

Pianto inconsolabile

Dott. **Gabriele Simonetti**, specializzando di pediatria Università di Firenze

Dott.ssa **Serena Salvadei**, pediatra pronto soccorso AOU Meyer IRCCS



INTRODUZIONE

Il pianto è un comportamento molto comune dell'infanzia. Può essere il segnale di una vasta gamma di condizioni: a partire dai normali fabbisogni fisiologici (fame, sonno, contatto fisico, igiene etc..) fino a essere spia di patologie mediche e/o chirurgiche. Il pianto è l'unico metodo di comunicazione nel periodo preverbale, possono pertanto sorgere difficoltà quando ci si trovi a valutare un lattante in cui il pianto è l'unico sintomo di presentazione.

Il pianto, e il pianto "inconsolabile", è infatti uno dei motivi più frequenti per cui i genitori richiedono assistenza medica nei primi 3 mesi di vita del proprio figlio. Dati epidemiologici hanno riportato che dall'1% al 13% degli accessi annuali in pronto soccorso (PS) avvengono per pianto.

Sebbene la percezione e la capacità valutativa del motivo del pianto del lattante possano dipendere dall'età, dalla cultura, dal carattere e dallo stato emotivo del momento dei singoli caregivers, alcuni studi hanno ribadito che i genitori sanno distinguere le diverse tipologie di pianto del proprio figlio. Pertanto la preoccupazione dei genitori su un pianto riferito "diverso dal solito", dovrebbe essere presa in considerazione nella gestione di questi pazienti. (Van den Bruel A 2010; LaGasse, 2005; Green JA, 1983; Petrovich-Bartell N, 1982).

Bisogna tuttavia ricordare che, secondo alcuni studi, rispetto al numero di accessi in PS per pianto eccessivo (c.d. inconsolabile) o senza apparente motivo, solo il 5,1% dei pazienti presenta una causa grave sottostante. Valutare questi pazienti e relazionarsi con i loro caregivers può rappresentare una sfida significativa. Sono dunque necessari una storia clinica ed un esame obiettivo appropriati, completi e sistematici per orientarsi fra le molteplici cause sottostanti al sintomo-pianto, così da individuare le condizioni ad alto rischio ed ottimizzare l'impiego di risorse e tempo.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

La diagnosi differenziale di fronte al pianto come sintomo principale è estesa e coinvolge ogni sistema organico (vedi tabella 1).

Sistema	Eziologia	Sistema	Eziologia
Otorinolaringo-oftalmologico	<ul style="list-style-type: none"> Trauma Abrasione corneale Corpo estraneo Glaucoma Otite media/esterna Lesioni orali (faringite, stomatite) Dentizione Ostruzione nasale 	Muscolo-scheletrico	<ul style="list-style-type: none"> Tourniquet delle dita da capelli/fili Fratture Dislocazioni Sublussazioni Osteomieliti Miositi Artriti Traumi
	Cardiovascolare		<ul style="list-style-type: none"> Aritmie (TPSV) Scompenso cardiaco Endocardite Miocardite Pericardite Cardiopatie congenite Malattia di Kawasaki
Respiratorio		<ul style="list-style-type: none"> Aspirazione corpo estraneo Pneumotorace Polmonite Infezioni delle vie respiratorie Bronchiolite Broncospasmo Laringo/tracheomalacia 	Cutaneo
	Neurologico		<ul style="list-style-type: none"> Meningiti Encefaliti Sindrome da astinenza neonatale Ipertensione endocranica (idrocefalo, massa, emorragia, edema)
Gastrointestinale	<ul style="list-style-type: none"> Ostruzione intestinale (ernie inguinali/ombelicali) Invaginazione Gastroenterite Volvolo Appendicite Stipsi Ragade anale Emorroidi Malattia da reflusso gastroesofageo Malattia di Hirschprung Allergia alle proteine del latte Esofagite 	Metabolico	<ul style="list-style-type: none"> Ipoglicemia Ipo-/iper-natriemia Ipo-/iper-tiroidismo Ingestione di sostanze tossiche Intossicazione da monossido di carbonio Disidratazione Diabete insipido
		Altro	<ul style="list-style-type: none"> Fame Febbre/infezione Recente vaccinazione Idiopatico Coliche Trauma non accidentale

Tabella 1. Diagnosi differenziale del pianto inconsolabile nel lattante (su proposta degli autori, sono indicate con la freccia rossa le condizioni patologiche che se non appositamente indagate, possono rimanere occulte a un esame obiettivo di primo approccio e alcune di queste possono avere un'evoluzione infausta) - Tabella adattata da Allister L., 2014

Considerare questa intera lista per ogni lattante che si presenta al PS sarebbe stressante per i genitori e per i medici, costosa e, per la maggior parte dei lattanti, non necessaria.

