



Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

PRESIDENTE: *Ch.mo Prof. Raffaele De Caro*

TESI DI LAUREA

**IL RUOLO DEL FISIOTERAPISTA NELLA
PREVENZIONE E NELLA CURA DELLA
PLAGIOCEFALIA DEL NEONATO. ESPERIENZA
ALL'INTERNO DI UN PERCORSO NASCITA:
REALIZZAZIONE DI INCONTRI CON I GENITORI E
COLLABORAZIONE CON I PEDIATRI DEL
TERRITORIO PORDENONESE.**

(The role of physical therapist in the prevention and treatment of plagiocephaly newborn. Experience within a birth path: implementation of meetings with parents and collaboration with pediatricians of the Pordenone area.)

RELATORE: Ft. Dott.ssa Maria Grazia Lunardelli

LAUREANDO: Chiara Mantovani

Anno Accademico 2015-2016

CAPITOLI

1. Abstract.....	5
2. Abstract.....	7
3. Introduzione.....	9
4. Plagiocefalia.....	10
4.1 Definizione e Classificazione.....	10
4.2 Eziologia.....	13
4.3 Epidemiologia.....	14
4.4 Diagnosi E Prognosi.....	15
4.5 Possibili Complicanze.....	16
4.6 Prevenzione E Trattamento.....	17
4.6.1 Trattamento Conservativo.....	18
4.6.2 Trattamento Ortesico.....	19
4.6.3 Trattamento Chirurgico.....	20
5. Materiali E Metodi.....	21
5.1 Come è stata svolta la ricerca bibliografica.....	21
5.2 Definizione AIFI del ruolo del fisioterapista nella prevenzione.....	22
5.3 Sviluppo del progetto.....	22
5.3.1 Collaborazione con consultorio.....	23
5.3.1.1 Percorso nascita e figure con cui ho collaborato.....	23
5.3.1.2 Ruolo del fisioterapista nel percorso nascita.....	24
5.3.1.3 Gruppi seguiti nel percorso nascita.....	24
5.3.1.4 Struttura e sviluppo degli incontri.....	24
5.3.1.5 Elaborazione di un questionario per le mamme.....	25
5.3.1.6Elaborazione di un questionario per il personale del consultorio con cui ho collaborato.....	25
5.3.3 Collaborazione con i pediatri del territorio.....	26
5.3.2.1Modalità di contatto e comunicazione.....	26
5.3.2.2Elaborazione dei questionari per i pediatri di libera scelta del territorio pordenonese.....	26
5.3.2.3Risposta e partecipazione dei pediatri del territorio pordenonese.....	26
6. Risultati.....	27
6.1 Analisi risultati mamme.....	27
6.2 Analisi risultati personale consultorio.....	27
6.3 Analisi risultati pediatri del territorio pordenonese.....	29
7. Discussione.....	31
7.1 Discussione risultati.....	31

7.2 Limiti e criticità dello studio.....	31
8. Conclusioni.....	33
9. Bibliografia.....	35
9.1 Articoli.....	35
9.2 Libri.....	36
9.3 Siti.....	36
10. Allegati.....	37
11. Ringraziamenti.....	44

1. Abstract

Introduzione: negli ultimi 20 anni si è assistito ad un aumento a livello internazionale dei casi di plagiocefalia posizionale. Questo aumento sembra essere direttamente correlato alle indicazioni date dall’AAP nel 1992, nelle quali si raccomandava di mettere i bambini a dormire in posizione supina, posizione di sicurezza per prevenire la SIDS. Da quando questa informazione è stata applicata il numero di SIDS si è ridotto del 40%, per cui è un’indicazione che ancora oggi deve essere assolutamente seguita. Il problema è che in seguito non fu altrettanto promossa una campagna efficace per quanto riguarda il “tummy time”, cioè il tempo che il bambino durante la veglia passa in posizione prona. Il concetto del “tummy time” racchiude in sé il senso dell’importanza dell’igiene posturale come metodo di prevenzione per la plagiocefalia.

Obiettivo: lo scopo di questo studio è quello di valutare la problematica della plagiocefalia nel territorio pordenonese e di valutare, se l’introduzione della figura del fisioterapista all’interno di un percorso nascita, potesse fornire le informazioni base sul argomento e sulla prevenzione della plagiocefalia, così da poter dare i primi strumenti utili ai genitori per poter monitorare la crescita del bambino.

Materiali e metodi: sono state intraprese due collaborazioni importanti, la prima con il Consultorio della famiglia e dei giovani di Pordenone, e la seconda con i pediatri di libera scelta del territorio pordenonese. Con la prima collaborazione si è intrapreso un progetto che riguardava la partecipazione della figura del fisioterapista all’interno del percorso nascita tenuto dal consultorio. Il quale è stato valutato attraverso l’elaborazione di un questionario volto alla popolazione partecipante all’incontro, e di un secondo questionario elaborato per il personale del consultorio con che ha collaborato al progetto. Con la seconda collaborazione invece si voleva andare a sondare come la problematica della plagiocefalia è diffusa all’interno del territorio pordenonese e come viene affrontata, ciò è stato fatto attraverso l’elaborazione di un questionario somministrato a tutti i pediatri di libera scelta del territorio pordenonese.

Risultati: i risultati sono stati suddivisi in tre categorie. La popolazione che ha partecipato agli incontri è di 79 mamme, delle quali 45 hanno compilato i questionari, dando risultati positivi sull’esperienza e dimostrandosi interessati alla partecipazione della figura del fisioterapista all’interno dei percorsi nascita. Positivi sono stati anche i risultati raccolti dai questionari elaborati per il personale del consultorio, una popolazione di 4 soggetti, che hanno accolto positivamente l’esperienza di collaborazione, e ritengono potrebbe essere utile la figura del fisioterapista all’interno del percorso nascita, per i più durante la fase post-parto. Infine dei 34 pediatri di libera contattati per collaborare al progetto, solo 10 hanno risposto. Nelle risposte si conferma che la plagiocefalia è una problematica a livello del territorio, la quale viene affrontata per lo più con la diffusione di indicazioni di igiene posturale, date direttamente da loro.

Risulta avere risultati positivi anche l'idea di collaborazione con la figura del fisioterapista e l'utilizzo di opuscoli informativi.

Conclusioni: il progetto è stato accolto positivamente da tutte le parti coinvolte, dando risultati soddisfacenti. L'idea di attuare un intervento a livello preventivo rispetta anche le linee guida che si stanno attuando a livello europeo, che risultano avere anche lo scopo di gestire meglio la problematica, sia dal punto di vista assistenziale che da un lato di risorse economiche del SS.

2. Abstract

Introduction: in the last 20 years there has been an international (world wide) increase in cases of positional plagiocephaly. This increase appears to be directly related to the indications given by the AAP in 1992, in which the recommendation was to put children to sleep in the supine position, the safety position to prevent SIDS. Since this information was applied the number of SIDS decreased by 40%, so that means that this indication still must be strictly followed. After that no other effective “tummy time” campaign was promoted. The “tummy time” is the time passed in prone position by the baby; it reassumes the importance of postural hygiene as a prevention method for postural plagiocephaly.

Objective: The purpose of this study is to examine the problem of plagiocephaly in the territory of Pordenone and to evaluate if the introduction of the figure of the physiotherapist within a birth path could provide basic information on the topic and on the prevention of plagiocephaly, to give parents the first useful tools to monitor child's growth.

Materials and Methods: Two important partnerships were undertaken, the first one with the Counseling for family and youth clinic of Pordenone, and the second with the pediatricians of Pordenone. With the first collaboration we started a project involving the participation of the physiotherapist in the birth path proposed by the clinic. Firstly the people that took part to the project were asked to answer a questionnaire to evaluate the importance of the physiotherapist, than a second questionnaire was subjected to the clinic staff. With the second collaboration we wanted to inquire the dissemination of the plagiocephaly in the territory of Pordenone and how it is faced. This was done through the development of a questionnaire given to all paediatricians in the Pordenone area.

Results: The results were divided into three categories. The people who attended the meetings were 79 mothers, of which 45 answered the questionnaires, giving the experience positive results and looking interested in the participation of the physiotherapist in the birth path. Positive results were also collected from the questionnaires prepared for the clinic staff, a group of 4 people. They embraced the experience of the collaboration and agreed the physiotherapist could be a useful figure in the birth path, mostly during the post-partum stage. In the end, only 10 pediatricians out of the 34 asked to collaborate with the project answered. The replies confirm that plagiocephaly is a problem throughout the area, which is dealt mostly by spreading indications of postural hygiene given directly by them. It turns out to have positive results even the idea of collaboration with the figure of the physiotherapist and the use of information pamphlets.

Conclusions: The project has been welcomed by all the figures involved, giving satisfactory results. The idea of implementing an intervention at a preventive level also meets the guidelines that are being applied at European level; these guidelines are meant

to manage the problem both from a welfare and an economic resources of the SS point of view.

3. Introduzione

Negli ultimi anni si è rilevato un notevole aumento dei casi di plagiocefalia a livello internazionale. Questo fatto viene direttamente collegato all'indicazione data a livello mondiale dall'American Accademy of Pediatrics (AAP) nel 1992, nella quale si consigliava il mantenimento della posizione supina nel sonno per tutti i bambini fino ai 6 mesi di età, come misura di prevenzione della SIDS (Sudden Infant Death Syndrome). Dal 1992 è stata quindi promossa la campagna "Back to sleep", che ha visto una riduzione dell'incidenza dei casi di SIDS, fino al 40% in meno. In parallelo a questa campagna non vi è stata una promozione, altrettanto efficace, sull'importanza della variazione delle posture quando il bambino è sveglio. Questo ha contribuito ad un aumento dei casi di plagiocefalia posizionale occipitale, arrivando ad oggi a un aumento dell'incidenza fino al 47%.

Ad oggi non esistono ancora linee guida né sulla diagnosi né sul trattamento della plagiocefalia. All'estero negli ultimi anni si sta sviluppando l'interesse per la prevenzione della plagiocefalia. Si sta cercando di sensibilizzare i genitori e gli stessi operatori di cure primarie al problema, sia per cercare di intervenire in modo efficace sulla problematica, sia per cercare di contenere le spese del sistema sanitario nazionale (SSN), i cui costi hanno subito un notevole aumento. Di fatto la plagiocefalia se presa per tempo e trattata nel modo corretto è una problematica che risulta facilmente risolvibile nella maggior parte dei casi.

