

ilmedicopediatra 2025;34(1):3-13;  
doi: 10.36179/2611-5212-2025-4

# Prima visita del neonato nell'ambulatorio del pediatra

Alessandro Ballestrazzi<sup>1</sup>, Cecilia Argentina<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Pediatra di Famiglia, Direttore Editoriale Il Medico Pediatra*; <sup>2</sup> *Pediatra di Famiglia, Responsabile Area Neonatologia FIMP*

## Riassunto

La prima visita del neonato è un momento importante e significativo per stabilire una relazione stabile e di lunga durata con la famiglia. Gli Autori discutono una checklist dettagliata per la prima visita in ambulatorio, con particolare riguardo per la diagnosi precoce di problematiche specifiche per l'età e per la cura del neonato.

**Parole chiave:** neonato, prima visita, cure neonatali

## Summary

*The first visit of the newborn baby is an important and significant time to establish a stable and long-lasting relationship with his/her family. The Authors discuss a detailed checklist concerning the first visit of the newborn in the outpatient setting focussing on the main topics of interest for early diagnosis of specific age-related problems and baby care.*

**Key words:** newborn, first visit, neonatal care

## Corrispondenza

Alessandro Ballestrazzi  
alessandroballestrazzi@gmail.com

## Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Ballestrazzi A, Argentina C. Prima visita del neonato nell'ambulatorio del pediatra. *Il Medico Pediatra* 2025;34(1):3-13. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2025-4>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

## Premessa

### Un approccio non solo organico alla prima visita

La prima visita del neonato, quella che tutti effettuiamo nei primi giorni di vita del neonato nel nostro ambulatorio, è uno snodo decisivo nella costruzione del rapporto di fiducia tra pediatra e famiglia, che permetterà lo sviluppo di un rapporto terapeutico e fiduciario destinato a durare nel tempo. Proprio per questo motivo, la prima visita non può consistere nell'esecuzione di una semplice checklist di problemi e situazioni da prendere in considerazione una dopo l'altra e quindi biffare in modo routinario, ma deve tener conto del contesto psicosociale in cui si situa. In particolare, la prima visita si situa in quel momento delicatissimo che



è la fase di transizione del neonato dalla condizione di “bambino immaginato” a quella di bambino reale. Senza entrare nello specifico, fin dal 1951 Serge Lebovici aveva coniato il termine di “bambino immaginato”, a indicare l’immagine fantasmatica del bambino che la madre elabora nella propria mente nel corso della gravidanza e che si trasformerà non senza conflitti nel bambino reale, quello che magari piange sempre e ha difficoltà ad alimentarsi e che, con tutti i problemi, le ansie e le paure del caso, viene posato sul lettino nel corso della prima visita.

Il processo di elaborazione del bambino immaginato è del tutto fisiologico ed è uno degli aspetti del concetto di “maternità interiore” elaborato da Monique Bydlowski in riferimento alla realtà psichica che accompagna la gravidanza reale, naturalmente senza

pretese di sistematicità, cioè un processo di sviluppo dell’identità femminile e di elaborazione di rappresentazioni mentali, in sintesi il contenitore di quel bambino immaginato che diventerà bambino reale.

Questi processi psichici, qui estremamente sommarizzati, possono essere influenzati negativamente dall’interferenza di processi diagnostici, ecografie e accertamenti genetici, che modificano la naturalità dei processi stessi, generando insicurezza, conflitti e ansie destinate ad amplificarsi in presenza del bambino reale. È per tutti questi motivi che occorre tener conto di questi elementi nell’approccio alla prima visita ed essere consapevoli che un eccessivo tecnicismo o rassicurazioni superficiali non solo saranno inutili, ma probabilmente anche dannosi. Occorre quindi comprendere quali siano le ansie e le paure materne legate all’ine-

vitabile discrepanza tra bambino immaginato e bambino reale, analizzarle e contenerle con delicatezza e comprensione, cercando di chiarirle senza tecnicismi e soprattutto senza atteggiamenti superficiali o autoritari (medico onnisciente). Di qui la necessità di sviluppare capacità di counseling per esperire una comunicazione ottimale di contenuti che possono sembrare banali ma che per i genitori non lo sono, soprattutto se si è in presenza di qualche problema anche minore.

Per un approfondimento di questo tema si veda Pazzagli et al. (2011).