Di fronte a un lattante con pianto ad esordio acuto ed inconsolabile, la valutazione deve essere mirata a discriminare fra forme benigne e forme che sottendono una causa grave e potenzialmente letali se non gestite rapidamente. Tra le cause organiche clinicamente significative più comuni si trova l'infezione delle vie urinarie (IVU).

NB: tra le diagnosi differenziali, è fortemente raccomandato considerare sempre il trauma non accidentale (es. shaken baby syndrome). Il pianto è dimostrato essere un fattore di rischio per l'abuso oltre che una manifestazione delle lesioni da abuso nei lattanti. Il pianto persistente, soprattutto in un lattante, abbinato a

fattori sociali (es: storia clinica incoerente, ritardo nella ricerca di cure mediche, precedente storia di abuso, etc.), lesioni del frenulo linguale o il riscontro di elementi clinici caratteristici (es. ecchimosi in aree non di frizione, ustioni a "guanto/calzino" etc..) devono aumentare l'attenzione verso il trauma non accidentale.

VALUTAZIONE DEL LATTANTE CON PIANTO INCONSOLABILE

Nella maggior parte dei pianti inconsolabili non si riscontra una causa grave. Studi riportano infatti le coliche del lattante (29,5%), l'otite media acuta (15,5%) e la costipazione (5,5%) come le tre cause principali (Fahimi D, 2007). A seguire troviamo il reflusso gastro-esofageo, infezioni virali delle alte vie respiratorie e forme idiopatiche (Freedman SB, 2009; Fahimi D, 2007).

Ciononostante, molte malattie gravi a prognosi potenzialmente infausta possono presentarsi con il pianto come unica manifestazione clinica.

Anamnesi

L'anamnesi è cruciale e deve essere completa per orientare il medico tra le molteplici possibili cause con un preciso work-up diagnostico.

Anamnesi patologica prossima:

- Caratteristiche del pianto:
 - Insorgenza, durata, frequenza e tempistica degli episodi;
 - Segni e sintomi associati;
 - Interventi di consolazione tentati e risultati ottenuti;
 - Attività/comportamenti associati (sonno, alimentazione, relazione con la posizione, etc.);
 - Storia di episodi simili ed eventuali valutazioni precedenti.
- Storia di infezioni recenti, traumi, morsi di animale, punture di insetto.

Alimentazione:

- Se esegue un'alimentazione adeguata, per tipologia e quantità, all'età del bambino:
 - Se allattato al seno: frequenza, difficoltà all'attacco, farmaci materni, integratori e dieta materna;
 - Se alimentato con formula: tipo di formula e metodo di preparazione (miscelazione e temperatura dell'acqua utilizzata);
- Relazione temporale tra pianto e poppate;
- Eventuali segni/sintomi insoliti durante le poppate (diaforesi, cianosi, soffocamento, vomito, ecc.).

Alvo e diuresi: **due delle cause più comuni di pianto** persistente nei lattanti sono la **stitichezza/colica gassosa** e le **infezioni urinarie occulte**.

- Frequenza di evacuazioni e diuresi;
- Tipologia di feci (consistenza, colore, presenza di muco o sangue);
- Storia di precedenti infezioni delle vie urinarie o anomalie anatomiche conosciute;
- Storia di uso recente di lassativi, clisteri o emollienti delle feci.

Anamnesi fisiologica:

- Storia prenatale ed alla nascita (età gestazionale, peso alla nascita, ecc.);
- Complicazioni della gravidanza e/o perinatali (es. travaglio prolungato o distocia di spalla, talvolta associati a lesioni nervose e fratture clavicolari) (Tsikouras P. 2024);
- Risultati dello screening prenatale;
- Uso di farmaci o sostanze durante la gravidanza: numerosi studi descrivono la sindrome d'astinenza nei lattanti esposti a farmaci tramite l'allattamento al seno. Il 17% dei lattanti esposti ad antidepressivi tramite il latte materno sviluppa "pianto inconsolabile" e un ulteriore 25% viene descritto come irritabile;
- Sviluppo staturale/ponderale a dispetto di un'alimentazione adeguata per età;

- **Storia vaccinale:** *il vaccino contro difterite, tetano e pertosse è quello più comunemente associato a reazioni locali dolorose e quindi più spesso causa di pianto nel lattante.*

Anamnesi patologica remota:

Storia di pregresse malattie, ospedalizzazioni ed interventi precedenti.