Attualmente vi è un aumento degli studi che analizzano come oggetto la prevenzione della plagiocefalia. Da questi recenti studi si evince che con semplici indicazioni sulla problematica e la sua gestione si riescono a creare genitori più attenti e consapevoli delle risorse che da subito possono mettere in campo per gestire in modo corretto l'igiene posturale del neonato durante i diversi momenti della giornata. Sensibilizzando la popolazione al problema si ottengono genitori più attenti alla possibile presenza di deformazione cranica, che comporta una maggior sollecitazione del personale sanitario a una diagnosi precoce e quindi a un trattamento precoce, che permette di ottenere miglior risultati in meno tempo, e con una riduzione delle spese pubbliche del SSN.

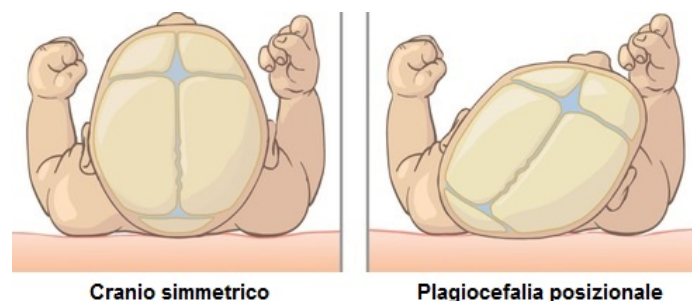
4. Plagiocefalia

4.1 Definizione e classificazione

La plagiocefalia (dal greco plagios=obliquo e kefalè=testa; in inglese “twisted skull”) è una deformazione del cranio che si osserva nel neonato e nel lattante, dove la testa non possiede più una forma regolare, ma mostra alcune anomalie date dalla sovrappressione in alcune zone del cranio dovute al mantenimento prolungato di alcune posizioni e dalla poca variabilità delle posture. Queste deformazioni si presentano come: appiattimento del capo, asimmetrie del volto e della volta cranica. Ciò accade poiché le ossa del cranio del lattante risultano essere estremamente plastiche nei primi mesi di vita.

In realtà il termine plagiocefalia viene usato per descrivere qualsiasi asimmetria della forma del cranio, per questo risulta essere fondamentale fare una distinzione tra la plagiocefalia sinestotica e plagiocefalia non sinestotica. La prima è dovuta alla chiusura prematura delle suture craniche e risulta essere una condizione rara (1:2000 nati vivi¹¹); la seconda è dovuta a forze esterne che possono agire in ambito intrauterino e/o dopo la nascita, e che impediscono alle ossa craniche di crescere in modo armonico.

La plagiocefalia non sinestotica, detta plagiocefalia posizionale (PP), si differenzia in base alla zona che subisce la compressione esterna. Per cui si distinguono la plagiocefalia frontale o anteriore (APP) e occipitale o posteriore (PPP), di quest’ultima si distingue una forma laterale (su un solo lato dell’occipite) e una brachicefalica (bilateralmente dell’occipite). La forma più comune di plagiocefalia è quella occipitale, che ha visto un notevole aumento della casistica dopo che è stata data l’indicazione dall’AAP sul mantenimento della posizione supina durante il sonno per prevenire la SIDS.



¹ Villani D., Meraviglia M.V., (Luglio 2014), “Positional Plagiocephaly”, Springer.

Per quanto riguarda la classificazione della plagiocefalia vi è ancora molta confusione su quale metodo utilizzare. Nel panorama odierno vengono usate:

✓ *Classificazione di Argenta (2004²)*

La classificazione proposta da Argenta identifica 5 tipi di plagiocefalia non sinestosica in base alla gravità dell'asimmetria del cranio, della posizione dell'orecchio e all'aspetto del volto che mostra asimmetria, senza tener conto del meccanismo patogenetico .

Tipo I: l'asimmetria cranica è limitata alla parte posteriore del cranio. Il grado di depressione può variare, ma l'azione deformante è limitata a questa regione anatomica. Non vi è asimmetria delle orecchie come misurato dal naso all'orecchio stesso. Il frontale è simmetrico, non vi sono rigonfiamenti temporali anomali né proiezione verticale del cranio. I bambini più grandi, che iniziano a sviluppare i processi mastoidei, potrebbero avere un lieve peggioramento rispetto a bambini più piccoli nello sviluppo dello stesso. Questa rappresenta la forma più lieve di plagiocefalia posizionale.

Tipo II: in questo tipo di deformità, vi sono grandi variabili di asimmetria cranica posteriore. Risulta abbastanza significativo l'effetto sulla linea mediocranica e sulla base cranica che determina lo spostamento dell'orecchio sul lato implicato in avanti o verso il basso o in entrambi i sensi. La parte anteriore del cranio non è offesa e la fronte è simmetrica. Non vi è asimmetria facciale. Non vi sono deformità decompressive al cranio. Questa circostanza identifica una forma più severa di plagiocefalia posizionale che interessa non solo il cranio posteriore ma anche la base cranica e la fossa temporale centrale.

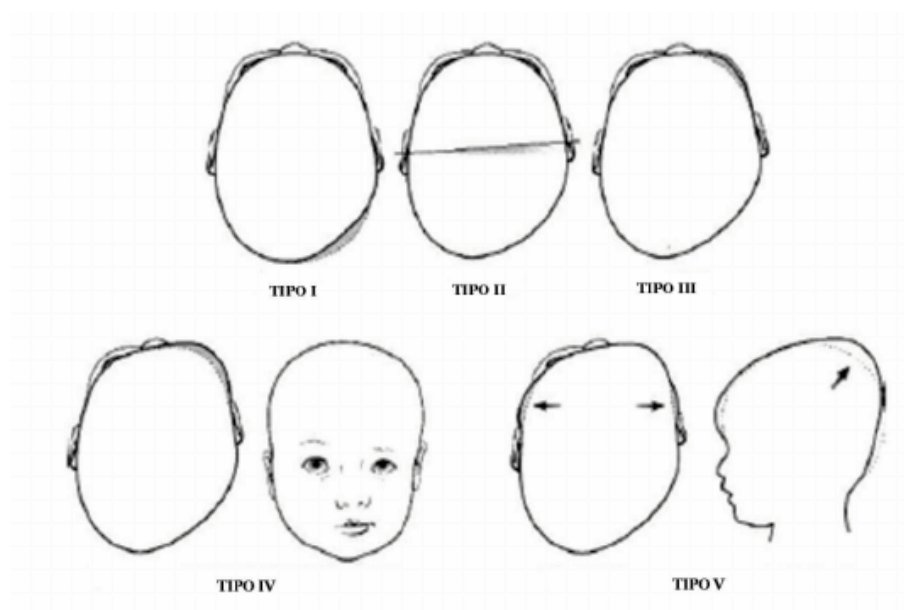
Tipo III: le deformità di tipo III comprende l'asimmetria cranica posteriore, il mal posizionamento dell'orecchio e la prominente della bozza frontale omolaterale alla depressione. Questo grado di asimmetria completa la figura a parallelogramma del cranio definita classicamente nelle plagiocefalie posizionali. Non vi sono cambiamenti decompressivi nel cranio e la faccia è simmetrica. La valutazione ha maggior riscontro esaminando il bambino direttamente dall'alto.

Tipo IV: nella deformità di tipo IV sono presenti asimmetria cranica posteriore, mal posizionamento dell'orecchio omolaterale e l'asimmetria facciale omolaterale. L'asimmetria facciale è il risultato

² www.plagiocefalia.it

dell'eccessiva quantità di tessuto adiposo e, meno frequentemente, da iperplasia della zona zigomatica omolaterale. Questa deformità riflette la natura progressiva dell'asimmetria cranica che si evolve anteriormente causando la deformazione della faccia. Nella maggior parte dei casi, l'asimmetria facciale è tessuto puramente mollo, anche se nei casi più severi, una certa asimmetria ossea può comunque svilupparsi.

Tipo V: in pazienti con questo tipo di deformità, è presente asimmetria cranica posteriore, il mal posizionamento dell'orecchio, asimmetria importante della fronte, ed asimmetria facciale. In questi casi è evidente un anatomico tentativo di decompressione dell'espansione encefalica. I bambini presentano, inoltre, un rigonfiamento a livello della zona temporale e/o uno sviluppo verticale anomalo del cranio a livello occipito-parietale come conseguenza della riduzione cranica volumetrica che porta lo sviluppo cefalico a contribuire nella deformazione cranica verso l'alto.



(“La Plagiocefalia Posizionale” 2011)

✓ *Classificazione su base patogenetica* ^(Captier 2011)

La classificazione su base patogenetica distingue la plagiocefalia non sinostotica in una forma occipitale (corrispondente al tipo I e II di Argenta) causata da ipertono di tipo neurogeno sulle ossa del cranio e in una forma fronto-occipitale (tipo III, IV e V di Argenta) causata da forze traenti di tipo miogeno. Questa classificazione risulta essere, ancora ad oggi, poco chiara nella terminologia usata

dall'autore, infatti risulta non aver trovata sufficiente applicabilità nella pratica clinica, rimanendo ancora una proposta del tutto teorica.

Studi recenti hanno dimostrato che quella di Argenta è un metodo di classificazione delle plagiocefalie posizionali relativamente affidabile e semplice da utilizzare nella pratica clinica. La diminuzione del numero di categorie previste dalla classificazione ne aumenterebbe l'affidabilità.³

4.2 Eziologia

Le ossa della volta cranica del feto e del lattante possiedono un'elevata proprietà plastica del tessuto, per consentire la crescita armonica della volta cranica e l'espansione del cervello, che nel bambino raddoppia nel corso del primo anno di vita, e che con il terzo anno vede la fusione e successiva ossificazione delle suture craniche. È noto da tempo che il cranio del neonato aumenta passivamente la sua dimensione in risposta alla pressione minima interna che si contrappone alla resistenza data dalle forze esterne. L'armonia di crescita continua fin tanto che le forze interne riescono a vincere quelle esterne, se quelle esterne risultano essere più forti vi sarà un'asimmetria di crescita dipendentemente da come le forze esterne agiscono e su quale area esercitano la loro pressione.”

Questa condizione viene vista come la principale causa della formazione della plagiocefalia, ma non è l'unica causa, infatti esistono diversi fattori di rischio predisponenti, sia biologici che ambientali, che variano nei diversi periodi di vita del bambino.

Di fatto esistono diversi fattori di rischio che possono contribuire alla formazione della plagiocefalia, e si possono distinguere in tre grandi classi: materni, perinatali e post-natali.

