

## ..Tutto è cominciato con una cena "alla romana" ..

Carissimi,

ci siamo ... ecco la seconda Newsletter GLNBM SIP!!! Ci abbiamo lavorato con Gianni Alighieri dopo il Congresso Nazionale a Roma. Ed è proprio dal Congresso che vorrei cominciare. Ce l'abbiamo messa tutta, da quando l'abbiamo proposto caparbiamente al Consiglio Direttivo SIP a quando ci siamo ritrovati a Roma il 13 Giugno.



In realtà, il tutto è cominciato con una cena "alla romana" molto informale (forse troppo) e da lì è stato come se un gruppo di amici si fosse ancora una volta ritrovato, e di amici ne abbiamo incontrato tanti anche nei giorni successivi, persone vicine al Gruppo, dal Presidente Alberto Villani al neo Maestro di Pediatria, Professor Correr e altri ancora. Ha funzionato, come sempre, il lavoro di squadra, e sapevamo che nessuno avrebbe deluso l'altro. E infatti, ce la siamo cavata e anche bene! È vero sono di parte, ma i riscontri di coloro che c'erano, sia intra che extra GLNBM, sono stati tutti molto positivi, a cominciare dalla qualità delle relazioni e temi trattati alla modalità di proporli (Linee Guida, Adozioni internazionali, Problematiche NPI, MSNA, ...). Ma sinceramente quello che mi sono portata a casa e vorrei condividere con tutti voi (con chi c'era e con chi, suo malgrado, no) è l'atmosfera che si respirava e lo spirito che ha animato quelle giornate (e devo dire tutto il Congresso). Le foto ne sono la testimonianza. Dalla "partecipazione" agli spazi a noi dedicati al "fare il tifo" perché tutto riuscisse secondo le aspettative, ma anche al cercarsi in altri momenti congressuali nelle aule piuttosto che nei momenti di pausa o nel cercare di ritagliarci per il solo piacere di stare insieme.

Prima di augurarvi buona lettura, non posso non ringraziare chi di voi, Mauro, Francesca, Riccardo, Valentina, Andrea, ha contribuito alla realizzazione di questa seconda Newsletter. Se c'è un modo per "poter guardare all'orrore del mondo" è "alla giusta distanza ... dentro la tela, accanto alle cose" (Alessandro Leogrande, La Frontiera - Feltrinelli 2015). Questa è la prospettiva che anima i contributi proposti, di grande attualità in un drammaticamente incredibile momento storico, che a sua volta avrà inevitabili ricadute sul benessere di tutti i bambini, migranti compresi. E cioè, raccontare il nostro lavoro quotidiano, testimoniare l'impegno nelle diverse realtà in cui siamo coinvolti accanto alle persone, dando voce proprio a loro che "quelle cose le hanno attraversate".

*Simona La Placa*

### Sommario:

Introduzione	1
Parlando di noi	2-3
Guardandoci intorno	4
Scrivendo di noi	5
Avvisi	5
Come aderire al GLNBM	6
I nostri contatti	6



**IL PUNTO SULLE ADOZIONI INTERNAZIONALI** *di Mauro Zaffaroni*



Ogni anno giungono in Italia migliaia di bambini adottati provenienti da tutto il mondo: oltre 2000 negli anni 2014 e 2015, 1872 nel 2016, 1439 nel 2017. I bambini adottati provengono principalmente da Federazione Russa, Colombia, Etiopia, India, Ungheria, Polonia, Vietnam e Cina.

Rispetto a 10-15 anni fa, si registra in questi ultimi anni un aumento dell'età media dei bambini adottati all'estero, del numero di gruppi di fratelli e di soggetti portatori di patologie di rilievo. Secondo la CAI (Commissione per le Adozioni Internazionali) su 273 minori adottati nel primo trimestre del 2018, 181 (pari al 66%) sono bambini "special needs".

