paura dello stigma e quindi l'aggressività della famiglia, superando le resistenze all'avvio del cambiamento (14) (Tabella 1).

Per curare un adolescente occorre prendere coscienza dei pregiudizi già sofferti e delle loro conseguenze lavorando insieme per ridurli (15) (Tabella 2). In una società in cui immagine e magrezza sono diventati valori primari, la persona con sovrappeso/obesità è percepita come senza volontà, pigra, poco intelligente, fallita e spiacevole. Nel colloquio clinico, come anche nel

Tabella 1.

Counseling comportamentale breve per l'obesità nelle cure primarie (14).

1. **Ask: Chiedi il permesso di parlare del peso.** Il peso è un tema delicato che potrebbe causare imbarazzo e vergogna nei genitori e nei ragazzi, chiedere il permesso comunica rispetto e apre la strada ad una relazione di cura serena e rispettosa.
2. **Assess: Fai la diagnosi.** Valuta BMI percentile, circonferenza vita, stadio di obesità; esplora le complicanze.
3. **Advice: Comunica la diagnosi.** Informa sui rischi per la salute, i benefici di un modesto calo o dell'evitare un aumento di peso, la necessità di una strategia a lungo termine e le opzioni di trattamento.
4. **Agree: Progetta insieme alla famiglia il percorso.** Concorda realistiche aspettative su peso e cambiamenti comportamentali. Gli interventi devono prioritariamente concentrarsi sul cambiamento dei comportamenti.
5. **Assist e Arrange: Aiutali a individuare/affrontare gli ostacoli, offri risorse. Organizza un percorso con controlli programmati.**

Tabella 2.

Le conseguenze dello stigma sul peso (15).

1. Aumento di depressione, ansia, bassa autostima, comportamenti alimentari insani/estremi, insoddisfazione per il corpo, disturbi del comportamento alimentare e idee di suicidio.
2. Aumento del peso corporeo, delle comorbidità e della mortalità.
3. Riduzione della motivazione alla scelta di stili di vita salutari, della richiesta di cure, dell'adesione agli screening, della self-efficacy.
4. In ambito sanitario visite più brevi, messaggi più veloci e meno convincenti, maggiore distanza fisica medico-paziente.

Tabella 3.

Come creare un ambulatorio "sensibile" (16).

Predisponi

- Sedie robuste e senza braccioli;
- Riviste in sala d'attesa e poster sulle pareti con immagini e messaggi non deridenti sul peso e non ammiccanti ad un'immagine corporea distorta;
- Area riservata per pesare e visitare i ragazzi;
- Strumenti professionali adeguati: bilance che pesano fino a 200 kg, metro a nastro di 200 cm, bracciali per la pressione di varia dimensione per le persone di taglia elevata.

lessico quotidiano, occorre quindi fare attenzione alla scelte delle parole separando l'immagine del ragazzo e della famiglia dall'"obesità". Pertanto si parli non di "ragazzo-obeso" con una "famiglia-obesa", ma di "ragazzo-con-obesità", cioè di un adolescente con qualità, aspettative, desideri e capacità, che è anche "affetto-da-obesità" inserito in un contesto familiare con proprie

doti e problemi, ed anche "eccesso-ponderale" (16). A certe parole si collegano contenuti semantici negativi; pertanto è meglio evitare termini come "obeso", "grasso", "molto-grasso" utilizzando magari quelli autonomamente proposti dalla famiglia. La derisione, presente ovunque in sanità, anche in Pediatria (17), è spesso inconsapevole, complessa da riconoscere, in aumento e difficile da sradicare. I sanitari deridenti avvertono i soggetti con obesità come meno aderenti ai loro suggerimenti, hanno meno desiderio d'aiutarli, fino a considerare l'occuparsene una perdita di tempo. Se la derisione si ripete fin dall'infanzia, evolve in auto-derisione e porta i ragazzi a sentirsi inferiori e colpevoli (18). La paura di essere derisi o rifiutati innesca meccanismi psicologici che riducono le prestazioni cognitive, l'autostima e aumentano emozioni spiacevoli e ansia, ruminazioni sulle proprie capacità e la loro valutazione, sforzi compensativi per farsi accettare (19). In adolescenza, quando i ragazzi agognano un bel fisico come biglietto da visita, la derisione di insegnanti, medici e allenatori aumenta la loro sofferenza. Scoprire di far parte di una categoria aborrita ostacola la costruzione dell'identità personale (20). Occorre pertanto riconoscere la derisione e fornire strumenti e strategie appropriate per affrontarla (21), ricordando a tutti coloro che si interfacciano con gli adolescenti quanto sia dannosa, per tempi molto lunghi, al loro benessere psicologico, come al peso. Il medico di famiglia può essere l'unico capace di farla emergere, allertando i genitori sulle sue conseguenze: aumento di stress e cortisolo. Purtroppo è ancora frequente osservare medici che, sperando in migliori risultati, spaventano e colpevolizzano le famiglie anziché creare un ambulatorio adeguato a ridurre lo stigma (Tabella 3) (16).

3. Curare con nuovi strumenti

Dai fallimenti si può imparare. Per la cura dell'obesità si consiglia di utilizzare l'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) già proposta dal WHO per le malattie croniche. L'ETP è un processo apparentemente complesso che, partendo dall'ascolto e dal "sentire con", convoglia le energie del paziente verso la motivazione a scelte più consone. È un trasferimento di competenze dal curante al curato, che permette a quest'ultimo di imparare i comportamenti necessari all'autogestione (9, 22). Si eviti il tradizionale ruolo professionale con prescrizione nutrizionale e motoria, per centrare invece la cura sul ragazzo e sulla famiglia, offrendo una formazione fra pari, volta alla scelta autonoma di comportamenti più sani, nel rispetto dell'inalienabile diritto alla libertà personale. Si consiglia di non offrire notizie e consigli generici sul tema, focalizzandosi invece su quanto può essere interessante per quel paziente, facendo emergere le sue emozioni, che se negate generano sofferenza e aggressività. È necessario smantellare pregiudizi, ristrutturare conoscenze e aspettative per creare un percorso ragionevole e condiviso. Si conceda inoltre tempo per riflettere, capire, accettare o dissentire, discutere il nuovo percorso, provarlo per poi valutarne insieme l'esito. Solo così si può realizzare il potenziamento delle competenze dell'intera famiglia.

Per educare ragazzi e famiglie occorre conoscere il loro livello culturale, la loro situazione contingente, i loro pensieri sulla salute e le loro priorità, sapendo che le famiglie con basso livello socio-economico sono disinteressate a prevenire problemi futuri, assorbite da quelli presenti.

Il programma di cura dell'obesità deve essere familiare, rivolto pertanto a famiglia e ragazzi, spesso in conflitto fra loro proprio a causa dell'eccesso ponderale (23), ed incentrato sulla fiducia, sul sostegno ad autostima e autoefficacia. Deve inoltre utilizzare la Terapia Narrativa (24), unico modo per ricostruire un percorso di successo su una serie di fallimenti. Il programma parte dalla valutazione della Fase del Cambiamento, utilizzando lo spirito del Colloquio di Motivazione (CM) (Tabella 4) (25, 26) per favorire il passaggio dalla fase in cui la persona non sa di avere un problema (pre-contemplazione) o non ha deciso se/quando valga la pena occuparsene (contemplazione) a quella in cui ha deciso (determinazione) e/o sta già provando (azione). Tutti i medici delle CP sanno che la maggior parte delle famiglie sono in contemplazione, soprattutto se l'obesità non è grave. Un intervento rispettoso della loro libertà può favorire il passaggio alla fase "determinazione/azione", senza il quale non si può proporre nessun percorso.

Lo Spirito del CM è il rispetto dell'autonomia, cioè della libertà del paziente e del suo diritto anche a non cambiare, riconoscendo che è lui il maggior esperto della sua malattia.

4. Lavorare in rete

Ogni ragazzo, secondo il modello ecologico (27), è immerso in un ambiente che lo condiziona e che, crescendo, potrà a sua volta modificare.

Ogni persona con obesità si trova all'interno di una rete prossimale (costituita da famiglia, vicinato, scuola/lavoro/amici, parrocchia, società sportiva, contesto urbano) dalla quale può essere condizionata positivamente o negativamente. In questo contesto giocano un ruolo importante il medico delle CP e tutte le figure

sanitarie che, consultate per qualsiasi motivo, siano in grado, operando in sintonia, di facilitare l'adozione di stili di vita più sani. Per contro costoro possono disinteressarsi e persino ostacolare la cura, utilizzando una comunicazione deridente.

Esiste poi una rete più lontana (costituita da tradizioni, consuetudini e leggi) più difficile da modificare per il singolo medico. L'assistenza all'obesità andrebbe articolata in più ambiti e, in sanità, su vari livelli, come proposto dalla *Consensus*, ma questi sono ancora inesistenti in quasi tutt'Italia o inadeguati se non addirittura in via di smantellamento.

In un'assistenza integrata e garantita su più livelli i professionisti delle CP ha il carico di lavoro maggiore: porre e comunicare la diagnosi, creare o sostenere la motivazione, realizzare un lungo percorso di cura. Agli altri resta il compito di accogliere i più gravi, quelli già complicati, oltre agli importantissimi compiti di formazione continua della rete, raccolta dati, valutazione degli esiti, aggiustamento del programma e ricerca.

Per il ricorso a terapie farmacologiche o chirurgiche si rimanda alla *Consensus* (13).

Dalla teoria alla pratica clinica

Esplicitando queste cosiddette novità, ci si focalizza in tre momenti: prima visita, percorso educativo e piano terapeutico successivo (28).

