



CONOSCERE PER CRESCERE

LA RIVISTA DEI PEDIATRI ITALIANI PER LA FAMIGLIA

Anno III - Marzo 2012



LE ASSOCIAZIONI E LA SCUOLA



Società
Italiana di
Pediatria



La tranquillità di saperlo protetto.



ARMANDO TESTA

In gravidanza e nei primi anni di vita del tuo bambino c'è più bisogno di protezione. Da sempre AMUCHINA ti è vicina per eliminare germi e batteri da frutta e verdura, biberon, tettarelle, ciucci e giocattoli. Così tuo figlio è più protetto e tu sei più tranquilla.

www.amuchina.it



AMUCHINA è con te.



Sommario

Editoriale

- 2** La Salute delle Donne
"Cartina tornasole di una società civile"
Marcello Lanari

Investire in salute

Spazio dedicato allo stile di vita

- 17** I gemelli
Giovanni Corsello
- 24** Occhio alle proteine del latte vaccino
Latte vaccino o latte formulato dopo l'anno?
Il latte di crescita
Claudio Maffeis

Conoscere per prevenire

Spunti di educazione e innovazione sanitaria

- 3** Connecting generations!
Febbraio 2012 - Safer Internet Day
- 6** Una corretta igiene intima inizia da bambini
Paola Sogno Valin
- 26** Acne & Adolescenza - mito o realtà?
Mauro Paradisi
- 28** Piercing e tatuaggi: quando preoccuparsi?
Giovanni Migliarese, Claudio Mencacci
- 36** La tosse: sostanze naturali e piante medicinali
Vitalia Murgia
- 38** Il sorriso dei nostri bambini
Carlo Ghirlanda, Mauro Rocchetti
- 42** Il Bambino & l'ambiente
Siamo ciò che respiriamo
Stefania La Grutta, Graziella Sapia

La bussola

Supporto per interpretare sintomi e disagi

- 8** La celiachia
Sergio Amari
- 30** Il dolore lieve-moderato nel bambino
10 domande e 10 risposte
Laura Serra

Codice rosso

Riflessioni e suggerimenti sui comportamenti a rischio

- 4** Adolescenti oggi fra tradizione e trasgressione
Teresa de Toni
- 18** Un killer silenzioso: il fumo
Alessandro Zanasi, Stefano Nava
- 21** Cosa ne pensa Beppe Severgnini
Twitterintervista sul fumo

Le pagine rosa

Grand'angolo sulla salute della mamma e del bambino

- 12** Alcol e gravidanza: l'ideale è scegliere di non bere!
Luigi Memo
- 14** Latte di mamma alimento prezioso per il tuo bambino
Deborah Silvestrini
- 22** La vaccinazione anti-Papilloma: singolare femminile?
Nicola Surico

DIRETTORE SCIENTIFICO

Marcello Lanari

DIRETTORE RESPONSABILE

Franca Golisano

COMITATO DI REDAZIONE

Rino Agostiniani
Luca Bernardo
Giovanni Corsello
Tiziano Dall'Osso
Valeria Fasolato
Bianca Lattanzi
Marina Picca
Piercarlo Salari
Michele Salata
Maria Grazia Sapia
Laura Serra
Paola Sogno Valin
Maria Grazia Zanelli

www.sip.it

COLLABORATORI ESTERNI

Federica Lanari

SEGRETERIA DI REDAZIONE

info@editeam.it

AREA COMMERCIALE E PUBBLICITÀ

editoria@editeam.it

Copyright © 2012

EDITEAM Gruppo Editoriale

Via Del Curato 19/11, 44042 Cento (FE)
Tel. 051.904181/903368
Fax. 051.903368
www.editeam.it
info@editeam.it

Progetto grafico:

EDITEAM Gruppo Editoriale

ART DIRECTOR:

Dario Battaglia

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore. L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peraltro sempre possibili.

"Conoscere per Crescere" è un periodico distribuito gratuitamente alle famiglie italiane.

Autorizzazione Tribunale Bologna n° 7835 del 10.03.08.

Finito di stampare nel mese di Marzo 2012.

Tiratura di questo numero 300.000 copie.

LA SALUTE DELLE DONNE

“cartina tornasole di una società civile”



A cura di **Marcello Lanari**
Pediatria e Neonatologia, Imola (Bo)
Società Italiana di Pediatria

Riuniti presso la sede dell'ONU nel settembre del 2000, 191 Capi di Stato e di Governo hanno sottoscritto un patto globale tra Paesi ricchi e Paesi poveri, fondato sul reciproco impegno a fare ciò che è necessario per costruire un mondo più sicuro, più prospero e più equo per tutti. La “Dichiarazione del Millennio”, unanimemente approvata, si basa su otto obiettivi cruciali per l'umanità, da raggiungere entro il 2015.

Il quarto (*ridurre la mortalità infantile*) ed il quinto (*migliorare la salute materna e ridurre la mortalità attraverso l'accesso universale ai sistemi di salute riproduttiva*) sono fortemente connessi tra loro ed inscindibili. I fatti lo dicono. Ogni anno muoiono, per la maggior parte nei Paesi in via di sviluppo, quasi 10 milioni di bambini sotto i cinque anni, 30.000 ogni giorno. Di questi, svariati milioni muoiono in epoca neonatale per cause fortemente connesse alla salute (o meglio all'assenza di questa) della madre o alla mancata assistenza in gravidanza e durante il parto. Anche le donne, 1.000 al giorno, muoiono in questi Paesi durante la gravidanza ed il parto, perchè sono insufficienti le attrezzature sanitarie, i medici e gli operatori in grado di assisterle.

Il terzo obiettivo del Millennio (*promuovere l'uguaglianza di genere e l'empowerment, cioè la crescita culturale delle donne attraverso l'educazione scolastica*), si aggancia fortemente ai precedenti, perchè senza informazione e crescita culturale e sociale delle donne, non si avranno mai le condizioni per garantire salute alle nuove generazioni. La salute delle donne

da bambine, da adolescenti, da gravide ed in ogni altro momento della loro vita deve essere tenuta in massima considerazione e nei nostri Paesi nei quali cibo, servizi igienici, programmi ed operatori sanitari, mezzi diagnostici, farmaci e conoscenze non mancano, non vi sono giustificazioni per non perseguirla con ogni mezzo. Specie se gli strumenti, talvolta strategici per la salute riproduttiva quali alcune vaccinazioni (per prevenire rosolia, tetano, epatite, HPV), integrazioni alimentari (con acido folico, ferro, vitamina D), stili di vita sani (attività fisica, abolizione del fumo, dell'alcol in gravidanza, prevenzione dell'obesità, delle malattie a trasmissione sessuale), l'allattamento materno sono semplici e, fortunati noi, facilmente disponibili.

Se solo all'inizio degli anni '90 nelle nostre realtà la mortalità neonatale era più che doppia rispetto ad oggi, molto lo si deve allo sviluppo della medicina pre e perinatale, che sempre di più consegna a noi Neonatologi e Pediatri, neonati meno frequentemente malati o, se tali, inseriti in un percorso assistenziale che inizia dalle prime fasi della vita prenatale e si protrae con coerenza ed efficacia durante e dopo la nascita, grazie ai progressi della neonatologia e della pediatria. Molto della salute dei nostri bambini si realizza, dunque, attraverso il proficuo dialogo tra Ostetrici e Pediatri.

Non è per caso pertanto, che “Conoscere per Crescere”, la rivista per le Famiglie della Società Italiana di Pediatria da questo numero riserva, in collaborazione con la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, un ampio spazio sulle sue pagine, per trattare temi che riguardano la salute della donna, con l'intenzione di perseguire quell'empowerment dei nostri lettori ed ancor più delle nostre lettrici, strategico per il benessere delle donne e per quello delle popolazioni future.

Connecting generations!

Febbraio 2012 - Safer Internet Day

“**C**onnecting generations!” è il tema scelto quest’anno per il Safer Internet Day (SID), la giornata europea della sicurezza in rete istituita dalla Commissione Europea, nell’ambito del Programma Safer Internet, per la promozione di un utilizzo sicuro e responsabile dei nuovi media tra i più giovani. L’obiettivo è quello di incoraggiare la comunicazione tra adulti e bambini/adolescenti e di promuovere il dialogo familiare sui temi dei nuovi media. Ogni generazione è invitata a “scoprire” il mondo online, a farlo insieme e a farlo in maniera sicura, mettendo in campo, ciascuno, le proprie esperienze e risorse, per costruire una cultura della cittadinanza digitale. In Italia, il Programma Safer Internet che ha come referente il Centro Giovani Online, coordinato da Save the Children e Adiconsum, il quale supporta i lavori del Comitato Consultivo, di cui la Società Italiana di Pediatria è membro attivo, è una realtà nazionale costituita da circa 50 organizzazioni, tra istituzioni, società scientifiche, media, industrie ICT (*Information and Communication Technologies*) e di telefonia mobile, associazioni e università, attive nella tutela di bambini e adolescenti online. Il Comitato Consultivo nasce guidato dalla convinzione che è importante aiutare bambini e adolescenti a diventare cittadini digitali responsabili, considerandoli utilizzatori attivi della rete e non soltan-

to vittime potenziali, dando loro l’opportunità di utilizzare gli strumenti messi a disposizione dalle nuove tecnologie per poter esercitare - e quando necessario - reclamare i propri diritti.



Allo stesso tempo, è importante sensibilizzare e coinvolgere il contesto adulto di riferimento del fenomeno: gli organi istituzionali, la scuola, le organizzazioni del terzo settore, le forze dell’ordine e di polizia, l’industria ICT (*Information and Communication Technology*), ecc. Ciascuno di tali attori può svolgere un ruolo utile e importante. In occasione della giornata, che quest’anno ricorre il 7 febbraio, in tutto il mondo si sono alternati eventi e iniziative. E a tale fine, il Comitato Consultivo promuove una

Campagna di sensibilizzazione intitolata “**Insieme. Più connessi, più sicuri!**”, in linea con le indicazioni della Commissione Europea per promuovere il dialogo intergenerazionale su tali temi.

La Campagna intende veicolare un messaggio positivo: i nuovi media sono strumenti che permettono alle persone di sfruttare le loro potenzialità ma il loro utilizzo richiede attenzione. I bambini e gli adolescenti sono utilizzatori attivi, questo è il loro mondo ed il loro modo di comunicare, partecipare, sperimentare, vivere relazioni e affettività, tuttavia non sempre posseggono le competenze necessarie per cogliere le implicazioni della loro vita online. Gli adulti devono essere presenti e offrire il loro supporto (affettivo, empatico e basato sulla fiducia e l’autonomia) di cui i bambini e gli adolescenti hanno bisogno. E per farlo non è necessario che diventino degli esperti in informatica, ma quanto basta per capire le implicazioni di quello che i loro figli fanno online, con il cellulare o con un videogioco. Così come i bambini e gli adolescenti a loro volta devono sapere che gli adulti sono un punto di riferimento per loro, anche su questi temi. Per ulteriori informazioni sul Comitato Consultivo e la Campagna di sensibilizzazione è possibile consultare il sito di riferimento:

www.sicurinrete.it.