I bambini adottati all'estero sono spesso portatori di problemi sanitari congeniti (malformativi, genetici) o infettivi (epatiti, CMV, HIV) segnalati al momento dell'abbinamento con le coppie italiane ed ai genitori viene richiesta consapevole disponibilità ad accogliere soggetti con patologie pregresse o ancora da curare. Inoltre, dopo l'arrivo in Italia, occorre accertare le condizioni sanitarie del bambino per rivalutare le patologie note, riconoscere eventuali malattie non segnalate, ricercare infezioni o infestazioni endemiche nel paese d'origine e verificare lo stato vaccinale.

Per questo scopo il GLNBM-SIP ha organizzato in Italia una rete di ospedali di riferimento per l'accoglienza sanitaria del bambino adottato all'estero, in questi centri le coppie adottive possono rivolgersi per eseguire la valutazione della salute del figlio secondo un protocollo dedicato all'adozione e mirato all'area di origine.

Nei centri italiani del GLNBM negli anni 2016-2017 sono stati valutati complessivamente 2.516 bambini (76% dei 3310 minori adottati giunti in Italia nei 2 anni). Con percentuali differenti a seconda del Paese d'origine, sono stati registrati numerosi soggetti con malformazioni o con esiti di infezioni congenite, TBC, parassitosi, stati carenziali. In molti casi è stata osservata comparsa di pubertà precoce dopo l'adozione. La maggioranza dei bambini infine è risultata non adeguatamente vaccinata. Oltre alla valutazione della salute dei bambini adottati, 10 centri del GLNBM-SIP svolgono in diverse regioni italiane attività di formazione dedicata alle coppie di genitori adottivi (in particolare sui rischi sanitari) ed attività di consulenza per gli Enti incaricati o per i servizi socio assistenziali territoriali.

Negli ultimi anni infine, a fronte di sempre più numerose richieste da parte di coppie ed Enti, specialisti esperti o referenti dei centri GLNBM hanno dato disponibilità per consulenze a distanza in caso di abbinamenti di minori con rischi sanitari o con patologie segnalate solo al momento dell'incontro del bimbo con i futuri genitori.

**Centri GLNBM per l'accoglienza sanitaria del bambino adottato all'estero, per la formazione e le consulenze**

- Torino
- Novara
- Verbania
- Tradate (VA)
- Milano - S. Paolo
- Milano - S. Carlo
- Treviso
- Negrar (VR)
- Rovereto (TN)
- S. Vito T. (PN)
- Bologna
- Parma
- Firenze
- Ancona
- Fano (PU)
- Roma - INPM
- Roma - Gemelli
- Pescara
- Napoli
- Lecce
- Nardò (LE)
- Palermo

L'adozione Internazionale è un istituto che permette l'accoglienza in una nuova famiglia per migliaia di bambini abbandonati, spesso con problemi sanitari o altri bisogni speciali. È necessario creare una rete adeguata fra Ospedali, servizi territoriali, Tribunali per i Minori, CAI ed Enti preposti, per accogliere efficacemente i bisogni dei bambini e delle famiglie adottive.

Il Gruppo di Lavoro per il Bambino Migrante della SIP negli ultimi 2 anni ha seguito oltre due terzi dei bambini adottati all'estero da coppie italiane, in gran parte portatori di bisogni speciali, aiutando concretamente le famiglie in collaborazione con i medici curanti, gli uffici vaccinali delle ASL ed i servizi di territorio.

Attualmente normative riguardanti l'accoglienza sanitaria dei bambini adottati sono state deliberate solo in alcune Regioni e Province autonome, ma non ancora su tutto il territorio nazionale. La Società Italiana di Pediatria congiuntamente alla Commissione per le Adozioni Internazionali possono avviare concrete azioni per promuovere normative mirate alla tutela della salute dei bambini adottati

all'estero, alla formazione e al sostegno delle coppie nel loro importante e delicato progetto genitoriale.