La Prima visita pone le basi di una buona relazione. Dopo aver chiesto il permesso di affrontare le problematiche relative al peso, occorre comportarsi di conseguenza. Se il permesso non è dato, si può chiedere quello di rivalutarne l'andamento dopo due mesi. Se è richiesto di parlarne in altro momento, occorre garantire un appuntamento dedicato. Solo se è stato concesso il permesso, si può procedere facendo emergere la motivazione e definendo la fase del cambiamento.

Dalla storia precedente, il pediatra o il MMG può far emergere

Tabella 4.

Le fasi del cambiamento e le azioni terapeutiche più efficaci (Mod. da 25).

FASE	POSIZIONE DEL PAZIENTE	AZIONE DEL TERAPEUTA
Pre-Contemplazione	Non sa o non vuole riconoscere di avere un problema da affrontare	Fornisce informazioni che accrescono la consapevolezza senza colpevolizzare
Contemplazione	Ambivalenza verso il cambiamento	Rinforza le ragioni a favore del cambiamento
Determinazione	Ha deciso di cambiare e sta programmando come	Aiuta a trovare strategie accettabili, facili per lui ed efficaci
Azione	Ha avviato azioni di cambiamento da meno di 6 mesi	Aiuta a valutare le strategie di cambiamento scelte, verifica l'efficacia e affronta le difficoltà
Mantenimento	Continua le azioni di cambiamento da più di 6 mesi	Aiuta a monitorare il cambiamento, verifica l'efficacia delle strategie scelte, sostiene la famiglia con il rinforzo positivo e l'aiuta ad affrontare le difficoltà.
Ricaduta	Riprende il comportamento precedente	Riduce la demoralizzazione, invitando ad imparare dagli errori e riavviare il processo di cambiamento

come l'eccesso di peso sia vissuto in famiglia, da quanto tempo sia evidente e con quali azioni sia stato gestito. Se sono stati effettuati tentativi di cura, si possono riconsiderare metodi ed esiti. Talvolta si può scoprire che i risultati precedenti possono essere riletti diversamente per vari motivi (valutazioni basate solo sul peso senza calcolare il BMI Z-score, cali ponderali considerati insignificanti per attese eccessive) sostenendo la fiducia e la voglia di riprovare. Per contro se detti risultati sono archiviati come fallimenti risultano solo paralizzanti. Ogni fallimento favorisce quello successivo. Un BMI Z-score stabile nel tempo o una sua crescita inferiore alla precedente sono invece ottimi risultati (29). L'obiettivo della terapia infatti, non è la perdita di peso ma il cambiamento dello stile di vita, con l'adozione di comportamenti "più sani".

Lo scopo dell'anamnesi comportamentale non è dare la caccia agli errori, ma permettere una riflessione sui propri comportamenti, facendo emergere alimentazione emotiva o comportamenti a rischio (mangiare di nascosto, di notte, abbuffarsi con o senza meccanismi di compenso, come vomitare o praticare attività motorie eccessive/compulsive).

Alla valutazione clinica va aggiunta la ricerca dei segni di sofferenza psicologica (scarso rendimento scolastico, isolamento, tristezza, ansia, aggressività, derisione in casa o a scuola). Occorre fare attenzione ai possibili investimenti eccessivi sull'immagine corporea degli adolescenti e dei loro genitori cercando di ridurli.

Ogni volta che si cerca di realizzare un cambiamento vi sono ostacoli, costi e benefici: qualcosa si perde e qualcosa si guadagna. Il cambiamento si avvia e si mantiene nel tempo solo se i benefici superano i costi, affrontando le barriere che ad esso si frappongono.

Se si programma una diagnostica di laboratorio e radiologica per inquadrare meglio cause, conseguenze e rischi, occorre ricordare che spesso essa si rivela poco utile al ragazzo. Per il professionista, utilizzarla per aumentare la motivazione, colpevolizzando le famiglie, non rende.

Solo con le famiglie che sono o arrivano in "determinazione/azione" si può costruire un progetto terapeutico semplice, contenuto e costruito "insieme" sui temi del "muoversi di più e mangiare meglio", tenendo conto delle capacità e possibilità della famiglia e soprattutto della necessità di realizzare un percorso "piacevole", costruito a piccoli passi autodeterminati e autogestiti, proposti e realizzati anche e soprattutto dai genitori, e offerti con il ruolo di "modello" all'intera famiglia.

Il percorso educativo

Il percorso educativo successivo può essere strutturato a livello familiare o con un gruppo di famiglie, facilitato dalla lettura di materiale stampato e anche affidato ad altri educatori formati a lavorare "in team". La lettura differita di materiale stampato,

accuratamente selezionato, protegge dalla disinformazione circolante, meglio se pensato come manuale di auto-aiuto guidato come "Il Gioco delle Perle e dei Delfini" per i genitori e "Perle e Delfini per Ragazzi" (30, 31).

La lettura dei libri può essere completata da un incontro di gruppo rivolto ad una o più famiglie e ragazzi contemporaneamente, per sfruttare la forza del gruppo, sostenere la motivazione al cambiamento, far nascere riflessioni e domande, dare risposte (28) (Tabella 5). Molti pediatri delle CP si sono già cimentati in incontri di gruppo su tematiche varie (allattamento, svezzamento, vaccinazioni, corpi estranei).

Un sostegno psicologico individuale o di gruppo per migliorare le relazioni in famiglia e con i pari o le capacità genitoriali, se accettato, è sicuramente raccomandato.

Tabella 5.

Scopi dell'incontro educativo di gruppo (28).

1. Aumentare le conoscenze della famiglia sulle cause; sul ruolo dell'ambiente; sulle proprie abitudini alimentari e motorie; sull'influenza degli adulti e sulle possibilità di procedere a piccoli passi verso il cambiamento.
2. Formare i genitori ad assumere comportamenti educativi autorevoli per sviluppare responsabilità ed equilibrio nell'alimentazione, nell'attività motoria (comprare meno, preparare cibi a ridotta densità calorica, muoversi di più con piacere), piuttosto che rimproverare i figli, perché non collaborano, finendo col deriderli anziché motivarli.
3. Educare spiegando serenamente e senza giudizio il significato odierno di sedentarietà e attività motoria.
4. Sottolineare i motivi per evitare la "dieta/restrizione" e legare il concetto di "piacere" al nuovo stile di vita.
5. Fare emergere i loro "ostacoli" al cambiamento (mancanza di tempo, soldi, spazi, problemi familiari) per discuterli insieme.
6. Affidare a tutti i membri della famiglia, formati e consapevoli, un programma di cambiamento da personalizzare e autogestire, sottolineando l'importanza dell'Auto-Rinforzo Positivo (premiare e premiarsi per tutti i risultati ottenuti).
7. Ridurre le attese eccessive sui risultati, in particolare sui Kg da perdere, enfatizzando la variabilità genetica e l'importanza del cambiamento dei comportamenti anche se piccolo, ma mantenuto nel tempo, e sottolineando il benessere futuro.

Il piano di cura successivo

Avviato il percorso educativo il medico delle CP deve rivalutarne l'esito e sostenere le famiglie nel tempo. Una nuova visita dopo 1-3 mesi è indispensabile (28) (Tabella 6). La sua programmazione comunica interesse e importanza, mentre la sua omissione può trasformare un ottimo avvio in un fallimento perché interpretata come "inutile". Non percependo i primi piccoli successi ottenuti, o svalutandoli, infatti, famiglie e ragazzi abbandonano il percorso esponendosi al rapido fisiologico recupero ponderale.

Tabella 6.

Obiettivi della seconda visita (28).

- Valutare con i pazienti l'andamento del programma, mostrando e rinforzando tutti i miglioramenti registrati: dei comportamenti, del BMI Z-score e/o di altri segni clinici, anche meno evidenti come il rapporto circonferenza vita/altezza, la resistenza allo sforzo, l'acantosi nigricans e gli esami di laboratorio.
- Indagare se qualcuno fra parenti e amici ha notato i miglioramenti, per enfatizzare gli episodi di rinforzo verificatisi.
- Far esprimere le difficoltà incontrate, che ostacolano la piena realizzazione del progetto, cercando di superarle.

Un forte ostacolo alla terapia è la ricerca, condivisa da operatori e famiglie e sostenuta dalle linee-guida del passato, di obiettivi irrealizzabili quali la normalizzazione del peso. Stando alla letteratura, quasi nessun ragazzo con obesità è riuscito a raggiungerli! Ciò porta molte famiglie a sentirsi fallite e rinunciare. Oggi la medicina ha accettato la difficoltà di dimagrire e mantenere nel tempo il calo ponderale per un insieme di difese ormonali, metaboliche e nervose che si attivano durante la restrizione calorica per conservare o recuperare l'adipe perduto. È urgente ridurre le attese professionali e familiari. Il senso di fallimento per un calo valutato come insufficiente o per una sua ripresa inattesa causano perdita di fiducia e autostima con peggioramento del peso e delle condizioni cliniche.

La Ruota del cambiamento insegna che dopo aver realizzato un intero giro spesso si ricade più volte, ma imparando dai propri errori, si ripete il percorso sempre più velocemente evitando ulteriori ricadute (25).

La durata del trattamento è predittore di miglior esito; pertanto le visite successive vanno calendarizzate secondo la situazione clinica del ragazzo (età, gravità dell'eccesso di peso, risposta iniziale alla cura, presenza di complicanze) e le difficoltà logistiche della famiglia (distanza dall'ambulatorio e impegni lavorativi dei genitori).

Una consulenza telefonica o per applicazione informatizzata, usuale per i ragazzi, può essere utilizzata per mantenere e rinforzare la motivazione e ridurre l'abbandono.

Questo progetto di cura nato per i bambini e adattato agli adolescenti in maniera elastica e personalizzata sta dando ottimi risultati, anche fra i pediatri che lo hanno adottato dopo formazione sia nelle CP, che nel II° Livello (32-34).

