

Primavera 2026

Segreteria scientifica

Francesco Baldo,
Caterina Cocchi,
Prisca Da Lozzo,
Laura De Nardi,
Sara Lega,
Antimo Tessitore
Laura Trapani

Coordinamento scientifico

Egidio Barbi,
Irene Berti,
Giorgio Longo,
Federico Marchetti,
Giorgio Tamburlini,
Alessandro Ventura

Progetto grafico e impaginazione

Alice Paviotti

ISSN 3034-8765

www.medicoebambino.com

zero* diciotto

Il magazine di Medico e Bambino

Succede ai ragazzi

- 2 **Ragazzi ai pediatri!**
Estendere l'assistenza pediatrica
fino ai 18 anni è possibile?

Succede ai bambini

- 4 **Il peso del silenzio**
L'epidemia del maltrattamento infantile
- 6 **Prevenire l'annegamento**
La necessità di avere una guida anticipatoria
per l'estate e l'importanza di un aiuto
a portata di braccio

Screenshot

- 7 **Seconde generazioni:**
"bambini-ponte" tra due mondi

Pillole

- 8 **Navepegritide**
Un farmaco innovativo
per l'acondroplasia

Ragazzi ai pediatri!

Estendere l'assistenza pediatrica fino ai 18 anni è possibile?

Un'unica figura di riferimento per le cure primarie, che accompagni il bambino dalla culla alla maggiore età: questa la proposta di riforma che riguarda la medicina territoriale e la pediatria di libera scelta, ora in fase di dibattito. La misura è stata accolta positivamente dalle società scientifiche pediatriche, auspicando un allineamento anche in ambito ospedaliero, dove il passaggio dei ragazzi ai percorsi per adulti avviene oggi senza criteri uniformi sul suolo nazionale (a 14, 16 o 18 anni).

Il fattore demografico: meno bambini, più complessità assistenziale

Il calo delle nascite e il sovraccarico di cronicità dei pazienti anziani stanno ridisegnando il fabbisogno assistenziale territoriale. Nel 2025 i nuovi nati in Italia sono stati 355.000, 15.000 in meno rispetto al 2024 e al minimo storico. Negli ultimi 17 anni (dal 2008 al 2025) le nascite sono diminuite di quasi il 40% (dati Istat). (Figura 1)

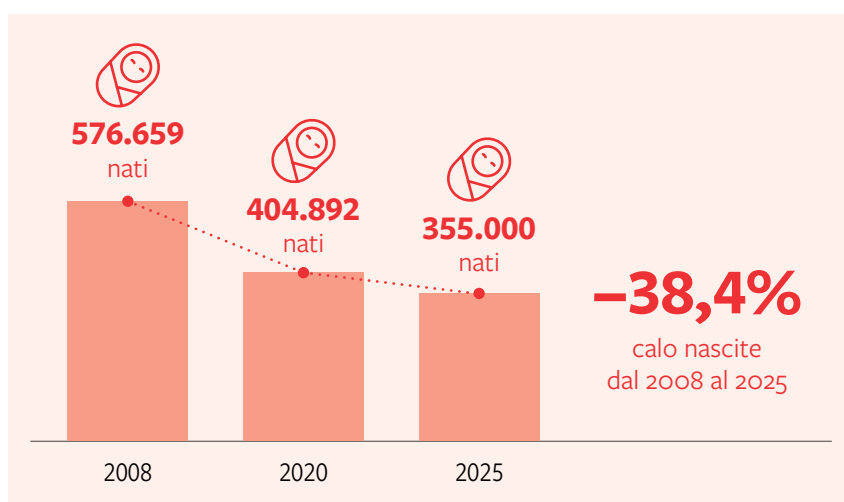
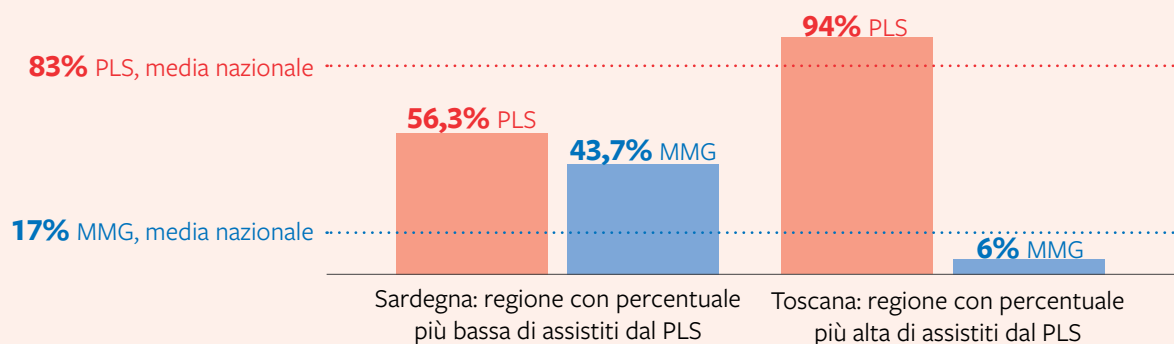