Relazione presentata al 74° Congresso Italiano di Pediatria - Corso GLNBM. Roma, 13 giugno 2018 <http://www.glnbi.org/index/adozioni/cat/26>

*Mauro Zaffaroni, Sara Lovaste, Francesco Tagliaferri (Novara) e Collaboratori del GLNBM-SIP.*

**CENSIMENTO ETNICO E DINTORNI** *di Riccardo Bosi*



Non si possono dimenticare le parole usate dal Ministro degli Interni a proposito del censimento dei Rom. Affermazioni inquietanti e gravi di minaccia, che si basano senza pudore su pregiudizi etnico/culturali. Continuare a evocare la questione razziale è veramente sconcertante. La razza è una sola ed è quella umana, e negarlo è una assurdità. E se censire su base etnica non è consentito dalla Legge, le ragioni sono sacrosante ed intuibili, e sarebbe bene tenerci caro questo principio di democrazia e di libertà.

Noi pediatri - che curiamo allo stesso modo bambini italiani, rom e stranieri - possiamo aggiungere quanto sia pericoloso e fuorviante marcare uno stigma già esistente ("i bambini rom sono avviati a delinquere...") senza ricordare che i Rom dei Campi sono una minoranza, e che la politica dei Campi - assurda e degradante, e su questo siamo tutti d'accordo - ce la siamo inventata noi italiani.

Cresciuti in famiglie allargate e solidali, i minori Rom sono vivaci e intraprendenti e pienamente bambini, ricchi delle potenzialità di un popolo con radici antiche e un patrimonio culturale unico. E se la loro infanzia è troppo breve, segnata da questioni di genere e da una scolarizzazione inadeguata (e su questo c'è tanto da lavorare) non dimentichiamo che – ben diversamente dai primi etnografi che li descrivevano in chiave bohémien - violini e donne dai vestiti sgargianti che leggono la mano - oggi "zingaro" è un termine dispregiativo, che pesa come un macigno anche sui bambini. *"Dottore, i miei compagni dicono che puzza perché sono zingaro. Io in quella scuola non andrò mai più"*. Non sanno che Nicu vive con 6 fratelli in una baracca senza servizi.

Che sia tempo – anche con il popolo rom e i loro ragazzi - di patteggiare nuovi modelli di convivenza civile e un pieno rispetto della Legge è certamente vero. Ma non è forse altrettanto vero per migliaia di nostri italianissimi ragazzi che fanno i bulli verso i più deboli, irridono la Legge e distruggono la dignità di coetanei fragili o portatori di handicap riprendendoli col telefonino? Allora diciamo le cose come stanno: l'emergenza educativa c'è, eccome, ma non è su base etnica né tanto meno migratoria.

Il vero nodo non è – come ci vogliono far credere – nella ipotetica differenza tra bambini italiani e non. Ma nell'abisso che abbiamo scavato tra bambini ricchi e bambini poveri, che vivono in universi paralleli anche dentro la stessa città.

Tra bambini con un pieno accesso ai diritti dell'infanzia (scuola, sanità, una casa decente, possibilità di fare sport, di leggere un libro, di fare vacanza) e bambini a cui tutto questo è negato. Tra minori protetti da una rete familiare e i disperati "figli dei conflitti". Tra bambini rispettati in quanto bambini e quelli adultizzati precocemente, la cui infanzia viene spudoratamente rubata e violata non solo nei Paesi più poveri, ma anche da noi. Eccola qui, la vera frontiera da proteggere, ed è quella che riguarda quel prezioso e fragilissimo universo che è l'infanzia di tutti i bambini. Nessuno escluso, rom e migranti compresi. Questa sarebbe la vera linea di confine da non superare mai, e sulla quale costruire barricate e d'ergere muri alti fino al cielo! Altro che i confini del sacro suolo italico.

Per questo appare sconcertante la linea dettata dal Governo riguardante le politiche migratorie, fatta di respingimenti e prove di forza. Slogan che parlano alla pancia, ma mancano di profondità storica e culturale. Che senso ha cavalcare il terrore per un ipotetico terribile futuro meticcio e evocare alzamenti di muri, sognando una smarrita purezza della razza italica? Non può funzionare, figuriamoci se si parla di bambini.