Discussione

Purtroppo ancora la maggior parte degli studi ha come obiettivo primario il calo ponderale. I modesti risultati registrati potrebbero spiegarsi con il fatto che entro pochi mesi molti riescono a ottenere lievi riduzioni del BMI, sia tra i soggetti trattati che tra i controlli, il che rende difficile dimostrare differenze significative. Metà

dei risultati sono già registrati nei pazienti in lista di attesa (35). Forse studi più lunghi e metodologicamente più attenti potrebbero dimostrare differenze di esito fra cure tradizionali e/o autogestite, che si limitano al bilancio calorico, e l'*Educazione Empowering* cioè la crescita competente verso scelte più sane (36).

Migliori sono gli esiti su altri parametri, quali gli indici di rischio cardio-metabolico e la qualità della vita (37-39). Nell'obesità quest'ultima varia secondo i soggetti esaminati: nella popolazione generale si evidenziano solo piccole differenze non significative fra soggetti con obesità e normopeso, mentre la differenza è significativa fra coloro che chiedono trattamento ed i normopeso.

I miglioramenti in queste aree, anche in coloro che non registrano alcun calo ponderale, indicano nuovi obiettivi nella gestione di sovrappeso e obesità, soprattutto negli adolescenti, che non possono essere raccontati da nessun numero sulla bilancia.

Troppo spesso si dimentica che l'obesità è una malattia cronica. Date le sue conseguenze psicosociali è necessario studiare meglio i programmi per l'età adolescenziale e sceglierne di non restrittivi che permettano ai ragazzi di condurre la vita pienamente, indipendentemente dal peso, di cui verosimilmente dovranno occuparsi per tutta la vita (40, 41).

Adattare i programmi di terapia dell'obesità già complessi all'adolescenza non è facile, ma necessario e utile. Possono aiutare alcune considerazioni (Tabella 7). Il bisogno d'indipendenza degli adolescenti richiede che i professionisti discutano i comportamenti di salute direttamente con loro, senza tralasciare d'incoraggiare i genitori a rendere l'ambiente domestico più sano. Le famiglie intere, quindi sono invitate a riscoprire il mangiare sano e a sviluppare uno stile di vita familiare migliore.

In un prossimo futuro l'associazione di percorsi di consapevolezza dedicati alla nutrizione: *Mindfull Eating*, potrebbero permettere risultati migliori (42).

Tabella 7.

Raccomandazioni per curare adolescenti con obesità (40).

- Dare un ruolo primario all'adolescente nel suo progetto di cura e facilitare la sua motivazione interna, senza trascurare il ruolo della famiglia.
- Sviluppare un progetto multi-componente (alimentazione più sana sul modello della dieta mediterranea, riduzione della sedentarietà con l'offerta di alternative piacevoli a televisione cellulare e computer, aumento dell'attività motoria piacevole adeguata all'età, igiene del sonno, riduzione dello stress).
- Utilizzare un approccio di tipo motivazionale con un team di professionisti (medico-psicologo-dietista) che lavorino in maniera coordinata per le forme più severe.
- Ridurre i conflitti intra-familiari e promuovere un sano *modelling* dei genitori verso i figli, favorendo l'autonomia graduale dei ragazzi, anziché l'imposizione di un'alimentazione restrittiva.
- Spostare l'obiettivo della cura dal peso corporeo alla salute globale del ragazzo per la piena realizzazione dei suoi obiettivi di vita.

Tabella 8.

Azioni per avviare il cambiamento professionale nella cura dell'obesità (10).

1. Chiedi il permesso di parlare di peso, diventa consapevole dello stigma per ridurlo.	
2. Sostieni le buone qualità dei genitori e dei ragazzi, dimostrate in passato e in altri contesti.	
3. Valuta la fase del cambiamento della famiglia e del ragazzo.	
4. Agisci secondo la "loro" fase del cambiamento	
Precontemplazione/Contemplazione: Dai tempo e dati per riflettere. Dai un appuntamento preciso per condividere i loro pensieri e valutare l'andamento del peso.	Determinazione/Azione: Proponi una scaletta di azioni standard (muoversi di più, ridurre il tempo sedentario, ridurre le bibite, aumentare le porzioni di frutta e verdura, comprare meno cibo industriale ultra-processato, mangiare più spesso in famiglia, dormire meglio). Concorda con la famiglia i primi passi. Dai un appuntamento preciso per rivalutare il percorso. Cerca i piccoli risultati e sostienili.

In conclusione

All'inizio del 2019 sono state pubblicate le linee-guida Europee per l'Obesità dell'adulto nelle Cure Primarie (43): uno splendido percorso da interiorizzare. Chiedere al medico delle CP di calcolare il BMI Z-score, usare l'ETP, adottare il CM, valutare le comorbidità fisiche e psichiche potrebbe apparire eccessivo. Affascina e spaventa. Non tutti possono realizzarlo per formazione e storia personale, ma tutti possono usare meglio le loro risorse e fare un passo.

Pertanto si propone una scaletta semplificata di 4 azioni (10) (Tabella 8): la prima complessa ma indispensabile, la seconda che fa parte della routine dei professionisti delle CP, la terza è una competenza già da loro posseduta. La quarta richiede scelte basate sulla fase del cambiamento della famiglia in cura. Tutti possono provarci e formarsi, riuscendo a modificare una traiettoria pericolosa (4).

Bibliografia

1. Sanyaolu A, Okorie C, Qi X, et al. Childhood and Adolescent Obesity in the United States: A Public Health Concern. *Glob Pediatr Health*. 2019; 6:2333794X19891305.
2. Lauria L, Spinelli A, Buoncrisiano M, et al. Decline of childhood overweight and obesity in Italy from 2008 to 2016: results from 5 rounds of the population-based surveillance system. *BMC Public Health*. 2019; 19:618.
3. Corsello G, Tanas R, Caggese G. L'obesità va etichettata come "malattia"? *Pediatria*. 2017; 6:14-15.
4. Tirosch A, Shai I, Afek A, et al. Adolescent BMI Trajectory and Risk of Diabetes versus Coronary Disease. *N Engl J Med*. 2011; 364:1315-1325.
5. Al-Khudairy L, Loveman E, Colquitt JL, et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 6:CD012691.
6. Swan E, Bouwman L, de Roos N, et al. How science thinks and practice acts: bridging the gap in weight management interventions for adolescents. *Fam Pract*. 2012; 29 (Suppl 1):117-125.
7. Smith KL, Straker LM, McManus A, et al. Barriers and enablers for participation in healthy lifestyle programs by adolescents who are overweight: a qualitative study of the opinions of adolescents, their parents and community stakeholders. *BMC Pediatr*. 2014; 14:53.
8. De Giuseppe R, Di Napoli I, Porri D, et al. Pediatric Obesity and Eating Disorders Symptoms: The Role of the Multidisciplinary Treatment. A Systematic Review. *Front Pediatr*. 2019; 7:123.
9. Tanas R, Marcolongo R. Una cura "senza dieta" per l'adolescente sovrappeso: l'educazione terapeutica. *Riv Ital Med Adolesc*. 2007; 5:17-24.
10. Tanas R, Caggese G, Lera R, et al. Prendersi Cura dell'Obesità dal bambino al giovane adulto: un percorso sostenibile e di successo nelle Cure Primarie. In press su *Rivista Medica Italiana Online* 2020.
11. Bimbo A. Counseling di motivazione: un aiuto a coltivare il senso della propria nutrizione. *Riv Ital Couns*. 2015; 2:23-31.
12. Giacchele M. L'immagine dei nonni nei fanciulli e nei preadolescenti. *Trent'anni di ricerche*. Ed. Pensa Multimedia 2015, pp 296.
13. Valerio G, Saggese G, Maffei C e Gruppo di Studio Obesità. Consensus SIP – SIEDP su diagnosi, trattamento e prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente. (Prima Parte) *Area Pediatr*. 2017; 18:150-157. (Seconda Parte) *Area Pediatr* 2018; 19:6-13.
14. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, et al. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Can Fam Physician*. 2013; 59:27-31.
15. Puhl RM, Suh Y. Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment. *Curr Obes Rep*. 2015; 4:182-190.
16. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, et al. SECTION ON OBESITY; OBESITY SOCIETY. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2017; 140(6). pii: e20173034.
17. Tanas R, Begona G, Caggese G, et al. Professional Stigma on Weight in the Pediatric Care in Italy and Andalusia: Recognize it to Successfully Treat Obesity. *J Obes Ther*. 2017; 6:1.
18. Pearl RL, Himmelstein MS, Puhl RM, et al. Weight bias internalization in a commercial weight management sample: prevalence and correlates. *Obes Sci Pract*. 2019; 5:342-353.
19. Hunger JM, Blodorn A, Miller CT, et al. The psychological and