Di seguito, si esporranno alcuni aspetti della prima visita che meritano un particolare approfondimento, perché è proprio nel corso della prima visita che certi aspetti possono essere individuati oppure approfonditi, al di là della comunicazione verbale al termine della degenza ospedaliera. Naturalmente non vi sono pretese di sistematicità, ma quanto segue vuole essere semplicemente un focus su alcuni aspetti a nostro parere particolarmente rilevanti, sia per il neonato che per i genitori che giungono all'appuntamento carichi di aspettative ma anche di ansie rispetto al loro bambino.

## La cute

Durante la prima visita, l'esame della cute e degli annessi cutanei è della massima importanza, sia per l'individuazione di eventuali problemi, sia per rassicurare i genitori rispetto ad "anomalie" reali o presunte tali. Inoltre, a parte i quadri discussi in questa sezione, l'esame della cute offre indicazioni preziose sulle condizioni di nutrizione del neonato. Per esempio, una cute secca, talora distrofica, con un pannicolo adiposo scarsamente rappresentato, ancor prima della pesatura, è indicativa di una nutrizione insufficiente. Una cute trofica e ben perfusa già di per sé suggerisce una nutrizione adeguata anche al primo colpo d'occhio.

Di seguito alcuni dei quadri cutanei fisiologici o parafisiologici che richiedono una particolare attenzione durante la prima visita del neonato.

Per un approfondimento di questi temi si veda Cutrone & Panizon (2008).

## Nevi

**Nevi melanocitici congeniti** sono presenti nell'1% dei neonati. Anche se la maggior parte degli Autori ritiene che anche quelli più piccoli vadano seguiti con attenzione e asportati nel corso dell'adolescenza o comunque della prima età adulta, in pratica solo i nevi congeniti "giganti", di dimensioni cioè superiori ai 20 cm di diametro, meritano fin da subito una stretta attenzione in quanto presentano un rischio concreto di insorgenza di melanoma.

Esistono anche difetti caratterizzati da assenza di melanina che non richiedono particolare sorveglianza e che, se estesi, possono essere trattati dopo l'adolescenza con metodiche di medicina estetica.

Una anomalia degli annessi, non rarissima, è il cosiddetto **piebaldismo**, la presenza cioè di un ciuffo di capelli bianchi che persisterà per tutta la vita, spesso ereditario e che non richiede specifici trattamenti.

## Chiazze cutanee

Una discolorazione tipica del neonato è la cosiddetta **Salmon patch**, una chiazza eritematosa dovuta a dilatazione capillare transitoria. Le sedi caratteristiche sono glabella (con la tipica forma a V), filtro, naso, palpebre e nuca. La salmon patch tende a risolversi spontaneamente nel giro di alcuni mesi, a eccezione di quelle nicali, che possono talvolta persistere per anni.

La salmon patch non deve essere confusa con gli **angiomi** piani o cavernosi, che sono vere malformazioni vascolari. A livello di prima visita si possono rassicurare i genitori sul fatto che gli angiomi piani tendono a scomparire entro 1-2 anni, mentre quelli cavernosi rappresentano un problema da affidare al secondo livello. La **chiazza mongolica**, impropriamente chiamata anche nevo mongolico, consiste in un'ampia chiazza bluastra che viene spesso scambiata dai genitori per un livido. È più frequente nella regione sacrale ma può essere presente ovunque, anche sugli arti (chiazza mongolica acrale); è più frequente nei bambini neri e scompare nel giro di alcuni mesi. La causa è un difetto transitorio della



migrazione dei melanociti a partire dalla cresta neurale. La chiazza mongolica non richiede trattamento.

### Fossette

Le fossette sono più frequenti in sede mediana, in modo particolare a livello presacrale, e possono essere considerate genericamente segno di un'anomalia di fusione. Le fossette presacrali devono sempre essere valutate, anche se generalmente richiedono un approfondimento diagnostico con imaging (ecografia/RM) se molto grandi o se sono associate ad altre anomalie quali nevi, ciuffetti di pelo, angiomi o tumefazioni, in quanto potenzialmente associate a disrafismi spinali occulti (spina bifida occulta, diastematomielia, mielomeningocele, tethered cord).

### Microcisti sebacee

Si tratta di un'iperplasia su base ormonale delle ghiandole

sebacee con l'aspetto di piccole cisti localizzate su mento e naso del neonato. Non richiedono trattamento, scompaiono spontaneamente e devono essere evitate le tradizionali manovre di spremitura.

### Milium

Simile, ma con eziologia diversa, è il milium, piccole cisti biancastre, localizzate al volto, sparse e senza localizzazioni precise. Anche in questo caso la scomparsa è spontanea e devono essere evitate manovre di spremitura.