Ed infine, basterebbe rileggerci un po' di storia delle colonizzazioni, di geo-politica e magari di antropologia culturale e allora il bambino migrante che chiede di entrare ed il minore straniero che chiede di restare ci apparirebbe per quello che sono: una straordinaria opportunità per il futuro dell'Italia e dell'Europa. Posso capire la fatica della transculturazione con i migranti adulti, anche se è superabile. Ma quando arrivano da bambini, perché devono farci paura?



## MAGLIETTE ROSSE *di Francesca Ena*

Il legame tra magliette rosse e migranti non è notizia di oggi. Dobbiamo andare indietro nel tempo, al Settembre del 2015 quando il mondo fu costretto a fermarsi sull'immagine di Alan.

Alan Shenu era un bambino siriano, di etnia curda, morto insieme a sua madre e a suo fratello, in un naufragio; la sua famiglia aveva tentato tutto il possibile per espatriare legalmente e raggiungere i familiari in Canada senza esito. Alla fine, si erano affidati ai trafficanti e hanno trovato la morte nel breve tratto di mare che separa la Turchia dall'isoletta Greca di Cos. Una fotografa turca scattò la foto: un piccolo corpo riverso sulla spiaggia con addosso una maglietta rossa. Con il tempo abbiamo imparato che quel colore forse non era casuale; è diventata consuetudine per le mamme, soprattutto siriane, che decidono di affidarsi al mare con i figli in cerca di salvezza, facciano indossare a questi un indumento rosso che li renda più visibili e gli dia una chance in più di salvezza in caso di naufragio.

*...Dovete capire che nessuno mette i suoi figli su una barca a meno che l'acqua non sia più sicura della terra. ....*

come dice la poetessa **Warsan Shire**.

E' difficile pensare che quella foto non ci abbia costretto a riflettere. Eppure per molti di noi è diventata una delle tante foto d'archivio alle quali aggiungere altre foto, più recenti, non meno tragiche. Per togliere la polvere da quelle foto, come cittadina, come pediatra, mi sono sentita di aderire con convinzione all'appello partito da Libera, Anpi, Arci e Legambiente che invitava tutti, singolarmente e collettivamente ad indossare qualcosa di rosso per testimoniare l'indignazione di fronte al divieto di far attraccare nei porti italiani navi delle ONG ma anche della nostra marina che avevano a bordo migranti e tra questi molti ragazzi, donne e bambini; ostaggi inconsapevoli di una guerra a bassa intensità combattuta a suon di propaganda dal Governo italiano con un'Europa altrettanto incapace di elaborare strategie comuni di accoglienza.

Ero a Bologna per partecipare ad una settimana di formazione su politica, etica, antropologia, nell'ambito del Master su Medicina delle Migrazioni e delle Povertà, patrocinato dalla S.I.M.M. Abbiamo aderito anche collettivamente all'iniziativa; chi non aveva niente di rosso da indossare ha frequentato negozi e bancarelle e sabato mattina, 7 luglio, abbiamo vestito con consapevole orgoglio il rosso. A quel punto mi è venuto istintivo condividere una foto con i colleghi del Direttivo del GLNBM, Segretaria in testa; la risposta è arrivata con tante foto "con la maglietta rossa". Non poteva non essere così!

Sono assolutamente consapevole che indossare una maglietta rossa cambia il corso della storia ma fermarsi a riflettere serve sempre, soprattutto quando intorno a noi vale la legge dello slogan urlato più forte; poco importa se dice evidenti e confutate falsità o serve a far guadagnare visibilità sulla pelle dei migranti.

A noi pediatri stanno a cuore i bambini, TUTTI I BAMBINI, senza distinzioni.

Ma sicuramente stanno a cuore i più fragili tra questi sia che siano bambini italiani che vivono sotto la soglia di povertà sia che siano bambini che arrivano da altri paesi per adozione o sulle carrette del mare in fuga da violenze, fame, carestie.

Il GLNBM ha fatto di questo il suo mantra e promuove in tutti gli ambiti in cui esercita la sua competenza la cultura dell'advocacy nei confronti di tutti i bambini; questo significa farsi carico non solo della loro salute psicofisica ma anche della promozione della cultura dell'accoglienza in tutti gli ambiti, del confronto continuo con le istituzioni e con le agenzie che a diversi livelli contribuiscono ad elaborare norme e a creare condizioni di reale integrazione. Buone norme e buone politiche fanno buona salute e il GLNBM continuerà nell'impegno di far sentire ogni bambino al sicuro in qualunque modo approdi.