- physiological effects of interacting with an anti-fat peer. *Body Image*. 2018; 27:148-155.
20. Hand WB, Robinson JC, Stewart MW, et al. The Identity Threat of Weight Stigma in Adolescents. *West J Nurs Res*. 2017; 39:991-1007.
21. Baggiani F. *P(ri)eso di mira – Pregiudizio e discriminazione dell'obesità*. Edizione Clichy, 2014.
22. Marcolongo R. Educazione terapeutica. *Riv Ital Med Adolesc*. 2007; 5:33-34.
23. Darling KE, Ruzicka EB, Fahrenkamp AJ, et al. Perceived stress and obesity-promoting eating behaviors in adolescence: The role of parent-adolescent conflict. *Fam Syst Health*. 2019; 37:62-67.
24. Gangemi M, Zanetto F, Elli P. *Narrazione e prove di efficacia in Pediatria*. Editore Il Pensiero Scientifico, 2007.
25. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif*. 1992; 28:183-218.
26. Miller RW, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: Guilford Press, 2002.
27. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Dev Psych*. 1986; 22:723.
28. Tanas R. *Perle e Delfini Manuale per Educatori*. Ed. L'Espresso 2018.
29. Rudolf MC, Krom AJ, Cole TJ. How good are BMI charts for monitoring children's attempts at obesity reduction? *Arch Dis Child*. 2012; 97:418-422.
30. Tanas R. *Il Gioco delle Perle e dei Delfini*. II edizione. Ed. L'Espresso, 2015.
31. Tanas R. *Perle e Delfini per Ragazzi*. Ed. L'Espresso, 2015.
32. Tanas R, Pedretti S, Marcolongo R. Studio pilota di terapia dell'adolescente obeso con l'educazione terapeutica familiare. *Riv Ital Med Adolesc*. 2006; 4 (Suppl.1):106-107.
33. Briscioli V, Bellesi MS, Benaglio I, et al. *Affrontare l'obesità nell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia*. Quaderni ACP. 2017; 24: 63-67.
34. Purromuto S, Tanas R, Romano MN, et al. *Ricominciare a Curare i bambini in eccesso ponderale con la Consensus SIP-SIEDP*. Successi e Problemi di un percorso in Rete fra Pediatria di Famiglia e Ambulatori di 2° Livello a Ragusa. *Area Pediatr*. 2019; 20:110-114.
35. Byrne JLS, O'Connor K, Peng C, et al. Weight up? Changes in children's anthropometry from time of referral to baseline assessment for paediatric weight management. *Paediatr Child Health*. 2018; 23:377-382.
36. Hofsteenge GH, Chinapaw MJ, Delemarre-van de Waal HA, et al. Long-term effect of the Go4it group treatment for obese adolescents: a randomised controlled trial. *Clin Nutr*. 2014; 33:385-391.
37. Hofsteenge GH, Weijs PJ, Delemarre-van de Waal HA, et al. Effect of the Go it multidisciplinary group treatment for obese adolescents on health related quality of life: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2013; 13:939.
38. Farpour-Lambert NJ, Martin XE, Bucher Della Torre S, et al. Effectiveness of individual and group programmes to treat obesity and reduce cardiovascular disease risk factors in pre-pubertal children. *Clin Obes*. 2019; 9(6):e12335.
39. Seo YG, Lim H, Kim Y, et al. The Effect of a Multidisciplinary Lifestyle Intervention on Obesity Status, Body Composition, Physical Fitness, and Cardiometabolic Risk Markers in Children and Adolescents with Obesity. *Nutrients*. 2019; 11(1). pii: E137.
40. Ludwig DS. Weight loss strategies for adolescents: a 14-year-old struggling to lose weight. *JAMA*. 2012; 307:498-508.
41. Fenner AA, Howie EK, Davis MC, et al. Relationships between psychosocial outcomes in adolescents who are obese and their parents during a multi-disciplinary family-based healthy lifestyle intervention: One-year follow-up of a waitlist controlled trial (Curtin University's Activity, Food and Attitudes Program). *Health Qual Life Outcomes*. 2016; 14(1):100.
42. Omiwole M, Richardson C, Huniewicz P, et al. Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. *Nutrients*. 2019; 11(12). pii: E2917.
43. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, et al. *European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care*. *Obes Facts*. 2019; 12:40-66.

Corrispondenza:

Rita Tanas

Via della Fornace 17 - 44123 Ferrara

E-mail: tanas.rita@gmail.com

Tel: 0532-64099

Il disagio psichico nell'adolescente

Rosalba Trabalzini

Psichiatra, Psicologo clinico, Psicoterapeuta CBT, Roma.

Riassunto Al lockdown è stato attribuito gran parte del disagio psichico sbocciato in questa primavera anomala tra gli adolescenti. Davvero la responsabilità è tutta da imputarsi agli effetti dell'isolamento forzato? Oppure la realtà è ben diversa? Con questo approfondimento cerchiamo di comprendere come la storia e la ricerca scientifica rispondono ai quesiti a proposito del disagio psichico. Gran parte della responsabilità è da attribuire alla genetica in tandem con l'epigenetica. Le variabili che aprono la porta del disagio psichico, fin dall'adolescenza, sono un mix inevitabile tra geni che si ricombinano con la complicità dell'epigenetica, ovvero: educazione, alimentazione e ambiente. È solo il fattore tempo, in amalgama con una concausa accidentale, a rendere evidente la patologia psichica. Tutto questo ci deve rendere coscienti che quanto prima si individua la difficoltà tanto prima si possono porre in atto rimedi per rendere il disagio meno invasivo e distrutturante della personalità.

Parole chiave: *Disagio psichico, psicosi, epigenetica, genetica, paranoia, delirio, allucinazioni, psichiatria nutrizionale, antipsicotici, farmaci antipsicotici, psicoterapia cognitivo comportamentale, psicoterapia CBT, depressione, suicidio, ansia.*

Psychic distress in the adolescent

Summary *A great deal of psychic discomfort in teenagers is attributed to the anomalous lock down of this spring. Are we sure that all the responsibility is to be imputed to the forced isolation? Or we have in front of us a different truth? With this deepening we try to understand how history and research give answer to questions on psychic discomfort.*

Most of the responsibility can be attributed to genetics in tandem with epigenetics, most physic discomfort in teenagers are the result of genes mixing with 3 variables: education, environment and alimentation.

The most important factor is time, identifying in time the discomfort means putting remedy before the discomfort can evolve and generate a greater discomfort impacting heavily on personality.

Key words: *Psychic distress, psychosis, epigenetics, genetics, paranoia, delirium, hallucinations, nutritional psychiatry, antipsychotics, antipsychotic drugs, cognitive behavioral psychotherapy, CBT psychotherapy, depression, suicide, anxiety.*

Il disagio psichico può insorgere nell'infanzia, in questo caso è indicato come psicosi ad esordio infantile, o nell'adolescenza meglio conosciuto come psicosi ad esordio precoce, se l'inizio si attesta prima dei tredici anni. Rientrano nel disagio psichico una serie di disturbi mentali che vanno dal semplice disturbo schizo affettivo fino alla malattia conclamata: la malattia schizofrenica, incluso l'autismo e la depressione maniaco-depressiva meglio conosciuto come disturbo bipolare.

La malattia psicotica ha un'incidenza nella popolazione mondiale pari all'1%

Nella popolazione adolescenziale la malattia colpisce un ragazzo su trentamila, se al di sotto dei tredici anni e uno su

diecimila se l'esordio avviene prima dei quindici anni, la prevalenza tra i due sessi è maschile. Nell'adolescenza piena, la distribuzione della malattia tra maschio e femmina si eguaglia ovvero è al 50%. La malattia psicotica è quindi una patologia presente a livello mondiale senza differenze tra razze. Solo per curiosità, se volessimo fare una proiezione sulla popolazione di una città tipo di un milione di abitanti, i pazienti che necessitano di cure specifiche per la patologia sarebbero circa diecimila.

Volgendo uno sguardo alla patogenesi

Possiamo definire la malattia psicotica come un disturbo multifattoriale in cui sono coinvolti fattori genetici, organici e

ambientali, nel rispetto della teoria del neuro-sviluppo. Inoltre, gli studi dimostrano che tanto più la malattia sviluppa precocemente tanto più sono presenti anomalie citogenetiche e quindi una maggiore incidenza nelle stesse famiglie. La diagnosi di malattia tra parenti di primo grado è: del 48% nei gemelli omozigoti, del 13% nei gemelli dizigoti, del 9% nei fratelli, del 15% nei figli di un genitore malato e fino al 45% se ad essere malati sono entrambi i genitori.

A livello organico la struttura del cervello negli adulti con gravi forme di schizofrenia, può mostrare allo studio delle immagini un aumento del volume del ventricolo laterale e diminuzione del volume dell'ippocampo, del talamo e del lobo frontale. La forma ad inizio precoce – preadolescenziale – oltre ai risultati descritti si evidenziano anche anomalie al sistema limbico. Inoltre, i giovani con schizofrenia ad esordio precoce mostrano anche una significativa riduzione del volume della corteccia cerebrale.

È importante sottolineare che nessuna di queste alterazioni può essere presa come unico segno della malattia, ma possono essere parte di un corollario di immagini, senza per questo essere considerati unica causa del disagio mentale.

Allo stesso modo, non ci sono evidenze che solo fattori sociali o psicologici siano alla base della malattia, come potrebbe essere ipotizzato in questo eccezionale periodo di isolamento sociale da coronavirus. In realtà questi fattori possono agire solo come un enzima attivatore di un disturbo già insito nel DNA o come attivatori di ricadute a seguito di miglioramenti, anche consistenti. Altri fattori di rischio, da considerare solo come attivatori, possono essere rintracciati tra:

- Fattori congeniti e perinatali, come complicanze ostetriche: ipossia;
- Disturbi dello sviluppo strettamente legati all'attivazione endocrina che influenza l'intero organismo del pre-adolescente e adolescente tanto da dar luogo a crisi crepuscolari o confusorie tipiche della fase puberale;
- Abuso di sostanze di ogni tipo, compreso alcol;
- Stress psico-sociale, come ad esempio bullismo o immigrazione non pianificata.

Un'prima e sostanziale differenza della malattia è a livello sintomatologico con la seguente distinzione:

- Sintomi considerati positivi: ovvero disturbi con produzione di pensieri alterati, percezioni della realtà alterata, produzione di percezioni non reali sia di tipo uditivo, visivo o cenestesiche;
- Sintomi considerati negati: chiusura verso il contesto familiare e sociale, mutismi selettivi, assenza di emotività, difficoltà di interazione anche con oggetti inanimati.