Anamnesi farmacologica:

Porre attenzione a recente introduzione di farmaci o eventuali allergie annesse.

Anamnesi familiare:

- Disturbi congeniti, genetici o metabolici familiari;
- Familiarità per allergie.

Anamnesi ambientale:

- Ambiente domestico (stress, violenza domestica, coinvolgimento dei servizi sociali);
- Caregiver;
- Esposizione a tabacco, alcol o droghe in casa: i lattanti i cui genitori sono fumatori o le cui madri erano state forti fumatrici durante la gravidanza hanno una prevalenza del 69% più alta di "pianto eccessivo" rispetto ai lattanti di genitori non fumatori;
- Eventuali viaggi recenti;
- Contatto con persone con patologie infettive.

Esame obiettivo

L'esame obiettivo è fondamentale per l'inquadramento del paziente: *in oltre il 50% dei casi, per formulare una diagnosi definitiva è sufficiente una valutazione clinica in combinazione con l'anamnesi ed eventuali rivalutazioni di follow-up.*

Data la vasta gamma di possibili cause, benché l'anamnesi permetta di orientare la valutazione verso possibili organi coinvolti, l'esame obiettivo deve sempre essere eseguito in modo completo per ridurre al minimo il rischio di trascurare o non riconoscere patologie di rilievo.

Prioritario è eseguire un primo approccio al paziente secondo la **sequenza ABCDE** (*Airways-Breathing-Circulation-Disability-Exposure*) per individuare e trattare precocemente eventuali condizioni patologiche tali da determinare un'instabilità cardio-respiratoria.

A seguire, l'esame obiettivo deve essere eseguito in modo completo e dettagliato; pertanto, consigliamo la seguente valutazione secondo questa sequenza sistematica per non trascurare nessun organo possibilmente coinvolto:

Quick look: valutare le condizioni generali del paziente, lo stato di coscienza (es. irritabilità, letargia), il colorito cutaneo (come pallore, cianosi), presenza di distress respiratorio, l'inconsolabilità del pianto (il pianto persistente ed eccessivo nel pronto soccorso oltre il tempo della valutazione iniziale è predittivo di malattia grave).

Esame respiratorio: eseguire valutazione di frequenza respiratoria (FR), Sat.O2, segni clinici di lavoro respiratorio, auscultazione per eventuali reperti patologici.

Esame cardiovascolare: eseguire valutazione di *frequenza cardiaca (per escludere aritmie, tra cui la tachicardia parossistica sopraventricolare)*, segni di precarico, polsi periferici e centrali, colorito cutaneo, termotatto (misurare la temperatura corporea), tempo di refill capillare e pressione arteriosa.

La presenza della febbre deve essere sempre indagata, e trattata se legata a malessere, per consentire una migliore valutazione del paziente: il pianto inconsolabile può essere la manifestazione di una febbre incipiente, oppure di un picco febbrile concomitante, oppure, se è presente in un momento di defervescenza da antipiretico, può essere la spia di una sepsi. Per la gestione di un lattante febbrile si rimanda ai protocolli interni della propria struttura ospedaliera oppure alle linee guida internazionali (Leazer RC. 2023)

Esame neurologico: valutare lo stato di coscienza, le alterazioni del comportamento (come irritabilità/sonnolenza/iporeattività), il tono muscolare, la fontanella anteriore, la presenza di segni di irritazione meningea, la risposta agli stimoli, i riflessi. (N.B: *l'ipoglicemia è una frequente causa di iporeattività nel neonato con pianto associato.*)

Esame muscolo-scheletrico: eseguire ispezione dei segmenti ossei, motilità dei capi articolari, tumefazioni, movimenti asimmetrici degli arti, deformità ossee, segni di infiammazione locale. Porre attenzione a ricercare fratture ossee:

- Le fratture clavicolari sono da indagare in caso di storia di distocia di spalla, travaglio prolungato e macrosomia (in caso di neonato), oppure in caso di trauma o di sospetto maltrattamento;
- Le fratture costali sono indicative di possibile maltrattamento e prevedono un meccanismo a elevata energia;
- Le fratture di femore/arti inferiori devono porre il sospetto per trauma non accidentale oppure di osteopenia;

Esame otorinolaringoiatrico:

- Eseguire ispezione del cavo orale e otoscopia;
- Se sono presenti secrezioni nasali, eseguire un lavaggio nasale permette una migliore valutazione;
- Le lesioni al frenulo linguale sono sospette per abuso; in tali casi bisogna cercare traumi occulti nelle restanti parti corporee.