Fattori di rischio materni	Fattori di rischio peri-natali	Fattori di rischio-post-natali
Età > 35 aa	Sesso maschile	Posizione supina durante il sonno
Bassa scolarizzazione	Presentazione podalica ed eventuali traumasmi durante il parto	Posizione preferenziale della testa
Etnia	Gravidanze plurime	Utilizzo prolungato di sistemi di postura

³ La Plagiocefalia Posizionale”2011

Anomalia morfologia uterina	Bassi livelli di attività
Ipertonia muscolatura uterina	Alimentazione con biberon
Oligoamnios o poliamnios	Mancata proposta della posizione prona nei momenti di veglia

4.3 Epidemiologia

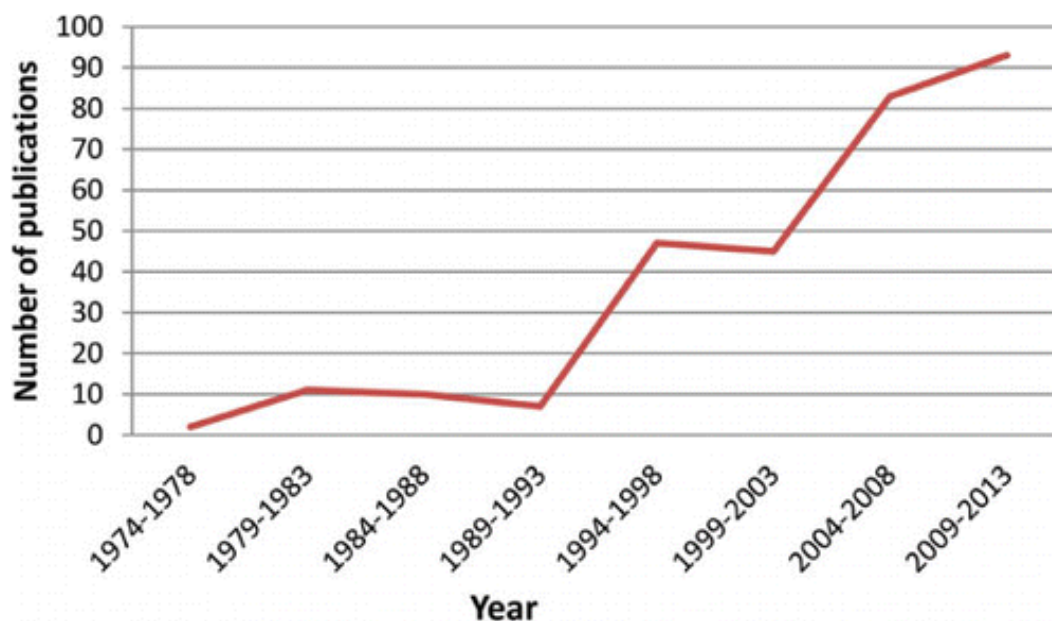
L'aumento della casistica di plagiocefalia posizionale è verosimilmente correlata alla raccomandazione data dall'AAP di porre i bambini a dormire supini. La divulgazione di questa raccomandazione è iniziata circa 20 anni fa negli Stati Uniti, per poi raggiungere diversi Stati in pochi anni con la campagna "Back to sleep", che ha portato una diminuzione dell'incidenza della SIDS del 40%. Per questo nonostante l'aumento della PP questa indicazione deve essere assolutamente seguita.

Contemporaneamente alla raccomandazione dell'AAP è iniziato a diffondersi anche l'utilizzo di diversi sistemi di postura (seggiolini, ovetto, passeggini), strutture fondamentali per il trasporto in sicurezza del bambino in auto o durante le passeggiate. La tendenza però poi è stata quella di utilizzare questi sistema di postura non solo per il trasporto, ma in generale nelle ore di veglia del lattante/neonato, portando così a una maggior sovrappressione della regione occipitale non solo quando il bambino dorme a pancia in su a letto, ma anche nei momenti in cui doveva essere stimolata maggiormente la posizione prona e la motilità attiva, cioè durante le ore di veglia.

L'incidenza della plagiocefalia posizionale prima della campagna "Back to Sleep" variava tra 1/300 nati vivi, dopo la raccomandazione dell'AAP si è arrivati ad un'incidenza tra 1/68 e 1/72 nati vivi.⁴

⁴ Villani D., Meraviglia M.V., (Luglio 2014), "Positional Plagiocephaly", Springer.

In realtà i dati che vengono calcolati oggi non sono completamente corretti, poiché nella maggior parte dei pazienti la diagnosi avviene tardivamente, e con la scarsa diffusione delle informazioni circa la problematica, molte famiglie non riescono a riconoscerne i segnali. Inoltre è stato visto che vi è una sottostima del problema anche da parte dei pediatri di base. Per cui i dati raccolti ad oggi non risultano essere una reale stima della crescita del problema, ma risultano esserne una sottostima.



(Positional plagiocephaly: an analysis of the literature on the effectiveness of current guidelines.)

Per quanto riguarda l'obiettivo che si era posto la campagna "Back to Sleep", diminuire l'incidenza dei casi di SIDS attraverso raccomandazioni preventive, si è visto che l'obiettivo è stato soddisfacentemente raggiunto, passando da 2,6/1000 nel 1986 a 1/1000 nel 1998. Al contempo l'incidenza della plagiocefalia è aumentata da 1/300 a 1/60 tra il 1974 e il 1996. Di fatto la plagiocefalia posizionale ad oggi è molto più comune come problematica.

4.4 Diagnosi e Prognosi

A oggi non vi sono linee guida da seguire per la diagnosi di plagiocefalia, e il suo impatto dopo le indicazioni date nel 1992 dall'AAP viene considerato come una vera e propria "epidemia".

Attualmente la valutazione della plagiocefalia viene fatta principalmente attraverso l'esame clinico, dove viene svolta un'osservazione del neonato, della madre, e un'anamnesi dell'ambiente.

Nell'osservazione del bambino sarà importante valutare la forma della testa, le asimmetrie del volto, la posizione dell'orecchio, e la postura della testa mantenuta dal neonato. Dopo la prima osservazione, se il pediatra nota la presenza di una deformazione cranica, sarà essenziale che venga fatta una diagnosi differenziale tra quella che è la plagiocefalia posizionale e la plagiocefalia sinestosica, visto che le tempistiche e i metodi di trattamento risultano essere molto diversi.

Va ricordato che la plagiocefalia posizionale ha una prognosi di miglioramento spontaneo entro i 2-3 anni di vita del bambino, ma vi può essere il permanere di asimmetrie se questa non viene trattata. Recentemente si è iniziato a studiare se i segni dati dalla problematica della plagiocefalia diano anche problematiche nello sviluppo del bambino, e quindi che non siano più legate solo a una problema di estetica come veniva affermato anni fa.

Quello che si sa per certo è che una diagnosi e un trattamento precoce risultano essere correlati a una prognosi positiva della problematica.

4.5 Possibili complicanze

Sempre più nella letteratura scientifica si è fatta largo l'idea che vi potrebbero essere delle sequele cliniche dalle PP non trattate. Questa possibilità risulta essere ancora un argomento fortemente dibattuto tra i diversi autori, visto che non vi sono studi basati su prove scientificamente valide. Tuttavia vi è un aumento dell'evidenza che la plagiocefalia non risulta essere solo un disturbo estetico, soprattutto se vi è la presenza di asimmetrie facciali. Si è visto che vi possono essere associate asimmetrie più generalizzate alla testa e al volto, della cassa toracica, della pelvi e dei piedi, scoliosi, problematiche riferite al funzionamento della mascella, disturbi visivi, problematiche della funzione uditiva, e problemi dello sviluppo cognitivo. Si è visto infatti che molto spesso i bambini con PP presentano un lieve ritardo dello sviluppo psicomotorio e dello sviluppo cognitivo rispetto ai loro coetanei, risultando meno attivi e con possibilità di variabilità di tono.

Dalla ricerca scientifica emerge che la PP non risulti essere un fattore di rischio per lo sviluppo di ritardo nei neonati, piuttosto si è notata un'associazione tra alcuni ritardi dello sviluppo e la PP.

Ritardi nello Sviluppo Motorio
Ritardo nel raggiungimento delle tappe motorie miliari
Ritardo nei movimenti che richiedono forza nella parte superiore del corpo (controllo del capo, rotolone, striscio, sedersi)
Nessun ritardo nelle che richiedono forza nella parte inferiore del corpo (camminare)
=> I bambini che hanno seguito il trattamento fisioterapico non presentano più il ritardo motorio ai controlli effettuati ai 18 mesi

Ritardo Acquisizioni Cognitive

Difficoltà nello sviluppo del linguaggio

Punteggi inferiori rispetto ai coetanei nel Bayley Scales of Infant

Poca differenza nei volumi di cervello e cervelletto, mentre differenti risultano essere gli angoli di posizione del corpo calloso e l'altezza del verme del cervelletto

Disturbi visivi

Asimmetria della posizione degli occhi

Astigmatismo bilaterale

Strabismo

Asimmetrie del volto

Articolazione temporo-ipsilaterale è spinta anteriormente

La mascella inferiormente si sviluppa in modo asimmetrico

Occlusione dentale anomala -> anomalie facciali possono dare problematiche nella

masticazione

-> anomalie forma cranio possono dare sindrome dell'articolazione temporomandibolare.