La diagnosi di un episodio psicotico in bambini e adolescenti è difficile e solo lo specialista psichiatra o neuropsichiatra infantile è abilitato ad emetterla. Effettuare una buona valutazione consente anche di escludere l'eziologia medica di un quadro clinico compatibile con la psicosi. Questo perché è estremamente diffi-

cile distinguere tra risposte immature, come può essere il pensiero magico nei bambini piccoli e alcuni dei sintomi del disagio psichico. Inoltre, considerato l'insidiosità dei sintomi iniziali, questi possono essere confusi con atteggiamenti borderliner.

Corresponsabilità delle sostanze d'abuso

Tutte le sostanze d'abuso possono produrre sintomi psicotici: cannabis, anfetamine, cocaina, LSD, allucinogeni alcolici, così come alcuni farmaci anticolinergici, antiparkinsoniani e corticosteroidi. Le psicosi indotte da sostanze si risolvono a distanza di settimane dal momento della sospensione. Gli adolescenti con

Box 1.

Sintomi positivi del disagio mentale.

- Percezioni alterate del proprio corpo o deformazione somatica: idee di trasposizione degli organi o degli arti, fino a percepire il proprio corpo non più rispondente al proprio pensiero.
- Fobie immotivate fino ad arrivare a crisi di angoscia rispetto ai mutamenti somatici dovuti alla rivoluzione bio-endocrina vissute come gravi e inarrestabili malattie.
- Crisi di depersonalizzazione con esperienza di estraneità o perdita della propria esistenza corporea.
- Pensiero alterato nel contenuto sotto forma di idee paranoiche a sfondo persecutorio, a contenuto mistico-religioso o forme di megalomania con sé fortemente dilatato. In genere nell'adolescente l'idea delirica resta vaga o incerta. Possono seguire azioni coatte come reazione a qualcosa di imposto dall'esterno, il più delle volte vengono definite dal paziente come reazioni a poteri magici delle persone nel suo entourage.
- Percezioni alterate della realtà, forme illusorie fino a sconfinare nelle allucinazioni sensoriali olfattive e visive. Le percezioni alterate uditive sono soprattutto suoni o rumori strani, le voci organizzate sono rare nell'adolescente.
- Manifestazioni comportamentali clamorose o violente sia verso sé stesso sia verso famigliari.

Box 2.

Sintomi negativi del disagio mentale.

- Reazioni depressive che possono esplodere in tentativi di suicidio.
- Appiattimento emotivo, apatia e disaffezione generale.
- Tendenza all'isolamento sociale con riduzione dei contatti non solo sociali ma anche all'interno della famiglia, interrotti da crisi di rabbia incontrollata anche per futili motivi.
- Rifiuto scolastico e difficoltà mnemoniche.
- Ridotta capacità di astrazione.
- Ridotta efficienza nelle prestazioni intellettive in soggetti normodotati.
- Disturbi del linguaggio con mutismo selettivo e neologismi.
- Disturbi dell'alimentazione sia verso la forma anoressica sostenuta da timori di cibi contaminati o avvelenati, rupofobia, o per precise idee salutistiche esagerate: ortoressia.

Box 3.*Fase prodromica del disagio mentale.*

Nelle forme psicotiche ad insorgenza infantile e adolescenziale, i segni premonitori possono comparire mesi e in alcuni casi anche anni prima dell'esplosione dell'evento patologico conclamato. Il riconoscimento dei prodromi è di fondamentale importanza ai fini della terapia. Attenzione massima deve essere rivolta ai seguenti sintomi:

- Cambiamenti nell'espressione del volto.
- Incoordinazione motoria.
- Deficit dell'attenzione.
- Disturbi del pensiero: pensiero bloccato e perseveranza del concretismo.
- Difficoltà nel discriminare idee e ricordi fantastici.

La valutazione deve essere condotta sul bambino o adolescente in presenza dei genitori, così da avere un quadro chiaro rispetto ai cambiamenti rilevati.

diagnosi di psicosi corrono un maggior rischio, infatti, l'uso di cannabis è associato alla diagnosi di psicosi. Non è ancora ben chiaro se il consumo precede lo sviluppo della patologia psicotica, è difficile stabilire se la malattia rappresenta un'entità indipendente dagli effetti della sostanza tossica.

Terapia del disagio psichico in adolescenza

La terapia del disagio psichico deve essere necessariamente multifattoriale, ovvero deve, non solo essere adattata alla fase del problema, ma prevedere: farmaci, psicoterapia e alimentazione adeguata.

- Farmaci antipsicotici, sono necessari nella fase acuta. In questa fase il consenso della famiglia è basilare oltre a spiegare al paziente il perché dovrà assumere alcuni rimedi farmaceutici. La famiglia deve anche essere edotta sui possibili effetti sedativi degli antipsicotici. Le molecole più utilizzate in adolescenza sono: quietapina, risperidone e olanzapina. Ovviamente sarà necessario registrare alcuni valori tra cui: pressione sanguigna, temperatura, altezza e peso e prescrivere esami ematochimici oltre a richiedere un ECG e un EEG.
- La psicoterapia, che si è rivelata essere la più penetrante e di grande aiuto nel mantenere la stabilità e soprattutto a prevenire ricadute è la cognitivo-comportamentale-BCT, la pratica deve essere riservata a psicoterapeuti con riconoscimento ufficiale della società scientifica.
- La corretta alimentazione ha la sua importanza, il cibo è il primo farmaco per migliorare il benessere psichico oltreché fisico: depressione, ansia e le malattie mentali amano gli zuccheri raffinati, è bene evitarli. Benissimo frutta e vegetali, infatti, il loro consumo è associato alla buona salute mentale. La ricerca ha confermato più volte la notizia, ma ciò che rende

ancora più importante il consumo dei vegetali è il tipo di cottura: deve essere a vapore e per il più breve tempo possibile. Calore e lunghezza della cottura riducono le proprietà protettive degli alimenti buoni. Tra i vegetali: carote, cetrioli, banane, mele, pompelmi, arance, kiwi, mirtilli, lamponi, fragole e tutti i vegetali a foglia scura sono gli alimenti che rendono migliore il nostro sistema fisico e psichico. La fibra contenuta nei vegetali è importante perché rallenta il trasporto dei nutrienti in tutti gli altri distretti del corpo. Troppa energia a disposizione può rendere l'ansia libera. Tra i grassi deve essere data la preferenza agli omega-3, quindi via libera al salmone, sgombrò e sardine, alcune ricerche affermano che questi grassi possono prevenire i sintomi delle malattie psicotiche. Altri cibi che possono prevenire queste problematiche sono le ostriche e i gamberi per il loro elevato contenuto di zinco. Le vongole per il loro elevato contenuto di vitamina B12, sono considerate un alimento anti-psicotico. E per finire il pollo, con l'elevato contenuto di niacina, può migliorare il disagio, infatti, la carenza di questo nutriente è associato ai sintomi delle malattie psicotiche.

A conclusione del percorso conoscitivo possiamo ben dire che l'epigenetica si inserisce prepotentemente nella genetica di base e lo fa non solo attraverso l'educazione, ma anche con la nutrizione, il cibo è la nostra prima e fondamentale medicina per il benessere psico-fisico.

Bibliografia

1. Del Carlo Giannini G, Marchesi M, Pfanner P. *Dispense di neuropsichiatria infantile*. Pisa. 1971.
2. Rapoport JL, Giedd JN, Gogtay N. *Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012*. *Mol Psychiatry*. 2012; 17(12):1228-1238.
3. *American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
4. Castro-Fornieles J, Parellada M, Gonzalez-Pinto A, et al. *The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): design and baseline results*. *Schizophr Res*. 2007; 91(1-3):226-237.
5. Vyas NS, Gogtay N. *Treatment of early onset schizophrenia: recent trends, challenges and future considerations*. *Front Psychiatry*. 2012; 3:29. *Published 2012 Apr 2*.
6. Trabalzini R. *Psichiatria nutrizionale, alimenti si, alimenti no* – www.guidagenitori.it, 2019.
7. Trabalzini R. *News e conferme dalla psichiatria nutrizionale*, www.guidagenitori.it, 2020.
8. de Ajuaraguerra J, Marcelli D. *Psicopatologia del bambino*, 1988.
9. Bara BG. *Manuale di psicoterapia cognitiva*, 1996.

Corrispondenza:

Rosalba Trabalzini

Psichiatra, Psicologo clinico, Psicoterapeuta CBT

Via Giacomo Bresadola, 3 - 00171 Roma

E-mail: info@rosalbatrabalzini.it

Endo-Thal

INTERNATIONAL NETWORK OF CLINICIANS FOR ENDOCRINOPATHIES
IN THALASSEMIA AND ADOLESCENT MEDICINE (ICET-A)



EDITOR IN CHIEF
Vincenzo De Sanctis

Pediatric and Adolescent Outpatient Clinic, Quisisana Hospital, Ferrara (Italy) - e-mail: vdesanctis@libero.it

ASSOCIATE EDITOR
Ashraf T. Soliman

Department of Pediatrics, Division of Endocrinology, Hamad General Hospital, Doha (Qatar) - e-mail: atsoliman@yahoo.com

EDITORIAL BOARD

Valeria Kaleva (Bulgaria), Iva Stoeva (Bulgaria), Michael Angastiniotis (Cyprus), Soteroula Christou (Cyprus), Nicos Skordis (Cyprus), Mohamed El Kholy (Egypt), Heba Elsedfy (Egypt), Antonis Kattamis (Greece), Christos Kattamis (Greece), Praveen Sobti (India), Mehran Karimi (Iran), Salvatore Di Maio (Italy), Maria Concetta Galati (Italy), Antonino Mangiagli (Italy), Giuseppe Raiola (Italy), Hala Al Rimawi (Jordan), Soad K. Al Jaouni (Kingdom of Saudi Arabia), Shahina Daar (Oman), Mohd Abdel Daem Mohd Yassin (Qatar), Dulani Kottahachchi (Sri Lanka), Joan Lluís Vives Corrons (Spain), Duran Canatan (Turkey), Yurdanur Kilinc (Turkey), Bernadette Fiscina (USA).