Esame oftalmologico: indagare congiuntivite, edema palpebrale, motilità oculare o corpi estranei oculari. Il sospetto di un'abrasione o lesione corneale dovrebbe essere presa in considerazione in presenza di graffi sul viso, fotofobia, lacrimazione eccessiva o presenza di corpi estranei; pertanto, considerare la colorazione con fluoresceina.

Esame addome e perineale:

- Palpazione: valutare distensione addominale, massa addominale, dolorabilità, ernie (inguinali o ombelicali), ed eventuali organomegalie.
- Auscultazione della peristalsi.
- Ispezione anale e perianale: ragadi, lesioni etc.

Esame genito-urinario: ispezione dei genitali (attenzione tourniquet clitoridea e peniena), segni di tumefazione testicolare, infezione o segni di trauma.

Esame dermatologico: ispezionare tutto il corpo per possibili lesioni cutanee o eruzioni, punture/morsi di insetto, ecchimosi/ematomi/tumefazioni e ustioni. **N.B.:** escludere possibile tourniquet delle dita con i capelli (vedi figura 1).



Figura 1. Hair tourniquet syndrome (James Heilman, MD, CC BY-SA 3.0)

NB: porre il sospetto di trauma non accidentale o lesioni da abuso in presenza di:

- Fratture clavicolari nel periodo post-natale con storia negativa per distocia della spalla o macrosomia;
- Fratture costali;
- Fratture femorali (soprattutto nei bambini più piccoli oppure in assenza di una dinamica chiara);
- Lesioni frenulo linguale;
- Ecchimosi in aree non di frizione (mani, glutei e tronco);
- Ustioni a "guanto/calzino" (da immersione in liquido bollente);
- Storia clinica incoerente o cambiamenti nella spiegazione dell'incidente: quando il racconto dei genitori o dei tutori non corrisponde alla gravità o al tipo di lesione.
- Ritardo nella ricerca di cure mediche: se il bambino presenta lesioni evidenti e i genitori hanno tardato a chiedere assistenza.
- Segni di negligenza o incuria: come scarsa igiene, malnutrizione, o mancata supervisione.
- Precedenti storie di abuso.

Elementi predittivi di gravità sono:

- Preoccupazione dei genitori/caregiver: i genitori sono in grado di riconoscere il pianto del proprio bambino e di distinguere tra le diverse cause di pianto (ad esempio fame, stanchezza o disagio). Per tale motivo un caregiver allarmato è un elemento predittivo di gravità (Van den Bruel A, 2010) e deve essere preso in considerazione durante tutta la presa in carico del paziente.
- Preoccupazione del medico: a fronte di un esame obiettivo negativo, la probabilità di una malattia grave sottostante aumenta in caso di preoccupazione soggettiva del medico. Pertanto, soprattutto in caso di dubbio, può essere utile la valutazione di un altro collega. (Van den Bruel A, 2012).
- Pianto persistente ed eccessivo durante l'intera valutazione (da distinguere dal pianto ripetutamente consolabile in corso di visita).

DIAGNOSTICA

In molti casi di accesso in PS per pianto inconsolabile, il paziente torna ad uno stato di consolabilità prima oppure in corso della prima valutazione clinica. In altri casi, la persistenza del pianto può portare a considerare esami di approfondimento.

La varietà delle possibili cause porta spesso a un eccesso di test di laboratorio ed imaging non necessari.

Non ci sono linee guida specifiche, ma si raccomanda una valutazione attenta e individualizzata al paziente in esame.

Esami di laboratorio

- L'esame delle urine (tramite stick urine) è il test di laboratorio più utile e raccomandato per lo screening di infezioni delle vie urinarie occulte nei lattanti che si presentano con pianto inconsolabile [8].
- Si sconsiglia un approccio troppo invasivo ai test di laboratorio, data la bassa resa diagnostica e la mancanza di evidenze a supporto: è dunque importante eseguire una scelta mirata dei test di laboratorio in base alla storia clinica e dall'esame obiettivo.

Imaging

- Non ci sono raccomandazioni per l'uso routinario di imaging a scopo di screening.
- Gli studi di imaging dovrebbero essere valutati caso per caso, evitando l'uso non necessario di radiazioni ionizzanti.
- Preferire metodi non irradianti (come ecografie o risonanze magnetiche) quando possibile.