### Miliaria o sudamina

Rash cutaneo causato da un'eccessiva applicazione di creme, olii e paste che occludono i pori causando infiammazione. La reazione dei genitori è spesso quella di intensificare l'applicazione di tali sostanze peggiorando la situazione, generando un circolo vizioso che si deve interrompere.

## Cutis marmorata

È caratterizzata dal tipico aspetto reticolare della cute del neonato quando viene esposto al freddo (anche cute a "mortadella") ed è semplicemente l'espressione di una fisiologica labilità del microcircolo in età neonatale.

## Ombelico

La gestione del moncone ombelicale o della cicatrice ombelicale è uno dei tanti aspetti della puericultura (per usare un termine un poco antiquato) che sono andati incontro a un cambiamento radicale nel corso degli anni. Si è infatti passati da un trattamento aggressivo (alcol, polveri antibiotiche, ecc.) alla tendenza attuale al non intervento.

In effetti, vi è un ampio consenso sul fatto che il cordone o la cicatrice ombelicale debbano essere semplicemente asciutti e puliti, eventualmente protetti con una garza per evitare lo sfregamento contro il pannolino o i vestiti, e che non sia necessario disinfettare sistematicamente il moncone ombelicale o la cicatrice ombelicale. Quest'ultima deve essere peraltro osservata nel corso della prima visita e devono essere forniti i consigli opportuni ai genitori per una corretta gestione. Soltanto nel caso che la ferita emani "cattivo odore" (segno di possibile infezione) si deve prendere in considerazione la possibilità di una terapia specifica allo scopo di prevenire un'eventuale onfalite, evento peraltro raro nella nostra realtà.

Tuttavia, è bene essere consapevoli che nel resto del mondo la sepsi neonatale derivante da un'inadeguata gestione del moncone e della ferita ombelicale è responsabile della morte da 2 a 9 milioni di neonati ogni anno. Pertanto, nel consigliare i genitori è sempre indicata un'opportuna contestualizzazione e in certi casi si può, anzi, si deve ritornare alle antiche pratiche di disinfezione quotidiana. Per un'interessante rassegna delle pratiche di gestione del moncone e della ferita ombelicale nel resto del mondo e in particolare nei paesi in via di sviluppo si veda Obeagu & Obeagu (2024).

## Granuloma ombelicale

Il granuloma ombelicale interessa circa un neonato su

500 e consiste in una masserella di tessuto rosso o rosa che si forma a livello della cicatrice ombelicale dopo la caduta del moncone ombelicale. Il granuloma, che presenta sempre un certo grado di infiammazione, spesso deriva da una manipolazione impropria del moncone o della cicatrice e/o talvolta da un'infezione locale e può associarsi o meno a secrezione sierosa o ematica. Le sue dimensioni non superano il centimetro e la consistenza è molle.

Il granuloma ombelicale se è di grandi dimensioni non va incontro a involuzione spontanea, cosa che invece può avvenire in quelli di piccole dimensioni.

Il trattamento consiste innanzitutto nel mantenere pulita e asciutta l'area e osservando la massima igiene nella manipolazione della cicatrice ombelicale.

Se il granuloma non va incontro a involuzione spontanea si possono effettuare delle tocature con la matita caustica al nitrato d'argento al 75%. Questo trattamento di solito risolve il problema in 2-3 sedute e può essere effettuato in ospedale o anche nello studio del pediatra di famiglia.

Un metodo alternativo consiste nell'applicazione di zucchero salicilato al 3% da applicare 3 volte al giorno con una garza asciutta.

La complicità di un'infezione ombelicale trascurata è l'onfalite, piuttosto rara ma pericolosa, a causa della contiguità con strutture vascolari profonde.

Per una discussione più approfondita si veda Namba et al., 2023.

## Ittero

Un ittero fisiologico, caratterizzato da una colorazione giallastra della cute e delle sclere, è presente nel 60% circa dei neonati a termine e nell'80% di quelli pretermine ed è dovuto a un deficit transitorio dell'attività glicuronil-transferasica con accumulo di bilirubina nei tessuti (i neonati producono più bilirubina in quanto l'emivita dei globuli rossi è minore che nell'adulto). I genitori devono essere rassicurati sul fatto che l'ittero nella quasi totalità dei casi scompare spontaneamente entro 1-2 settimane dalla nascita e che è normale che le ultime parti a normalizzarsi siano proprio le sclere.

re (la bilirubina si accumula in particolare nel tessuto elastico, di cui le sclere sono particolarmente ricche). Eventuali determinazioni della bilirubina effettuate in questo periodo evidenziano un aumento transitorio della bilirubina non coniugata.