Figura 1. Calo nascite dal 2008 al 2025

D'altra parte, i bisogni di salute della popolazione in età evolutiva stanno diventando sempre più complessi, con l'aumento di patologie croniche come l'obesità, il ritiro sociale, le dipendenze e il crescente peso della patologia neuropsichiatrica e dei disturbi alimentari. In questo contesto, garantire una continuità di cura

del pediatra di libera scelta (PLS), nel momento vulnerabile dell'adolescenza potrebbe aiutare a intercettare le situazioni a rischio ed evitare vuoti di assistenza alle famiglie in caso di patologia cronica, posticipando la transizione alla medicina generale ad un'età in cui il paziente abbia maggior autonomia e consapevolezza.

Chi assiste i bambini da 6 a 13 anni?



Quanti bambini segue ogni PLS e quali Regioni sfiorano il massimale previsto per legge?

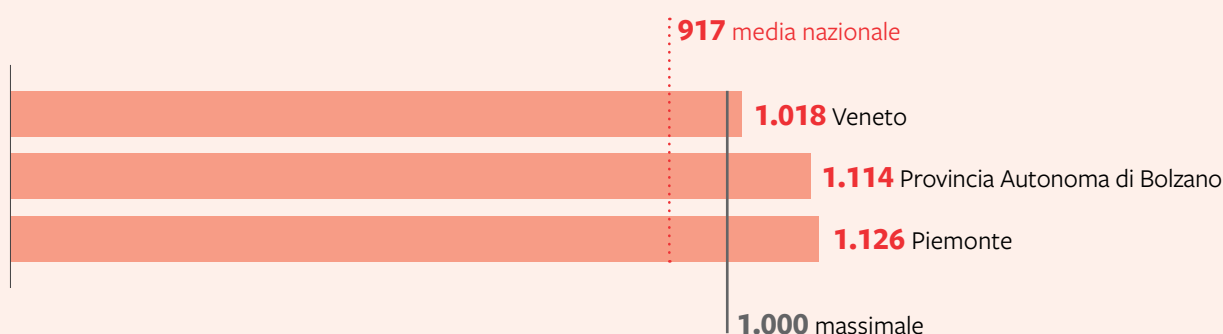


Figura 2. Dati SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convezionati) al 1° gennaio 2025

I numeri della pediatria territoriale oggi

La configurazione organizzativa attuale della pediatria di libera scelta è la seguente:

0-6 anni



PLS (pediatra di libera scelta) obbligatorio

6-13 anni



PLS o MMG (medico di medicina generale) a scelta della famiglia

da 14 anni



Passaggio automatico al MMG



Possibile proroga del PLS **fino a 16 anni** nei casi di patologie croniche o disabilità documentate

Secondo le rilevazioni della Struttura Interregionale Sanitari Convezionati (SISAC), al 1° gennaio 2025 risultavano attivi 6.284 PLS, con quasi 5,8 milioni di assistiti: il 42% nella fascia 0-5 anni (2,42 milioni) e il 58% nella fascia 6-13 anni (3,35 milioni). Complessivamente, l'83% della popolazione ISTAT tra 6 e 13 anni risulta seguita da un PLS, con marcate differenze regionali. (Figura 2)

Tra il 2019 e il 2025 i bambini tra 0 e 5 anni, fascia per la quale l'iscrizione al pediatra è obbligatoria, sono calati di circa 420 mila unità, ma nello stesso periodo anche i PLS sono diminuiti del 15%, per effetto del lento ricambio generazionale e dell'incremento dell'età media della categoria: basti pensare che nel 2022 circa 8 su 10 tra i PLS risultavano avere oltre 23 anni di anzianità all'attivo (Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale). Per far fronte alla crescente richiesta assistenziale, il numero delle borse di

studio per la scuola di specializzazione in pediatria, stabile per un decennio, è aumentato in maniera significativa negli ultimi anni, passando da 496 borse stanziare nell'anno accademico 2017-2018 a 854 nel 2024-2025; sarà però necessario del tempo per osservare gli effetti di una ridistribuzione degli incarichi, sul territorio e negli ospedali.