OSSERVAZIONE

In assenza di una diagnosi chiara dall'anamnesi e dall'esame obiettivo iniziali, in presenza di persistenza di pianto, un periodo di osservazione in pronto soccorso può aiutare a determinare la diagnosi, permettendo l'emergere di altri segni e sintomi (ad esempio febbre, eruzioni cutanee, alterazioni dell'alvo, ecc.) e consentendo al medico di osservare i comportamenti del lattante e la tipologia di pianto. Questo può guidare il medico verso l'impiego di eventuali ulteriori test diagnostici, se ritenuti necessari, e la pianificazione dell'iter terapeutico.

Non esiste, tuttavia, un numero predefinito di ore per l'osservazione, che deve quindi essere scelto dal medico. Sicuramente, se il pianto si risolve durante questo periodo, in assenza di altri segni e sintomi, il paziente potrà essere dimesso. Tuttavia, se persistono preoccupazioni significative da parte del medico o dei genitori, il lattante non dovrebbe essere dimesso fino a quando la diagnosi non è chiara o le preoccupazioni non sono dissipate.

FOLLOW UP

Per i lattanti il cui pianto rimane senza una diagnosi definitiva, ma che vengono dimessi poiché rispettano i criteri di dimissione, un follow-up in tempi brevi serve come secondo punto temporale in cui può essere determinata una causa del pianto o semplicemente confermata la risoluzione dello stesso.

Per i lattanti con cause trattabili o identificabili, il follow-up richiede una seconda visita per documentare il miglioramento con i trattamenti avviati o per rassicurare il caregiver.

PIANO DI CURA E DIMISSIONE

In caso di diagnosi identificata sarà possibile seguire il piano di cura della patologia specifica (*vedi flowcharta pagina 10*).

Il piano di cura più complesso riguarda invece il lattante con pianto inconsolabile senza una causa identificata. I criteri di dimissibilità per ricovero oppure domicilio sono elencati in tabella 2.

CRITERI DI DIMISSIBILITA'	
DOMICILIO	RICOVERO
<ul style="list-style-type: none">• Buone condizioni generali e pianto consolabile• Clinicamente stabile con una condizione trattabile in terapia ambulatoriale (antibiotici per via orale, analgesici)• Risoluzione del pianto in pronto soccorso o pianto normale del bambino o non preoccupante per il medico o il caregiver• Assenza di preoccupazioni sociali• I genitori sono d'accordo con il piano di dimissione e comprendono i passi successivi riguardanti il trattamento e il follow-up• Accesso a cure di follow-up nelle successive 24h	<ul style="list-style-type: none">• Condizioni generali scadute• Instabilità emodinamica• Clinicamente stabile ma con necessità di terapia endovenosa (fluidi, antibiotici)• Pianto persistente senza un'etiologia chiara dopo esame, osservazione e test appropriati• Preoccupazioni sociali (scarso supporto a casa, ambiente non sicuro per il bambino, fattori di rischio per abuso o trascuratezza)• Indisponibilità di accesso a cure di follow-up nelle successive 24h• Mancato soddisfacimento dei criteri di dimissione a domicilio

Tabella 2. Criteri di ricovero e di dimissione a domicilio (Allister L, 2014)

Per i lattanti che soddisfano i criteri per il ricovero, il trattamento si baserà su ulteriori esami ed osservazione, mentre quelli che soddisfano i criteri per la dimissione a domicilio, è necessario condividere con i genitori un piano di cura che deve comprendere:

- **Chiari motivi per tornare al pronto soccorso:** fornire ai caregiver istruzioni dettagliate sui sintomi e le condizioni che richiedono una nuova visita in pronto soccorso, tra cui:
 - Febbre nei pazienti con età <3 mesi;
 - Irritabilità o inconsolabilità persistente nonostante le tecniche di consolazione;
 - Incapacità di alimentarsi/idratarsi;
 - Comparsa di qualsiasi nuovo segno o sintomo preoccupante.
- **Follow-up ambulatoriale entro 24 ore:** un appuntamento il giorno successivo offre sia ai genitori che al medico un'ulteriore valutazione clinica evolutiva del lattante. Il follow-up ambulatoriale per i lattanti che piangono risulta spesso fondamentale nel rivelare diagnosi precedentemente poco chiare.
- **Istruire su misure di supporto:** a domicilio, i caregiver dovrebbero essere attenti ai bisogni di base del loro piccolo (come fame, stanchezza, igiene etc..) per garantire che questi bisogni siano soddisfatti e non contribuiscano a periodi continui di pianto.
- **Evitare assunzioni di farmaci senza una diagnosi:** non somministrare farmaci a domicilio senza una diagnosi chiara per evitare di attenuare sintomi di una possibile malattia in evoluzione che potrebbe ritardare la diagnosi e il trattamento definitivo. Terapie non standardizzate o non approvate potrebbero anche avere profili di effetti collaterali negativi sconosciuti.
- **Rassicurazione:** dopo un periodo di osservazione e test individualizzati in pronto soccorso senza una diagnosi chiara, a volte l'unico "trattamento" reale che può essere offerto per un lattante che piange, è la rassicurazione al caregiver spiegando che è stato escluso un quadro patologico organico più preoccupante. Se le rassicurazioni non fossero sufficienti, potrebbe essere utile un ulteriore periodo di osservazione in pronto soccorso: un caregiver che non è rassicurato o rimane troppo angosciato potrebbe non essere in grado di prendersi cura del lattante a casa o di seguire correttamente le istruzioni fornite alla dimissione.