Itteri prolungati oltre le 2 settimane possono essere indagati e sono spesso itteri da latte materno, il quale contiene sostanze in grado di inibire l'attività dell'enzima glicuronil-transferasi. L'eziologia dell'ittero da latte materno è comunque multifattoriale e una recente revisione della letteratura sull'argomento non ha potuto individuare uno specifico componente del latte materno come responsabile tra i molti presi in considerazione (enzimi, fattori di crescita, proteine e/o lipidi, citochine). In ogni caso, la semplice determinazione della bilirubina non coniugata permetterà di distinguere l'ittero da latte da altre forme di ittero.

La gestione del rapporto con i genitori si traduce pertanto nella rassicurazione rispetto al fatto che la grande maggioranza degli itteri non ha significato clinico. Per lo stesso motivo occorre sconsigliare pratiche un tempo diffuse quali la sospensione temporanea dell'allattamento al seno, che non hanno utilità pratica e rischiano di compromettere l'allattamento al seno in un momento critico del periodo postnatale.

Per un approfondimento di questi temi si veda Gao et al., 2023.

Infine, un ittero prolungato con aumento della bilirubina coniugata deve far sospettare un'atresia delle vie biliari, una condizione grave che deve essere gestita chirurgicamente nel più breve tempo possibile. In linea di massima deve essere indagato e riferito al secondo livello un ittero che duri più di 14 giorni, se il neonato aveva un'età gestazionale superiore alle 37 settimane, o più di 21 giorni, se l'età gestazionale era inferiore alle 37 settimane.

Occorre valutare la presenza di feci chiare/urine scure (che tingono il pannolino) e l'eventuale aumento della bilirubina coniugata. In generale è bene accertarsi, anche se il contrario non dovrebbe accadere, che il bambino abbia effettuato gli screening neonatali previsti dalle linee guida regionali e che sia stato effettuato

e riportato sul foglio di dimissioni il test di Coombs per la possibilità che ci si trovi in presenza di un ittero prolungato da incompatibilità ABO.

Valori di bilirubina coniugata superiori a 25 mg micro-moli/l sono indicativi di un'epatopatia severa.

Per un approfondimento di questi temi si vedano le linee guida NICE del 2023.

## Esame neurologico del neonato

L'esame neurologico del neonato richiede pochissimo tempo e consiste nella valutazione della motilità spontanea complessiva e in subordine nell'esame dei riflessi neonatali o primitivi. Tali riflessi consistono in reazioni involontarie e stereotipate del neonato elicetabili con apposite manovre. Il loro esame fin dalla prima visita è della massima importanza, perché la loro assenza o il protrarsi nel tempo sono segnali di un problema neurologico.

Alcuni sono presenti già in epoca fetale, altri compaiono al momento della nascita o nel periodo immediatamente successivo.

Tuttavia, occorre ricordare che la valutazione della motilità spontanea complessiva è di primaria importanza, perché anche neonati con problemi neurologici importanti possono avere un repertorio di riflessi normale o comunque nei limiti della norma.

## Motilità spontanea complessiva

I movimenti generali nel periodo perinatale sono movimenti globali e complessi che coinvolgono tutto il corpo, della durata da qualche secondo a un minuto, evidenti soprattutto durante il sonno REM, la veglia attiva e il pianto. Questi movimenti sono già osservabili nel feto intorno alle 10 settimane di vita e continuano a manifestarsi con caratteristiche simili fino al secondo mese di età.

Nel dettaglio, i movimenti generali sono prevalentemente di tipo rotatorio a largo raggio, come stiracchiamenti degli arti e del collo (writhing). Successivamente, già al secondo mese, questi movimenti assumono un carattere continuo e divengono più fini e a raggio più stretto (fidgeting), che in seguito si riducono per lasciare il posto ai movimenti volontari.

Per una trattazione di questo tema si vedano Cioni & Ferrari (1997) e, anche per la parte riguardante il neurosviluppo, il focus FIMP sul riconoscimento precoce dei disturbi del neurosviluppo.

