

## Armi da fuoco e salute mentale dei figli: una ferita collettiva

In un articolo pubblicato nel gennaio 2026 sul *New England Journal of Medicine* (Karandinos G, Giuriato M, Zubizarreta JR, et al. *Mental Health Outcomes in Children after Parental Firearm Injury*. 2026 Jan 29;394(5): 475-85. doi: 10.1056/NEJMsa2502702), gli Autori analizzano gli esiti sulla salute mentale dei bambini statunitensi i cui genitori hanno subito lesioni da arma da fuoco.

In premessa sottolineano che, ogni anno negli Stati Uniti, circa 20.000 giovani perdono un genitore a causa di ferite da arma da fuoco, mentre un numero ancora maggiore ha genitori sopravvissuti a lesioni non fatali. Gli effetti sulla salute mentale di questi bambini sono poco conosciuti; per questo lo studio ha incluso soggetti di età compresa tra 1 e 19 anni i cui genitori avevano ricevuto cure per lesioni da arma da fuoco.

Ogni soggetto arruolato è stato confrontato con cinque controlli appaiati per età, area metropolitana di provenienza, tipo di assicurazione e copertura sanitaria. L'*outcome* primario era rappresentato dalla diagnosi di un disturbo psichiatrico, definita come la presenza di almeno una richiesta di rimborso assicurativo in un determinato mese divisa per il numero totale dei soggetti arruolati. Tra gli outcome secondari figuravano i disturbi da uso di sostanze, il ricorso ai servizi sanitari e la spesa medica. Sono state confrontate le differenze tra gruppo esposto e controlli nei 12 mesi precedenti e nei 12 mesi successivi alla lesione del genitore.

Sono stati esaminati 3.970 soggetti esposti e 18.535 controlli (età media 10 anni; 51,5% maschi). Le lesioni parentali da arma da fuoco sono risultate associate a 8,4 diagnosi psichiatriche aggiuntive per 1.000 soggetti per anno rispetto ai controlli.

Gli Autori concludono che le lesioni da arma da fuoco nei genitori si associano a un aumento dei disturbi psichiatrici e delle visite per problemi di salute mentale nei figli, con un impatto maggiore nelle femmine. Tale dato, secondo gli Autori, potrebbe riflettere il fatto che oltre l'85% dei deceduti per

arma da fuoco siano maschi, con conseguente sottorappresentazione della violenza che colpisce le donne. Viene inoltre sottolineato come la violenza legata alle armi da fuoco, insieme alla violenza comunitaria, costituisca per molti giovani un'esperienza avversa specifica che, se intensa e prolungata, può determinare effetti negativi persistenti sulla salute fisica e mentale fino all'età adulta. Il riconoscimento precoce di questi problemi potrebbe favorire un accesso tempestivo alle cure e ai programmi di supporto per i sopravvissuti e le loro famiglie.

Tra i limiti dello studio vengono indicati la mancata valutazione dello stato socioeconomico delle famiglie e le difficoltà di accesso ai servizi di salute mentale in alcune aree, soprattutto quando tali prestazioni non sono rimborsabili dalle assicurazioni.

Che le lesioni da arma da fuoco dei genitori possano determinare disturbi mentali nei figli è, in fondo, prevedibile. Tuttavia, lo studio sembra assumere anche il valore di una denuncia degli effetti della diffusa presenza di armi negli Stati Uniti. I numeri sono inquietanti: un recente studio ha stimato che tra il 1999 e il 2020 circa 434.000 bambini e adolescenti (età inferiore ai 18 anni) hanno perso un genitore a causa di ferite da arma da fuoco, una media di quasi 20.000 bambini all'anno.

Le lesioni non fatali da arma da fuoco sono stimate essere due o tre volte più frequenti di quelle mortali; i decessi rappresentano quindi solo una parte

del danno complessivo prodotto dalla violenza armata.

L'articolo appare come una forte denuncia dei gravissimi effetti dell'uso diffuso delle armi negli Stati Uniti: non solo in termini di morti tra i genitori, ma anche per le conseguenze sulla salute mentale di bambini e adolescenti. Ricorre inoltre il tema delle disuguaglianze nell'accesso alle cure e del ruolo determinante delle assicurazioni sanitarie.