In conclusione, la riorganizzazione dell'assistenza pediatrica a includere l'adolescente risulta una misura auspicabile e migliorativa, ma non scontata nella sua applicazione. Perché sia concretizzabile occorre una rete territoriale pediatrica adeguata nei numeri, formata, e che integri specialisti dell'età evolutiva (ad esempio neuropsichiatri infantili) in grado di assorbire la complessità di una pediatria che sta cambiando..da zero a diciotto anni.

Il peso del silenzio

L'epidemia del maltrattamento infantile

La cronaca, ancora una volta, ci restituisce una narrazione che sfugge a qualsiasi perimetro di umanità. La vicenda della piccola Beatrice, morta a soli due anni a Bordighera per i traumi inflitti dalla madre e dal compagno, non è solo una tragedia familiare: è il fallimento spaventoso di un intero sistema di protezione. Beatrice è stata vittima di violenze indicibili, documentate con aberrante lucidità dai suoi stessi aguzzini, culminate in un'agonia che le due sorelline maggiori sono state costrette a guardare, impotenti, fino alla morte.

La violenza sui minori è un'epidemia silenziosa e ubiquitaria. Come illustrano i drammatici dati epidemiologici globali e nazionali, il maltrattamento

infantile coinvolge milioni di bambini ogni anno. Ma il problema va oltre la violenza subita direttamente: le sorelline di Beatrice non sono solo le superstiti di questa vicenda; sono le vittime silenziose di una condizione drammatica, la violenza assistita. Assistere al maltrattamento di una figura di attaccamento o di un convivente genera un trauma complesso che altera profondamente lo sviluppo neurocognitivo, emotivo e relazionale del bambino. Non si tratta di un fenomeno residuale, bensì della seconda forma di abuso più diffusa nel nostro Paese (34%), preceduta solo dalla trascuratezza materiale e affettiva (37%). E questo orrore, in quasi 9 casi su 10 (l'87%), si consuma proprio tra le mura domestiche per mano di un familiare.

E qui subentra la necessità di una profonda riflessione sulla colpa condivisa. I lividi pregressi, il clima di terrore costante, la devianza in cui era immersa la quotidianità di quelle bambine... è davvero possibile che nessuno abbia mai visto nulla? La violenza sui minori è raramente un evento acuto e improvviso; è, quasi sempre, un'escalation cronica. La vera domanda non è solo come chi ha compiti di cura possa arrivare a tanto, ma come la rete intorno alla famiglia – vicini, conoscenti, ma anche il tessuto sociosanitario e scolastico – non abbia intercettato o decodificato i segnali di allarme. L'Indagine nazionale restituisce a noi medici un dato su cui riflettere: le segnalazioni di maltrattamento provenienti da medici di

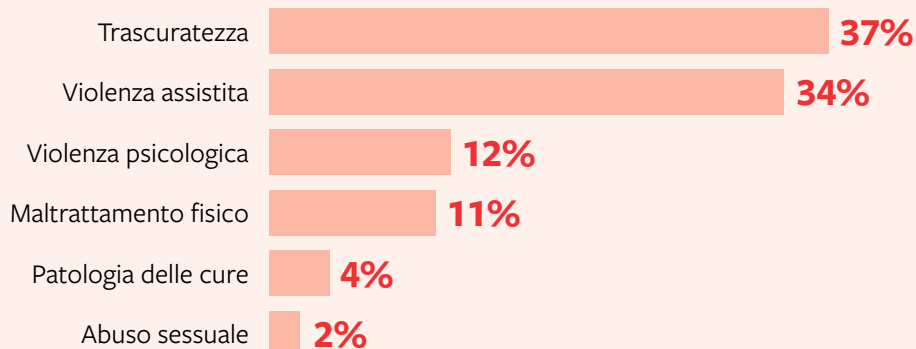


Figura 1. TEN-4-FACESp, acronimo clinico per l'identificazione di lividi sospetti nei bambini piccoli
 Fonte: Pierce MC, et al., JAMA Netw Open. 2021