**L'INTRICATA COMPLESSITA' DI "RADICI" IN MOVIMENTO** *di Valentina Burzio*

Il report Unicef dal titolo "Uprooted" (dal significato letterale, "sradicato"), ha presentato di recente dati che dipingono una triste e allarmante fotografia delle condizioni di vita che milioni di bambini e famiglie, "radici" vitali in movimento, si trovano ad affrontare nel loro viaggio forzato di fuga. Oggi nel mondo, circa 50 milioni di minori hanno attraversato i confini dei loro paesi o sono stati forzatamente costretti a migrare. Più della metà, circa 28 milioni, si sono messi in fuga da situazioni di conflitto. Come evidenziato nel report, il numero dei minori rifugiati è aumentato di circa il 75% tra il 2010 e il 2015, e non appare una coincidenza casuale il fatto che, al tempo stesso, 15 conflitti siano scoppiati o si siano riaccesi, dalla Siria al Sud Sudan, dallo Yemen all'Afghanistan. Il numero dei bambini rifugiati registrati dalla Commissione per i Rifugiati delle Nazioni Unite (UNHCR) è più che duplicato nell'arco di dieci anni, e attualmente circa 1 bambino su 200 ha adottato lo status di rifugiato, e 1 su 70 vive al di fuori del paese di nascita. A differenza degli adulti, dove il movimento migratorio è a predominanza maschile, il numero di bambini migranti è uguale a quello delle bambine. Questi dati devono essere interpretati senza dimenticare che molti bambini sono intrappolati nelle situazioni di guerra degli stessi paesi di origine, ed è pertanto difficile dipingere nel complesso i fattori che incidono sulla loro estrema vulnerabilità, presente e

futura. Il viaggio di per se stesso è spesso fonte di rischi se si considerano le condizioni disperate dei mezzi di trasporto, la pressochè totale assenza di cibo, acqua o di adeguate protezioni di difesa dalle intemperie, o dalle infezioni, senza genitori in buona parte dei casi. Tuttavia, anche nella situazione fortunata in cui riescono ad arrivare a "destinazione", i pericoli non terminano con la fine del viaggio. Sebbene molte comunità abbiano accolto i minori migranti con iniziative di supporto, minacce quali xenofobia, discriminazione, esclusione e barriere linguistiche pongono continuamente a repentaglio le loro condizioni di salute e le possibilità di fare domanda di aiuto sanitario qualora ve ne sia il bisogno. Il report UNICEF ha cercato di offrire per la prima volta una visione complessiva sul movimento migratorio dei bambini, registrando i loro paesi di nascita, i loro percorsi di viaggio e i pericoli che hanno attraversato nelle diverse regioni del mondo, come si evince dal grafico sottostante (figura 1).

**Figura 1. Movimenti migratori, fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Trends in International Migrant Stock: Migrants by destination and origin, United Nations, New York, 2015**

Come si evince dal grafico nella sua intricata complessità, i movimenti migratori coinvolgono tutte le aree del mondo. Gli interventi che si possono offrire a sostegno dell'umanità in movimento e del futuro di questi bambini, dipendono dalle azioni del presente. Considerato che buona parte di questi bambini hanno sperimentato in giovane età situazioni di rischio che li hanno allontanati dai bisogni e diritti della loro infanzia, l'ignorare la loro esistenza mina per definizione le radici, di già "sradicate", del futuro dell'umanità.