### Riflessi neonatali

- **Marcia automatica:** nascita – 2-3 mese. Il bambino tenuto eretto e i piedi a contatto con il piano e leggermente sollecitato con la mano mostrerà movimenti alternati flesso-estensione degli arti inferiori che ricordano quelli della marcia.
- **Riflesso di prensione della mano o grasping:** Nascita – 10 mese. Stimolando il palmo della mano con un dito si ottiene una reazione di presa senza flessione del pollice.
- **Riflesso di Moro:** 28° settimana – 6-10° mese. Sollevando di qualche cm la schiena del bambino in posizione supina e rilasciandolo bruscamente si ottiene una brusca estensione e abduzione delle braccia con apertura a ventaglio delle dita della mano, con successivo rilassamento e reazione di pianto.
- **Riflesso di Galant:** stimolando il dorso a lato della colonna vertebrale in posizione prona si ottiene una curvatura del dorso in senso omolaterale.
- **Riflesso tonico labirintico:** in posizione prona il neonato presenta un marcato tono flessorio. Se si estende il dorso si ottiene l'estensione degli arti. In posizione supina se si flette il capo del bambino sul tronco e si ottiene una reazione di flessione degli arti.
- **Riflesso di orientamento o root reflex e riflesso di suzione:** il primo compare dalla nascita fino al 3° mese, mentre il secondo tende a scomparire entro l'8-9° mese ma talvolta può essere evocato nel sonno fino al 24° mese. Se si stimola l'angolo della bocca del bambino, questo ruoterà la testa in direzione dello stimolo (ricerca, root reflex); successivamente labbra e lingua si avvicinano allo stimolo per iniziare la suzione.
- **Riflesso di Babinski:** scompare al 9-12° mese. Se si stimola la pianta del piede si otterrà la distensione delle dita e il sollevamento dell'alluce.
- **Riflesso tonico asimmetrico del collo (o riflesso dello schermidore):** scompare dopo alcune settimane.

Se si ruota la testa del bambino in posizione supina l'arto facciale si estenderà, mentre quello nucale si fletterà ricordando la posizione di attacco di uno schermidore.

### Riflesso rosso

L'esame del riflesso rosso (che dovrebbe essere eseguito nel corso di tutte le visite) serve a porre il sospetto diagnostico delle seguenti patologie oculari:

- opacità corneali/opacità dell'umor acqueo;
- cataratta;
- opacità del vitreo;
- alterazioni della retina, compresi tumori e colobomi corio-retinici;
- alterazioni dell'iride che compromettono l'apertura delle pupille;
- muco o altri corpi estranei del film pupillare;
- errori o disuguaglianze della rifrazione/strabismo (riflesso di Bruckner, i.e. asimmetria del riflesso).

L'esame del riflesso rosso dovrebbe di preferenza essere effettuato con l'oftalmoscopio diretto posto al segno 0, esaminando contemporaneamente tutti e due gli occhi a una distanza di circa 45 cm (di conseguenza si dovrebbe evitare l'uso dell'otoscopio).

Dal momento che le dimensioni della pupilla influiscono sulla validità del test e che i neonati hanno pupille più piccole, l'ideale sarebbe l'esecuzione in midriasi. Tuttavia, i farmaci impiegati per ottenere la midriasi possono avere effetti collaterali (tachicardia, aritmie cardiache) per cui è opportuno valutarne l'uso caso per caso, riservandolo all'eventuale secondo livello.

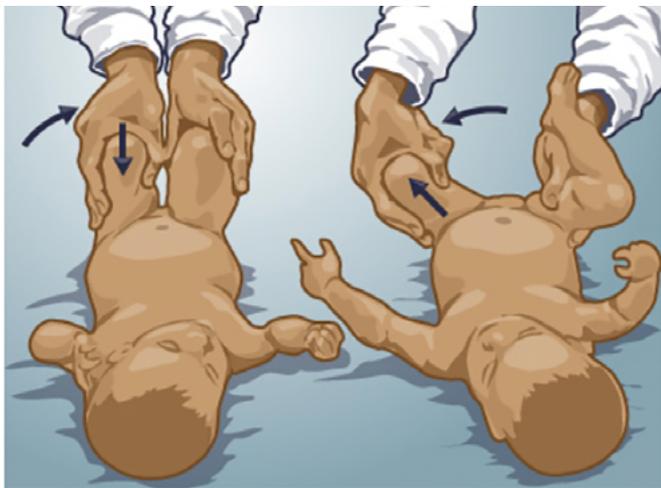
Per questo motivo, nella maggior parte dei casi è sufficiente l'esecuzione del test al buio o con bassa luminosità per ottenere condizioni il più possibile ottimali. Infine, a tutt'oggi non è chiara l'influenza sulla validità del test dell'iperpigmentazione, anche se è accettato che le differenze etniche possano avere un ruolo nella validità del test.

Per quanto riguarda la validità del test, una recente metanalisi (Subhi, 2020) ha evidenziato una percentuale di falsi positivi dell'1,8% e di falsi negativi del 25,3%. Il valore predittivo negativo (NPV) era del 74% per



**FIGURA 1.**

Rappresentazione grafica della manovra di Ortolani-Barlow.



quanto riguarda tutte le patologie oculari; valore che però saliva al 99,8% per le patologie oculari con necessità di follow-up o intervento chirurgico.