Colpisce, tuttavia, che non venga affrontato esplicitamente il tema del contrasto alla diffusione delle armi nelle famiglie, nonostante l'impressionante numero di genitori morti o feriti e di nuovi orfani che ciò comporta. È noto che la Costituzione degli Stati Uniti d'America, con il Secondo Emendamento (ratificato il 15 dicembre 1791), tutela il diritto dei cittadini a detenere e portare armi per la difesa personale. Dopo oltre due secoli, tuttavia, sarebbe auspicabile una riflessione collettiva su queste morti, sull'elevato numero di feriti e sulle profonde conseguenze per la salute di bambini e adolescenti. Le prospettive di un cambiamento, al momento, appaiono ancora lontane.

**Loredana Lepore**

Pediatra, Trieste

[loredanalepore@hotmail.it](mailto:loredanalepore@hotmail.it)

*Lo studio pubblicato sul NEJM di cui ringraziamo la dott.ssa Lepore per la segnalazione e la sintesi-commento del lavoro, non sorprende nel dimostrare che*



la lesione da arma da fuoco di un genitore si associ a un aumento dei disturbi psichiatrici nei figli. Sarebbe difficile immaginare il contrario. Ciò che invece merita attenzione, anche in un contesto pediatrico italiano, è il significato clinico e organizzativo di questi dati.

Anzitutto, la lesione violenta di un genitore può essere considerata per il minore un vero e proprio evento indice sanitario. Non solo un fatto sociale o giudiziario, ma un fattore di rischio misurabile per esiti psichiatrici e per un aumentato ricorso ai servizi. In quest'ottica, il bambino non è un semplice "familiare di vittima", bensì un soggetto esposto che dovrebbe attivare automaticamente un percorso di osservazione e supporto. Questo passaggio concettuale - dal trauma come evento privato al trauma come indicatore clinico - rappresenta forse l'aspetto più rilevante dello studio.

Va inoltre considerato che gli esiti psichiatrici sono stati identificati tramite richieste di rimborso assicurativo. Ciò significa che vengono intercettati solo i casi che giungono all'attenzione del sistema sanitario. Il disagio sommerso, verosimilmente ampio, resta fuori dalla misurazione. Anche nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, pur universalistico, persistono disomogeneità territoriali e barriere di accesso ai servizi socio-assistenziali e quando necessario a quelli di Neuropsichiatria infantile: è plausibile che una parte consistente dei bambini esposti a traumi gravi non venga intercettata in modo tempestivo.

Sarebbe riduttivo considerare il fenomeno come esclusivamente "americano" (con tutte le implicazioni che l'uso autorizzato delle armi da fuoco richiama, in tempi poco propensi al cambiamento). Se si amplia lo sguardo alle esperienze avverse infantili, anche nel nostro Paese eventi quali violenza domestica, gravi aggressioni, criminalità organizzata o suicidi con arma da fuoco possono produrre effetti analoghi sui minori. Il nodo centrale non è soltanto la disponibilità di armi, ma l'esposizione precoce a violenza grave, improvvisa e destabilizzante nel contesto familiare.

Lo studio richiama inoltre una riflessione sul ruolo della pediatria. La risposta non può limitarsi al trattamento delle conseguenze psicopatologiche. La pediatria contemporanea integra cura e prevenzione, clinica e responsabilità di

salute pubblica. Se un determinato fattore ambientale produce un danno documentabile sui minori, è legittimo interrogarsi anche sulle strategie di prevenzione primaria.

In termini operativi, si potrebbe ipotizzare che ogni evento di lesione violenta grave a carico di un genitore attivi automaticamente un collegamento con i servizi territoriali per i figli conviventi, con una valutazione psicologica a distanza di alcuni mesi e un coordinamento tra pediatra di libera scelta, scuola e neuropsichiatria infantile. Non come misura emergenziale, ma come percorso strutturato.