Problematiche infettive ricorrenti dell'orecchio medio a causa dello spostamento delle tube di Eustacchio

=> Non vi sono studi che analizzano la permanenza delle anomalie facciali nell'adolescenza

“I bambini con PP hanno segnato un BSID-III (Bayley Scales of Infant) rispetto ai bambini senza PP. Le differenze sono state più grandi nella cognizione, nel linguaggio e nel comportamento adattatore genitore-segnalati (differenze aggiustamento= -2.9 a -4.4 punti punteggio standard) e più piccolo per lo sviluppo motorio (differenza aggiustata= 2.7)⁵

4.6 Prevenzione e trattamento

La maggior parte delle forme di plagiocefalia posizionale può essere prevenuta o risolta da un approccio precoce e preventivo, dove vengono date semplici indicazioni ai neogenitori. Le indicazioni prevedono dei consigli sul posizionamento del bambino durante le ore di veglia e durante le ore di sonno, che

⁵ Collett BR, grigio KE, Starr JR, Heike CL, Cunningham ML, Speltz ML, “Development at age 36 months in children with deformational plagiocephaly”, Pediatrics. 2013 Jan; 131 (1): e109-15. doi: 10,1542 / peds.2012-1779. Epub 2012 24 dic.

servono ad evitare il mantenimento prolungato di alcune posizioni così da garantire una variabilità di pressione anche a livello delle diverse regioni del cranio, senza andare ad avere le aree di sovrappressione che molto spesso risultano essere una concausa alla formazione e o al peggioramento della plagiocefalia posizionale. Le informazioni di prevenzione devono essere date ai genitori prima o durante il periodo neonatale (da 2 a 4 settimane di nascita), cioè quando il cranio del bambino risulta essere massivamente deformabile e più suscettibile alle deformazioni da forze esterne. I genitori devono essere quindi informati sull'importanza di mettere i bambini a dormire in posizione supina per prevenire il rischio della SIDS, ma al contempo è importante dare indicazione ai genitore sull'importanza di variare la posizione della testa durante le ore del sonno, dare maggiori indicazioni sull'utilizzo dei mezzi di trasporto, e sulle possibilità di posizionamento durante le ore di veglia, dando maggior rilievo al "tummy time", cioè sul proponimento della posizione prona fin da subito quando il neonato è sveglio. Questa posizione è importante perché permettere al bambino di provare situazioni diverse, in cui può iniziare a sviluppo delle risposte antigravitarie di capo e collo. Queste reazioni sono fondamentali per il raggiungimento del controllo del capo, prima tappa motoria fondamentale e base per lo sviluppo e raggiungimento dei successivi traguardi motori.

Prevenzione
Diagnosi precoce e trattamento delle limitazioni dei movimenti del collo.
Incoraggiare la posizione prona e sul fianco, con la supervisione del genitore, quando è sveglio più volte al giorno.
Alterazione posizione del capo durante il sonno.
Evitare posizioni prolungate e ripetitive (attenzione ai sistemi di postura).
Cambiare regolarmente la posizione della culla nella stanza e dei giocattoli intorno.
Alternare la posizione durante l'allattamento.

4.6.1 Trattamento conservativo

Il trattamento iniziale della plagiocefalia posizionale viene fornito dagli operatori di salute primaria, normalmente i pediatri di base, i quali forniscono informazioni ai genitori. Questo trattamento risulta essere praticamente sovrapponibile alle indicazioni che dovrebbero essere date durante le misure preventive, così da permettere ai genitori di avere già acquisito un base di competenze per iniziare a gestire una corretta igiene posturale del neonato fin da subito. All'interno di queste indicazioni è necessario sottolineare l'importanza del "riposizionamento attivo" del neonato e rassicurare i genitori riguarda alla prognosi della problematica.

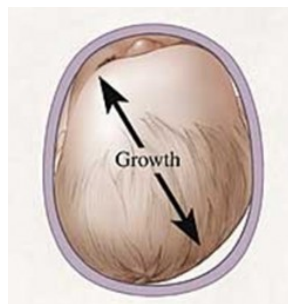
Quando queste indicazioni non risultano essere più sufficienti è bene indirizzare i genitori allo specialista per una valutazione e/o per un eventuale trattamento fisioterapico.

Tutti gli approcci disponibili condividono il comune obiettivo di diminuire la pressione sulla regione occipitale appiattita, e di favorire una posizione simmetrica del capo, per evitare l'insorgere di problematiche associate come il torcicollo miogeno. Dal momento dell'invio allo specialista vi sono diverse strade che si possono intraprendere per il trattamento: fisioterapico, ortesico, o chirurgico scelta molto raramente.

Nel trattamento fisioterapico è necessario un coinvolgimento e una partecipazione attiva da parte dei genitori nel programma posturale, per garantire un buon risultato ed evitare l'insorgenza o il peggioramento della deformità data dalla posizione. Nei primi 4 mesi la plasticità delle ossa craniche è tale da permettere il rimodellamento della forma cranica ponendo attenzione a come la forza gravitazionale agisce. Per questo si ribadisce l'importanza del rilevamento tempestivo fatto dal pediatra, sfruttando il primo bilancio di salute, che avviene tra la 4° e l'8° settimana. L'eventuale presenza di asimmetrie del cranio e/o del volto e le eventuali preferenze di posizione del capo, vanno investigate e vanno trovate strategie per la loro diminuzione e/o risoluzione.

4.6.2 Trattamento ortopedico

La scelta del trattamento ortopedico generalmente viene fatta nei casi di plagiocefalia moderata o grave, visto che recentemente è stato dimostrato che i miglioramenti che si ottengono dal trattamento con il metodo conservativo e quello ortesico nei casi di plagiocefalia lieve risultano essere equivalenti.



www.plagiocefalia.com

In questo trattamento si utilizzano dei caschi di materiale semirigido, che hanno la prerogativa di ridare alla testa una forma più regolare esercitando delle zone di sovrappressione dove la testa risulta essere “sporgente”.

Molto spesso i genitori dei neonati trattati con i “caschetti” hanno riportato almeno un effetto negativo rispetto all’intervento. “Questi effetti negativi includono irritazione della pelle (96%), cattivo odore del casco (76%), dolore associato con uso del casco (33%), e la sensazione di impedimento nel coccolare il loro bambino (77%).⁶

Inoltre, perché il trattamento risulti essere efficace, il casco deve essere indossato tutti i giorni per almeno 23 ore, per cui bisogna essere sicuri che vi sia la completa collaborazione e partecipazione da parte dei genitori, visto anche il costo dell’ortesi.

Altra cosa da tenere in considerazione è che attualmente non si è ancora stabilito quale sia il corretto momento di utilizzo di questa tipologia di trattamento, anche se diversi autori ritengono che i risultati migliori si hanno quando il casco viene utilizzato dai neonati con età inferiore ai 6 mesi, oltre a questa età l’ortesi risulta essere molto meno efficace.

4.6.3 Trattamento chirurgico

Il trattamento chirurgico si propone l’obiettivo di prevenire i danni cerebrali e di ridurre le deformità estetiche del cranio. La scelta di questo trattamento risulta essere estremamente rara per la risoluzione della problematica della PP, mentre è sempre indicato per la risoluzione dei casi di craniosinestosi.

“La correzione chirurgica della PPO è attualmente considerata una procedura pericolosa per la vita, indicata soltanto in casi di particolare gravità, dopo il fallimento di tutte le possibilità di trattamento non chirurgiche”.

L’intervento chirurgico viene quindi considerato per quei pazienti che sono stati trattati per almeno 6 mesi con il trattamento conservativo e non vi sono visti nessun tipo di miglioramento, e per quelle forme di plagiocefalia ritenute gravi dove le deformità sono presenti con bozze frontali e scoliosi facciale. L’operazione viene considerata anche per un sottoinsieme di bambini, nei quali la deformazione comporta gravi danni estetici e che l’età non permette più un trattamento con l’approccio conservativo, visto che l’efficacia del trattamento conservativo risulta diminuire notevolmente dopo i 12-15 mesi di età del bambino.

⁶ Rowland k, MD, MS e Nil Das , MD, “PURLs: Helmets for positional skull deformities: a good idea, or not?”, J Fam Pract. 2015 Jan.

5. Materiali e Metodi

5.1 Come è stata svolta la ricerca bibliografica

La ricerca bibliografica è stata condotta da agosto 2015 ad agosto 2016 ricercando gli articoli nelle bacheche dati PubMed, Google Scholar. Gli articoli sono stati inclusi se soddisfavano i seguenti criteri: (1) sono stati pubblicati negli ultimi 15 anni, (2) studi di review, (3) disponibilità full text. Usando come parole chiave: positional plagiocephaly, plagiocephaly prevention, plagiocephaly classification, helmet therapy plagiocephaly, plagiocephaly consequences.

Ne sono risultati 575 articoli, dei quali dopo un'approfondita revisione si sono ridotti e inclusi nello studio 15 articoli, che trattavano i temi più rilevanti per l'approfondimento della ricerca.

Da quanto si evince dalla ricerca nella letteratura, si nota come la casistica di bambini con la problematica della plagiocefalia posizionale sia aumentata dopo il 1992, cioè dopo l'anno in cui AAP diede la raccomandazione di far dormire i bambini in posizione supina. Questa raccomandazione viene data e deve essere seguita tutt'ora, visto come ha modificato l'incidenza della SIDS (riduzione del 40%).

Dalla letteratura si conferma che non vi sono linee guida sulla diagnosi della plagiocefalia, ne è ancora chiaro quali siano le problematiche associate e di come queste evolvano nel tempo, anche se di per se la plagiocefalia risulta essere nella maggior parte dei casi a risoluzione spontanea vi può essere la permanenza di alcuni asimmetrie, nei bambini che non vengono trattati. Anche per quanto riguarda il trattamento non vi sono linee guida ufficiali da seguire. Si è visto inoltre che per permettere una miglior prognosi, la diagnosi ed il trattamento devono iniziare prima del 4° mese di vita, cioè quando le ossa del cranio risultano avere ancora un'elevata proprietà plastica. Da qui l'importanza della conoscenza da parte degli operatori sanitari e della popolazione sull'esistenza della problematica e dei suoi metodi di prevenzione e trattamento precoce, i quali giocano un ruolo fondamentale nell'approccio alla plagiocefalia.

Da qui emerge l'importanza di approfondire il ruolo della prevenzione, sia per quanto riguarda la conoscenza della problematica che per quanto riguarda le regole di igiene posturale, in modo da valutare se avendo le conoscenze a disposizione si può andare a ridurre il numero di casi di plagiocefalia.

5.2 Definizione AIFI ruolo del fisioterapista nella prevenzione

“Art. 18 Prevenzione e stili di vita

Il Fisioterapista considera le attività di prevenzione quale strumento primario di intervento, a tutela della salute della persona nell’ interesse dei singoli e della collettività; promuove pertanto, stili di vita particolarmente attenti a questa dimensione ricercando la responsabilizzazione delle persone attraverso l’educazione sanitaria delle medesime, in tutte le età della vita.

Il Fisioterapista individua, anche in collaborazione con gli altri professionisti della salute, i contesti nei quali sia possibile attuare attività di promozione e di educazione alla salute.”

(sito ufficiale AIFI)

5.3 Sviluppo del progetto: evoluzione delle due parti fondamentali

Il progetto di questa tesi è basato su due collaborazioni molto importanti, la prima con il Consultorio familiare e dei giovani di Pordenone, e la seconda con i pediatri di libera scelta del territorio pordenonese. Entrambi i soggetti delle collaborazioni fanno parte dell’Azienda per l’Assistenza Sanitaria n.5, “Friuli Occidentale” della Regione Friuli Venezia Giulia.