Per tale motivo, UNICEF ha sviluppato sei obiettivi e suggerito azioni pratiche che non possono attendere di essere considerate se si vogliono proteggere le fasce più vulnerabili della società. Il primo di questi da attuare è sicuramente **la garanzia ad un accesso ai servizi della salute senza discriminazione alcuna** e il rispetto dei diritti dell'infanzia in termini di nutrizione, rifugio, istruzione, supporto psicologico e legale, attraverso aperture solidali senza barriere della società stessa. Il secondo obiettivo è **la necessità di comprendere quali siano le cause del movimento migratorio**, sia

per una migliore assistenza dei minori al termine del loro percorso, sia per cercare di elaborare strategie che riducano il bisogno forzato di alcune popolazioni di fuggire dalle loro origini. I governi politici, a tal proposito, devono impegnarsi a facilitare **soluzioni di mediazione dei conflitti** a livello locale, tra le diverse comunità, e internazionale, tra i diversi paesi. Il mondo attuale non si può più suddividere in confini geopolitici tracciati a matita. A questo obiettivo si associa l'esigenza di **proteggere le persone in cammino**, e in particolare i minori non accompagnati, dai rischi di traffico di esseri umani, abuso e violenza, con l'aiuto di associazioni non governative e di gruppi professionali dedicati a fornire assistenza legale e tutela legislativa a fianco dei loro percorsi.

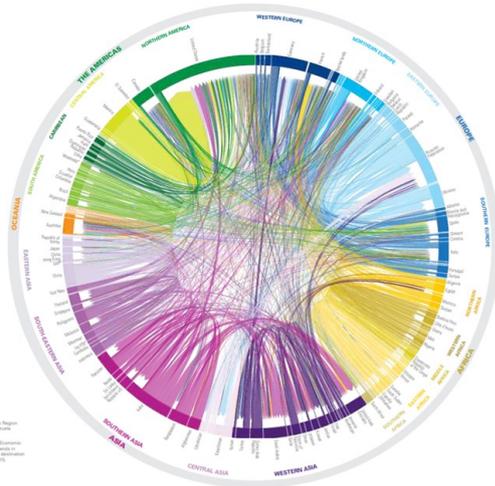
Il quarto punto suggerisce l'intento di porre **fine alla detenzione forzata** dei bambini migranti, che ha mostrato avere un impatto negativo sul loro sviluppo, fornendo come esempi di alternative l'istituzione di garanti o famiglie affidatarie, e l'abolizione di registrazioni forzate durante i periodi di permanenza. Inoltre **mantenere le famiglie unite** rappresenta sicuramente il migliore modo di proteggere i bambini e la loro crescita. A tal proposito, UNICEF ha suggerito di sviluppare linee guida chiare per accelerare le pratiche di ricongiungimento dei familiari, e per fornire riconoscimento legale alla nascita ai bambini nati da genitori migranti.

Sullo sfondo globale di queste importanti indicazioni già in parte analizzate in passato emerge, inoltre, il bisogno di migliorare la raccolta dei dati riguardanti i movimenti migratori dei bambini. Al momento attuale i dati sono incompleti, e, senza informazioni precise, i dibattiti e le spinte politiche da intraprendere basate sull'evidenza dei fatti sono difficili da condurre con trasparenza. Lo sforzo del report di illuminare il fenomeno nel modo più obiettivo possibile è da tenere in considerazione per ricerche future a tal proposito e per indirizzare i reali bisogni, sanitari e sociali, di questa fascia di fragile umanità.

Lo status migratorio non dovrebbe mai essere un ostacolo all'accesso dei servizi essenziali e alla protezione dei diritti umani. La tendenza a usare termini quali rifugiati, sfollati o migranti, forse dovrebbe essere ridimensionata per non dimenticare che i bambini, così come gli adulti, prima di tutto sono esseri umani senza eccezione alcuna, e che il termine sradicato non significa senza radici e quindi senza essenza (umana), ma privo di un terreno di supporto in cui affondarsi e crescere. Offrire una degna possibilità di crescita a "radici" viventi in movimento, estirpate nella maggior parte dei casi, non può che arricchire le società ad ogni latitudine di fiori unici e meravigliosi.

**Da: Uprooted, The growing crisis for refugee and migrant children, 2016.**

Migration – both forced and voluntary – is bringing the world ever closer together. Among the 244 million international migrants whose journeys are reflected in this diagram, there are 21 million children. Every one of these children – as well as those consigned within their own borders – deserves to be protected and to enjoy their full complement of rights.