Adolescenti oggi fra tradizione e trasgressione

A cura di Teresa de Toni
Pediatra adolescentologa
Coordinatore della Commissione della SIP
"Bambini Adolescenti e Media"

Pochissime volte nella storia sono cambiati simultaneamente: lavoro, ricchezza, potere e sapere. Quando ciò avviene siamo in presenza di discontinuità epocali, pietre miliari nel cammino dell'uomo. Dal sorpasso dell'industria sull'agricoltura a fine '800, in meno di un secolo assistiamo a un nuovo salto epocale che ci ha gettato, presi alla sprovvista, nella confusione. Siamo entrati da una società post industriale centrata sulla produzione in grande serie di beni materiali, a una società centrata sulla produzione di beni immateriali: conoscenza, informazione, simboli. Il gusto subisce oscillazioni così rapide che non ci siamo ancora abituati ad una moda che già un'altra incalza. L'allungamento della scolarizzazione e la difficoltà di accesso alla vita attiva producono una dilatazione della adolescenza che si è trasformata da processo a condizione. **Da sempre l'adolescenza è il periodo della vita più difficile** e i segni di questo disagio fisiologico sono evidenti nel cervello: la capacità di mentalizzazione deriva da cambiamenti evolutivi nella struttura anatomica dell'encefalo. Probabilmente il comportamento cambia perché il cervello cambia. L'immaturità della fisiologia del cervello potrebbe spiegare perché spesso gli adolescenti interpretino in modo errato i segnali emotivi, vedendo rabbia e ostilità dove non ci sono. La maggior parte dei neuroni di cui dispongono è già presente alla nascita, la massima densità di cellule cerebrali è raggiunta tra il 3° e il 6° mese di gravidanza, periodo nel quale si ha il culmine della crescita neuronale prenatale alla

quale fa seguito, negli ultimi mesi prenatali, una drastica "potatura" per eliminare i neuroni non necessari. Ora sappiamo che esiste una seconda fase di proliferazione alla quale fa seguito una nuova potatura di cellule cerebrali; la parte definitiva e critica di questo secondo fenomeno avviene in età adolescenziale e ha conseguenze su alcune delle principali funzioni mentali. **Gli scienziati hanno sempre attribuito le decisioni avventate degli adolescenti ai cambiamenti ormonali**, mentre con la Risonanza Magnetica Nucleare è stato dimostrato che gli ormoni sessuali sono molto attivi sul cervello specie sul suo centro emotivo: il "sistema limbico". L'amigdala, parte di quest'ultimo, è particolarmente recettiva al testosterone, si sviluppa più rapidamente nei maschi e ciò spiegherebbe la loro maggiore aggressività; per contro l'ippocampo, nel quale sono presenti recettori per gli estrogeni, si sviluppa più rapidamente nelle femmine; quest'ultima osservazione potrebbe spiegare perché le ragazze all'inizio della pubertà sono più abili a memorizzare quanto devono apprendere. Fino a non molto tempo fa il disagio adolescenziale o la difficoltà di crescere era spesso caratterizzata da conflitti con genitori e scuola, ovvero conflitti con le regole. Erano o si sentivano da queste schiacciati o stavano ribellandosi alla loro severità con conseguente angoscia per la disubbidienza. Per emanciparsi gli adolescenti attuali non devono contestare il padre e la madre, ma devono vedersela con una ragnatela invischiante di relazioni affettive blandamente etiche. **L'adolescente guarda al futuro e mai al passato, teme la noia e la vergogna, fa della creatività uno strumento di crescita.** Il nuovo adolescente è diverso dai ragazzi degli scorsi anni. Non è

stato allevato in un modello educativo rigido e autoritario, non lotta con il senso di colpa verso istinti che possono allontanarlo dalla famiglia. Viene generalmente da un'infanzia privilegiata e fatica a lasciarla. Il cambiamento del modello educativo familiare gioca un ruolo di primo piano. "Il cucciolo d'oro" nasce e prende corpo in famiglia, cresce e si convince del suo valore attraverso la relazioni con i genitori e con i membri della famiglia allargata. Molti genitori oggi non ritengono che i figli abbiano bisogno di molte regole. Non pensano di avere il compito di civilizzarlo e non vogliono ricorrere alla minaccia di castighi che non saprebbero né inventare né applicare. I figli capiscono che le regole proposte sono state elaborate da mamma e papà, ma sanno anche di avere diritto ad interloquire sulla loro correttezza ed adeguatezza e che sono confrontabili con altre regole in vigore. Per molti adolescenti la complessità dei cambiamenti anche traumatici è vissuta nella consapevolezza di essere compresi dalla famiglia, liberi nelle loro scelte, certi di avere un supporto se in difficoltà. Il progetto educativo e relazionale di queste famiglie è il risultato di un concordato equilibrio tra *tradizione e trasgressione*. **L'adolescente lavora sul suo corpo in trasformazione: piercing, sport ossessivo, ricerca morbosa di magrezza.** Lavora molto nella propria mente, ma nella realtà è incapace di identificarsi con il dolore che provoca, perché nessuno gli ha insegnato cosa significa immedesimarsi nell'altro. Due sembrano essere le passioni del suo animo che governano le sue azioni, comprese quelle creative: la noia e la vergogna, ispiratrici di insicurezza e di trasgressione.

Alla scuola hanno sottratto il potere simbolico del passato, non ne hanno paura, non si sentono in colpa se non sono preparati, non sono trasgressivi, non la attaccano, ma la scuola non deve esagerare. Le aspettative ideali di realizzazione costituiscono la struttura portante della sua filosofia di vita, cerca dagli altri la valorizzazione a cui si è abituato fin da bambino. Cerca il successo e la visibilità sociale, ma cerca anche una realizzazione interiore che, se avvertita come sincera, è preziosa, creativa e bella da difendere. Gli obiettivi ideali possono essere crudeli e la mortificazione che ne deriva e le umiliazioni rendono la sua vita un calvario. La colpa si cancella, basta ripararla, chiedere scusa ed accettare il castigo, la vergogna invece è pervasiva, penetra in tutti gli interstizi della mente, non la si dimentica mai. La vergogna produce una ferita che continua a bruciare, costringendo chi la prova a compiere imprese esagerate per riscattare il proprio onore e ricomporre la bellezza della propria immagine, da qui possono nascere comportamenti trasgressivi. Gli adolescenti non ritengono che sia un peccato coltivare i propri interessi e il successo è il loro obiettivo a breve termine. Hanno bisogno di vedere riflessa la propria immagine nello specchio sociale, nel consenso del gruppo, nella valutazione dei discenti, nell'affetto dei genitori. La televisione è al loro servizio: si incarica di rispecchiarlo, intervistarli, farlo danzare, cantare, gareggiare in bellezza ed esibire la sua moda. La pubblicità lo corteggia, ne fa il suo modello, il cinema canta i suoi amori. Il mercato dei consumi si rivolge a lui sapendo che muove molto denaro e orienta gli acquisti di tutta la famiglia in abbigliamento, bevande, ecc.

Se la coppia genitoriale, o un adulto competente, sarà disponibile a colloquiare con l'adolescente, a mantenere alcuni punti fermi nei valori condivisi, l'adolescente uscirà più forte dopo questo periodo di metamorfosi che, come hanno dimostrato i neuroscienziati, accende e spegne senza preavviso gli interruttori che agiscono nei cambiamenti mentali.

Una corretta **igiene intima** inizia da bambini

A cura di Paola Sogno Valin
Pediatra, Milano

E' molto importante curare l'igiene intima dei nostri bambini per evitare l'insorgenza di irritazioni ed infezioni. Normalmente il bambino è dotato di anticorpi e di un efficace sistema immunitario in grado di difenderlo dai microorganismi dell'ambiente esterno. Il continuo contatto però con sostanze che possono creare irritazione a carico della pelle e delle mucose, come le urine e le feci, lo rendono particolarmente esposto a rischi di fenomeni infiammatori ed infettivi da parte dei germi. La pulizia della zona genitale deve essere costante ed accurata specialmente durante l'estate, stagione in cui la presenza di una elevata temperatura ambientale favorisce la proliferazione di molti microrganismi patogeni.

Nelle bambine

■ Nell'infanzia e nell'adolescenza il problema ginecologico femminile più frequente è rappresentato dall'irritazione vulvovaginale che viene denominata *vulvovaginite*. Il sintomo principale è costituito dalla presenza di secrezione vaginale ed è generalmente accompagnata da prurito, arrossamento locale, esigenza di urinare spesso e da una sensazione di dolore ad urinare. I fattori predisponenti cambiano a seconda dell'età. Nell'infanzia vista la vicinanza anatomica della vulva all'ano nelle

bambine vi può essere inquinamento di feci, inoltre fattori predisponenti sono scarse norme igieniche o errate manovre di pulizia. Nell'adolescenza fattori di rischio sono i rapporti sessuali non protetti, partners multipli, l'utilizzo di droghe e gli stati di immunodepressione o di smetabolismo.

La vulvovaginite definita *aspecifica*, è il più delle volte provocata dalla scarsa igiene della zona perineale che comporta un trasferimento di batteri presenti nell'intestino all'area vulvo-vaginale; la vulvovaginite definita invece *specificata* è associata alla presenza di agenti infettanti specifici.

Vaginiti specifiche in età pediatrica

- Cause infettive NON sessualmente trasmesse: Streptococcus pyogenes e Streptococcus agalactiae (cause più comuni di vulvovaginite nell'infanzia), Hemophilus influenzae, Candida albicans, Staphilococcus aureus e Gardnerella vaginalis.
- Cause infettive sessualmente trasmesse: Nisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis, Gardnerella vaginalis, Herpes simplex virus e Human papilloma virus.

Vi sono inoltre forme di origine non infettiva, dovute a cause irritative o allergiche. Queste possono essere dovute a detergenti non idonei, a coloranti, a fibre sintetiche od a corpi estranei. Nell'ultimo caso, alle secrezioni vaginali ed ai disturbi sopra descritti si associano perdite ematiche vaginali. Anche gli osiuri spesso possono portare ad una irritazione vulvare nelle bambine.

Come scegliere il detergente per le bambine?

Un buon detergente deve rispettare il pH fisiologico e la flora batterica naturalmente presente in vagina. Il pH cambia al variare dell'età: ha valori compresi tra 3,5-4,5 durante la pubertà e l'età fertile, mentre è più elevato in menopausa e nell'infanzia. E' bene quindi usare un detergente con pH simile a quello vaginale: acido durante la pubertà, neutro durante la prima infanzia e il periodo pre-puberale. Il detergente, inoltre, non deve contenere né tensioattivi aggressivi, che non rispettano la flora vaginale e assottigliano la mucosa vulvare, né profumi che sono responsabili di frequenti reazioni allergiche.



Nel bambino

■ La fisiologica adesione del prepuzio sul glande, che normalmente serve a proteggerlo dall'inquinamento irritativo da parte delle urine e delle feci, può costituire un facile punto di raccolta di smegma e quindi essere anche un punto di facile aggressione da parte dei germi. Una scarsa igiene può provocare nel maschietto la *balanopostite*, infiammazione del glande e del prepuzio provocata dall'azione di agenti patogeni quali Stafilococchi, Streptococchi, Candida ecc. In presenza di balanopostite il glande ed il prepuzio appaiono gonfi ed arrossa-

ti, possono esserci secrezioni e il bambino può avvertire dolore o bruciore ad urinare.