La prima collaborazione, quella con il consultorio, ha permesso l’organizzazione di incontri all’interno del percorso nascita, con lo scopo di dare ai genitori le informazioni di prevenzione e trattamento sulla plagiocefalia. È stato quindi il mezzo per poter promuovere ed educare la conoscenza dei neo-genitori sulla problematica, molto spesso non conosciuta e messa in secondo piano rispetto ad altre informazioni.

La seconda collaborazione, con i pediatri di libera scelta del pordenonese, ha avuto il compito di valutare come all’interno del territorio venisse percepita la problematica della plagiocefalia, e per capire come questa problematica venisse affrontata da coloro che risultano essere, a detta anche della ricerca nella letteratura effettuata, lo step primario nella gestione della problematica.

Collaborazione consultorio

- Incontri di presentazione durante gli incontri pre-parto
- Somministrazione di un questionario alle neomamme
- Incontro di verifica post-parto
- Somministrazione di un questionario al personale del consultorio che ha collaborato al progetto

Collaborazione pediatri

- Somministrazione di un questionario ai pediatri del territorio pordenonese

5.3.1 Collaborazione con il consultorio

La collaborazione con il consultorio familiare e dei giovani di Pordenone è iniziata a ottobre del 2015 e si è conclusa a Luglio 2016. Durante la collaborazione è stato svolto un progetto che prevedeva la partecipazione della figura del fisioterapista all'interno del percorso nascita, il quale collaborava con le figure di riferimento già presenti, ostetriche e pediatra. Il percorso nascita si compone di una serie d'incontri tenuti nel pre- e nel post-parto, tenuti dalle ostetriche del consultorio, e nel quale si inserisce, con l'ultima lezione, che risulta essere volta al neonato, la figura del pediatra. Ed è qui che è stata introdotta anche la figura del fisioterapista, dove è stato previsto un intervento di 20/30 minuti sulla "Prevenzione e il trattamento della Plagiocefalia", come conclusione dell'incontro tenuto dal pediatra del consultorio.

5.3.1.1 Percorso nascita e figure con cui ho collaborato

Dal Consultorio familiare e dei giovani di Pordenone sono organizzati dei percorsi nascita, i quali sono organizzati in una parte che prevede un percorso di formazione con incontri sostenuti da un'ostetrica che accompagna le mamme alla scoperta dei cambiamenti che avvengono fino al momento del parto e nell'immediato post-parto, i quali si concludono con un ultimo incontro in cui partecipa anche un pediatra del servizio sanitario che fa un punto sui cambiamenti che avvengono nella famiglia e presenta ai neogenitori "il neonato". Durante questo ultimo incontro vengono date le raccomandazioni primarie da seguire nel suo accudimento (importanza affettiva, raccomandazioni sulla prevenzione della SIDS, raccomandazioni sulle norme e mezzi di trasporto). Il percorso nascita di solito viene concluso durante l'ottavo mese di gravidanza, per poi riprendere con la parte del percorso post-nascita a distanza di circa un mese dal parto. In questa seconda parte verranno trattati gli argomenti riguardanti la "gestione" del neonato nel primo anno di vita, con la collaborazione di diverse figure professionali.

5.3.1.2 Ruolo del fisioterapista nel percorso nascita

Da quanto si evidenzia dall'analisi della ricerca nella letteratura scientifica, e tenendo conto dell'articolo 8 del codice deontologico dell'Associazione Italiana dei Fisioterapisti, ho ritenuto interessante vedere come la figura del fisioterapista potesse introdursi all'interno del percorso nascita per dare informazioni generali su cosa consisteva la problematica ed indicazioni preventive e per il trattamento della plagiocefalia. Per come il percorso nascita risulta essere organizzato nel consultorio familiare e dei giovani di Pordenone ho ritenuto, osservando anche quanto emesso dalla letteratura, che fosse più in linea con le evidenze un intervento durante il percorso pre-parto, così da poter dare le nozioni entro le prime 4 settimane dalla nascita del neonato.

Inoltre vi è stata la presenza anche durante il primo incontro post-parto, per permettere di capire se le informazioni che sono state date durante il primo incontro fossero state utili ai neogenitori. Quindi per capire come veniva accolto questo progetto da parte dei diretti interessati.

5.3.1.3 Gruppi seguiti nel percorso nascita

Durante lo svolgimento dell'ultimo incontro del percorso pre-parto vi era tendenzialmente la presenza di entrambi i neo genitori, visto che questo era centrato sull'arrivo del neonato. Il mio intervento veniva ascoltato da entrambi i neogenitori, ma visto che non tutti i futuri papà potevano essere presenti, e che nel primo incontro post-parto vi era la presenza delle sole mamme, ho ritenuto opportuno valutare come popolazione dello studio il numero delle mamme, che erano pretesi sia al momento dell'ascolto che della valutazione.

In totale ho seguito e svolto l'intervento in otto percorsi nascita, con una popolazione totale di 79 mamme. Di queste 79 mamme, solo 45 mamme si sono presentate al primo incontro post-parto, e quindi hanno espresso la loro opinione sull'intervento.

5.3.1.4 Struttura e sviluppo degli incontri

Gli incontri sono stati organizzati durante l'ultimo incontro del percorso pre-nascita dove era presente anche la figura del pediatra, la Dott.ssa Biasotto Eleonora e la figura dell'ostetrica che aveva seguito le future mamme durante tutti i precedenti incontri previsti dal percorso nascita.

Per lo svolgimento del mio intervento ho utilizzato come supporto una presentazione power point che esponevo in un tempo di 20/30 minuti. Nella presentazione chiarivo il concetto di plagiocefalia e come mai vi fosse un aumento della casistica nell'ultimo ventennio, sottolineando comunque l'importanza di seguire le indicazioni già esistenti sulla prevenzione della SIDS. Spiegavo ai futuri genitori a cosa dovevano prestare attenzione (preferenze posizionali, forma della testa), e successivamente incentravo l'incontro sull'importanza di una corretta igiene posturale e le manovre che dovevano essere messe in atto per garantire una corretta cura posturale del bambino, facendo esempi pratici con l'utilizzo di un bambolotto, del cuscino nanna sicura, del cuscino d'allattamento e dell'utilizzo di telini per il mantenimento del corretto posizionamento una volta effettuato. L'intervento continuava spiegando come anche lo spazio dedicato al bambino dovesse modificarsi con il passare dei mesi, se da prima quindi il luogo dove far sperimentare le nuove situazioni al bambino era più a contatto con il corpo del genitore per infondere sicurezza al neonato, successivamente ho sottolineato l'importanza di interagire con il bambino ponendolo ad esempio sui tappetoni, per poi arrivare quando il neonato è più maturo a creare un setting di

gioco in sicurezza dove il bambino potesse sperimentare senza la presenza costante del genitore. Quindi soffermandosi come modulare il luogo dove il neonato sperimenta le sue prime esperienze in base alle sue esigenze.

L'intervento infine si concludeva riprendendo gli argomenti più importanti e ponendo l'attenzione sulle cose che potevano essere messe in campo per avere una buona prevenzione del problema e su quali aspetti bisognava porre attenzione per tenere monitorata la situazione.

5.3.1.5 Elaborazione di un questionario per le mamme

Dovendo pensare a un modo per valutare l'interesse delle mamme rispetto alla presentazione ho pensato potesse essere usato un questionario, il quale veniva dato loro al primo incontro post-parto e veniva ritirato alla fine dell'incontro. Nel questionario venivano poste 3 domande a scelta multipla e due domande a risposta breve, dove veniva chiesto se ritenevano l'intervento interessante, se erano o meno a conoscenza della problematica prima dell'intervento, se si erano trovate in difficoltà a mettere in pratica i consigli di igiene posturali dati, e se ritenevano potesse essere utile la presenza del fisioterapista all'interno del percorso nascita per poter approfondire altre tematiche riguardanti lo sviluppo e le possibili complicanze del bambino.

5.3.1.6 Elaborazione di un questionario per il personale del consultorio che ha collaborato al progetto

Per poter avere un quadro generale e completo sul progetto portato avanti in consultorio ho ritenuto potesse essere utile valutare l'opinione del personale con cui avevo collaborato durante la durata del progetto. Per questo è stato elaborato un questionario di 5 domande, due delle quali potevano essere ampliate da una risposta breve. Nelle domande veniva chiesto se chiedeva se secondo loro l'intervento era stato utile, se ritenevano potesse essere stata un'esperienza interessante per i genitori, se le informazioni date erano sufficienti, se ritenevano potesse essere utile integrare le informazioni date con un opuscolo sulla problematica, se ritenevano potesse essere utile approfondire la collaborazione con la figura del fisioterapista all'interno del percorso nascita per questa o altre problematiche.

5.3.2 Collaborazione con i pediatri del territorio

Per capire meglio la problematica della plagiocefalia, ed integrare le informazioni raccolte sia dalla bibliografia che dall'esperienza del personale del consultorio, è stato importante ricercare una collaborazione con i pediatri di libera scelta del territorio pordenonese. La collaborazione è stata resa possibile dalla disponibilità della Dott.ssa Ceschin Flavia, la quale si è dimostrata sensibile ed interessata al problema della plagiocefalia.

Il numero di pediatri che lavorano all'interno dell'azienda per l'assistenza sanitaria N 5 "Friuli occidentale", e che quindi lavorano nel territorio del pordenonese, sono 33, divisi in: 5 nel distretto EST, 5 nel distretto NORD, 10 nel distretto URBANO, 7 nel distretto OVEST, 7 nel distretto SUD.

5.3.2.1 Modalità di contatto e comunicazione

I pediatri del territorio pordenonese sono stati contattati mediante il segretario provinciale del consiglio direttivo FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri), che per la provincia di Pordenone è la Dott.ssa Flavia Ceschin. La quale tramite una e-mail ha diffuso a tutti e 33 i pediatri il questionario da me elaborato. Il questionario è stato fatto sulla piattaforma di Google Moduli, che ne permette la compilazione on-line una volta aperto il link, e la risposta viene inviata direttamente all'elaboratore del questionario. Questa piattaforma è stata scelta per la facilità nel suo utilizzo sia da parte di chi deve diffonderlo sia per chi deve compilarlo e rispondere.