A Teenage Girl with Compound Heterozygous Sickle and β^+ -Thalassemia Trait: A Consultation for Contraception

Vincenzo De Sanctis¹, Ashraf T. Soliman², Shahina Daar³, Duran Canatan⁴, Salvatore Di Maio⁵, Mohamed Yassin⁶, Giuseppe Millimaggi⁷, Christos Kattamis⁸

¹ Pediatric and Adolescent Outpatient Clinic, Quisisana Hospital, Ferrara, Italy; ² Department of Pediatrics, University of Alexandria, Alexandria, Egypt;

³ Department of Haematology, College of Medicine and Health Sciences, Sultan Qaboos University, Sultanate of Oman;

⁴ Director of Thalassemia Diagnosis Center of Mediterranean Blood Diseases Foundation Antalya, Turkey; ⁵ Emeritus Director in Pediatrics, Children's Hospital "Santobono-Pausilipon," Naples, Italy; ⁶ Hematology Section Medical Oncology NCCCR, Hamad Medical Corporation (HMC) Doha, Qatar;

⁷ Radiology Clinic, Quisisana Hospital, Ferrara, Italy; ⁸ First Department of Paediatrics, National Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece.

Abstract

A 17-year-old Sicilian girl with S/ β^+ thalassemia was referred for contraception. Numerous reviews and recommendations for prescribing and managing contraception are available in the literature but very few for adolescents with SCD. The objective of this article is to provide an overview of our present knowledge on the subject.

Key words: Adolescent, contraception, compound heterozygous sickle and thalassemia trait.

Case Study Scenario

A 17-year-old Sicilian girl with S/ β^+ thalassemia was referred by her gynecologist to the Adolescent out-patient clinic of Quisisana Hospital (Ferrara, Italy) for consultation, raising the following questions.

1. What safe contraceptive method can I use?
2. Should I start "the pill" (COC)?
3. Is COC associated with an increased risk of venous thromboembolism (VTE) in patients with SCD?
4. In light of this concern, could I use an oral progestogen-only pill (POP) or long-acting reversible contraceptives (LARCs)?

Patient's history

She was diagnosed with sickle cell disease (SCD) at the age of 6 years, when she started to suffer from “sporadic episodes of pain” not requiring hospitalization. In view of the presence of Hb S (60%), HbA (32.3%), it was concluded that she had Hb S/ β^+ thalassemia. The percentage of HbF was 3.8%. Up-to the date of consultation she had received 4 blood transfusions because of “low hemoglobin levels”.

Menarche started at the age of 13 years and the following menstrual cycles were “sometimes irregular” (every 40-50 days). No history of stroke or venous thromboembolism (VTE) was reported. The last hemoglobin (Hb) level was 9.3 g/dL. She had never smoked cigarettes or suffered from migraine.

On physical examination: the blood pressure was normal; body mass index (BMI) of 23.1 kg/m²; breast development and pubic hair distribution in Tanner's stage V. Previous laboratory testing reported a normal cholesterol and glucose level (2 hours after an oral glucose tolerance test). Liver enzymes, clotting factors and a transabdominal ultrasound of the pelvis were normal. Spleen was palpable 2 fingers below the costal margin.

Background

Major hemoglobinopathies, mainly thalassaemia syndromes (Thal) and sickle cell disease (SCD) are the most common genetic blood disorders affecting more than 330,000 newborns every year worldwide. Of these, about 70% suffer from SCD, and the remaining from severe forms of Thal (1). Sickle cell disease (SCD) refers to the clinically and hematologically similar disorders of homozygous HbS and double heterozygous HbS and β^0 -Thal and to all other compound heterozygous disorders with HbS, such as HbSC, HbS β^+ -Thal, and other less common variants. The carrier state for hemoglobin S (HbAS or sickle cell trait) is not a type of SCD. Treatment is supportive and depends on the genotype, hematological phenotype, and the signs and symptoms of the patient (2-4).

The HbS mutation results in a qualitative defect of β chain synthesis. When present in the homozygous form, or in combination with a β thalassaemia mutation, the red cell assumes a “sickle” shape when the abnormal haemoglobin is

deoxygenated. This is due to hypoxia-induced polymerization of the HbS molecule, followed by red blood cell injury and the sickling process. Consequently, microvascular occlusion (vaso-occlusion) can occur causing acute painful episodes that can be associated with hemolysis. Infections are a common predisposing factor for painful crisis and hemolysis, and less frequently for acute aplastic crisis (5, 6).

The polymerization of the sickled red cells renders cells unable to traverse the microcirculation, resulting in obstruction, thrombosis, and tissue infarction. These fragile red blood cells are also more prone to breakage, leading to anemia. Clinically, SCD is characterized by vaso-occlusive painful crises, anemia, and long-term organ complications that can affect any organ system, including the bones, spleen, liver, brain, lungs, kidneys, and joints. Chronic hemolysis can result in varying degrees of anemia, jaundice, cholelithiasis, and delayed growth and sexual maturation. Individuals with the highest rates of hemolysis are predisposed to pulmonary artery hypertension, priapism, and leg ulcers, but may be relatively protected from vaso-occlusive pain (2-6).

There is no consensus about the classification of Hb S/ β -thal, but it is usually classified in two types: Hb S/ β^0 -Thal and Hb S/ β^+ -Thal (7-9).

Mild to moderate microcytic anemia is usually present along with some sickled red blood cells on microscopy. The diagnosis requires quantitative hemoglobin studies. Hb S predominates on electrophoresis, and Hb A is absent in SS and S/ β^0 -thal and low in S/ β^+ -thal. Hb A₂ is usually > 3% and Hb F levels vary widely depending on genetic factors (7-9). Nowadays it is possible to define HbS polymorphism and the β -thal mutation by molecular biology techniques, and evaluate the relationship between mutation and clinical manifestations (10, 11).

Contraception for adolescents with sickle cell disease

In adolescents with SCD, regular use of contraception can decrease the health risks associated with an unintended pregnancy. Multiple studies have shown that adolescents with chronic illness have rates of sexual activity equal to, or greater than, their healthy counterparts, but pregnancy in these adolescents can carry greater health risks. Such complications include intrauterine fetal demise, intrauterine growth restriction, pre-

Table 1. Medical eligibility classification criteria for contraception.

1	No restriction for the use of the contraceptive method for a woman with that condition
2	Advantages of using the method generally outweigh the theoretical or proven risks
3	Theoretical or proven risks of the method usually outweigh the advantages – not usually recommended unless more appropriate methods are not available or acceptable
4	Unacceptable health risk if the contraceptive method is used by a woman with that condition

Table 2. Theoretical or proven risks for use of a particular contraceptive method for a woman with SCD (From: ref 22, modified).

Contraceptive Method	Category	Advantages	Disadvantages
Barrier (condom, diaphragm, etc.)	1	<ul style="list-style-type: none"> Neutral effect on symptoms and haematological parameters 	<ul style="list-style-type: none"> Failure rate Allergy to latex (latex condoms)
Combined hormonal contraception (COCP)	2	<ul style="list-style-type: none"> Oral method Widely used Provides effective contraception 	<ul style="list-style-type: none"> Listed as "warning and precaution" Increased risk of thrombosis
Progestogen-only pill	1	<ul style="list-style-type: none"> May have a beneficial effect on symptoms such as painful crises May improve haematological parameters e.g. HbF 	<ul style="list-style-type: none"> Often causes irregular bleeding or amenorrhoea. Must be taken every day Less reliable than COCP

Table 3. Theoretical or proven risks for use of a particular contraceptive method for a woman with SCD (From: ref 22, modified).

Contraceptive Method	Category	Advantages	Disadvantages
Depot medroxy-progesterone acetate	1	<ul style="list-style-type: none"> As for POP above 	<ul style="list-style-type: none"> May cause irregular bleeding, usually with subsequent amenorrhoea; needs to be repeated 12 weekly (8 weekly for NET-EN)
Norethisterone enanthate (NET-EN)	1	<ul style="list-style-type: none"> As for POP above 	<ul style="list-style-type: none"> Requires minor surgical procedure for fitting
Implant (progestogen-only)	1	<ul style="list-style-type: none"> As for POP above 	<ul style="list-style-type: none"> Requires minor surgical procedure for fitting
Copper intrauterine device (Cu-IUCD)	2	<ul style="list-style-type: none"> Can remain in situ for 5 years 	<ul style="list-style-type: none"> May cause heavy periods Risk of infection
Levonorgestrel releasing intrauterine system (LNG-IUS)	1	<ul style="list-style-type: none"> May lessen menstrual bleeding and/or lead to amenorrhoea 	<ul style="list-style-type: none"> Often causes irregular bleeding when first fitted

Legend = Cu-IUCD: Copper-containing intrauterine contraceptive device;
LNG-IUS: Levonorgestrel intrauterine system.

term birth, hypertensive disorders, cesarean section, and even maternal mortality (12-14). The frequency of painful crises also increases for some women during pregnancy. Accordingly, appropriate contraception is critical to decrease unintended pregnancy in these women (15, 16). However, these patients often face major obstacles in obtaining effective contraception based on their or their provider's belief that hormonal or intrauterine methods of contraception may cause an increased risk for infections, metabolic, or vascular complications (17-19). Unwanted pregnancy rates among women with sickle cell disease have been reported in the range of 38-64%. A study found that only 33% of a group of women with sickle cell disease used any form of contraception compared to 66% in a control group (20, 21).