113.892

vittime di maltrattamento
di 374.310 minorenni
in carico ai Servizi Sociali

Tipologia di maltrattamento di cui sono vittime i minorenni



L'origine della segnalazione del maltrattamento

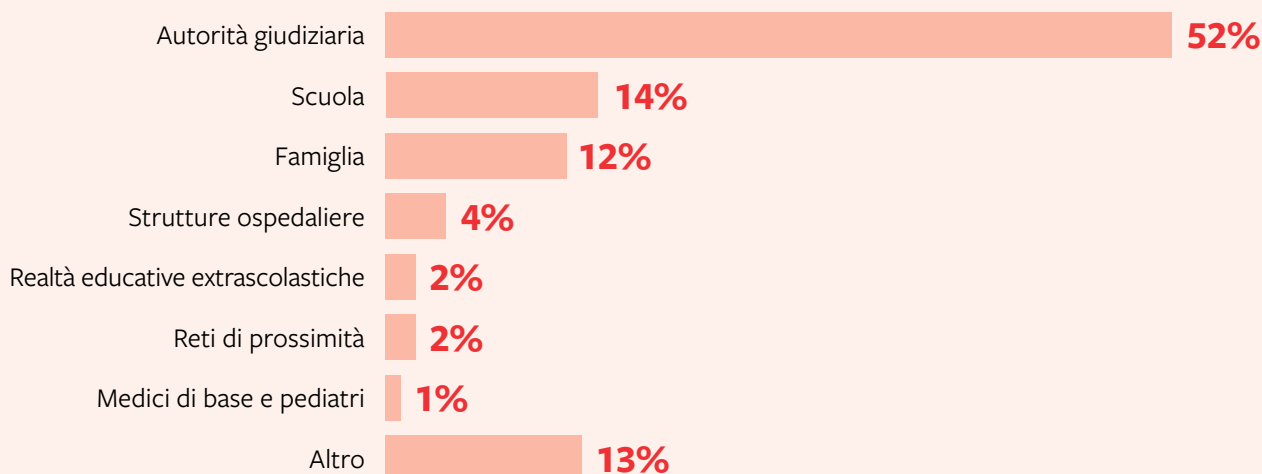


Figura 2. III Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia - condotta da CISMAI e Terre des Hommes

base e pediatri costituiscono appena l'1% del totale, e quelle dalle strutture ospedaliere si fermano al 4%.

Il concetto di responsabilità collettiva chiama in causa direttamente il nostro ruolo di medici e pediatri, che spesso siamo i primi e gli unici estranei a posare lo sguardo e le mani su un bambino maltrattato. La letteratura scientifica e le linee guida internazionali (dall'American Academy of Pediatrics alla regola clinica TEN-4-FACESp) (**Figura 1**) ci forni-

scono strumenti *evidence-based* chiari per passare dalla costernazione alla prevenzione. Non basta indignarsi: è imperativo imparare a ricercare attivamente le lesioni sentinella e a valutare criticamente le incongruenze anamnestiche, rifiutando giustificazioni come la classica "caduta dalle scale" di fronte a traumi incompatibili con la dinamica descritta o con lo stadio di sviluppo motorio del piccolo. Dobbiamo osservare le dinamiche relazionali, cogliendo atteggiamenti eccessivamente adultizzati o spa-

ventati nei fratelli e soppesando l'ingiustificato ritardo nella richiesta di soccorso. Di fronte a queste *red flags*, il dubbio non deve isolarci né paralizzarci: l'attivazione tempestiva di una rete multidisciplinare e il superamento di ogni reticenza alla segnalazione costituiscono un atto clinico, etico e legale imprescindibile. Perché quando un bambino muore in questo modo, la mano che colpisce è una, ma gli occhi che si sono chiusi sono molti di più.

Prevenire l'annegamento

La necessità di avere una guida anticipatoria per l'estate e l'importanza di un aiuto a portata di braccio

Con l'arrivo dell'estate, i primi bagni al mare o in piscina rappresentano un'occasione di svago per i nostri piccoli pazienti, ma nascondono anche insidie per la loro incolumità.

Stando ai dati più recenti dell'American Academy of Pediatrics, negli Stati Uniti l'annegamento costituisce la principale causa di decesso accidentale prevenibile nella fascia d'età 1-4 anni. Tale fenomeno, purtroppo, mostra un trend in aumento dopo un periodo di flessione. In Italia, i report dell'Istituto Superiore di Sanità indicano una media di 41 decessi in età pediatrica all'anno.