5.3.2.2 Elaborazione dei questionari per i pediatri del territorio

Il questionario è stato elaborato in modo da poter capire come i pediatri di libera scelta del pordenonese sentono questa problematica, come vedono viene percepita dai genitori, e come viene gestita. Il questionario prevedeva sei domande a risposta a scelta multipla, e in alcune era prevista la possibilità di dare una risposta aperta breve.

5.3.2.3 Risposta e partecipazione dei pediatri del territorio

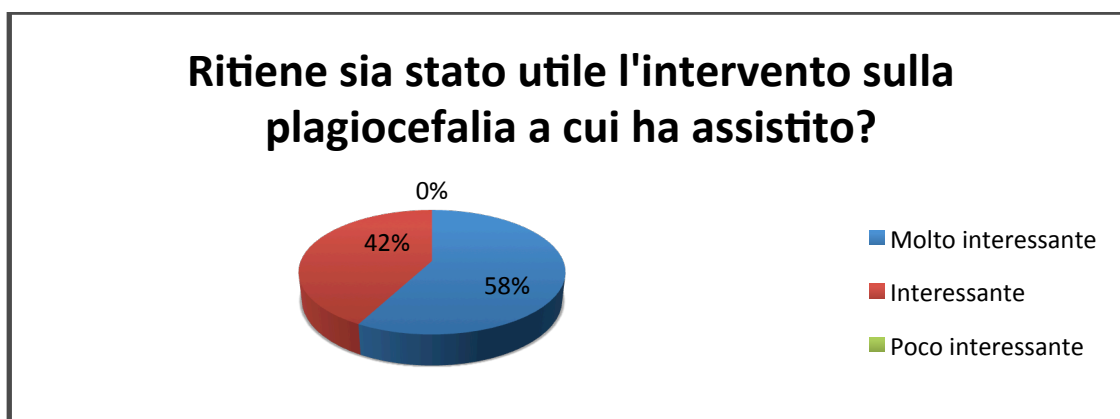
Della popolazione totale dei pediatri di partenza, 34, solo 10 hanno compilato il questionario e quindi risposto alla richiesta di collaborazione per questo progetto tesi.

6. Risultati

Durante l'avanzamento del processo ho registrato le risposte dei diversi questionari nella piattaforma di Google Moduli, così da poter avere sotto controllo l'evoluzione e la tendenza che prendevano le diverse parti del progetto.

6.1 Analisi risultati mamme

La popolazione che ha seguito l'intervento durante l'ultimo incontro del percorso pre-parto è di 79 mamme, delle quali solo 45 si sono presentate al primo incontro post-parto. Delle mamme che hanno risposto il 57,8% hanno trovato l'intervento sulla plagiocefalia molto interessante, il restante 42,2% lo ha ritenuto interessante.



Solo il 15,6% della popolazione presa in oggetto era già a conoscenza della problematica della plagiocefalia, ed era venuta a conoscenza della problematica il 57,1% attraverso conoscenti, il 28,6% attraverso il web, ed il restante 14,3% attraverso le riviste. Il 55,6% delle mamme è riuscita a mettere in pratica le indicazioni di igiene posturale spiegate durante l'incontro, mentre il 44,4% rimanente è riuscita ad applicarle solo in parte, le cause più frequenti sono il pianto del bambino e il fatto che questo preferisca stare in braccio ai genitori. Alla domanda di possibili tematiche d'approfondimento durante l'ultimo incontro pre-parto hanno risposto solo 16 mamme, delle quali 5 non mostravano interesse, una riteneva fosse stata completa la lezione a cui aveva partecipato, mentre le restanti 10 hanno proposto argomenti parzialmente inerenti a un approfondimento che può essere tenuto dalla figura del fisioterapista. All'ultima domanda, nella quale si chiedeva se potesse essere utile partecipare a degli incontri sullo sviluppo psico-motorio durante il percorso post-parto, e quindi capire se da parte delle dirette interessate poteva essere utile approfondire la collaborazione nel percorso nascita con la figura del fisioterapista, il 95,6% delle mamme ha risposto di sì.

6.2 Analisi risultati personale del consultorio

Del personale del consultorio ho avuto il piacere di collaborare con 4 figure sanitarie, una pediatra e tre ostetriche, le quali hanno compilato tutte e quattro il

questionario. Alla prima domanda, nella quale si chiedeva se l'approfondimento tenuto sulla plagiocefalia fosse stato utile, il 50% ha ritenuto la presentazione molto utile, il restante 50% lo ha ritenuto utile.

Ritiene siano stati utili gli approfondimenti sulla plagiocefalia all'interno del percorso pre-parto?



Così come il 50% ha risposto che secondo loro i genitori si sono dimostrati molto interessanti e il restante 50% ritiene lo abbia ritenuto interessante. Il totale della popolazione presa in oggetto ritiene che le informazioni date durante gli interventi siano risultate esaustive per permettere un primo approccio preventivo alla problematica della plagiocefalia, per cui non vi sono stati consigli su come poteva essere migliorata la presentazione. Il 75% del personale ritiene che l'utilizzo di un opuscolo informativo, ad integrazione delle informazioni date durante la presentazione, potrebbe essere utile, il restante 25% invece pensa di no. All'ultima domanda, nella quale si chiedeva se potesse essere utile la collaborazione con la figura del fisioterapista all'interno del percorso nascita hanno risposto tutte di sì, con specifiche diverse, il 75% ritiene che la collaborazione sia più utile nel post-parto, mentre il 25% ritiene che la collaborazione possa essere utile sia nel pre che nel post-parto.

Ritiene possa essere utile la collaborazione con la figura del fisioterapista all'interno del percorso nascite per questa problematica e/o altre?



6.3 Analisi risultati pediatri del territorio

Dei 34 pediatri contattati solo 10 hanno risposto alla richiesta di collaborazione e di compilazione del questionario. Di questi 10, 4 fanno riferimento al distretto Nord, 3 fanno parte del distretto Sud, e 3 fanno parte del distretto Urbano. Dei pediatri di libera scelta che hanno risposto, il 90% ritiene che la plagiocefalia sia un problema nel nostro territorio, solo il 10% ritiene di no.



Nel territorio il problema viene rilevato con meno di 10 casi in un anno solare per il 60% dei pediatri, mentre per il 40% restante tra i 10-20 casi, il trattamento maggiormente adottato, cioè nel 90% dei casi è quello di dare direttamente da loro delle indicazioni, solo il 10% invia al servizio fisioterapico. Rispetto al trattamento adottato dal pediatra veniva data la possibilità di approfondire la risposta con delle osservazioni, in 3 hanno specificato che in caso di casi più complessi o persistenti, si ricorre all'invio al servizio di neuropsichiatria infantile, secondo uno risultano essere utili le competenze osteopatiche. Alla domanda di come percepiscono il comportamento dei genitori di fronte al problema il 90% ritiene che vi sia una compliance adeguata, mentre il 10% ha percepito la presenza di ansia. Anche a questa domanda è stata data la possibilità di approfondire la risposta con osservazioni se ritenuto utile, in due hanno specificato che se viene spiegata la problematica il genitore si pone in modo adeguato rispetto alla problematica, un terzo pediatra ha aggiunto che ritiene possa essere utile la collaborazione con il fisioterapista in un percorso preventivo, per trovare una strategia comune per condividere l'operatività, ma che l'intervento è riservato al pediatra, eccetto nei casi complessi o con genitori non compilanti, ai quali viene riservato l'invio al fisioterapista. Alla successiva domanda, nella quale si chiedeva se si potesse ritenere utile una collaborazione con la figura del fisioterapista in via preventiva/trattamento per la problematica della plagiocefalia, l'80% ha risposto in modo affermativo, mentre il 20% ritiene non sia utile.

**Ritiene possa essere utile una
collaborazione con il fisioterapista in via
preventiva/trattamento per questa
problematica?**



All'ultima domanda, in cui si chiedeva l'utilità dell'uso di un opuscolo informativo, ad integrazione delle indicazioni date verbalmente dal pediatra, il 30% lo ritiene uno strumento molto utile, mentre il 70% lo ritiene uno strumento utile.

7. Discussione

7.1 Discussione risultati

Partendo dalle risposte date nei questionari dalla popolazione delle mamme abbiamo potuto dedurre che l'esperienza alla partecipazione dell'incontro è stata ritenuta positiva e che, come avevo ipotizzato all'inizio della mia ricerca solo una piccola percentuale delle future mamme era a conoscenza di questa problematica. Ho potuto anche apprendere che dando semplici indicazioni di prevenzione sulle plagiocefalia, con informazioni di igiene posturale, le neomamme cercano di metterle in pratica e nella maggior parte dei casi si ritengono soddisfatte del loro operato. Inoltre è stato importante capire che per quasi il 100% delle mamme sarebbe interessata alla presenza della figura del fisioterapista all'interno del percorso post-parto.

Sono state fondamentali anche le risposte date dal personale del consultorio che hanno collaborato al progetto, in quanto hanno confermato il quadro che si è potuto ricavare dalle risposte dei questionari delle mamme. Inoltre le risposte raccolte sono state utili per capire come verrebbe accolta l'introduzione dell'utilizzo di un opuscolo informativo per affrontare la problematica, infatti più della metà del personale lo riterrebbe uno strumento utile. Questo dato era stato già ipotizzato durante lo svolgimento degli incontri, dopo i quali più genitori avevano chiesto se era possibile avere il materiale della presentazione. A quel tempo negata perché non prevista dalla collaborazione con il consultorio.

Per poter completare il quadro generale sono state fondamentali le risposte dei questionari dei pediatri di libera scelta del territorio, i quali hanno confermato, nella quasi totalità, che la plagiocefalia sia un problema rilevato anche all'interno del territorio pordenonese, e che viene trattata principalmente con la diffusione di indicazioni di igiene posturali date direttamente da loro, nei casi in cui non vi sia una complessità o persistenza tale da dover richiedere l'invio al servizio fisioterapico. È stato importante anche capire l'atteggiamento dei genitori di fronte a questa problematica, visto che da quanto emerso in letteratura non sempre viene gestita in modo adeguato. Anche per i pediatri di libera scelta, come per il personale del consultorio, la collaborazione con il fisioterapista e l'utilizzo di un opuscolo informativo viene visto positivamente per più della maggioranza dei pediatri.