Utile è anche la condivisione con il caregiver di due **tecniche di consolazione:**

1. Il pianto dei lattanti è possibile che si atteni quando vengono contenuti, offrendo al bambino un contatto rassicurante. Un esempio consiste nell'avvolgerli con le braccia e raccogliere le braccia e le gambe al loro corpo approssimandoli, proprio come nella pancia della mamma. Questa modalità ha lo scopo di stabilizzare il bambino e in un certo senso di portarlo a rivivere le sensazioni di benessere e protezione vissute nella pancia della mamma.

Quando sono molto piccoli, un'alternativa alle braccia del genitore può essere l'utilizzo di fascia o marsupio che rispondono bene ai compiti evolutivi del bambino con lo stesso principio di contenimento, prestando molta attenzione alle posizioni adottate con queste attrezzature. Quando si mette nella culla un bambino molto piccolo è meglio farlo in una fase di sonno molto profondo perché passare da un contenimento marcato alla superficie del letto può facilitare il risveglio qualora non sia ben addormentato.

Invece nel bambino più grande (per lo più intorno 10-12 mesi di vita) si può iniziare a usare delle strategie rituali di addormentamento dove l'adulto addormenta il bambino direttamente nel suo lettino così che sia più facile che durante le superficializzazioni del sonno della notte il bambino riesca a riaddormentarsi da solo o con poco aiuto.

2. Un'altra tecnica di consolazione può essere il contatto fisico associato al movimento: un trasporto di cinque minuti può favorire il sonno anche durante il giorno, aiutandoli a calmarsi e addormentarsi (*Ohmura N, 2022*). Tuttavia, posare immediatamente un lattante addormentato nella culla può avere due effetti opposti: interrompere il sonno o renderlo più profondo. Per evitare il risveglio, è consigliabile posarli nella culla tra i cinque e gli otto minuti dopo che si sono addormentati.