Per trattare opportunamente queste affezioni ai genitali è opportuno consultare il pediatra che prescriverà la terapia più idonea a risolvere il problema: l'uso di disinfettanti locali o, se necessario, la somministrazione di antibiotici o antimicotici specifici. In caso di infezioni ricorrenti per ricorrere a una terapia più mirata, può essere necessario effettuare un tampone vaginale o uretrale, così da poter identificare il germe responsabile dell'infezione.

Raccomandazioni utili per l'igiene intima dei bambini

- ▶ E' consigliabile lavare la zona genitale sotto l'acqua corrente e con una piccola quantità di sapone neutro;
- ▶ detergere prima i genitali e passare poi al lavaggio della regione anale;
- ▶ fare indossare ai bambini comode mutandine di cotone ed evitare gli indumenti stretti e di materiale sintetico;
- ▶ al mare evitare che i bambini tengano a lungo il costume bagnato ma provvedere a sostituirlo con uno asciutto; fare attenzione che le parti intime dei bambini non entrino in contatto diretto con la sabbia perché potrebbero facilmente contrarre qualche infezione. E' buona norma che il bambino dopo il bagno al mare o in piscina si lavi con acqua dolce per eliminare il sale, la sabbia o il cloro;
- ▶ nei primi giorni di vita sarà necessario effettuare un'accurata igiene in relazione alla frequenza delle evacuazioni;
- ▶ far urinare le bambine a gambe allargate, per evitare i ristagni di urine in vagina;
- ▶ nei maschietti si raccomanda sempre di non retrainare il prepuzio, almeno nei primi anni di vita, in quanto tale manovra oltre a risultare particolarmente dolorosa potrebbe creare piccole e fastidiose lesioni spesso causa di aderenze cicatriziali e parafimosi (strozzamento del glande). Sarà pertanto sufficiente il semplice lavaggio con detergente adeguato, limitandosi soltanto alla rimozione di quella parte di smegma che sarà possibile rimuovere facilmente;
- ▶ nella bambina è sufficiente divaricare delicatamente i margini della vagina e rimuovere con il lavaggio le eventuali secrezioni; non è opportuno tentare di rimuoverle dall'interno.

La celiachia



A cura di Sergio Amari
U.O. di Pediatria, Reggio Emilia

Cos'è la celiachia

La celiachia è un'intolleranza permanente al glutine (una proteina contenuta in alcuni cereali: grano, orzo e segale) che, in soggetti geneticamente predisposti, causa lesioni intestinali, con atrofia delle cellule che rivestono la parete intestinale e conseguente diminuzione della capacità di assorbimento. Questo spiega la presentazione tipica della malattia, contraddistinta da sintomi gastro-intestinali, ma la celiachia esiste anche in forme atipiche o prive di sintomi. Appartiene alla famiglia delle malattie autoimmuni. Il glutine provoca una reazione dell'organismo, in parte rivolta contro se stesso, che si può estendere a vari organi ed apparati e non strettamente all'intestino. La celiachia è una malattia multifattoriale che insorge in soggetti che presentano i geni HLA di tipo DQ2 e/o DQ8 che governano le reazioni immunitarie, con un fattore scatenante ambientale ancora non noto. La celiachia è

Sintomi tipici

- Diarrea cronica o ricorrente
- Distensione addominale
- Mancata crescita o perdita di peso
- Ipotrofia/ipotonia muscolare
- Pallore
- Anoressia
- Irritabilità

Sintomi atipici

- Stitichezza
- Dolore addominale ricorrente
- Vomito
- Epatite
- Anemia
- Artrite
- Bassa statura
- Pubertà ritardata
- Stomatite aftosa
- Difetti dello smalto dentario
- Osteopenia/osteoporosi
- Rachitismo
- Perdita dei capelli (alopecia)
- Alterazioni neurologiche
- Dermatite erpetiforme

molto frequente: si stima che l'1% della popolazione ne sia affetta. Nel 2010 le diagnosi certificate di celiachia in Italia hanno superato i 100.000 casi, ed è una malattia presente ovunque nel mondo.

Come e quando si manifesta

La celiachia si può presentare a qualunque età della vita, ma sempre dopo l'introduzione nell'alimentazione del bambino di pappe con cereali contenenti glutine. Lo spettro di sintomi con cui si può presentare è molto vario, il box ne elenca la presentazione tipica e atipica.

Come si fa diagnosi

La diagnosi viene sospettata sulla base dei sintomi presentati dal bambino e per confermarla si eseguono esami per ricercare la presenza di anticorpi contro il glutine. La ricerca ha reso disponibili tests su sangue molto sensibili e specifici: anticorpi anti-transglutaminasi (il più utilizzato per lo scree-

ning iniziale), anti-gliadina deamidata e anti-endomisio: qualora questi anticorpi siano positivi si procede all'esecuzione di una esofagogastroduodenoscopia con biopsia intestinale, prelevando piccoli frammenti di mucosa intestinale per documentare il danno provocato dal glutine, cioè l'atrofia della parete intestinale. Poiché esistono forme silenti (presenza di anticorpi nel sangue e lesioni nell'intestino, senza sintomi), è consigliabile eseguire questi esami anche quando i sintomi sono lievi e sfumati, o in presenza di una delle patologie che spesso si associano alla celiachia, o nei familiari di primo grado, che ne sono affetti nel 5-15% dei casi.

La gastroscopia, necessaria per la biopsia intestinale, va eseguita presso Centri di provata esperienza endoscopica, che garantiscano l'esecuzione dell'esame in sedazione e la corretta lettura del prelievo intestinale, adottando le note classificazioni internazionali per la risposta dell'esame istologico. La diagnosi troverà conferma nella scomparsa dei sintomi e nella normalizzazione dei marker anticorpali. Salvo casi particolari o dubbi diagnostici, non si ricorre a successive biopsie intestinali.

PATOLOGIE ASSOCIATE

- Diabete insulino-dipendente (tipo I)
- Tiroidite auto-immune
- Deficit di Immunoglobuline A
- Patologie cromosomiche (Sindromi di Down, Williams e Turner)

Come si cura

La terapia si basa sulla rigida eliminazione del glutine dalla dieta per tutta la vita. I cereali utilizzati sono ovviamente senza glutine, principalmente riso e mais, ma anche cereali meno conosciuti: amaranto, manioca, miglio, quinoa, sorgo e teff. Gli alimenti senza glutine sostitutivi (pane, pasta, biscotti...) sono facilmente reperibili e nel nostro

Paese il sistema sanitario nazionale fornisce un supporto economico ai soggetti con patologia certificata per l'acquisto dei prodotti senza glutine. Particolare attenzione va posta nell'evitare il glutine "nascosto", cioè quel glutine utilizzato come addensante nella preparazione di cibi confezionati e nella ristorazione fuori casa. Un importante aiuto viene dalle associazioni di pazienti: la più rappresentativa è l'Associazione Italiana Celiachia (AIC: www.celiachia.it), che ha più di 60.000 iscritti e produce un Prontuario degli alimenti aggiornato (la versione del 2011 contiene quasi 14.000 alimenti idonei ai celiaci, certificati da circa 500 aziende). Nel prontuario sono inseriti prodotti del libero commercio autorizzati all'uso della spiga barrata e alimenti garantiti a minor rischio di contaminazione da glutine, e quindi idonei ai celiaci.



In futuro è possibile che la dieta non rappresenti l'unica forma di terapia. Sono in corso ricerche per utilizzare farmaci che digeriscono il glutine eliminando la parte tossica, o che prevengono l'arrivo del glutine alla mucosa intestinale e la sua infiammazione. Inoltre si sta studiando una possibile prevenzione primaria, attraverso un "vaccino" che moduli la risposta immune.

LA CELIACHIA IN BREVE

- È una malattia autoimmune ed è molto frequente
- Si può presentare in forma tipica (con sintomi intestinali), atipica e anche senza sintomi
- La diagnosi è basata su test ematici molto affidabili e sulla biopsia intestinale
- La terapia è sicura e si basa sull'impiego di una dieta senza glutine per tutta la vita



6X7 La formula magica del mangiar sano e variato

7 alimenti per 6 colori perché i piccoli sono più attratti da forme e colori piuttosto che dai sapori. Questo è emerso da un recente studio condotto da quattro ricercatori della Cornell University appena pubblicato da Acta Paediatrica.

Pare infatti che per stimolare l'appetito dei bambini e il desiderio di variare l'alimentazione quotidiana, sia strategico comporre un piatto in cui 7 alimenti si combinano a 6 colori. Una scoperta a cui sono giunti dopo aver sottoposto ad un campione di 23 preadolescenti e 46 adulti le foto di 48 diverse combinazioni di cibo, diverse per numero di alimenti, disposizione e combinazione. La conclusione è stata che i bambini, a differenza degli adulti, sono maggiormente attratti da forme, dimensioni e impatto visivo degli alimenti. Pertanto sono poco attrattivi un piatto abbondante di spaghetti al pomodoro o una montagna di polpette, mentre riscuote grande successo una composizione di sette alimenti diversi, tutti presenti in piccole porzioni combinati con gusto e fantasia ■

Suggerimenti per una corretta educazione alimentare dell'infanzia



I "mamma trucchi"

Tutti abbiamo sperimentato che per passare dei momenti sereni con i bambini dobbiamo assecondare i loro giochi preferiti.

Il gioco è lo strumento di apprendimento più adatto ai bambini ed è attraverso il gioco che imparano a muoversi, a conoscere gli ambienti e le cose, che acquistano maggiore sicurezza in se stessi e negli adulti che si prendono cura di loro.

Perché, allora, non sfruttare il gioco per educare i bambini ad una sana alimentazione in cui, oltre a rispettare delle porzioni adeguate, imparino ad assaggiare un po' di tutto?

Che fare? Usiamo i "mamma trucchi": stimolano la curiosità alimentare, aumentano il piacere di stare a tavola ed aiutano a rispettare le porzioni adeguate ad ognuno.

- 1 Apparecchiare insieme.** È un modo per giocare con i bambini al momento del pasto e soprattutto per allontanarli dalle loro occupazioni precedenti come giocare a palla o alla play station, fare i compiti o guardare la televisione. Così i bambini hanno il tempo di capire che sta per cominciare un momento diverso dal precedente e che è ugualmente importante, inoltre li responsabilizza nella collaborazione familiare.
- 2 Indovinare gli ingredienti.** È un pretesto per interessare i bambini a quello che stiamo mangiando, devono essere coinvolti tutti i commensali fino a proclamare il "gran gourmet" della giornata. Così si gioca, si fa conversazione, ci si concentra su quello che si sta facendo e, allo stesso tempo, si impara a riconoscere i diversi sapori.
- 3 Aggiungere verdure al primo piatto.** È un modo per ridurre la quantità di pasta che il bambino mangia, se dovesse essere sovrappeso, mantenendo lo stesso volume della porzione. Inoltre aiuta i bambini che hanno difficoltà a mangiare le verdure, perché con la pasta "tutto migliora!".
- 4 Preparare piatti unici.** E' un modo per venire incontro alle esigenze dei bambini disappetenti che con molta difficoltà riuscirebbero a mangiare un

Dr. Marina Cammisa Pediatra

In collaborazione con:
Prof. **Andrea Vania**, presidente ECOG (European Childhood Obesity Group), membro comitato direttivo SIO (Società Italiana Obesità)
E Dr. **Margherita Caroli**, Past president ECOG

primo ed un secondo. Un unico piatto completo aiuta i bambini ad assumere i vari nutrienti, rasserena i genitori ed impedisce che il pasto si trasformi in un braccio di ferro.