Note: Countries in parenthesis are countries of origin or destination for which data is not available. The number of children is based on the 2015 UNICEF report 'Uprooted: The growing crisis for refugee and migrant children'. The number of international migrants is based on the 2015 UNICEF report 'Uprooted: The growing crisis for refugee and migrant children'. The number of international migrants is based on the 2015 UNICEF report 'Uprooted: The growing crisis for refugee and migrant children'.

## Ma in Africa si stava meglio!

Gabriela Acucella, Giuse Ballardini, Graziano Grugni\*, Andrea Guala

SOC Pediatria, Ospedale Castelli, Verbania ; \* Ospedale S. Giuseppe, Istituto Auxologico Italiano, Piancavallo

M. è un bambino senegalese di 11 anni, rientrato da due mesi in Italia. Giunge alla nostra osservazione per febbre da quattro giorni, vomito, cefalea, mancata assunzione di cibo ed astenia. La raccolta anamnestica è molto difficoltosa, la madre non ha permesso di soggiorno e parla molto poco italiano.

Dalla documentazione in possesso della madre, relativa ad un pregresso ricovero in Italia leggiamo che M. è affetto da deficit di GH in ipoplasia ipofisaria con interruzione del peduncolo ipofisario e neuroipofisi ectopica. In dimissione era stata consigliata terapia con Somatropina, testosterone enantato per 3 mesi, ferro e dieta priva di latte vaccino/soia e derivati con assunzione di idrolisato proteico.

Il piccolo è stato quindi seguito in maniera incostante come le terapie che sono state somministrate in modo saltuario e solo quando era in Italia. La mamma riferisce che sta assumendo L-Tiroxina 25 mcg/die e ci mostra l'unica altra documentazione disponibile: una visita endocrinologica di un mese precedente al ricovero nella quale era stata posta indicazione. In quella occasione la statura era di 123 cm (<3° centile di Tanner, con bersaglio genetico pari al 97°C) ed età ossea di 7 anni.

All'ingresso in reparto M. si presenta apiretico, sofferente, con impossibilità a mantenere la stazione eretta ed a deambulare; non mostra rigor nucale, ma mantiene posizione antalgica in decubito laterale a cane di fucile; presenta pupille isocoriche isocicliche normoreagenti e riflessi rotulei normoelicitabili; mucose asciutte con labbra secche, lingua impaniata, faringe iperemico; MMT indenni, microadenia laterocervicale ed inguinale bilaterale; obiettività cardiopolmonare nei limiti di norma (SaO<sub>2</sub> 100%; FC 110 bpm; PA 111/77 mmHg); refilling time 3 sec; addome trattabile, organi ipocondriaci nei limiti. Cicatrici inguinali per intervento di orchidopessi.

Dagli esami ematochimici risulta: PCR negativa, piastrinosi, linfocitosi, eosinofilia, lieve alterazione delle transaminasi. La visita oculistica è risultata bella norma: "papilla a margini netti, macula indenne, non segni di ipertensione endocranica"). Gastroenterite? Meningoencefalite? Cefalea con aura? Pseudotumor cerebri? Masse cerebrali? Emorragia endocranica?

La rachicentesi ha dato esito a liquor limpido con esame chimico fisico nella norma. M. viene quindi sottoposto a terapia reidratante endovenosa ed antidolorifica. Alla TC encefalo eseguita per persistenza di cefalea intensa associata ad episodi di vomito, si riscontrano solo le note alterazioni a livello della sella turcica e dell'ipofisi. In considerazione del persistente stato di sofferenza del ragazzo nonostante la terapia antalgica, nell'ipotesi diagnostica di un'encefalite ed in attesa dei risultati degli esami virologici su liquor, è avviata terapia con aciclovir per via endovenosa.

In reparto recentemente avevamo avuto due casi di encefalite da EBV con quadro clinico di presentazione molto simile a quello di M.; influenzati da questo e dall'assenza di segni di ipertensione endocranica (ma i sintomi c'erano, sic!) ci siamo focalizzati sull'ipotesi di infezione virale ed abbiamo proseguito con la terapia antivirale e antidolorifica arrivando alla somministrazione di ondansetron, ketorolac + tramadolo in infusione continua endovenosa, ma senza beneficio. In 3° giornata di ricovero è stato sottoposto ad EEG con riscontro di tracciato irregolare ed instabile con elementi theta cuspidati.