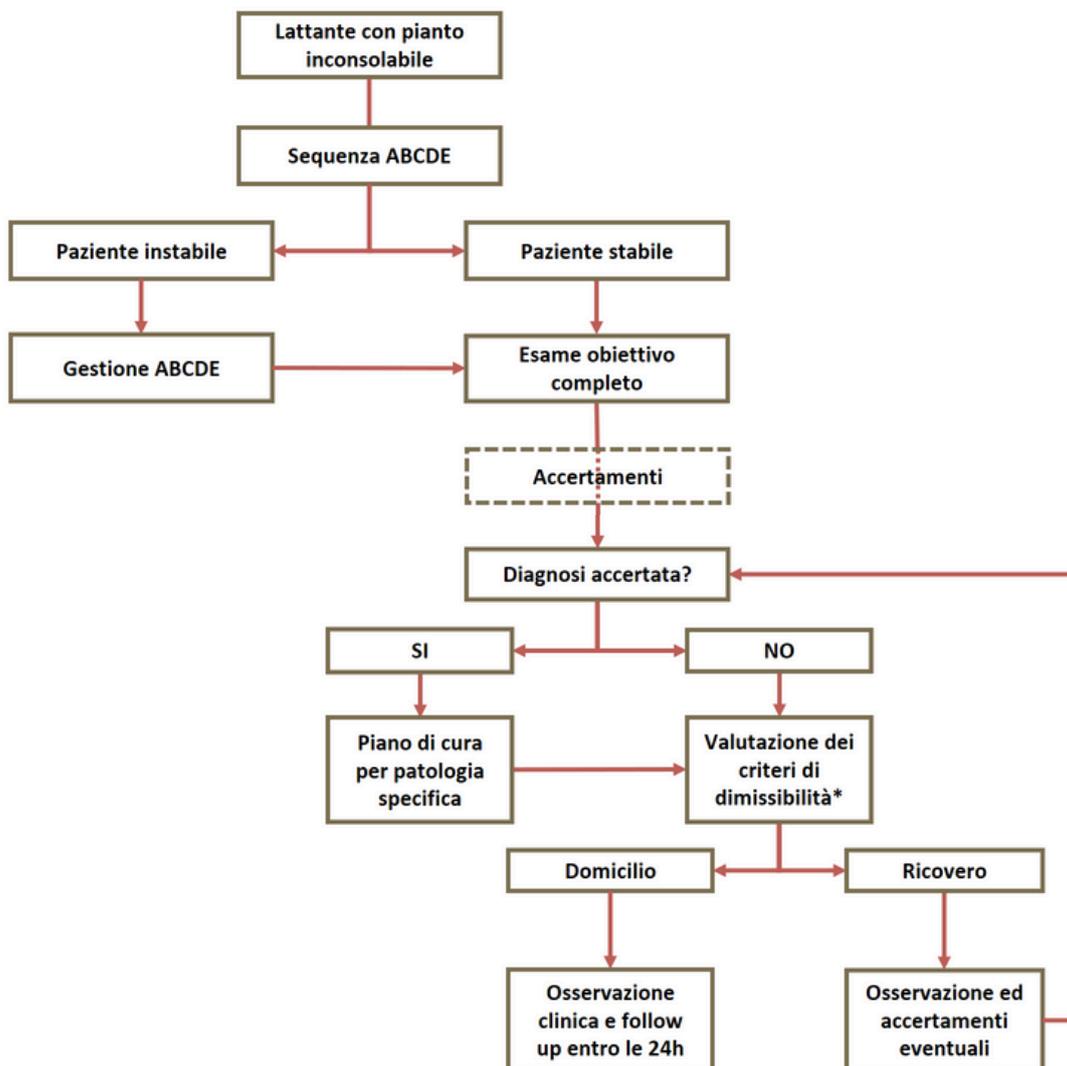
IL DIFFICILE RUOLO DEL MEDICO

In conclusione, il compito del medico è considerare quelle diagnosi rare, ma gravi, in ogni paziente, sapendo che, per la maggior parte dei pazienti, le malattie comuni saranno le più frequenti. Tra i lattanti che si presentano al pronto soccorso per pianto, infatti, la maggioranza non avrà una malattia sottostante significativa. La sfida per il medico di pronto soccorso è che una volta esclusa una malattia sottostante, potrebbe non esserci una diagnosi da comunicare ai genitori nel caso in cui il lattante continui a piangere. Il pianto stesso potrebbe infatti essere una manifestazione di un normale comportamento, non necessitando quindi di una diagnosi, ma piuttosto di una discussione con i caregiver sui normali modelli di pianto, tecniche di consolazione, risorse e gestione a casa.

I medici possono svolgere un ruolo cruciale nell'educare le famiglie, rassicurandole sul pianto e contribuendo a ridurre l'ansia dei genitori.

FLOWCHART PER LA GESTIONE DEL LATTANTE CON PIANTO INCONSOLABILE

Proposta degli autori (ispirata da Allister L, 2014)



CRITERI DI DIMISSIBILITA' *	
A DOMICILIO	RICOVERO
<ul style="list-style-type: none"> Buone condizioni generali e pianto consolabile Clinicamente stabile con una condizione trattabile in terapia ambulatoriale (antibiotici per via orale, analgesici) Risoluzione del pianto in pronto soccorso o pianto normale del bambino o non preoccupante per il medico o il caregiver Assenza di preoccupazioni sociali I genitori sono d'accordo con il piano di dimissione e comprendono i passi successivi riguardanti il trattamento e il follow-up Accesso a cure di follow-up nelle successive 24h 	<ul style="list-style-type: none"> Condizioni generali scadute Instabilità emodinamica Clinicamente stabile ma con necessità di terapia endovenosa (fluidi, antibiotici) Pianto persistente senza un'eziologia chiara dopo esame, osservazione e test appropriati Preoccupazioni sociali (scarso supporto a casa, ambiente non sicuro per il bambino, fattori di rischio per abuso o trascuratezza) Indisponibilità di accesso a cure di follow-up nelle successive 24h Mancato soddisfacimento dei criteri di dimissione a domicilio