- 5 Preparare un menù per la settimana.** Questo impegno, da assolvere con i bambini, li rende partecipi del fatto che ogni giorno dobbiamo mangiare delle cose diverse e che per questo ogni giorno potremo accontentare solo alcuni componenti della famiglia. Il menù, affisso in cucina, permetterà a noi di risparmiare tempo nell'organizzazione dell'alimentazione quotidiana e a loro di non avere sorprese spiacevoli a pranzo, nella certezza che il giorno dopo andrà meglio o che il secondo, accuratamente scelto in precedenza, li consolerà di un primo meno gradito o viceversa.
- 6 Invitare qualche amico a pranzo.** Questo è importante sia per i bambini disappetenti che per quelli particolarmente voraci. Confrontarsi con altri li aiuta a trovare un loro equilibrio e una curiosità alimentare che a volte manca.
- 7 Cucinare insieme.** Condividere la preparazione di un piatto permette loro di migliorare la manualità attraverso un gioco, che poi risulta essere utile per la famiglia intera, e che li renderà benevoli nei confronti del giudizio finale.

Certamente questi sono solo alcuni spunti di riflessione per creare situazioni piacevoli e trasformare il pranzo in un momento di convivialità particolarmente prezioso, con l'obiettivo di mantenere un rapporto sereno in famiglia, ma anche di assicurare salute ai propri figli, attraverso una corretta educazione alimentare.

VUOI UN'ALIMENTAZIONE EQUILIBRATA PER TUO FIGLIO?



Scopri Club 4-10 Coop: la linea studiata per aiutarti a comporre una dieta bilanciata per il tuo bambino.



Sviluppata con il contributo e la supervisione delle principali società scientifiche attive nella lotta all'obesità infantile. Visita il sito www.alimentazionebambini.e-coop.it

ALCOL E GRAVIDANZA: l'ideale è scegliere di non bere!

A cura di Luigi Memo
Direttore U.O.C. di Pediatria e
Neonatologia, Ospedale San Martino,
Azienda ULSS n° 1 Belluno

Nei Paesi occidentali il consumo di bevande alcoliche è una tradizione molto antica che fa parte integrante dell'alimentazione ed è legalmente, culturalmente e socialmente accettato.

Per questo e per una sorta di tolleranza, quasi di benevolenza, da parte degli operatori sanitari, i rischi che il bere eccessivo comporta per la salute sono rimasti a lungo poco considerati.

Negli ultimi due decenni sono radicalmente mutati sia le tradizioni culturali che i modelli di assunzione delle bevande alcoliche (consumo di birra e superalcolici, in gruppo, prevalentemente fuori pasto e concentrato nel fine settimana, spesso al preciso scopo di ubriacarsi), con un conseguente incremento notevole della diffusione dei danni da alcol in ambito personale e sociale.

Le donne hanno aderito a modelli comportamentali considerati,

sino al recente passato, prerogativa esclusiva del sesso maschile: le modalità del bere delle adolescenti sono ormai assimilabili a quelle dei coetanei.

I dati epidemiologici relativi al 2008 del Ministero della Salute ci dicono che in Italia l'età della prima assunzione di alcol è la più bassa in Europa (in media attorno ai 12 anni) e che è significativamente aumentato il consumo di alcol nei soggetti di sesso femminile.

Le donne hanno peraltro una maggiore vulnerabilità fisiologica agli effetti tossici dell'alcol, legata ad una minor massa corporea ed ad una minor capacità di metabolizzare le bevande alcoliche: la dotazione enzimatica dell'alcoldeidrogenasi (enzima deputato all'eliminazione di questa sostanza tossica dall'organismo), è nettamente inferiore rispetto all'uomo, specie nelle adolescenti. La maggior parte delle donne che assume alcol è erroneamente convinta di consumarlo "moderatamente" senza sapere cosa si intende effettivamente per moderazione, ma soprattutto ignora che in gravidanza, anche un consumo minimo di alcol può pregiudicare la salute e lo sviluppo del feto.

La sindrome feto-alcolica

■ Sappiamo ormai dall'inizio degli anni '70 che l'esposizione prenatale all'alcol può causare nel feto e nel bambino danni molteplici e irreversibili global-

mente definiti come FASD, dall'inglese *Fetal Alcohol Spectrum Disorders*.

L'alcol attraversa la placenta e arriva direttamente al feto che non è in grado di metabolizzarlo, alterando lo sviluppo degli organi in via di formazione e in particolare interferendo con lo sviluppo del sistema nervoso centrale.

L'assunzione di alcol in gravidanza aumenta il rischio di aborto spontaneo e parto pretermine. Alla nascita i neonati esposti all'alcol sono usualmente di peso più basso per l'età gestazionale, presentano una circonferenza cranica più piccola che di norma, hanno dei tratti del volto particolari e spesso delle malformazioni congenite e, negli anni successivi, manifesteranno un ritardo dello sviluppo staturponderale e cognitivo (è questo il quadro della sindrome feto-alcolica tipica - FAS o *Fetal Alcohol Syndrome*).

Molto più frequentemente i bambini che sono stati esposti al consumo materno di alcol durante la gravidanza alla nascita non mostrano sintomi particolari, ma, all'inizio dell'età scolare, manifestano gravi problemi di attenzione e iperattività.

Mancano studi epidemiologici sulla FAS e sulla FASD in Europa: da uno studio effettuato qualche anno fa su 543 bambini di prima di scuole elementari del Lazio risulta che lo 0,4% della popolazione studiata è affetto dalla forma più conclamata di sindrome feto-alcolica (FAS) e che ben il 2-4% dei bambini esaminati presenta delle anomalie fisiche e comportamentali ascrivibili alla FASD. Sono in corso numerosi studi per ricercare dei bioindicatori di esposizione all'alcol in gravidanza, in particolare si sta studiando l'opportunità di sfruttare la possibilità di evidenziare i metaboliti dell'etanolo (etil-esteri degli acidi grassi ed etilglucuronide) nel meconio del neonato, allo scopo di diagnosticare il più precocemente possibile i bambini affetti.

Anomalie connesse alla sindrome feto-alcolica

- ▶ Ritardo accrescimento in utero e dopo la nascita
- ▶ ridotta circonferenza cranica
- ▶ rima palpebrale corta
- ▶ solco naso-labiale allungato e piatto
- ▶ labbro superiore sottile
- ▶ radice nasale piatta
- ▶ mento "sfuggente"
- ▶ anomalie padiglioni auricolari
- ▶ ritardo sviluppo cognitivo
- ▶ anomalie del comportamento

Conclusioni

■ L'alcol assunto da una donna in gravidanza può influenzare negativamente il futuro del nascituro, in quanto l'esposizione prenatale all'alcol etilico può causare una serie di anomalie e disabilità che hanno conseguenze fisiche, mentali, comportamentali e sociali per tutta la durata della vita. Non essendo stato fissato a tutt'oggi un limite di assunzione di alcol "sicuro" raccomandabile, ne deriva che la scelta migliore è smettere di bere in gravidanza o, meglio, appena si programma la gravidanza, dal momento che gli organi vitali (cervello, cuore, scheletro), si formano durante i primi 10-15 giorni dopo il concepimento, epoca in cui usualmente la donna ignora di essere incinta.

Gli effetti negativi dell'assunzione di alcol in gravidanza sono ormai ben noti e documentati. Non si conosce attualmente se esista o meno una dose "sicura" che possa essere assunta senza rischi per il nascituro, in quanto anche piccole quantità di alcol ingerite occasionalmente possono causare anomalie comportamentali e delle capacità di apprendimento. Sulle etichette di qualsiasi bevanda alcolica è riportato il contenuto di alcol espresso in gradi; per ottenere i grammi di alcol in 100 ml bisogna moltiplicare tale valore per 0,8.

Altre volte ci si esprime con il termine di "unità alcolica": una unità alcolica (12 gr di etanolo) corrisponde ad una lattina di birra (330 ml), ad un bicchiere di vino (125 ml) o ad un bicchierino di superalcolico (40 ml).

(A cura di L. Serra)



Latte di mamma

alimento prezioso per il tuo bambino

"L'allattamento al seno costituisce l'alimentazione naturale ed ideale per il neonato ed apporta allo sviluppo del bambino basi biologiche ed affettive ineguagliabili: la società ha dunque il dovere di promuovere l'allattamento al seno e di proteggere le donne gravide e quelle che allattano contro ogni tipo di influenza esterna che potrebbe comprometterlo". Dichiarazione congiunta dell'OMS-UNICEF ddi Ginevra, ottobre 1989, "Allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità".

A cura di Deborah Silvestrini
U.O. di Pediatria, Imola

Nonostante negli ultimi anni si sia assistito ad un costante aumento dei tassi di allattamento materno in Italia, ci troviamo ancora sotto le percentuali europee nelle varie età, con un'ampia variabilità regionale e locale. Secondo le raccomandazioni dell'OMS, della Società Italiana di Pediatria e dall'Accademia Americana di Pediatria il latte materno esclusivo rappresenta l'alimento ideale per il neonato ed il lattante sano fino al 6° mese di vita e successivamente, con le opportune integrazioni di cibi solidi fino ad oltre l'anno di vita; il latte vaccino andrebbe introdotto nell'alimentazione del bambino sempre su indicazione del proprio pediatra. In Italia le regioni e le aziende ospedaliere si sono attivate perché in ogni punto nascita vengano messi in atto interventi di supporto alla relazione madre-bambino e di sostegno all'allattamento al seno, allo scopo di incrementare i tassi di allattamento materno. Il principale documento di riferimento per la promozione dell'allattamento al seno è la dichiarazione congiunta dell'OMS-UNICEF del 1989, "Allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno, l'importanza del ruolo dei servizi per la maternità" i cui 10 passi hanno individuato gli interventi fondamentali che devono es-

sere realizzati nell'ambito dell'assistenza sanitaria alla gravida ed al neonato.