Numerous reviews and recommendations for prescribing and managing contraception are available in the literature but very few for adolescents with SCD. The objective of this article is to provide an overview of our present knowledge on the subject.

Practical guide of options for a safe contraception

The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) have created a comprehensive guide that provides advice on safe contraceptive options for patients with complex medical conditions. Both the World Health Organization (WHO) and the CDC have developed, published, and updated evidence-based guidelines to support medical providers in the provision of contraceptives to patients with specific medical conditions or characteristics (22).

The goal of these guidelines is to provide recommendations on the safe use of contraceptives aiming to remove unnecessary medical barriers to access and use of contraceptives and to reduce the number of unintended pregnancies. The ultimate goal of counseling is to balance the risks and benefits of contraceptive options which is provided as a numeric classification: 1, 2, 3 or 4 (Table 1). The numbers reflect an increasing degree of theoretical or proven risks for use of a particular contraceptive method for a woman with a particular condition.

A summary of recommendations are reported in Tables 2 and 3.

Follow-up of patient consultation

After ascertaining that there were no evident medical contraindications available to the patient were discussed and patient choice was encouraged. The decision was based on safety, efficacy, perceived pregnancy risk, desire for future pregnancy, methods and costs.

Conclusions

Adolescence can be a tumultuous and demanding time for teenagers and their families. The adolescent will undergo great changes in all domains of life, including physical, biological, cognitive, developmental, and social, as well as the transition from being a dependent child to an independent adult. The additional complexity of a chronic illness may greatly complicate adolescence and impair the achievement of the normal adolescent's goals; this requires special consideration in providing medical care.

SCD is a complex disorder with multisystem manifestations that requires specialized comprehensive care to achieve an optimal outcome. Appropriate treatment requires the active involvement of health care professionals with expertise in the management and treatment of SCD, usually a hematologist- oncologist working in conjunction with a multidisciplinary team.

Evidence-based guidelines about the safety of contraceptive methods among women with comorbid medical conditions can help guide providers in determining the best method of contraception on an individual basis for each woman, depending on her age (adolescent, post-partum or perimenopausal age period). As most patients can safely use highly effective methods of contraception, health providers should promote their use in an effort to reduce unintended pregnancy. This promotion should be done by enabling women to make an informed choice among all contraceptive options.

Contraception should be discussed during transitional care and at regular review and the woman should be fully informed on the advantages and disadvantages of the methods available. There are very few randomised control trials in this area in subjects with SCD and no recent studies.

When assessing safety of contraceptive methods in women with SCD, any co-existing medical

condition(s) that contraindicate use of the method must be considered.

A full range of choices can be offered to women with SCD, but some methods may be more suitable than others.

The advantages of using low-dose combined hormonal contraceptives (pills, patches and rings) and intrauterine devices generally outweigh the theoretical or proven risks in women with SCD. However, unresolved questions about steroidal contraceptives in women with SCD disease include whether they promote thrombophilia.

Recent evidence has emerged suggesting an increased incidence of venous thromboembolism in individuals with sickle cell trait, as is already well recognised in SCD. The rates found indicate doubled incidence of venous thrombosis and four-fold greater incidence of pulmonary embolism, compared with similar individuals without haemoglobin S (23). Further expert analysis is needed before any conclusive report is produced.

Progestogen-only contraception includes the following methods:

- Progestogen-only pills (POPs), also known as “mini-pills”
- Progestogen-only subdermal implant
- Progestogen-only injectable: depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) (given intramuscularly or subcutaneously)
- Progestogen (levonorgestrel)-releasing intrauterine system (LNG-IUS)

Although data are limited, POPs are safe for women with sickle cell disease. However, unpredictable vaginal bleeding is a known side-effect which can affect user-acceptability. POPs, work primarily by thickening cervical mucus, not by inhibiting ovulation. Because of the timing of this effect, it is generally recommended that pills be taken between 4 and 22 hours before coitus takes place (24, 25).

The major disadvantages of DMPA for adolescents are menstrual cycle irregularities (present for nearly all patients initially), the need for an injection every 13 weeks, and potential adverse effects, including weight gain and interference with normal increases in bone density. Other adverse effects include headache, mastalgia, hair loss, and change in libido. Although rare, anaphylaxis to DMPA has been described (24, 25). Limited data exist on IUD use in women with SCD and heavy painful periods may make the

copper IUCD inappropriate for women with SCD (26).

In conclusion, adolescents should be given the opportunity to privately discuss their family planning needs and to subsequently receive care in the context of relevant law. Health care professionals should have access to specialist advice about appropriate contraception for people with SCD.

References

- Margaret P Adam, Holly H Ardinger, et al. editors. In: *GeneReviews*® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle. 2003; 1993-2020.
- Kinney TR, Ware RE. Compound heterozygous states. In: Embury SH, Heibel RP, Mohandas N, Steinberg MH, editors. *Sickle cell disease: basic principles and clinical practice*. 1sted. New York: Raven Press Ltd.; 994. p. 437-451.
- Stuart MJ, Nagel RL. Sickle-cell disease. *Lancet*. 2004; 364:1343-60.
- Thein SL. Genetic modifiers of sickle cell disease. *Hemoglobin*. 2011; 35:589-606.
- Wilson BH, Nelson J. Sickle cell disease pain management in adolescents: a literature review. *Pain Manag Nurs*. 2015; 16:146-151.
- Novelli EM, Gladwin MT. Crises in Sickle Cell Disease. *Chest*. 2016; 149:1082-1093.
- Viprakasit V, Ekwattanakit S. *Clinical Classification, Screening and Diagnosis for Thalassemia*. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2018; 32:193-211.
- Habara A, Steinberg MH. Minireview: Genetic basis of heterogeneity and severity in sickle cell disease. *Exp Biol Med (Maywood)*. 2016; 241:689-696.
- Steinberg MH. Predicting clinical severity in sickle cell anaemia. *Br J Haematol*. 2005; 129:465-481.
- Serjeant GR, Serjeant BE, Fraser RA et al. Hb S-beta-thalassaemia: molecular, hematological and clinical comparisons. *Hemoglobin*. 2011; 35:1-12.
- Figueiredo MS. The compound state: Hb S/beta-thalassaemia. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2015; 37:150-152.
- Porter B, Key NS, Jauk VC et al. Impact of sickle hemoglobinopathies on pregnancy-related venous thromboembolism. *Am J Perinatol*. 2014; 31:805-809.
- Smith-Whitley K. Reproductive issues in sickle cell disease. *Blood*. 2014; 124:3538-3543.
- Ghafuri DL, Stimpson SJ, Day ME, et al. Fertility challenges for women with sickle cell disease. *Expert Rev Hematol*. 2017; 10: 891-901.
- Stimpson SJ, Rebele EC, DeBaun MR. Common gynecological challenges in adolescents with sickle cell disease. *Expert Rev Hematol*. 2016; 9:187-196.
- O'Brien SH, Klima J, Reed S, et al. Hormonal contraception use and pregnancy in adolescents with sickle cell disease: analysis of Michigan Medicaid claims. *Contraception*. 2011; 83:134-137.
- Eissa AA, Tuck SM, Rantell K, et al. Trends in family planning and counseling for women with sickle cell disease in the UK over two decades. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2015; 41:96-101.
- Day ME, Stimpson SJ, Rodeghier M, et al. Contraceptive Methods and the Impact of Menstruation on Daily Functioning in Women with Sickle Cell Disease. *South Med J*. 2019; 112:174-179.
- Austin H, et al. Sickle cell trait and the risk of venous thromboembolism among blacks. *Blood*. 2007; 110:908-912.
- Howard RJ, Tuck SM. Contraception and sickle cell disease. *IPPF Med Bull*. 1994; 28(4):3-4.
- Haddad LB, Curtis KM, Legardy-Williams JK, et al. Contraception for individuals with sickle cell disease: a systematic review of the literature. *Contraception*. 2012; 85:527-537.
- CDC. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *Recomm Rep*. 2016; 65:1-104.
- Austin H, Key NS, Benson JM, et al. Sickle cell trait and the risk of venous thromboembolism among blacks. *Blood*. 2007; 110:908-912.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. *Clinical Effectiveness Unit guidance. Progestogen only pills*. 2015. Available from: www.fsrh.org/documents/ceuguidanceprogestogenonlypills/ (Accessed Jan, 2019).
- World Health Organization (WHO), Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center, for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. *Family planning. A global handbook for providers (2018 update)*. 2018. Available from: www.who.int/reproductivehealth/publications/ffp-global-handbook/en/ (Accessed Feb, 2019).
- Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, counselling, and pregnancy in women with sickle cell disease. *BMJ*. 1993; 306:1735-1737.

Disclosure

The authors have declared that no competing interests exist.