Nel frattempo l'emocultura, la cultura del liquor, la Mantoux, lo striscio di sangue periferico per malaria, le sierologie per borrelia burgdorferi, HSV 1 e 2 e Mycoplasma e gli indici infiammatori sono risultati negativi; la sierologia per CMV ha mostrato immunità pregressa, mentre quella per EBV ha evidenziato positività anticorpale come da infezione recente. Autoanticorpi, funzionalità tiroidea, cortisolo, ACTH, renina ed aldosterone sono risultati nella norma; così come l'ecografia dell'addome e la radiografia del torace.

In quinta giornata di ricovero è stata eseguita RMN encefalo che ha evidenziato "sella turcica ampliata ed occupata da liquor, ghiandola ipofisaria di spessore ridotto e schiacciata contro il pavimento sellare, con peduncolo stirato e dislocato posteriormente.

Nel frattempo M., nonostante la terapia antalgica ed antiemetica, continuava ad avere condizioni scadenti, intensa cefalea e vomiti ripetuti soprattutto ai tentativi di alimentazione. Abbiamo iniziato alimentazione parenterale e sono arrivati gli esiti della ricerca dei virus neurotropi su liquor: tutti negativi.

Cosa ne pensate?

Discuteremo la fine del caso clinico nella prossima newsletter...nel frattempo avanzate le vostre ipotesi...

## AVVISI



### ◆ Dal 74° Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria - Roma 12-16 Giugno 2018

Ricordiamo che le relazioni del corso GLNBM SIP esposte al 74 Congresso Nazionale di Pediatria sono disponibili sul sito [www.glnbi.org](http://www.glnbi.org), nella sezione Archivio/Atti e relazioni riguardanti GLNBM:

- *Introduzione al corso GLNBM (M. Marceca)*
- *Accoglienza sanitaria: linee guida e percorsi di tutela della salute (L. Marrone e R.M. Da Riol)*
- *«Il punto sulle Adozioni Internazionali» (M. Zaffaroni)*
- *"Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori stranieri non accompagnati" (R. Viridis)*
- *"Problematiche Neuropsichiatriche dei minori migranti: fattori di rischio e di protezione" (S. Vicari, P. De Rose)*

## **COME ADERIRE AL GLNBM**

L'adesione al GLNBM è subordinata alla iscrizione alla Società Italiana di Pediatria e prevede una quota associativa annua di 20 Euro (si può effettuare il versamento, sul CC Postale 67412643 intestato a SIP).

Possono aderire al GLNBM anche altri operatori socio-sanitari interessati non iscritti alla SIP (medici, infermieri, mediatori culturali, psicologi,...).

Per aderire occorre compilare il modulo di adesione, scaricabile dalla pagina "news" del sito: [www.glnbi.org/index/news](http://www.glnbi.org/index/news), ed inviarlo al Segretario del Gruppo: Simona La Placa [simonalaplaca@gmail.com](mailto:simonalaplaca@gmail.com) e alla segreteria SIP [segreteria@sip.it](mailto:segreteria@sip.it).

## **I NOSTRI CONTATTI**

Segnalaci la necessità di chiarimento o qualche interessante notizia da condividere contattandoci via e-mail o telefono.

Simona La Placa  
Ambulatorio Pediatrico Multiculturale  
U.O.C. di Neonatologia e TIN - AOUP di Palermo  
Tel: 091 6552016 Cell: 328 8105553  
Email: [simonalaplaca@gmail.com](mailto:simonalaplaca@gmail.com)

Giovanni Alighieri  
UTIN-Pediatria - A.O. "Card. G. Panico" Tricase (LE)  
Tel: 0833-773111 Cell: 338-1630908  
Email: [giannialighieri@gmail.com](mailto:giannialighieri@gmail.com)