I dati sono chiari: vi sono due periodi in cui il rischio di annegamento è maggiore:

- **<4 anni:** incidenti per lo più in piscina, per una carente supervisione da parte degli adulti.
- **Adolescenti:** in particolare tra i giovani stranieri. Il pericolo deriva dalla tendenza a sopravvalutare le proprie capacità natatorie, specialmente in contesti naturali non sorvegliati.

I dati evidenziano come i tassi di annegamento siano maggiori nei contesti sociali più svantaggiati, spesso a causa del limitato accesso a corsi di nuoto e ad equipaggiamento adeguato. In linea con queste evidenze, l'AAP evidenzia la necessità che ogni bambino di età superiore a un anno partecipi a lezioni di nuoto per ottenere abilità natatorie di base.

Ma saper nuotare può non bastare ad allontanare ogni pericolo: va posta attenzione anche all'utilizzo di alcuni dispositivi acquatici, che possono rivelarsi insidiosi. Maschere, boccagli e visori non sono giocattoli, ma veri

equipaggiamenti respiratori: in considerazione del volume corrente (7-10 ml/kg ad ogni respiro) di un bambino, se il dispositivo ha un volume "morto" di aria da spostare maggiore dell'aria spostata con un singolo respiro si può instaurare un meccanismo di re-breathing di anidride carbonica, con rischio di ipercapnia e conseguente perdita di coscienza in acqua.

Infine, specie nei più piccoli, la tragedia può consumarsi in modo "silenzioso", in assenza dei classici segni di agitazione tipici di una persona che sta annegando. Di conseguenza, la presenza di un bambino vicino all'ac-

qua impone un monitoraggio costante e attento da parte di un adulto. Senza nessuna distrazione, senza cellulare, con gli occhi puntati sul bambino. Specie nei bambini in età prescolare, dove il caregiver deve sempre poter essere "a portata di braccio".

Appare dunque chiaro come il pediatra debba ricoprire una posizione centrale nel fornire consigli preventivi specifici e una guida anticipatoria fondamentali per ridurre gli episodi di annegamento, sia fatali che non, assicurando così alle famiglie una stagione estiva priva di spiacevoli inconvenienti.

IL FATTORE TEMPO

ANNEGAMENTO FATALE



16 minuti

Tempo medio
senza sorveglianza
nell'80% dei casi fatali.

ANNEGAMENTO NON FATALE



3,2 minuti

Tempo medio
senza sorveglianza
nei casi non fatali.

CHI È PIÙ A RISCHIO

SOGGETTI EPILETTICI

4,1%

Rischio di annegamento
(vs 1,7% nella popolazione generale)

SOGGETTI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

3x

Rischio di annegamento
fatale e non fatale

Seconde generazioni: "bambini-ponte" tra due mondi

Esiste una metafora sociologica che definisce i figli di genitori stranieri nati o cresciuti in Italia come "bambini-ponte". Questa immagine è evocativa della loro condizione di sospensione tra due mondi culturali, quello del Paese d'arrivo e quello della famiglia d'origine.

Grazie all'inserimento scolastico, questi minori acquisiscono le competenze linguistiche in italiano prima rispetto ai genitori. Questo divario genera un fenomeno noto in letteratura come *"language brokering"*: i bambini si trovano a essere veri e propri mediatori familiari. Non si tratta di una semplice traduzione letterale, ma di un processo più complesso in cui il bambino si trova a decodificare la cultura e la burocrazia per renderle comprensibili ai genitori. Se da un lato tale esperienza accelera l'autonomia e stimola la resilienza psicologica, dall'altro rischia di sovraccaricare il minore di responsabilità precoci, alterando le naturali dinamiche relazionali tra genitori e figli (Routledge, 2017).

914.860

sono il **17%**
del totale
dei residenti
stranieri

minori con cittadinanza non italiana che vivono
in Italia e frequentano la scuola italiana