Effetti benefici dell'allattamento al seno

■ Nel bambino l'allattamento al seno riduce l'incidenza di numerosi tipi di infezione, dalla diarrea a forme gravi di infezione generalizzata; è correlato a punteggi più elevati di quoziente intellettivo in età scolare e ad una maggiore acuità visiva. Molti altri effetti protettivi sono ipotizzati, seppur non completamente dimostrati: riduzione del ri-

schio di obesità ed ipertensione in età adulta, di allergie e di alcune malattie autoimmuni, di alcuni tipi di leucemia e della mortalità successiva al periodo neonatale. Nella mamma l'allattamento al seno riduce il rischio di tumore al seno e determina amenorrea con i conseguenti benefici: più rapido recupero delle riserve di ferro ed effetto contraccettivo (solo nei primi 6 mesi ed in caso di allattamento esclusivo notturno e diurno). Altri effetti ipotizzati per la madre sono la ridotta incidenza di emorragie postpartum, il miglior recu-

OMS | 10 passi per favorire l'allattamento al seno

1. Protocollo scritto da far conoscere a tutto il personale sanitario
2. Preparare tutto il personale sanitario all'attuazione del protocollo
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno
4. Aiutare le madri ad allattare al seno, già mezz'ora dopo il parto (se la madre se la sente)
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere il latte anche in caso di separazione dal neonato
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su indicazione medica
7. Rooming-in (ovvero madre e neonato insieme) 24 ore su 24
8. Incoraggiare all'allattamento al seno
9. Non dare tettarelle o succhiotti ai neonati
10. Favorire la creazione di gruppi di sostegno all'allattamento al seno

pero del peso forma, la riduzione del rischio di tumori all'ovaio e di osteoporosi. Infine non c'è da dimenticare l'aspetto economico ed igienico del latte materno: il latte materno è gratis, disponibile ovunque ed in qualunque momento, tiepido e senza bisogno di alcuna preparazione ed attrezzatura!

Qualche consiglio pratico

■ La mammella è una ghiandola che produce latte se correttamente stimolata. La stimolazione è data dalla suzione del bambino: più spesso e precocemente il bambino succhierà al seno nei primi giorni, prima arriverà la montata latte. Per avere successo nell'allattamento occorre innanzi tutto un buon attacco del neonato al seno.

Queste 4 "regole" possono favorirlo:

- pancia del bambino contro pancia della mamma;
- testa del bambino in asse con il corpo;
- bocca del bambino ben aperta con labbra rivolte all'esterno;
- areola che quasi scompare nella bocca del bambino, soprattutto nella parte inferiore.

La mamma deve essere tranquilla e comoda, avere a disposizione un ambiente intimo e raccolto, spegnere TV e cellulare e rivolgere la sua attenzione al piccolo, ascoltare il ritmo di suzione e deglutizione, stimolarlo delicatamente se fa pause troppo lunghe e attendere che si stacchi spontaneamente dal seno.

Al neonato, almeno nei primi giorni, il seno va offerto ogni volta che piange o che cerca aprendo la bocca ed agitandosi; non vi è un limite massimo di poppate, ma solo un limite minimo di 6-7 pasti al giorno. Nei primi 2-4 giorni di vita tutti i bambini calano di peso: il calo si definisce "fisiologico" se non supera l'8-10% del peso iniziale. In seguito, per sapere se il neonato sta mangiando a sufficienza, oltre al controllo periodico del peso (crescita media settimanale 150-200 g), occorre valutare se bagna almeno 6 pannolini nelle 24 ore, se appare

soddisfatto dopo la poppata, se è roseo e tonico e se evacua almeno 1 volta al giorno; non è invece consigliabile eseguire con regolarità, se non in casi particolari, doppie pesate (prima e dopo la poppata) che creano ansia alla madre. Infine ricordare che un'integrazione o un allattamento con latte formulato per l'infanzia non rappresentano un fallimento o un insuccesso per la madre, e non devono suscitare sentimenti di inadeguatezza o colpa. L'alimentazione deve restare un momento di intimità e di intensa relazione tra madre e bambino e, ove manchi o sia insufficiente il latte materno, lo stesso amore può essere trasmesso nutrendo il bambino con un latte formulato per l'infanzia.

"Nemici" dell'allattamento

- il succhiotto nelle prime settimane di vita,
- il latte artificiale con biberon (eventualmente utilizzare di vie di somministrazione diverse: siringa, cucchiaino o speciali beccucci),
- reggiseno troppo stretto,
- coppette assorbi latte,
- stress e situazioni di disagio o dolore;
- paracapezzoli e tiralatte da usare solo in casi particolari.

Evitare fumo ed alcolici: dieta equilibrata, varia e completa, non esistono cibi proibiti.

Come prevenire le ragadi

■ Per prevenire ragadi ed ingorghi attaccare spesso il bambino al seno in maniera corretta, variandone spesso la posizione, spalmare e lasciare asciugare sul seno qualche goccia di colostro. Tenere il seno ben asciutto; utili impacchi o docce di acqua calda e massaggi prima di attaccare il bambino se il seno è molto teso e dolente.

Latte di mamma, non solo alimento

- Il latte materno è l'alimento qualitativamente migliore per il neonato-lattante in quanto fornisce il corretto apporto energetico attraverso la composizione di nutrienti più appropriata per la specie umana
- fornisce aminoacidi ed acidi grassi essenziali, minerali nel giusto rapporto, microelementi ad elevata biodisponibilità e vitamine
- la composizione del latte materno si mantiene relativamente costante indipendentemente dalla dieta materna, ma si modifica a seconda dell'ora del giorno, della fase della poppata e dell'età del bambino adattandosi alle sue esigenze
- solitamente si crea una reciproca regolazione tra le richieste del bambino e la quantità di latte prodotta dalla mamma, determinando la soddisfazione del piccolo ed una curva di crescita fisiologica.

NUTRIZIONE

RELAZIONE

PROTEZIONE

- L'allattamento materno al seno facilita la relazione di attaccamento madre-neonato, in continuità con il rapporto simbiotico della gravidanza
- nella capacità della madre di soddisfare le esigenze del piccolo, si creano le basi della modalità di relazione con l'ambiente del neonato e della sua fiducia verso il mondo
- il successo nell'avvio dell'allattamento è per la madre fonte di soddisfazione e rinforzo dell'autostima (sembra avere anche un ruolo protettivo nei confronti della depressione puerperale).

Una componente altrettanto importante del latte di donna è la componente non nutritiva, costituita da anticorpi, cellule immunitarie, fattori antibatterici, ormoni e fattori di crescita che:

- potenziano le difese immunitarie del piccolo proteggendolo dalle infezioni
- favoriscono la maturazione del suo intestino e la creazione di una flora microbica benefica.

 **SENSODYNE®**

I gemelli



A cura di Giovanni Corsello
Dipartimento Materno-Infantile
Università di Palermo

La nascita di gemelli è rara, inattesa e comunque “diversa” rispetto alla norma. Caratteristiche della madre e del feto rendono la gravidanza singola la più sicura nell’uomo, sia per lo sviluppo intrauterino che per le modalità del parto.

Gemelli sono circa il 3% dei nati. Esistono alcune etnie (nera) e alcuni continenti (Africa) in cui questi valori possono essere superiori, sino a raddoppiare. Anche familiarità ed età materna avanzata possono aumentare ulteriormente i valori di incidenza, sino a raggiungere probabilità ancora maggiori. Nel corso dell’ultima parte del XX secolo si è assistito ad un incremento del numero di gravidanze gemellari e multiple (triple, quadruple e con ordine ancora superiore), in rapporto alla diffusione della *Procreazione Medicalmente Assistita* (PMA), di gravidanze frutto cioè di tecnologie artificiali applicate al concepimento. Queste tecniche messe in atto per trattare l’infertilità o la sterilità comportano una manipolazione dei gameti o degli embrioni con un impianto multiplo nell’utero.

I gemelli non sono tutti uguali tra loro

I gemelli possono essere distinti, derivare cioè da due embrioni che hanno avuto origine da due ovociti fecondati da due spermatozoi diversi (gemelli dizigotici) o identici, per la divisione di un embrione unico che si è diviso in due, con successivo impianto dei due embrioni distinti nell’utero (gemelli monozigotici). Sul totale dei gemelli i monozigotici sono circa il 20%.

I gemelli identici (monozigoti) condividono molto di più rispetto ai dizigotici caratteri normali e patologici, per l’identità del loro patrimonio genico. I gemelli monozigotici sono quelli più a rischio di malattie e di difetti. Anche i gemelli dizigotici possono condividere alcune malattie, dovute prevalentemente a fattori sfavorevoli intrauterini.

Nascere da una gravidanza gemellare, e ancor più nascere da una gravidanza multipla, non è a “costo zero” per l’individuo, per la sua famiglia e per la società nel suo complesso. Le gravidanze gemellari e multiple sono infatti gravidanze a rischio per la madre e per il neonato, per l’insorgenza di patologie malformative, vascolari, neurologiche, legate a condizioni quali prematurità, difetti di sviluppo e malnutrizione dei feti e condizionanti spesso il ricovero in una unità di terapia intensiva neonatale.

La gestione dei problemi materni, fetali e neonatali connessi con la gemellarità deve essere oggi multidisciplinare e prevedere la cooperazione del ginecologo e del neonatologo sin dalla vita intrauterina. Bisogna effettuare controlli prenatali, sia ecografici che clinici frequenti ed attenti, anche per programmare in modo corretto il tempo, la modalità, la sede del parto per migliorare la sopravvivenza e la salute dei gemelli, specie se prematuri. Per i medici questo è anche un “dovere” etico e costituisce parte integrante degli obblighi sanciti sin dagli albori della professione medica: esercitare la professione alla luce di quanto emerge dal progresso continuo delle conoscenze e delle tecnologie applicate nel rispetto della persona e dei suoi diritti.

Un killer silenzioso: il Fumo

A cura di **Alessandro Zanasi¹**, **Stefano Nava²**
¹Centro Antifumo
²Pneumologia e Terapia Intensiva Respiratoria, Azienda Ospedaliera Sant'Orsola Malpighi, Bologna

S è sempre detto e pensato che il fumo di sigaretta fosse un vizio: un vizio che in qualsiasi momento fosse possibile abbandonare. Niente di più falso. Il fumo di sigaretta non è un vizio, non è un'abitudine, ma una vera e propria tossicodipendenza. Il tabagismo è una malattia.

Composizione del fumo

■ Fumando 20 sigarette al giorno, in un anno introduciamo nel nostro organismo 70.000 carichi di nicotina. Una volta inalata, questa sostanza raggiunge il cervello in 7 secondi (la metà del tempo impiegato dall'eroina iniettata), provocando notevoli modificazioni nella sua attività. Ma, purtroppo, il fumo di sigaretta non è composto da sola nicotina: sono state rile-

vate oltre 2.000 sostanze, derivanti dalla simultanea combustione del tabacco e dei conservanti.

Il fumo tra la popolazione generale

■ In Italia fumano circa 12 milioni di persone, di cui 7 milioni di uomini e 5 milioni di donne. Gli ex fumatori sono 8,8 milioni, i non fumatori sono circa 30 milioni. Sono più di un milione e duecento mila i giovani fumatori in Italia, vale a dire il 19,9% nella fascia d'età che va dai 15 ai 24 anni. La prima sigaretta viene accesa prima dei 15 anni nel 26,6% dei casi, più dalle ragazze che dai ragazzi, ma la maggior parte dei giovani (58,2%) inizia a fumare tra i 15 e i 17 anni e solo il 14,1% tra i 18 e i 24. Rispetto agli adulti i giovani fumano al giorno meno sigarette: 10 contro 14. L'intenzione a smettere di fumare e i risultati mostrano che solo il 10,2% pensa seriamente di abbandonare il vizio del fumo nei prossimi 6 mesi, ma nessuno dei giovani si rivolge al medico per smettere di fumare: soltanto l'1,9% ha dichiarato di aver chiesto aiuto.