7.2 Limiti e criticità dello studio

La prima criticità rilevante è il bacino di utenza a cui si è potuto accedere collaborando con un solo consultorio del territorio di Pordenone. Altra criticità è data dalla difficoltà delle neo-mamme a partecipare agli incontri post-parto, in quanto molte mamme non proseguono il percorso dopo aver partecipato alla

prima parte. Una criticità è stata rilevata anche sull'elaborazione del questionario per le mamme, in quanto la domanda sulla possibilità di approfondire un'altra tematica durante l'ultimo incontro pre-parto non è stata esposta in modo sufficientemente chiaro, lasciando la possibilità di rispondere in modo molto ampio e non solo nell'ambito di approfondimento della fisioterapia. Altra problematica riscontrata è stata la poca disponibilità avuta dai pediatri di libera scelta del territorio del pordenonese, in quanto solo 10 su 34 hanno compilato il questionario, in questo modo si è potuto avere solo una panoramica parziale della problematica all'interno del territorio. Ulteriore criticità, riscontrata già durante la ricerca bibliografica è stata quella della scarsità di studi a livello nazionale sulla problematica della plagiocefalia, la maggior parte degli studi risulta essere condotta in America e una piccola in altri paesi europei. Una criticità è stata anche quella di non andare a sondare, quando è stato elaborato il questionario per i pediatri di libera scelta, quale metodo di classificazione/diagnostico venisse utilizzato durante le visite. Dal momento che anche dalla bibliografia analizzata emerge la problematica che non vi sia un metodo comunemente accettato.

8. Conclusioni

Dall'analisi dei risultati è emerso che il progetto è stato accolto in maniera positiva da parte di tutti i soggetti che ne hanno preso parte, e hanno confermato ciò che emerge dalle evidenze della ricerca bibliografica. La problematica della plagiocefalia risulta essere presente nel territorio pordenonese e viene generalmente affrontato dai pediatri di libera scelta attraverso un loro intervento diretto nel dare informazioni. Si evidenzia anche la scarsa conoscenza della problematica da parte dei genitori, cioè dei primi soggetti che entrano in rapporto con il bambino e ne seguono la crescita. Per questo ritengo che l'intervento a livello preventivo risulta essere fondamentale, per poter informare i genitori rispetto alla problematica e per dare gli strumenti che devono essere messi in atto. Si è potuto anche vedere che i semplici consigli di igiene posturale dati durante l'incontro sono stati per lo più utilizzati, anche a fronte di possibili difficoltà. Inoltre questo progetto ha permesso di vedere come, anche a livello di prevenzione, la figura del fisioterapista possa integrarsi con le figure già presenti, collaborando in maniera efficace per l'obiettivo comune. È stato interessante vedere come ogni figura possa portare le proprie conoscenze per poter dare all'utenza un servizio più completo, in linea con quelle che sono le linee guida a livello europeo.

Il fatto di lavorare sulla prevenzione non è positivo solo per i diretti interessati al problema, ma anche in senso più largo per la comunità, visto che generalmente, anche da ciò che è emerso dai questionari, i pediatri intervengono dando consigli di igiene posturale, che poi se non vengono seguiti o nei casi in cui il problema si aggrava vengono inviati al servizio di neuropsichiatri infantile. Per poter garantire un buon uso delle risorse, come emerso da uno studio spagnolo, conviene puntare principalmente sulla prevenzione, in modo da informare e dare istruzioni prima dell'insorgenza del possibile problema, in modo che venga sensibilizzata l'attenzione sulla tematica, e in caso di comparsa i genitori avranno l'occhio attento da poter tenere sotto controllo la situazione, ricercando da subito il consiglio dal pediatra. E da trovare un substrato già presente quando verranno date le indicazioni da quest'ultimo.

Per un possibile sviluppo di questo progetto vedrei una maggiore collaborazione con i pediatri di libera scelta del territorio e del supporto dell'utilizzo di un opuscolo informativo sulla problematica, così da poter sviluppare l'interesse verso questa e che vi sia la possibilità di mantenere delle linee guida per affrontare al problema. Inoltre proporrei di estendere a più di un consultorio la collaborazione per il progetto intrapreso nel percorso nascita, in modo da poter aumentare il bacino della popolazione delle mamme. Per rendere lo studio più completo, consiglieri di aggiornare i questionari nelle parti risultanti carenti.

Come ultima cosa, sarebbe interessante valutare tra un paio di anni, se questa modalità di diffusione di informazioni a livello preventivo possa incidere in maniera positiva sulla riduzione dei casi di plagiocefalia posizionale nel territorio.

9. Bibliografia

9.1 Articolo:

1. Aarnivala H , Vuollo V , Harila V , Heikkinen T , Pirttiniemi P , Valkama AM , “Preventing deformational plagiocephaly through parent guidance: a randomized, controlled trial”, *Eur J Pediatr.* 2015 Sep. Epub 2015 Apr 1.
2. Carl Cummings, Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee, “Positional plagiocephaly”, *Paediatr Child Health.* 2011 Oct.
3. Collett BR, grigio KE, Starr JR, Heike CL, Cunningham ML, Speltz ML, “Development at age 36 months in children with deformational plagiocephaly”, *Pediatrics.* 2013 Jan; 131 (1): e109-15. doi: 10,1542 / peds.2012-1779. Epub 2012 24 dic.
4. Flannery AB , Looman WS , Kemper K., “Evidence-based care of the child with deformational plagiocephaly, part I: assessment and diagnosis”, ”, *J Pediatr Health Care.* 2012 Jul-Aug; 26.
5. Flannery AB , Looman WS , Kemper K., “Evidence-based care of the child with deformational plagiocephaly, part II: management”, *J Pediatr Health Care.*, 2012 Sep-Oct.
6. J.F. Martínez-Lage, C. Arráez Manrique, A.M. Ruiz-Espejo, A.L. López-Guerrero, M.J. Almagro, M. Galarza, “Deformaciones craneales posicionales: estudio clinic-epidemiologico”, *An Pediatr* 2012;77:176-83 - Vol. 77 Núm.3 DOI: 10.1016/j.anpedi.2012.02.013.
7. Rowland k, MD, MS e Nil Das , MD, “PURLs: Helmets for positional skull deformities: a good idea, or not?”, *J Fam Pract.* 2015 Jan.
8. Lennartsson F , Wennergren G , Nordin P ³, “Reliable assessor of infant cranial asymmetry in child health care”, *Aprire Nurs J.*2015 31 luglio; 9.
9. Looman WS , Flannery AB ., “Evidence-based care of the child with deformational plagiocephaly and skull deformation”, *J Pediatr Health Care.* 2012 Jul-Aug; 26.
10. Mawji A , Vollman AR , Fung T , Hatfield J , McNeil DA , Sauvé R , “Risk factors for positional plagiocephaly and appropriate time frames for prevention messaging”, *Paediatr Child Health.* 2014 Oct.
11. Mawji A, Vollman AR, Hatfield J, McNeil DA, Sauvé R., “The Incidence of Positional Plagiocephaly: A Cohort Study”, *Pediatrc Child Health*, July 2013, volume 132/number 2.
12. Mette Hoback Siegnthaler, ”Methods to diagnose, classify, and monitor infantile deformational plagiocephaly and brachycephaly: a narrative review”, *J Med Chiropr.* 2015 Sep; 14. Pubblicato online 2015 novembre 11
13. Shweikeh F , Nuño M , Danielpour M , Krieger MD , Drazin D , “Positional plagiocephaly: an analysis of the literature on the effectiveness of current guidelines”, *Neurosurg Focus.* 2013 Ottobre; 35
14. Van Wijk RM, Pelsma M., Groothuis-Oudshoorn CG., I. Jzerman MJ, Van Vlimmeren L.A., Boere-Boonekamp M.M., “Response to pediatric physical therapy in infants with positional perference and skull deformation”, *Phys Ther.* 4014 Sep; 94(9):1262-71. Epub 2014 May 1.
15. Davidson A, Villani E., “La plagiocefalia occipital e il torcicollo postural associate nel lattante”, *Medico e Bambino* 7/2002, pag 435-442.

9.2 Libri

- 1) Villani D., Meraviglia M.V., (Luglio 2014),“Positional Plagiocephaly”, Springer.
- 2) Meraviglia M.V, (2011), “The Flying Publisher Guide to La Plagiocefalia Posizionale”, Bernd Kamps Steinhäuser Verlag.

9.3 Sitografia

- 1) www.AIFI.it
- 2) www.plagiocefalia.it
- 3) www.my-personaltrainer.it

10. Allegati

QUESTIONARIO PER LE MAMME

1) Ritieni sia stato utile l'intervento sulla plagiocefalia a cui ha assistito?
(poco interessante) (interessante) (molto interessante)

2) Era già a conoscenza della problematica plagiocefalia?
(sì) (no)


Se sì da quali fonti:
(riviste) (web) (conoscienti) (altro)

3) È riuscita a mettere in pratica le indicazioni date sull'igiene posturale?
(sì) (in parte) (no)

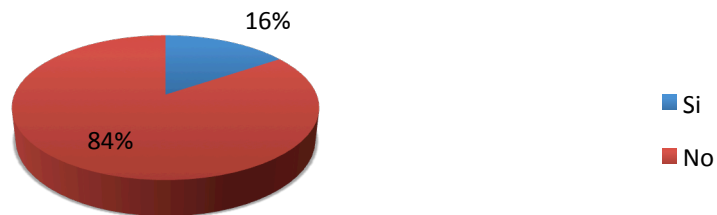
Quali sono state le maggiori difficoltà riscontrate?

4) Avrebbe eventuali preferenze per altre tematiche sullo sviluppo psico-motorio non affrontate durante l'ultimo incontro del percorso pre-parto?

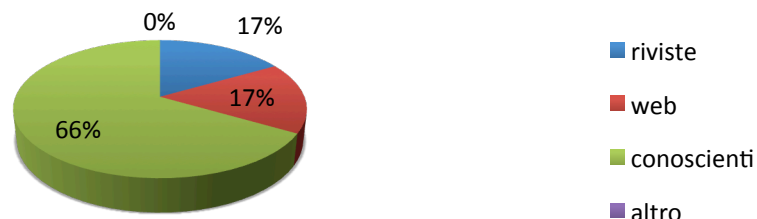
5) Pensa potrebbero essere utili partecipare a degli interventi sullo sviluppo psico-motorio durante il percorso post-parto?
(sì) (no)



Era già a conoscenza della problematica plagiocefalia?



Se sì da quali fonti



è riuscita a mettere in pratica le indicazioni date sull'igiene posturale?



Quali sono state le difficoltà riscontrate?

Nessuna.

Nessuna.

Nessuna.

Non ho avuto grosse difficoltà perchè la bambina si muove molto. non è mai necessario spostarla perchè si alterna da sola.