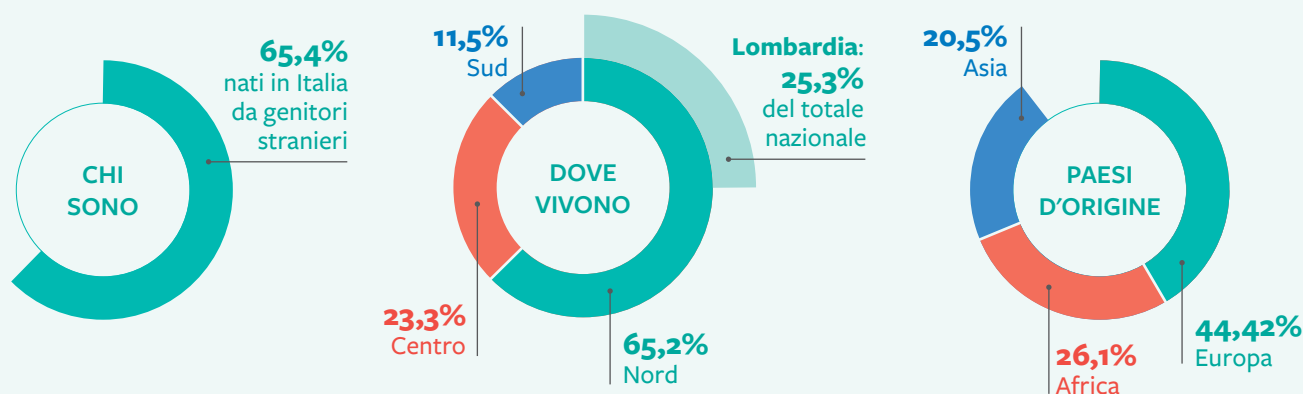
Questa costante oscillazione tra codici e contesti differenti non rappresenta soltanto un potenziale fattore di stress, ma si configura anche come una straordinaria risorsa cognitiva. La gestione simultanea di due codici linguistici favorisce il cosiddetto "bilinguismo additivo" che, come dimostrano le neuroscienze cognitive, potenzia le funzioni esecutive, l'attenzione e quindi il successo accademico a lungo termine (Child Development Perspectives, 2015).

Al successo di questo percorso partecipa anche la scuola. Un ambiente educativo inclusivo è fondamentale per valorizzare il background dei minori, favorire l'alleanza tra scuola e fami-

glia e prevenire i rischi di isolamento sociale, trasformando la multietnicità della classe in una risorsa di empatia e flessibilità per tutti gli alunni (Save the Children).

In questo scenario, il pediatra di famiglia diventa una figura chiave di protezione e supporto. Nell'osservazione clinica di tutti i giorni, il medico è chiamato a vigilare sui segnali di questo carico emotivo (ansia, somatizzazioni), valorizzando al contempo il bilinguismo come risorsa evolutiva. Accogliere le seconde generazioni significa quindi adattare la comunicazione per preservare l'alleanza terapeutica con i genitori, senza mai dimenticare la centralità e la tutela del minore.

IDENTIKIT Fonte: <https://www.integrazionemigranti.gov.it/AnteprimaPDF.aspx?id=6628>



Navepegritide

Un farmaco innovativo per l'acondroplasia

Di che farmaco si tratta?

È un profarmaco del CNP (peptide natriuretico di tipo C), molecola in grado di stimolare la crescita e la proliferazione della cartilagine di accrescimento, approvato dalla Food and Drug Administration (FDA) per il trattamento dell'acondroplasia.

Cosa è l'acondroplasia?

È la più comune causa di bassa statura disarmonica in età pediatrica. Si tratta di una malattia genetica causata da una mutazione attivante il gene FGFR3, responsabile dell'arresto della crescita dei condrociti (Zero*diciotto, inverno 2023).

Come funziona?

Il farmaco agisce a livello dei condrociti, le cellule che compongono

la cartilagine. Qui troviamo due vie che comunicano tra loro: quella del recettore FGFR3, che riduce la crescita delle cellule, e quella del recettore NPR-B, che bloccando la via di FGFR3 ne induce la crescita. Il navepegritide agisce legandosi al recettore NPR-B, incrementando l'inibizione sulla via di FGFR3 e quindi la velocità di crescita dell'osso (si stima fino a circa 1.5 cm/anno dopo 52 settimane di trattamento) (Lancet, 2023; 65).

Chi è eleggibile al trattamento e come si somministra?

Navepegritide è approvato per il trattamento dei pazienti acondroplatici dai 2 anni di età, la somministrazione avviene per via sottocutanea una volta a settimana.

Perché è un farmaco innovativo?

Ad oggi l'unico trattamento specifico per l'acondroplasia disponibile in Italia è il vosoritide (CNP), approvato a partire dai 4 mesi di vita e somministrato tramite iniezione sottocutanea quotidiana. L'aspetto rivoluzionario del navepegritide è l'utilizzo di una tecnica a rilascio prolungato, la Transient Conjugation, che ne permette la somministrazione una volta a settimana, riducendo l'impatto psicofisico sul paziente e il carico emotivo familiare.