Obesità e fumo: legame pericoloso per le adolescenti

Nelle adolescenti l'obesità potrebbe essere la causa di un aumentato rischio di dipendenza da nicotina. Lo sostiene un recente studio americano su oltre 4.000 giovani studentesse, delle quali il 20% risultate ampiamente sovrappeso, raccolti nel corso di un'indagine durata sei anni. Il 17% delle ragazze obese ha riferito una dipendenza da nicotina e sono risultate esposte a un rischio doppio di sviluppare una dipendenza da nicotina in giovane età rispetto alle coetanee normopeso. L'abitudine familiare al fumo aumenta di oltre quattro volte il rischio di dipendenza da nicotina, mentre un buon rendimento scolastico sembra in parte ridurlo.

Le morti per fumo

■ Quasi 5 milioni di persone sono morte nel mondo a causa del fumo, la "prima causa di morte facilmente evitabile". Rimanendo in Europa, l'OMS ha stimato in 1,2 milioni i decessi che ogni anno sono attribuibili al tabacco. Di queste il 35% è dovuto a tumori, il 56% a malattie cardiovascolari e respiratorie, il 9% ad altre cause (sempre fumo-correlate). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il tabacco uccide più dell'Aids e della droga e nel 2015 le morti dovute al tabacco saranno il 10% del totale e supereranno del 50% quelle causate dall'Aids. E' certo che il fumo abbrevia la vita dei fumatori di circa 8,3 anni secondo alcuni studi, altri parlano di un accorciamento della vita di 12 anni.

Danni del fumo

■ Il fumo provoca gravi danni a tutto l'organismo. L'unico aspetto "confortante" che possiamo ricavare riguarda lo smettere di fumare: chi smette diminuisce costantemente i rischi legati a queste patologie, tanto che dopo 10 anni è paragonabile a quello di chi non ha mai fumato. Le sostanze generate dalla combustione della sigaretta provocano seri danni soprattutto agli apparati respiratorio e cardiovascolare, ma non risparmiano: cavità orale e laringe, primo tratto delle vie digestive, placenta e feto, apparato urogenitale, pancreas. Un aspetto sottovalutato ma che riguarda particolarmente i giovani sono gli effetti del fumo SULLA SFERA SESSUALE.

Il fumo fa male ai polmoni, al cuore, alla pelle e a molti altri apparati e organi interni; c'è un effetto collaterale, tuttavia, di cui forse si parla troppo poco, e che interessa gli uomini e di conseguenza anche le donne.

"Fumare rende impotenti e interferisce riducendo la fertilità". La commissione scientifica della *British Medical Association* ha lanciato l'allarme affermando che saranno ben 120.000 gli inglesi a rischio di impotenza a causa del fumo di sigaretta. Nel rapporto sugli effetti del fumo sulla riproduzione, la *British Medical Association* britannica afferma che il fumo danneggia anche lo sperma, diminuendo il numero degli spermatozoi e comportandone di deformi, e nelle donne può portare a sterilità e menopausa precoce in maniera proporzionale al numero di sigarette fumate. Inoltre prodotti carcinogeni del tabacco potrebbero causare mutazioni genetiche che potrebbero persistere anche nel feto. Nelle fumatrici la percentuale di fertilità diminuisce del 10-40 per cento.

Il fumo di sigaretta costituisce la principale fonte di inquinamento "indoor" ovvero dentro le nostre case. Studi su bambini in età scolare dimostrano che l'esposizione al fumo materno in gravidanza costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di patologia respiratoria nel nascituro (bronchite, bronchite asmatiche, tosse notturna). L'esposizione esclusivamente post-natale è un fattore di rischio significativo per infezioni respiratorie acute e per allergie. L'esposizione al tabacco nei primi mesi di vita (e non in gravidanza) è associata ad un aumentato rischio di atopia dose-dipendente. Secondo diversi studi tuttavia, il maggior rischio atopico collegato al fumo sarebbe limitato ai figli di genitori allergici.

Smettere di fumare in gravidanza è essenziale per la salute del proprio bambino

Uno studio condotto su 50 mila donne in gravidanza seguite all'University Medical Centre di Southampton tra il 2002 e il 2010 ha confermato che le future mamme fumatrici che smettono con il vizio durante la gravidanza danno alla luce bambini sani e con lo stesso peso di quelli nati da mamme non fumatrici. Lo studio, presentato nel corso dell'European Society of Human Reproduction and Embryology svoltosi a Stoccolma, mette in evidenza che gli effetti negativi del fumo, per il bebè in arrivo, si possono "cancellare" se si smette con il vizio durante la gestazione.

Un ridotto peso alla nascita è l'effetto più comune del fumo materno durante la gravidanza a cui si aggiungono, in alcuni casi, anche il rischio di parti prematuri e di disturbi connessi allo sviluppo cerebrale. Le madri fumatrici, spiegano i ricercatori, sono sempre state incoraggiate a smettere di fumare una volta rimaste incinte anche se, fino ad oggi, c'erano poche evidenze che rinunciare all'ultimo momento potesse avere effetti positivi sul nascituro.

Fumare in gravidanza danneggia il cuore del nascituro

Lo rivela uno studio olandese, pubblicato su una prestigiosa rivista pediatrica americana che ha esaminato gli effetti del fumo materno in gravidanza, in un campione di 259 bambini di età maggiore a 5 anni. Le neomamme hanno compilato un questionario sulle loro abitudini e su quelle del partner riguardo al fumo in gravidanza e dopo, mentre i ricercatori dello Julius Center for Health Sciences and Primary Care dell'University Medical Center di Utrecht hanno sottoposto i bambini ad una ecografia della carotide misurandone elasticità e spessore della parete. I risultati hanno mostrato che i figli di madri fumatrici hanno l'arteria carotide più rigida del 15% e lievemente ispessita rispetto ai nati da non fumatrici. Se a fumare durante la gravidanza erano entrambi i genitori, la rigidità aumentava e l'ispessimento dell'arteria raddoppiava.

La prima sigaretta come la coca

Quando si aspira per la prima volta il fumo della sigaretta, la nicotina "sveglia" le aree che presiedono alla gratificazione e al piacere (le stesse stimulate dalle droghe pesanti, come la cocaina), ragione per cui la prima esperienza crea una condizione di dipendenza e incentiva il desiderio di continuare a fumare. Un effetto sulla memoria, questo, che è stato svelato dai ricercatori dell'Università di Chicago nel cervello di roditori e sembra trovare pieno riscontro anche nell'essere umano e spiegherebbe perché per molti individui è molto difficile smettere.



■ Si tratta di un programma educativo realizzato grazie al sostegno della Fondazione Pfizer. L'obiettivo primario è di prevenire l'iniziazione al fumo, favorire un maggiore orientamento ai servizi disponibili per la disassuefazione dal vizio ed educare alla tutela della propria salute. La Campagna si rivolge agli adulti fumatori per cercare di dissuaderli, ma al contempo parla ai giovani in termini di prevenzione. Smettere di fumare, quindi, grazie ad un'applicazione per iPhone, iPad e iPod Touch promossa dalla Fondazione Veronesi e dalla Fondazione Pfizer: "No smoking be happy" è il nome del prodotto nel formato preferito dal target dei 33-45enni, la fetta maggiore dei fumatori ■

Cosa ne pensa Beppe Severgnini

twitterintervista sul fumo



- **Marcello Lanari:** Per prima cosa, complimenti! Lei è il giornalista italiano con più followers su Twitter - 189 mila!
- **Beppe Severgnini:** Be'... Montanelli mi ha allenato alla sintesi. Per parlare del fumo propongo, quindi: Twitterintervista.
- Vale a dire?
- Domande e risposte sotto i 140 caratteri. Così non annoiamo.
- D'accordo, iniziamo. Da molti anni lei è impegnato contro il fumo, specie tra i giovani...
- Successo pubblico, fallimento privato: mio figlio Antonio (1992) fuma. Eppure è un ragazzo intelligente.
- Non disperi, spesso smettono... Come spiega l'insuccesso familiare?
- I genitori sono più convincenti con gli estranei. E non sempre.
- Secondo lei, si tratta di dipendenza fisica o psicologica?
- Da papà-osservatore, direi: gestualità, spirito di gruppo, rito di passaggio (speriamo).
- Da cosa nasce il suo impegno? Casualità, consapevolezza dei rischi... ex fumatore?
- Ho fumato sempre poco, e ho smesso a 23 anni. Direi, quindi: sono consapevole del rischio. E posso dirlo?
- Cosa?
- Fumare da adulti è da sciocchi.
- E da giovani?
- Da incoscienti. Da ragazzi si è convinti di essere immortali.
- La cito: "Provate a spiegare a un 15enne che fumare fa male. Vi guarderà come si guarda un piccione, un ponte o un foglio di giornale".
- Infatti. Bisogna inventarsi qualcosa di nuovo.
- Primo obiettivo?
- La butto lì: togliere quell'alone di fascino e "sintomatico mistero" (© Battiato) al fumatore. Su quello puntano, i produttori di sigarette.
- Chi pensa possa essere ascoltato dai ragazzi: personaggi dello spettacolo, sportivi...?
- Nessun adulto, temo. Le immagini drammatiche sui pacchetti, invece, potrebbero funzionare.
- Perché non si è fatto?
- Perché siamo un Paese-struzzo che spesso nasconde la testa nella sabbia. Non solo sul fumo.
- Attraverso quali canali interagire? La scuola?
- La scuola è utile: anche perché l'iniziazione avviene lì.
- Qualche esperienza da raccontarci?
- Ricordo che col dr Roberto Boffi del Centro Antifumo di Milano e le "Iene" televisive ho lanciato un concorso.
- L'idea di fondo?
- "Inventatevi la vostra campagna contro il fumo tra i giovani". I ragazzi hanno fantasia.
- Qualche bella proposta?
- Foto di Schumacher coperto di pubblicità Marlboro e la scritta: "Lui Schumi, noi scemi".
- Non male. Un altro esempio, magari video?
- Un ragazzo esce dalla doccia, la sua ragazza si avvicina: "Perché ti lavi, se poi fumi e puzzi?".
- E' ancora attivamente impegnato contro il fumo?
- Rispondo alle Twitterinterviste e butto via tutti i pacchetti che trovo in giro per la casa.

La vaccinazione anti-Papilloma: singolare femminile?