Questo dato indica che comunque è improbabile un falso negativo in presenza di una patologia oculare severa e che quindi l'esecuzione del test – fatti salvi i limiti di cui sopra – rappresenta un intervento diagnostico efficace.

Invio al 2° livello:

- macchie nere sul riflesso rosso;
- marcata riduzione del riflesso;

- riflesso bianco;
- asimmetria dei riflessi (riflesso di Bruckner).

## Apparato locomotore

### Clavicola

Le fratture di clavicola intrapartum sono correlate a parto distocico e/o macrosomia fetale. Possono essere sintomatiche o asintomatiche. Nel caso siano sintomatiche e quindi note occorre assicurare il genitore che la guarigione avviene spontaneamente in 10-15 giorni e che non necessita di interventi particolari, a parte l'evitamento di manovre brusche nella vestizione e svestizione del bambino.

NB: le fratture asintomatiche, per lo più parziali, possono sfuggire alla visita perinatale e manifestarsi direttamente dopo 7-15 giorni sotto forma di un callo osseo palpabile.

### Anche

La manovra di Ortolani-Barlow costituisce un momento essenziale di qualsiasi prima visita e anche delle visite successive. Normalmente viene effettuata per la prima volta in ospedale, ma è opportuno ripeterla anche successivamente sia durante la prima visita che nelle visite successive.

La manovra di Ortolani propriamente detta si pratica con il bambino in posizione supina con le anche flesse a 90°. Si esamina un'anca per volta fissando contro il piano l'anca controlaterale (quella non in esame) per stabilizzare il bacino.

L'esaminatore afferra con la mano il ginocchio del bambino ponendo il pollice sul lato interno della coscia e il dito medio lateralmente sul grande trocantere. Da questa posizione si esegue, evitando traumatismi, una lieve pressione con una progressiva abduzione e rotazione esterna dell'anca.

Questo movimento, se la testa femorale si trova in posizione fisiologica, avviene in modo fluido e senza sforzi. Se invece la testa femorale è dislocata, la manovra causa uno scatto caratteristico che viene percepito dal

dito medio posto dal grande trocantere e che indica il riposizionamento in sede della testa femorale.

La manovra di Barlow, che andrebbe eseguita successivamente alla manovra di Ortolani, prevede il movimento opposto, cioè partendo dalla coscia in massima abduzione si esegue una lieve trazione con una progressiva adduzione. Nei casi positivi si avverte un secondo scatto dovuto alla fuoriuscita della testa femorale dal cotile.

La manovra di Ortolani-Barlow dev'essere eseguita con il bambino il più possibile rilassato e tranquillo e richiede comunque una certa pratica. Attualmente esistono appositi manichini articolati che permettono una simulazione dello scatto in entrata e in uscita della testa femorale.

Oltre alla manovra di Ortolani-Barlow, altri criteri per diagnosticare o escludere una lussazione dell'anca comprendono:

- segno di Galeazzi: asimmetria dell'altezza delle ginocchia con il bambino in posizione supina ad anche e ginocchia flesse. Un ginocchio più in alto rispetto al controlaterale indica una possibile lussazione;
- asimmetria delle pliche cutanee inguinali e glutee;
- alterazione complessiva della motilità articolare dell'anca.

I fattori di rischio per la lussazione congenita dell'anca maggiormente significativi sono:

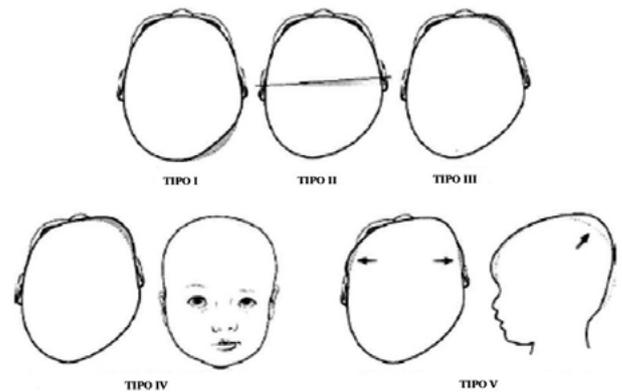
- podalismo;
- familiarità di primo grado;
- oligoindramnios;
- sesso femminile;
- macrosomia fetale.

Tra questi, podalismo e familiarità di primo grado sono i fattori più rilevanti. Minore significatività hanno i secondi tre. La presenza di un PTC concomitante è considerato da alcuni un fattore di rischio anche se più incerto dei precedenti.