Il messaggio più rilevante dello studio, dunque, non è soltanto la denuncia di un problema sociale, bensì l'indicazione di una responsabilità sanitaria: quando un genitore è colpito da violenza grave, il bambino diventa un soggetto a rischio clinico. Riconoscerlo formalmente è il primo passo per non lasciare invisibili le conseguenze più durature del trauma.

Federico Marchetti

### Educazione sessuale: il ruolo del pediatra tra opportunità e formazione mancata

Spettabile Redazione, abbiamo letto con grande interesse e apprezzamento l'articolo di Monica Castagnetti, *Il contributo del pediatra a un'educazione affettiva e sessuale coerente con la crescita*<sup>1</sup>. L'Autrice riporta al centro del dibattito pediatrico un tema cruciale, spesso relegato ai margini della pratica clinica, sottolineando come l'educazione sessuale non sia un evento puntiforme, ma un continuum che accompagna lo sviluppo dell'individuo, costituendo un'azione efficace preventiva soprattutto nei riguardi di comportamenti a rischio e di violenza di genere.

Sollecitati dal suo intervento, vorremmo proporre alcune riflessioni.

Iniziamo col sottolineare come esistono un'educazione sessuale "formale" e una "informale". La prima è quella strutturata, che consta di incontri programmati, condotti da esperti e rivolti a gruppi di bambini e ragazzi in contesti specifici. La seconda, quella

"informale", si dipana nel quotidiano, nelle pieghe delle relazioni di tutti i giorni. Siamo assolutamente d'accordo con quanto espresso nell'articolo: l'educazione affettiva e sessuale è un percorso in cui tutte le figure adulte di riferimento svolgono un ruolo chiave. Genitori *in primis*, certamente, ma anche insegnanti, allenatori sportivi, educatori e, naturalmente, il pediatra di famiglia. Ognuno di questi attori, consapevolmente o meno, trasmette messaggi sul corpo, sulle relazioni e sull'affettività.

Questa distinzione assume oggi un peso ancora maggiore. Viviamo infatti in un'epoca storica in cui l'educazione affettivo-sessuale "formale" all'interno dei luoghi di aggregazione giovanile - di cui la scuola rappresenta l'ambiente più idoneo e con le maggiori opportunità<sup>2</sup> - appare sempre più fragile. Assistingo a un progressivo depotenziamento di questi percorsi, spesso minacciati o ostacolati da iniziative legislative<sup>3</sup> e dibattiti politici che, di fatto, ne limitano la portata o ne scoraggiano l'attuazione. In questo scenario di incertezza istituzionale, l'educazione "informale" che avviene nel quotidiano diventa essenziale: una rete di protezione indispensabile per la crescita armonica dei minorenni.

È qui che emerge il ruolo del pediatra di famiglia. La nostra figura ha il privilegio unico della continuità perché accompagniamo il bambino e la sua famiglia dalla nascita fino all'adolescenza. Questo ci permette di costruire gradualmente un dialogo naturale attorno alle tematiche sessuali, normalizzandole.

Giustamente l'Autrice parla dei bilanci di salute come un'opportunità durante i quali dare "informazioni chiare, aggiornate e non giudicanti sullo sviluppo sesso-affettivo". Parla anche delle possibilità per il pediatra di "partecipare a incontri formativi, portando contenuti e materiali divulgativi validati" e "di consigliare e proporre guide anticipatorie su queste aree di sviluppo, attivando momenti di dialogo con la famiglia, che possono aiutare a sciogliere paure e a fornire strumenti semplici per rispondere alle curiosità dei bambini con un linguaggio adeguato all'età". Tutto questo non è cosa da poco! Non si tratta di semplici nozioni

da apprendere in un convegno frontale con qualche appunto sul *bloc-notes*.