A cura di Nicola Surico
Presidente della Società Italiana
di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)

Il vaccino contro il Papillomavirus umano (HPV) rappresenta una svolta epocale nel campo della prevenzione delle malattie più gravi; siamo in presenza di un radicale cambiamento sia in termini culturali che scientifici. Proprio questa novità, la possibilità effettiva di vaccinare contro il cancro della cervice, ha innescato una serie di problematiche collegate anche all'età delle giovanette da vaccinare nei confronti di una malattia a trasmissione sessuale che quindi potrebbe manifestarsi soltanto dopo molti anni. Da qui le perplessità di alcuni genitori, ma anche di medici, verso una materia che presuppone sempre più specifiche conoscenze in campo ultraspecialistico. Si pongono quesiti, si cercano risposte ad un bisogno di chiarimenti e rassicurazioni in presenza di messaggi ed informazioni non sempre apparentemente concordanti che giungono spesso in modo incontrollato dai media. Oltretutto l'associazione "infezione da Papillomavirus-cancro

del collo dell'utero" genera ansie e paure spesso infondate, considerato il differente ruolo dei virus a basso rischio rispetto a quelli oncogeni; ma nell'opinione comune la semplice diagnosi di infezione genitale da Papillomavirus umano viene inevitabilmente considerata l'inesorabile anticamera di un cancro, con le comprensibili conseguenze che ciò comporta. Tutto ciò genera incomprensioni e panico soprattutto nelle donne che si rivolgono al personale sanitario nella ricerca di informazioni e di verifiche su un problema - l'infezione genitale da HPV - ormai ampiamente conosciuto ma in modo approssimativo e preoccupato da gran parte della popolazione. L'avvento della prevenzione primaria nei confronti del cervico-carcinoma costituisce un evento straordinario; per tale ragione è importante valutare anche l'impatto psicologico che questa vaccinazione potrà produrre in adolescenti di appena 12 anni di età: da un lato esiste concretamente il rischio di una sopravvalutazione degli effetti con un conseguente infondato senso di invulnerabilità verso TUTTE le malattie a trasmissione sessuale, dall'altro vi è la possibilità di incontrare disinteresse in soggetti ancora troppo giovani per comprendere serenamente l'importanza

del vaccino ma a rischio di subire un qualche turbamento in relazione alle tematiche relative alla sessualità. Per questo riteniamo indispensabile che accanto all'organizzazione di un'efficiente struttura vaccinale si predisponga un'adeguata opera di informazione corretta e scientificamente orientata nei confronti delle giovani generazioni ed anche un efficace counseling verso i genitori di questi giovani che potrebbero essere disorientati da messaggi contraddittori se non addirittura errati. In tal senso la SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) si farà garante della preparazione e dell'aggiornamento dei ginecologi allo scopo di consentire un'adeguata formazione e documentazione su queste tematiche; inoltre nello spazio "Scegli Tu" del sito internet www.sceglitu.it è già possibile trovare alcune risposte alle più comuni domande che le donne si pongono sull'HPV e altre patologie e nel quale è possibile richiedere ulteriori chiarimenti "personalizzati". La vaccinazione contro l'HPV è certamente un grande evento nel campo della prevenzione del cervico-carcinoma ma anche una formida-

bile opportunità di dialogo e di informazione per adulti e adolescenti sul tema delle malattie sessualmente trasmesse che rappresentano un rilevante problema a livello di sanità mondiale. Deve essere chiaro che il vaccino attualmente in commercio non è terapeutico, ma profilattico. Non "cura" il virus, ma previene la sua trasmissione. Comunque avere l'infezione virale nell'80-90% delle donne è solo un fatto transitorio, in quanto soprattutto al di sotto dei 35 anni ha questa alta percentuale di regressione (80-90%). Se il virus ha prodotto delle lesioni evidenziabili con la colposcopia, queste possono essere trattate con il laser CO2 che oltre ad eliminare la lesione va ad indebolire la carica virale e quindi a "favorire" la scomparsa del virus. Presso la Clinica Ginecologica di Novara diretta dal Prof. N. Surico è attivo un Centro di riferimento Regionale di laserchirurgia ginecologica in cui vengono eseguiti trattamenti di CO2 laser vaporizzazione, escissione di lesioni HPV correlate e lasercoagulazioni in regime ambulatoriale e con il minimo discomfort per la paziente.

Cosa è bene sapere della vaccinazione contro il virus del papilloma (HPV)?

La messa a punto del vaccino contro i papillomavirus umani (HPV) ha avuto inizio 15 anni fa, sulla base di tre importanti evidenze: la dimostrazione di una stretta relazione causa/effetto tra HPV, cancro del collo dell'utero (esso rappresenta il 3,7% di tutti i tumori, collocandosi in Italia al quinto posto tra le forme tumorali per incidenza nelle donne con 3.000-3.500 nuovi casi e 1.200-1.800 decessi ogni anno) e verruche genitali, dette anche condilomi acuminati. In commercio sono disponibili due preparati, messi a punto mediante tecniche di ingegneria genetica, e pertanto privi di particelle virali che vengono somministrati nel deltoide: quadrivalente l'uno, bivalente l'altro. Il primo è diretto contro i tipi di HPV 16 e 18, responsabili del 70% dei tumori invasivi, 6 e 11, che possono causare condilomi, e prevede un ciclo di tre dosi, di cui la seconda e la terza a distanza rispettivamente di 2 e 6 mesi dalla prima. Il vaccino bivalente protegge dal contagio da parte dei tipi HPV 16 e 18. Anche in questo caso sono previste tre iniezioni intramuscolari a 0,1 e 6 mesi. In Italia, primo Paese in Europa a intraprendere una Campagna vaccinale, l'offerta pubblica gratuita della vaccinazione si rivolge alle bambine tra gli undici e i dodici anni, nelle quali è massimo il profilo costo/beneficio sia perché la somministrazione del vaccino prima dell'inizio dei rapporti sessuali induce un'efficace protezione, sia perché la risposta immunitaria in questa fascia di età è maggiore di quella osservata nelle donne. E' in corso di valutazione un ulteriore sviluppo della strategia vaccinale per estendere l'offerta attiva anche a donne tra i 25 e i 26 anni, preferibilmente in concomitanza con il primo invito all'esecuzione dello screening attraverso il pap test. Si sta inoltre discutendo dell'opportunità di una futura vaccinazione anche dei ragazzi, che veicolano il virus.

Vaccino HPV anche per l'uomo

■ Se ne discute ormai da tempo e nuovi dati della letteratura sembrano confermare sempre più gli orientamenti della comunità scientifica: oltre che nelle donne, il vaccino HPV trova ampia e giustificata indicazione anche nel sesso maschile, che funge da veicolo del virus e ne subisce al tempo stesso le conseguenze, in termini di manifestazioni a livello orale e genitale. La vaccinazione dell'uomo ha una doppia finalità:

1. Protettiva nei confronti di condilomi, carcinoma del pene HPV correlato e carcinoma dell'ano.
 2. Vaccinazione di massa con abbattimento anche dei reservoirs di HPV frequenti nel sesso maschile (la scarsa risposta immunitaria nell'uomo permette la persistenza virale) con conseguente prevenzione della trasmissione al sesso femminile.
- In conclusione, la vaccinazione dell'uomo permetterebbe di prevenire l'insorgenza di condilomi, di carcinoma anale, del pene, di carcinoma orofaringeo ed il contagio al sesso femminile. Tra le ultime esperienze quella pubblicata su una prestigiosa rivista internazionale, il New England Journal of Medicine, frutto dell'osservazione di oltre 4.000 ragazzi e uomini sani d'età compresa tra 16 e 26 anni. Secondo un criterio di casualità, essi sono stati assegnati a ricevere un ciclo completo di tre dosi di vaccino quadrivalente (attivo contro i tipi 6, 11, 16 e 18) oppure di placebo, cioè un preparato apparentemente indistinguibile ma privo della componente attiva. L'obiettivo dello studio era di verificare la riduzione di lesioni genitali esterne dovute ai quattro sierotipi virali: 36 sono state quelle osservate negli individui vaccinati contro le 89 nel gruppo placebo. Un dato importante emerso riguarda infine la tollerabilità: una maggiore frequenza di dolore nella sede di iniezione è stato l'unico effetto collaterale nei vaccinati.

Alle minorenni vietate le protesi al seno

Con un provvedimento il Consiglio dei Ministri ha deciso di porre un freno al fenomeno degli interventi estetici vietando le protesi alle minorenni e istituendo un registro nazionale, grazie al quale sarà possibile ricostruire la storia di ogni intervento, con la tracciabilità dei materiali utilizzati e il follow-up della paziente. Con questo DDL si vogliono tutelare tutti coloro che si sottopongono a questo tipo di intervento chirurgico sia sotto il profilo della qualità dei materiali utilizzati che dell'appropriatezza degli atti medici.

Occhio alle proteine del latte vaccino

Latte vaccino o latte formulato dopo l'anno? Il latte di crescita

A cura di Claudio Maffei
Clinica pediatrica, Università di Verona

Nutrire in modo corretto consente un accrescimento ottimale del bambino, oltre ad uno sviluppo neuropsicologico ed una maturazione del sistema immunitario regolari. Eccessi e carenze nutrizionali, sia in termini di calorie che di nutrienti rispetto ai reali fabbisogni, ostacolano questi processi.

Il latte umano è l'alimento ideale dalla nascita in poi. Il solo latte materno garantisce tutti i nutrienti e l'energia necessari al bambino fino al sesto mese. Poi è necessario aggiungere, progressivamente al latte, alimenti semisolidi e successivamente solidi per soddisfare le sue aumentate esigenze. Molte mamme riescono ad allattare ma poche allattano fino al compimento del primo anno del bambino o oltre.

Purtroppo, nonostante le indicazioni contrarie dei pediatri dell'European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), molte mamme introducono il latte vaccino prima dei 12 mesi. Questa scelta espone il bambino ad un'alimentazione incongrua rispetto alle raccomandazioni nutrizionali con possibili eccessi (ad es.: proteine) e carenze (ad es.: ferro, vitamina D, vitamina A).

Nella prima infanzia, mediamente, i piccoli assumono proteine in largo eccesso (più del doppio) ri-

spetto ai livelli di assunzione raccomandati di nutrienti (LARN) per sesso ed età. Un elevato apporto di proteine nelle prime età è stato associato allo sviluppo di obesità nelle età successive e l'obesità è di gran lunga il problema nutrizionale più grave ed importante in Italia dove nell'età prescolare 1 bambino su 4 è già obeso o sovrappeso.

Nel secondo anno di vita, l'American Heart Association consiglia di somministrare 500 ml di latte al giorno. In Italia il consumo di latte e latticini rilevato tra 0 e 36 mesi è di 400 ± 240 ml/die, confermandosi abbastanza vicino alle raccomandazioni. Il numero di mamme che allatta al seno il proprio bambino dopo che questi ha compiuto i 12 mesi è minimo. Per molte mamme si pone quindi la domanda di quale sia il latte migliore da offrire al piccolo.

Quale latte scegliere dopo il primo anno?

La scelta è tra latte di latteria e latte formulato. Guardando alla composizione, il latte vaccino contiene circa 3,3 g di proteine per 100 ml. Il latte formulato, chiamato anche latte di crescita, contiene mediamente la metà delle proteine del latte vaccino.

Poiché il latte dovrebbe essere la principale fonte di proteine nella dieta anche nel secondo anno di vita, un latte con meno proteine consente più facilmente di mantenere la quota proteica entro i livelli raccomandati (1,5 g/kg al giorno) evitando di dover ridurre a meno del 50%



gli apporti correnti di altri alimenti contenenti proteine quali carne, pesce, legumi, essendo quella relativa ai cereali assai difficilmente riducibile.