Per quanto riguarda il counseling non esiste a tutt'oggi un'opinione prevalente e lo screening universale non è consigliato, ma occorre basarsi sui fattori di rischio

## FIGURA 2.

Classificazione in 5 tipi della plagiocefalia posizionale secondo Argenta (da Argenta et al., Classification of positional plagiocephaly, J Craniofac Surg 2004, mod.)



oltre che, naturalmente, sulla positività o meno della manovra di Ortolani-Barlow.

Tale incertezza si riflette nella scarsa correlazione tra esame clinico e risultati dell'ecografia (stadiazione di Graf). Per una discussione aggiornata delle problematiche concernenti i fattori di rischio per la displasia congenita delle anche si vedano Tirta et al. (2025) e Vaajala et al. (2024).

### Plagiocefalia

La plagiocefalia posizionale (non associata a sinostosi) ha conosciuto un aumento esponenziale dopo che per l'AAP lanciò nel 1992 la Back to Sleep Campaign che, diffusasi in tutto il mondo, ha portato a una drammatica riduzione dell'incidenza di SIDS (40%). Di concerto, nello stesso periodo secondo alcune stime si è osservato un aumento dei casi di plagiocefalia posizionale del 600%, a fronte di una incidenza prima del 1922 stimata nel 46%.

In Europa la plagiocefalia posizionale ha una incidenza del 37,8% nei neonati a termine e nei lattanti sani a 8-12 settimane.

In estrema sintesi, le terapie proposte sono quella posizionale, l'uso di ortesi (ancora controverso) e le manipolazioni secondo diverse metodiche (maggiori consensi).

A livello di prima visita ciò che si deve fare è sottolineare l'attualità del principio "Back to Sleep" e la sua priorità rispetto a qualsiasi altra considerazione, al contempo sottolineando il fatto che pratiche intermedie – come mettere il neonato per paura dei rigurgiti – non hanno la stessa efficacia protettiva e sono nel caso dei neonati sani del tutto inutili. Occorre quindi spiegare ai genitori che la **posizione supina** è salvavita, ma che purtroppo si accompagna a un certo rischio di plagiocefalia. Un buon metodo per ridurre e minimizzare il rischio è il cosiddetto Tummy Time, cioè la pratica di mettere il neonato sveglio e sotto controllo del genitore in posizione prona spiegando che, oltre alla prevenzione della plagiocefalia, questa posizione ha risvolti positivi anche sul neurosviluppo in quanto più fisiologica rispetto alla posizione supina in permanenza.

Per un trattamento di questo tema si veda Blanco-Diaz et al., 2023.

### Apparato cardiovascolare

I neonati con problemi cardiologici giungono solitamente all'osservazione del pediatra di famiglia con una diagnosi già stabilita o con accertamenti in corso. Tuttavia, occorre tenere presente che esiste almeno una condizione che potrebbe sfuggire sia alle ecografie prepartum che al momento della nascita e del ricovero in neonatologia, cioè la **coartazione aortica**.

In questo caso, in particolare nelle forme lievi, il bambino è asintomatico e i primi sintomi si presentano quando si chiude il dotto di Botallo che sostiene il circolo compensatorio, entro la prima settimana di vita. In questo caso i polsi femorali si attenuano fino a scomparire, mentre quelli brachiali persistono e compare un soffio continuo con accentuazione sistolica spesso più evidente posteriormente (che però può essere assente in caso di bassa gittata cardiaca).

Per questo motivo, oltre all'auscultazione di routine, occorre sempre esaminare i **polsi periferici**, non solo quelli femorali, ma anche quelli brachiali.

Per una discussione di questo tema si vedano Salciccioli & Zachariah, 2023.

### L'alimentazione

Uno degli aspetti più rilevanti della prima visita è la preoccupazione dei genitori per l'alimentazione del neonato, dubbi e preoccupazioni che non di rado oltre che da argomentazioni razionali traggono origine da problematiche relative al vissuto fantasmatico sul bambino immaginato e quindi da problemi che investono la figura materna (ma non solo) rispetto alla propria adeguatezza, ma anche dall'eredità di credenze ereditate dal passato attraverso la mediazione intergenerazionale e finanche da opinioni "mediche" non corrette ma perduranti nel tempo.

Senza entrare nello specifico dell'alimentazione nel periodo neonatale, che richiederebbe ben altro spazio e che esula dalle finalità di questo articolo, l'aspetto

fondamentale dell'intervento del pediatra è quello di assicurare la coppia genitoriale sulla propria capacità di accudimento e al tempo stesso eliminare o ridurre l'impatto di credenze e opinioni non più validate dai più recenti studi sulla nutrizione del neonato.