Correspondence:

Vincenzo De Sanctis, MD

Pediatric and Adolescent Outpatient Clinic

Accredited Quisisana Hospital

44121 Ferrara (Italy)

E-mail: vdesantis@libero.it

International Course for Thalassemia

(2 days course)

November 13-14 November 2020

Venue (Itqan Simulation Center, HMC, Doha, Qatar)

DAY 1

Time	Lecture	Topic	Presenter	Objectives
07:30 – 08:00	Registration and Breakfast			
08:00- 08:10	Welcome and Introduction		Dr. Mohd Yassin	
08:10 – 08:50	Lecture 01	Epidemiology /Pathophysiology of Thalassemia Major	Prof. Salaam Alkindi	
08:55 – 09:30	Lecture 02	Genotype / Phenotype of Thalassemias	Dr. Karen - Moderator - Dr. Reem Al Sulaiman	
09: 30 – 09:45 Break time 15 minutes				
09:45 – 10:35	Lecture 03	Laboratory diagnosis of Hemoglobinopathies	Dr. Ahmad Al Sabbagh	
10:40 – 11:25	Lecture 04	Conventional Treatment of Thalassemia in Pediatrics	Prof. Yasser Wali	
Friday Prayer time and Lunch 11:30 -12:30				
12:30 – 01:20	Lecture 05	Conventional Treatment of Thalassemia in Adults	Prof. Salam AlKindi	
01:20 – 02:00	Lecture 06	Complications of Thalassemia and conventional in Pediatrics. (Growth, endocrine , bone disorders)	Prof. Ashraf Soliman	
02:00 – 02:15 Afternoon Break 15 Minutes				
02:15 – 3:00	Lecture 07	Thalassemia Intermedia from Diagnosis and Complications	Prof. Mehran Karimi	
03:00 – 03:40	Lecture 08	Chelation Therapy in Thalassemia past, current and future	Dr. Rola Ghosoub	
03:40 – 04:20	Lecture 09	Thalassemia care from Nursing Perspective	Ms. Khadra Yassin	



International Course for Thalassemia

(2 days course)

November 13-14 November 2020)

Venue (Itqan Simulation Center, HMC, Doha, Qatar)

DAY 2

Time	Lecture	Topic	Presenter	Objectives
07:30 – 08:00	Registration and Breakfast			
08:00 – 08:40	Lecture 01	What we have learned in 20 years of use of MRI for assessment of liver and heart iron overload in Thalassemia	Prof. Julliano Fernandez	
08:40 – 09:20	Lecture 02	Hepatocarcinoma in thalassemias: The ICET-A Survey	Prof. Vincenzo de Sanctis	
09:20 – 09:35 15 Minutes Break				
09:35 – 10:15	Lecture 03	How to effectively implement MRI screening for iron overload practical problems cost effectiveness and rapid imaging	Prof. Julliano Fernandez	
10:15 – 11:00	Lecture 04	Thalassemia Intermedia Management	Prof. Mehran Karimi	
11:00 – 12:00	Lecture 05 Non-conventional Treatment	Transplant in Thalassemia (Pediatrics and Adults)	Prof. Javid Gaziev	
12:00 – 12:45 Prayer and Lunch				
12:45 – 01:25	Lecture 06	Gene therapy in thalassemia	Prof. Andreas Kulozik	
01:25 – 2:10	Lecture 07	Skeletal manifestations in Thalassemia Major	Prof. Said Bedair	
02:10 – 02:25 15 Minutes Break				
02:25 – 03:30	Case Study Presentation	4 Cases, Each Case 15 Minutes	Clinical Hematology Fellows	



Istruzioni agli Autori

Obiettivo della rivista

La Rivista Italiana di Medicina dell'Adolescenza, organo ufficiale della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, si propone di favorire la cultura e la conoscenza degli aspetti medici, etici, educativi e psicosociali della età adolescenziale con l'obiettivo di migliorare l'approccio all'assistenza e alle problematiche dell'età evolutiva. La Rivista Italiana di Medicina dell'Adolescenza, quadrimestrale, pubblica articoli di aggiornamento, articoli originali, casi clinici, esperienze sul campo, rassegne specialistiche di Esperti di diverse discipline mediche (pediatria, medicina legale, dermatologia, ginecologia, andrologia, odontoiatria, diagnostica di laboratorio e per immagini, medicina dello sport).

Front line accetta contributi, esperienze di medici e non medici che si occupano di adolescenti.

Per questa rubrica non sono necessari l'abstract e la bibliografia.

Endothal è l'organo ufficiale dell'Association of Clinical Endocrinologists for Thalassaemia and Adolescent Medicine (A-CET-A).

Magam news pubblica i contributi scientifici del Mediterranean and Middle East Action Group for Adolescent Medicine.

Preparazione degli articoli

Il primo Autore deve dichiarare all'Editor in Chief che i contributi sono inediti ed il loro contenuto conforme alla legislazione vigente anche in materia di etica della ricerca (Vedi http://www.icmje.org/urm_main.html).

La redazione si riserva di modificare i testi nella forma per uniformarli alle caratteristiche della rivista.

Gli articoli devono essere dattiloscritti con doppio spazio su fogli A4 (210 x 297 mm), lasciando 20 mm per i margini superiore, inferiore e laterali.

La prima pagina deve contenere: titolo, nome e cognome (per esteso) degli Autori, istituzione di appartenenza e relativo indirizzo (telefono, fax, indirizzo di posta elettronica).

La seconda pagina deve contenere un **riassunto in italiano ed in inglese, il titolo in inglese e 2-5 parole chiave in italiano ed in inglese**.

Per la bibliografia, che deve essere essenziale (limitata ad un massimo di 25 voci), attenersi agli "Uniform Requirements for Manuscript submitted to Biomedical Journals" (New Eng J Med 1997; 336:309).

Le referenze bibliografiche devono essere numerate progressivamente nell'ordine in cui sono citate nel testo (in numeri arabi tra parentesi).

I titoli delle riviste devono essere abbreviate secondo lo stile utilizzato nell'*Index Medicus* (la lista può essere eventualmente ottenuta al seguente sito web:

<http://www.nlm.nih.gov>).

Per gli articoli con più Autori vanno riportati i primi tre seguiti da *et al.*

La lunghezza del testo deve essere compresa tra 1.500 e 2.500 parole.

1. I manoscritti devono essere preparati seguendo rigorosamente le norme per gli Autori.
2. Gli Autori, se necessario, devono indicare che lo studio è stato approvato dal Comitato Etico, che è stato ottenuto il consenso informato scritto per lo studio ed il permesso per la pubblicazione nel testo di eventuali fotografie del paziente.
3. L'Autore è tenuto a dichiarare l'eventuale presenza di conflitti di interesse, la quale sarà segnalata in caso di pubblicazione.

4. L'articolo verrà sottoposto al giudizio di due Referee ed eventualmente dell'Editor in Chief.

5. Gli Autori dovranno seguire le raccomandazioni riportate nel sito http://www.icmje.org/urm_main.html per la preparazione dei lavori scientifici e gli aspetti etici della ricerca.

La pubblicazione dei lavori scientifici è gratuita.

Articoli standard di riviste

Parkin MD, Clayton D, Black RJ et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobil: 5 year follow-up. Br J Cancer 1996; 73:1006-1010.

Articoli con organizzazioni come autore

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-286.

Articoli in supplementi al fascicolo

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol 1996; 23 (Suppl 2):89-92.

Libri

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skill for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publisher; 1996.

Capitolo di un libro

Philips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995, p. 465-470.

Figure e Tabelle

Per le illustrazioni tratte da altre pubblicazioni è necessario che l'Autore fornisca il **permesso scritto di riproduzione**.

Le figure (disegni, grafici, schemi, fotografie) devono essere numerate con numeri arabi secondo l'ordine con cui vengono citate nel testo ed accompagnate da didascalie redatte su un foglio separato.

Le fotografie possono essere inviate come immagini elettroniche (formato JPEG o TIFF).

Ciascuna tabella deve essere redatta su un singolo foglio, recare una didascalia ed essere numerata con numeri arabi secondo l'ordine con cui viene citata nel testo.

Come e dove inviare gli articoli

Il testo (salvato in file di Word) e le immagini (File JPG o TIFF) devono essere spediti al seguente indirizzo e-mail:

Dott Gabriella Pozzobon

Presidente SIMA ed Editor in Chief

Rivista Italiana di Medicina dell'Adolescenza

e-mail: gabriella.pozzobon@hsr.it

Una volta che il manoscritto ha ricevuto l'approvazione della sua versione definitiva, viene messo nel calendario delle pubblicazioni e pubblicato alla prima occasione possibile, tenendo in considerazione il piano Editoriale della testata.

Con la pubblicazione del manoscritto gli Autori trasferiscono la proprietà ed i diritti d'Autore all'Editore Scripta Manent s.n.c. Milano.

SALUTEPERTUTTI.IT

LA RIVISTA DELLA SALA D'ASPETTO

Scopri la versione online su
www.salutepertutti.it



RIVISTA DELLA SALA D'ASPETTO
**SALUTE
PERTUTTI.IT**
VOL. 3 - N. 1 - FEBBRAIO - 2020

ISSN 2611-9080

Scopo della Scienza
non è solo comprendere,
ma aiutare.
M. Ilvori UCLM

**La CURA dello
SMALTO DENTALE**
Butera R.

**OCCHIO SECCO:
COME CURARLO**
Scuderi G.

**RIMEDI NATURALI
PER LA STIPSI**
PERTICONE M.

**DIGESTIONE e
DEPURAZIONE**
Fogacci F.

**STAR BENE
IN INVERNO**
Pregliasco F.

Maggio 2020

**MESE DELLA
PROTEZIONE
DELLO SMALTO**



TRATTATO ITALIANO DI NUTRACEUTICA CLINICA

a cura di

Arrigo F. G. Cicero

Società Italiana di Nutraceutica

coadiutori

Alessandro Colletti e Francesco Di Pierro

61 Autori e Co-Autori

616 Pagine, 38 Capitoli

Bibliografia ricca ed attuale

Immagini, tabelle e figure originali

Highlights riassuntivi

Prezzo: € 100,00 (IVA inclusa)



SINut
Società Italiana di Nutraceutica

**SCRIPTA
MANENT
EDIZIONI**

Per informazioni su costi e condizioni di acquisto, inviare un'e-mail a:

trattato.nutraceutica@gmail.com o chiamare i numeri: **02 70608060 - 377 1785150.**