Sentiamo il dovere di affermare che essere operatori sanitari non ci rende automaticamente educatori sessuali competenti. La sessualità e il dialogo su di essa sono materie vive, che toccano in profondità l'animo umano, mettendo in gioco valori, etica, morale, credenze religiose e vissuti personali, sia del paziente che del medico. Per essere di reale sostegno alle famiglie e supportarle nel costruire un dialogo sereno attorno alle tematiche sessuali con i figli, è necessario formarsi specificamente. Non possiamo negare una verità scomoda: il corso di studi in Medicina e Chirurgia, così come è strutturato oggi, è drammaticamente carente in tema di sessualità. Quanti di noi possono affermare di aver ricevuto, durante il corso di laurea, una formazione specifica sulle ripercussioni che le diverse patologie hanno sulla sfera sessuale dei pazienti, solo per fare un esempio? Sembra quasi che, persino nelle aule universitarie, aleggi una sorta di tabù, come se la salute sessuale sia un aspetto secondario o disgiunto dalla salute globale dell'individuo<sup>4</sup>.

A questa lacuna contenutistica se ne aggiunge una, forse ancora più impattante, di tipo metodologico: il curriculum medico manca quasi totalmente di una formazione strutturata sulla comunicazione. Castagnetti, infatti, scrive ancora: *“Un approccio inclusivo deve saper creare uno spazio di ascolto, in cui genitori e personale possano confrontarsi senza rigidità, valorizzando il*

*contributo di ciascuno e portando alla visione integrata dei bisogni di bambini anche in questi campi. Questo dialogo permette ai genitori di non sentirsi sostituiti o esclusi, ma riconosciuti come protagonisti essenziali, capaci di integrare e rafforzare ciò che viene proposto in tutti gli ambiti che frequentano con i loro figli”*. Siamo formati a svolgere questo dialogo?

Si possono possedere tutte le conoscenze anatomiche e fisiologiche del mondo, ma se non si possiedono gli strumenti per comunicarle in modo efficace, empatico e non giudicante, tali conoscenze restano vane. Il rischio concreto è che, basandosi solo sul titolo accademico e presumendo che questo basti, si metta in campo un'educazione non efficace o addirittura controproducente. Senza una formazione specifica, il medico rischia di filtrare le informazioni attraverso il proprio sistema di valori, i propri pregiudizi, anziché offrire un supporto oggettivo e basato sui bisogni evolutivi del bambino.

Riteniamo quindi che sia giunto il tempo di una revisione critica del curriculum di formazione del medico pediatra. È indispensabile che vengano integrati con conoscenze e competenze specifiche inerenti la Sessuologia e le tecniche di counselling. Solo attraverso un aggiornamento formativo serio potremo onorare davvero quel ruolo di guida e supporto che l'articolo di Castagnetti giustamente ci attribuisce, trasformando l'atto medico in un vero strumento di educazione alla Salute e alla vita.

## Bibliografia

1. Castagnetti M. Il contributo del pediatra a un'educazione affettiva e sessuale coerente con la crescita. *Medico e Bambino*, doi: 10.53126/MEB45047.
2. OMS. Standard per l'educazione sessuale in europa 2021 [www.fissonline.it/pdf/STANDARDOMS.pdf](http://www.fissonline.it/pdf/STANDARDOMS.pdf).
3. <https://www.mim.gov.it/-/l-educazione-sessuale-in-aula-e-il-consenso-informato-l-intervento>.
4. Verrastro V, Saladino V, Petrucci F, Eleuteri S. Medical and Health Care Professionals' Sexuality Education: State of the Art and Recommendations. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(7):2186. doi: 10.3390/ijerph17072186.

**Elena Mozzo**

Pediatra di famiglia, consulente sessuale,  
Trebaseleghe (PD)

**Federico Marolla**

Pediatra di famiglia, Roma  
[federicomarolla1@gmail.com](mailto:federicomarolla1@gmail.com)

*Cari Elena e Federico, grazie, anche da parte di Monica Castagnetti, per l'apprezzamento che avete espresso per i contenuti e le indicazioni del pezzo e per averne colto appieno lo sguardo pedagogico. Sì, su questo tema dell'educazione socio-emotiva, come su molti altri aspetti riguardanti lo sviluppo di bambine e bambini, oggi tema cruciale delle nostre società ma ancora non abbastanza prioritario, occorre che il curriculum si adeguino rapidamente. Certamente occorre innanzitutto l'impegno dei servizi educativi e della scuola, ma la parola autorevole del pediatra può essere di grande aiuto.*

**Giorgio Tamburlini**