Tutto questo è di particolare importanza in quanto la nutrizione, "il dare da mangiare", è spesso l'unico modo concepibile per immaginare se stesse come buone madri (o buoni genitori). Corollario di questo assunto è la necessità di sottolineare il fatto che essere una buona madre (o buoni genitori) non consiste soltanto nel fatto di nutrire adeguatamente il proprio bambino, ma anche nella capacità di fornirgli tutte quelle cure e attenzioni che configurano un accudimento adeguato di cui la nutrizione è solo una parte, seppure importante.

Una preoccupazione ricorrente, rinforzata tuttora dalle indicazioni fornite in alcuni punti nascita, è quella della possibile **ipoglicemia** durante il sonno, con la conseguente raccomandazione di svegliare il bambino durante le ore notturne per farlo mangiare.

In realtà, lo studio GLOW ha dimostrato come nel neonato a termine la transizione dalla situazione glicemica pre- e perinatale a una regolazione glicemica normale può durare fino a 72-96 ore, dopo di che sono operanti i normali meccanismi regolatori.

## Per finire

Alcuni altri aspetti che devono essere trattati durante la prima visita:

- accertarsi se il neonato ha effettuato tutti gli screening e le procedure previste dai protocolli regionali (saturazione pre- e postduttale, manovra di Ortolani-Barlow, riflesso rosso, screening per le malattie congenite, TEOAE);
- controllare eventuali terapie consigliate alla dimis-

sione compresa la supplementazione con Vitamina D;

- consigliare e assicurare la madre nutrice sui farmaci che può assumere;
- sfatare leggende e mitologie sulla gestione del neonato, per esempio: la necessità della cosiddetta "ginnastica prepuziale" nei maschietti, l'astensione dai cibi che danno "cattivo sapore al latte" e altre credenze ancora molto diffuse;
- informarsi sui caregiver e sulle loro caratteristiche;
- e naturalmente prendersi tutto il tempo necessario.

## Bibliografia di riferimento

- AAV. Jaundice in newborn babies under 28 days, NICE Guidelines 2023;98.
- Bartolozzi G. Il riflesso rosso nel neonato, nel lattante e nel bambino. *M&B Pagine elettroniche*, 2009;XII:1.
- Blanco-Diaz M, Marcos-Alvarez M, Escobio-Prieto I, et al. Effectiveness of conservative treatments in positional plagiocephaly in infants: a systematic review. *Children* 2023;10:1184.
- Cioni G, Ferrari F. Osservazione del neonato e prognosi neurologica. *Medico e Bambino* 1997;10:633-636.
- Cutrone M, Panizon F. La pelle: dalla parte del neonato. *Medico e Bambino* 2008;27:433-439.
- Doria M, Rachele C. Riconoscimento precoce dei disturbi del neurosviluppo: il ruolo del pediatra di famiglia. Focus su distrofia muscolare di Duchenne e ipotonia. *Il medico pediatra* 2020.
- Gao C, Guo Y, Huang M, et al. Breast milk constituents and development of breast milk jaundice in neonates: a systematic review. *Nutrients* 2023;10:22.
- Harris DL, Weston PJ, Gamble GD, et al. Glucose profiles in healthy term infants in the first 5 days: the Glucose in Well Babies (GLOW) study. *J Pediatrics* 2020;223:34-41.
- Namba F, Miahara N, Haga M, et al. Interventions for treating umbilical granuloma: a protocol for a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open* 2023;13:E076931.
- Obeagu EH, Obeagu GU. An update on factors affecting umbilical cord care among mothers – A review. *Medicine* 2024;103:28.
- Pazzagli A, Benvenuti P, Pazzagli C. La nascita nella mente della madre. *Rivista Italiana di Educazione Familiare* 2011;2:5-21.
- Rosenfeld E, Thornton PS, Feingold KR, et al. Hypoglycemia in neonates, infants and children. *Endotext (Internet)*. South Dartmouth, 2000.
- Subhi Y, Chabané Schmidt D, Al-Bakri M, et al. Diagnostic test accuracy of the red reflex test for ocular pathology in infants. *JAMA Ophthalmol* 2020;139:33-40.
- Tirta M, Rambek O, Kold S, et al. Risk factors for developmental dysplasia of the hip before 3 months of age. *JAMA Network Open* 2025;8:E2456153.
- Vaajala M, Pakarinen O, Helenius I, et al. Why all newborn hip screening programs have same results – A mini review. *Eur J Pediatrics* 2024;183:2889-2892.