BIBLIOGRAFIA

- Allister L et al. *A systematic approach to the evaluation of acute unexplained crying in infants in the emergency department.* *Pediatr Emerg Med Pract.* 2014 Mar;11(3):1-17; PMID: 24724214.
- LaGasse L et al. *Assessment of infant cry: acoustic cry analysis and parental perception.* *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2005;11(1):83-93.
- Van den Bruel A et al. *Diagnostic value of clinical features at presentation to identify serious infection in children in developed countries: a systematic review.* *Lancet.* 2010 Mar 6;375(9717):834-45.
- Green J et al. *Individual recognition of human infants on the basis of cries alone.* *Dev Psychobiol.* 1983;16(6):485-493.
- Petrovich-Bartell N et al. *Mothers' perceptions of infant distress vocalizations.* *J Speech Hear Res.* 1982;25(3):371-376.
- Herman M et al. *The crying infant.* *Emerg Med Clin North Am.* 2007;25(4):1137-1159.
- Calado C et al. *What brings newborns to the emergency department?: a 1-year study.* *Pediatr Emerg Care.* 2009;25(4):244-248.
- Freedman S et al. *The crying infant: diagnostic testing and frequency of serious underlying disease.* *Pediatrics.* 2009;123(3):841-848.
- Poole S et al. *The infant with acute, unexplained, excessive crying.* *Pediatrics.* 1991;88(3):450-455.
- Van den Bruel A et al. *Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study.* *BMJ.* 2012 Sep 25;345
- Barr R et al. *Prolonged and unsoothable crying bouts in infants with and without colic.* *J Dev Behav Pediatr.* 2005;26(1):14-23.
- Fahimi D et al. *Excessive crying of infancy; a report of 200 cases.* *Iran J of Pediatr.* 2007;17(3):222-226.
- Levitzky S et al. *Infant colic syndrome--maternal fantasies of aggression and infanticide.* *Clin Pediatr (Phila).* 2000;39(7):395-400.
- Oral R et al. *Fractures in young children: are physicians in the emergency department and orthopedic clinics adequately screening for possible abuse?* *Pediatr Emerg Care.* 2003;19(3):148-153.
- Hale T et al. *Discontinuation syndrome in newborns whose mothers took antidepressants while pregnant or breastfeeding.* *Breastfeed Med.* 2010;5(6):283-288.
- Blumberg D et al. *Severe reactions associated with diphtheria-tetanus-pertussis vaccine: detailed study of children with seizures, hypotonic-hyporesponsive episodes, high fevers, and persistent crying.* *Pediatrics.* 1993;91(6):1158-1165.
- Reijneveld SA et al. *Exposure to tobacco smoke and infant crying.* *Acta Paediatr.* 2005;94(2):217-221.
- Shope T et al. *Corneal abrasions in young infants.* *Pediatrics.* 2010;125(3)
- Losek J et al. *Hypoglycemia and the ABC'S (sugar) of pediatric resuscitation.* *Ann Emerg Med.* 2000;35(1):43-46.
- Carpenter R et al. *The prevalence and distribution of bruising in babies.* *Arch Dis Child.* 1999;80(4):363-366.
- Ohmura N et al. *A method to soothe and promote sleep in crying infants utilizing the transport response.* *Curr Biol.* 2022 Oct 24;32(20):4521-4529.e4.
- Esposito G et al. *Judgment of infant cry: The roles of acoustic characteristics and sociodemographic characteristics.* *Jpn Psychol Res.* 2015 Apr;57(2):126-134.
- Carollo A et al. *A Scientometric Review of Infant Cry and Caregiver Responsiveness: Literature Trends and Research Gaps over 60 Years of Developmental Study.* *Children (Basel).* 2023 Jun 10;10(6):1042.
- Pierce MC et al. *Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma.* *Pediatrics.* 2010;125(1):67-74.
- Macintyre DR et al. *The role of the dental practitioner in the management of non-accidental injury to children.* *Br Dent J.* 1986;161(3):108-110.
- Leazer RC. *Evaluation and Management of Young Febrile Infants: An Overview of the New AAP Guideline.* *Pediatr Rev.* 2023 Mar 1;44(3):127-138

Editor - Niccolò Parri

Designer e responsabile editoriale - Serena Salvadei

QUESTA NEWSLETTER NON INTENDE SOSTITUIRE UN PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO, MA SEMPLICEMENTE ESSERE FONTE DI AGGIORNAMENTO E RIFLESSIONE SULL'ARGOMENTO

Pianto inconsolabile © 2025 by **Serena Salvadei** and **Marco de Luca** is licensed under **CC BY-NC-SA 4.0**

Vai all'archivio
newsletter
SIMYoung



www.meyer.it/simulazione