Tendenzialmente la bambina tende a stare/preferire alcune posizioni piuttosto che altre.

Si muove molto.

Il bambino preferisce solo poche posizioni tutte in braccio e quando sta nella culla tende a tenere la testa sempre dallo stesso lato.

Non piace alla bambina stare a pancia in giù e dopo un po' piange.

Farlo dormire sempre a pancia in su, preferirebbe dormire a pancia in giù.

La bambina ogni tanto piange.

Il bambino piange.

Far mantenere la posizione di sicurezza durante il sonno.

Abituarlo alle nuove posizioni.

Mia figlia ha spesso coliche, ho l'impressione che la posizione supina le dia fastidio alla pancia.

Non particolari problemi.

nella culla non sembra stare bene, perchè si sveglia subito. quindi dorme spesso sulla sdraietta. tendo a lasciare la testa come la mette lei, perchè ho paura di disturbarla.

Riuscire a tenerla a pancia in giù si innervosisce subito.

Il bambino tende a stare sempre e preferibilmente su un lato.

Nessuna.

Nessuna, quando si addormenta cerco di appoggiarla nel lettino con la testa girata sempre in posizione diversa.

Vuole stare sempre in braccio.

Nessuna particolare difficoltà.

La bambina spesso vuole stare in braccio.

Nessun problema in particolare.

Si infastidisce quando la lascio a pancia in su.

La bambina piange spesso.

Avrebbe eventuali preferenze per altre tematiche non affrontate durante l'ultimo incontro del percorso pre-parto?

No.

No.

No.

No.

No.

Massaggio.

Massaggio.

Vaccini.

Le prime necessità della bambina dopo la nascita: utilizzo fascia per trasporto bebè, ginnastica per gravidanza, spazio libero (pausa) anche breve per conoscersi meglio tra partorienti.

Più incontri con i papà, per i papà (soprattutto al 1° figlio).

Curve di crescita.

No, l'ho trovata una "lezione" completa.

Come comportarsi quando hanno le coliche e altri argomenti già trattati.

Vorrei approfondire maggiormente rispetto a quanto trattato.

Sicuramente ma non saprei in questo momento.

Questionario

1) Ritieni siano stati utili gli interventi sulla plagiocefalia all'interno del percorso pre-parto?

(molto utili) (utili) (per niente utili)

2) Secondo Lei i futuri genitori si sono dimostrati interessati all'intervento?

(molto interessati) (interessati) (poco interessati)

3) Le informazioni date durante gli interventi risultavano essere esaurienti per permettere un primo approccio preventivo alla problematica della plagiocefalia?

(si) (no)

Se no, come potevano essere migliorate?

4) Ritieni possa essere utile l'utilizzo di un opuscolo informativo rispetto alla problematica della plagiocefalia, ad integrazione delle informazioni date?

(si) (no)

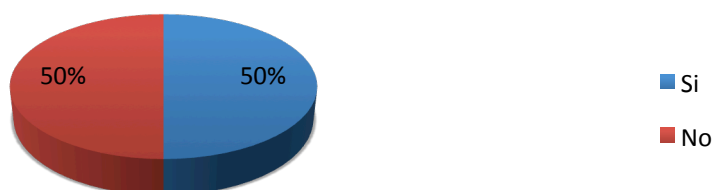
5) Ritieni possa essere utile la collaborazione con la figura del fisioterapista all'interno del percorso nascita per questa problematica e/o altre?

(si) (no)

Secondo Lei i futuri genitori si sono dimostrati interessati all'intervento?



Le informazioni date durante gli interventi risultavano essere esaustive per permettere un primo approccio preventivo alla problematica della plagiocefalia?



Ritiene possa essere utile l'utilizzo di un opuscolo informativo rispetto alla problematica della plagiocefalia, ad integrazione delle informazioni date?



Osservazione alla domanda 5:

No nell'accompagnamento alla nascita. si nel percorso del post parto.
Sia nel pre-parto che nel post-parto.
Nel percorso nascita, utile un incontro nel post-nascita (puerperio).
Soprattutto dopo il parto.

Buon giorno,

sono Chiara Mantovani, studentessa iscritta al terzo anno di fisioterapia a Padova, nella sede di Conegliano.
Per il mio lavoro di tesi sulla prevenzione e il trattamento della plagiocefalia vengo seguita da Maria Grazia Lunardelli, fisioterapista presso "La Nostra Famiglia" di San Donà di Piave e docente nel corso di Laurea di Fisioterapia della sede di Conegliano. Per la redazione della stessa avrei bisogno di raccogliere informazioni dai pediatri del pordenonese, mediante un questionario che ho predisposto dove, se ritenuto necessario, è possibile dare più di una risposta. L'obiettivo è comprendere come la problematica della plagiocefalia sia distribuita nel territorio, e come venga percepita e gestita dai pediatri di riferimento.

Le chiederai la cortesia di compilarlo mediante la piattaforma di Google Drive.

Qualora volesse avere maggiori informazioni sul progetto di tesi, sarò lieta di risponderLe.

La ringrazio in anticipo per la sua disponibilità,
Cordiali Saluti

Chiara Mantovani

chiara.m.90@hotmail.it

3341173242

QUESTIONARIO

- 1) A quale territorio del pordenonese fa riferimento?

- 2) Secondo lei nel nostro territorio la plagiocefalia è un problema rilevato?
(sì) (no)
- 3) Durante un anno solare quanti pazienti ha rilevato con questa problematica?
(<10) (10-20) (>20)
- 4) Il trattamento da lei adottato è stato:
(ha dato direttamente Lei delle indicazioni) (Invio al servizio di fisioterapia pediatrico)
Osservazioni

- 5) I genitori come si sono posti di fronte a questo problema?
(negazione del problema) (compliance adeguata) (ansia)
Osservazioni

- 6) Ritieni possa essere utile una collaborazione con il fisioterapista in via preventiva/trattamento per questa problematica?
(sì) (no)
- 7) Ritieni utile l'uso di un opuscolo informativo rispetto alla problematica della plagiocefalia, ad integrazione delle indicazioni date verbalmente da Lei?
(Per niente utile) (Utile) (Molto utile)

A quale territorio del pordenonese fa riferimento?

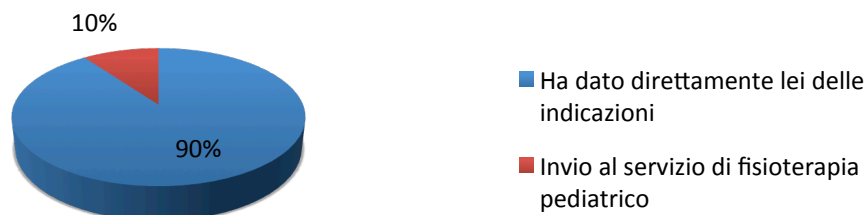
Distretto Nord
Distretto Nord
Azzano Decimo
Distretto urbano
Centro

Fiume Veneto, Zoppola
Distretto Nord (Maniago)
Spilimbergo
Pordenone ambito urbano
Distretto sud

Durante un anno solare quanti pazienti ha rilevato con questo problema?



Il trattamento da Lei adottato è stato:



Rispetto al trattamento da Lei adottato ha altre osservazioni da fare:

Utile secondo me competenza osteopatica.

I casi più complessi o con genitori non compilanti vengono inviati al fisioterapista.

Se la situazione persiste invio al servizio neuropsichiatria infantile.

No.

Se i consigli posturali dati tra il 1-3 mese non correggono la postura che ha determinato la plagiocefalia, invio a valutazione Npi.

I genitori come si sono posti di fronte a questo problema?

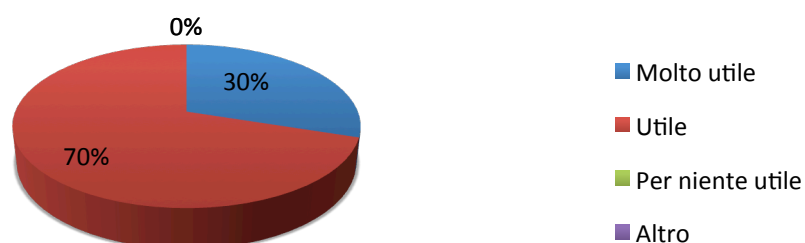


Rispetto all'atteggiamento dei genitori di fronte al problema ha altre osservazioni da fare?

Vi sono anche altre tipologie di risposte da parte dei genitori: alcuni negano e minimizzano, altri sono ansiosi. La collaborazione col fisioterapista in via preventiva potrebbe essere utile per trovare una strategia comune e condividere l'operatività ma l'intervento va in ogni caso riservato al pediatra: al fisioterapista vanno inviati casi più complessi o con genitori non compilanti vengono inviati al fisioterapista.

Se spiegata l'eziologia l'atteggiamento dei genitori è adeguato. Ho spiegato con calma il problema e la soluzione.

Ritiene utile l'uso di un opuscolo informativo rispetto alla problematica della plagiocefalia, ad integrazione delle indicazioni date verbalmente da Lei?



12. Ringraziamenti

Desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato a concludere questo percorso importante, che si corona con la stesura di questa tesi.

Per prima cosa i miei ringraziamenti vanno a chi ha reso possibile la realizzazione di questo progetto.

Grazie alla mia Relatrice Maria Grazia Lunardelli, che ha creduto da subito nell'idea e mi ha dato tutto il supporto necessario per poterla sviluppare e renderla possibile.

Grazie alla Dott.ssa Ceschin Flavia che ha reso possibile la collaborazione con i pediatri di libera scelta del territorio pordenonese.

Grazie ai pediatri di libera scelta del territorio pordenonese che hanno collaborato al progetto.

Grazie alla Dott.ssa Biasotto Eleonora, al Consultorio familiare e dei giovani di Pordenone, e alle ostetriche che si sono resi disponibili a collaborazione e realizzazione di questo progetto.

Grazie alla mia famiglia, che mi ha sostenuto nelle scelte intraprese, standomi vicina e sostenendomi ogni giorno.

Grazie a tutti gli amici e ai familiari che mi sono stati vicini sopportando le mie tensioni, standomi vicini nei momenti impegnativi.

Grazie a Luca, che mi ha aiutato in questo anno piano di lavoro, emozioni e grandi impegni e soddisfazioni.

Infine un ringraziamento speciale a mia Mamma e mia Sorella che non hanno mai smesso di credere nelle mie capacità, anche quando io non le apprezzavo a pieno, e che hanno reso possibile questo mio percorso.