Questo contrasta con l'esigenza di fornire al piccolo una dieta varia, con cui egli possa apprendere gusti e sapori forniti da cibi diversi, garantendo al contempo un minor rischio di possibili carenze in nutrienti. Tra queste, la più comune è la carenza di ferro che, nelle prime età, è stata associata a deficit dello sviluppo neurologico del bambino con possibili conseguenze a lungo termine.

La dieta tipo nella prima infanzia è generalmente povera in ferro. La carne contiene ferro e viene comunemente ritenuto che una dieta comprendente la carne sia sufficiente a soddisfare i fabbisogni in ferro. Questo può essere vero solamente per apporti in carne elevati, che contribuiscono ad aumentare di

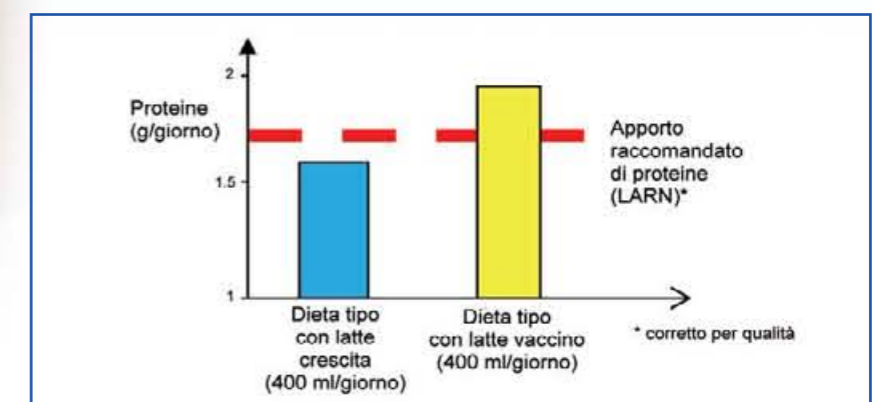
molto l'apporto proteico, già di per sé troppo elevato nel piccolo (vedi sopra).

Il latte come veicolo per la supplementazione in ferro si è dimostrato più efficace sia della somministrazione farmacologica (gocce) che della stessa carne. Il latte formulato (crescita) contiene circa 1,2 mg per 100 ml mentre il latte vaccino ne contiene 0,05 mg. L'utilizzo di latte formulato permette quindi di soddisfare i livelli raccomandati (LARN) di ferro consentendo di limitare l'apporto proteico tipici del latte vaccino.

Il latte di crescita

In conclusione, ricordando quanto nel secondo anno sia importante un'alimentazione varia, che protegge efficacemente da eccessi e carenze, l'assunzione di latte formulato (latte crescita) nel secondo anno di vita presenta dei vantaggi rispetto al latte vaccino e costituisce quindi una valida scelta.

Grafico delle proteine con e senza latte vaccino (dieta tipo)



Acne & Adolescenza - mito o realtà?

A cura di Mauro Paradisi, Dermatologo Roma

Poiché da che mondo e mondo l'acne è una malattia dell'adolescenza, perché curarla se poi passa da sola?

■ L'adolescenza è un momento molto particolare della vita, in cui cambiamenti psico-somatici, sessuali e comportamentali si intersecano, rendendo l'adolescente più emotivamente sensibile al proprio aspetto mentre costruisce la propria personalità. L'acne colpisce fino all'80 per cento degli adolescenti, e non deve essere considerata solo un problema estetico, ma può avere effetti significativi sul piano emotivo e psicologico. Può avere frequentemente un impatto negativo sull'umore, l'autostima e le relazioni con i coetanei e può portare a depressione ed isolamento.

Perché l'acne viene alla pubertà?

■ Avvicinandosi alla pubertà, l'aumento degli ormoni prodotti dalle ghiandole surrenali prima, e testicolari ed ovarici dopo, stimolando le ghiandole sebacee determinano un aumento della produzione di sebo (iperseborrea) con cute grassa e untuosa specie al viso e talvolta al torace e al dorso. In più, la regolare fuoriuscita del sebo da queste ghiandole è resa difficoltosa da un eccesso di cheratina, con formazione di "tappi" che occludono il follicolo pilo sebaceo. Si forma così il comedone aperto (il cosiddetto "punto nero") o, se posto più profondamente, il comedone chiuso ("punto bianco"). L'intervento di alcuni batteri come il *Propionibacterium acnis* determinano un'inflammatione con la formazione di papule e pustole, i cosiddetti temibili "brufoli".

Ci sono dunque vari tipi di acne? Che ricerche si devono fare?

■ L'acne dell'adolescente è spesso definita polimorfa, perché associa in genere aspetti di acne non infiammatoria (punti neri e punti bianchi), a quelli di acne infiammatoria (papule, pustole). Vi è poi, più raramente, un'acne nodulo cistica, con tramiti fistolosi pieni di pus che in genere si complica con cicatrici. In caso di acne severa o resistente o in presenza nelle ragazze di segni come eccesso di peluria o disordini mestruali va eseguito un dosaggio ormonale ed una ecografia ovarica.

La dieta, lo stress, il trucco influenzano l'acne?

■ In realtà il tipo di alimentazione non è molto importante. Assolto il cioccolato, il nuovo imputato è ora un eccesso di prodotti caseari. Sull'acne sicuramente incide lo stress, il consumo di fumo, il trucco pesante che occlude gli sbocchi dei follicoli pilo sebacei. Mentre in genere l'estate migliora l'acne, molta attenzione deve essere rivolta all'esposizione incongrua al sole (esiste una rara forma detta acne di Maiorca, dovuta ad essa) ed alle lampade abbronzanti specie durante le terapie anti acne.

Mio figlio ha il viso rovinato dai brufoli. Vorrei farlo curare ma lui non vuole... che fare?

■ Oggi l'acne si può curare, e bene, prevenendo anche la formazione di cicatrici. Ma la cura dell'acne richiede del tempo, un buon rapporto con il medico, buon senso ed un po' di sacrificio e di costanza da parte dell'adolescente. Se non vi è questa disposizione o l'adolescente viene "trascinato" dal medico si parte con il piede sbagliato. Talvolta anche durante la visita è bene lasciar l'adolescente solo con il medico, in modo da favorirne la privacy e lasciarlo liberamente esprimere dubbi o domande.

Quali sono le cose da evitare?

- ✗ "stuzzicare" i brufoli, che è il modo migliore per farli durare più a lungo, renderli più evidenti e favorire le cicatrici;
- ✗ dare retta ai rimedi alternativi che colpiscono l'immaginazione, ma non hanno nessuna evidenza scientifica: le erbe, il dentifricio sui brufoli, l'omeopatia;
- ✗ i cosmetici pesanti e occlusivi: il trucco si può usare, ma deve essere concordato con il medico, che lo consiglierà tra quelli più appropriati;
- ✗ diete restrittive, che non servono a nulla;
- ✗ attenzione anche all'azione favorente l'acne di alcuni farmaci;
- ✗ la fretta: la formula tutto e subito qui non funziona.

Quali le cure per l'acne "comune"?

■ Se vi è solo una untuosità eccessiva possono bastare l'acido azelaico o i dicarbossilici. In caso di acne non infiammatoria si deve dare la preferenza agli acidi retinoidi, che consentono di favorire il ricambio della pelle agendo come una pialla, al prezzo di un po' di rossore e desquamazione. Il benzoino perossido, gli antibiotici topici, la nicotinammide ci verranno in aiuto in caso di lesioni infiammatorie. Se queste ultime sono importanti si somministreranno antibiotici del tipo delle tetracicline, da uno a tre mesi. Se l'acne è mista, cioè polimorfa, si useranno combinazioni tra questi farmaci. Tutti questi farmaci non devono essere assunti senza una precisa indicazione medica.

Dare un antibiotico così a lungo non è pericoloso?

■ Questo tipo di antibiotici in realtà oggi viene impiegato solo per l'acne, ed i possibili effetti collaterali (mal di stomaco, diarrea, candidiasi nelle ragazze), sono limitati.

E per l'acne grave e resistente?

■ Si può ricorrere alla somministrazione orale di isotretinoina, ma attenzione: la sua prescrizione spetta solo al dermatologo per i suoi effetti collaterali (secchezza della cute e delle mucose, possibili effetti sul fegato e sul colesterolo) e, nelle femmine, per il suo effetto teratogeno che dura per tutto il tempo della terapia, 4-6 mesi. Si tratta di un farmaco straordinariamente efficace in grado di risolvere casi "disperati" ed anche sicuro, se si attua un controllo mirato con una guida esperta.

Per gli esiti, le cicatrici, cosa si può fare?

■ Attualmente si può fare molto sugli esiti cicatriziali conseguenti ad una brutta acne, dai peeling chimici all'acido glicolico o tricloroacetico, alla laserterapia, alla dermoabrasione.

Piercing e tatuaggi: quando preoccuparsi?

A cura di Giovanni Migliarese,
Claudio Mencacci
Dipartimento di Neuroscienze A.O.
Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

Il termine piercing, o più precisamente "body piercing" deriva dall'inglese to pierce ("perforare") e indica la pratica di forare alcune parti superficiali del corpo allo scopo di introdurre oggetti, generalmente metallici, ma anche in pietra o altro materiale. Dal concetto di piercing viene escluso il piercing ornamentale e limitato al lobo dell'orecchio (i classici orecchini).

Il piercing è una pratica che ha origini antiche e che presentava finalità diverse: poteva infatti permettere di distinguere i ruoli all'interno di una comunità, e quindi dare informazioni sull'individuo e sulla sua appartenenza, o essere legato a significati rituali e a cerimonie spirituali.

Da alcuni anni il piercing mostra un'elevata diffusione nella popolazione giovanile con localizzazione prevalentemente a livello di orecchie, narici, arcata sopraccigliare, addome.

Il tattooing (dal polinesiano *tatau*, decorare) è anch'essa una tecnica molto antica che negli ultimi decenni ha mostrato sempre più una diffusione nella popolazione generale: è un fenomeno spesso associato al piercing del quale condivide aspetti simbolici simili. Diffuso maggiormente tra i maschi, è più comune nella giovane età adulta (anche per una semplice questione economica), ma può essere osservato anche tra i giovanissimi.

Stante la diffusione di tali pratiche sono comuni le richieste di chiarimento e dei rischi a loro associati da parte di genitori preoccupati dalle continue discussioni con i figli adolescenti riguardo tale argomento.

Perché il piercing è così diffuso in adolescenza?

■ In età adolescenziale si porta a compimento lo sviluppo dell'identità personale; l'adolescente affronta dei compiti evolutivi nuovi rispetto all'infanzia: innanzi tutto impara ad accettare i repentini cambiamenti del proprio corpo e deve acquisire una nuova capacità di pensare al proprio corpo (sia dal punto di vista personale che sociale/relazionale ed erotico). Il corpo diviene il luogo elettivo per comunicare con il mondo esterno: poichè l'adolescente non è in grado (o è ancora poco in grado) di accedere ai processi di simbolizzazione e di rappresentazione mentale dei cambiamenti in atto, tende a ricorrere al suo corpo (e ai comportamenti agiti) per esprimere le proprie emozioni, difficoltà e sofferenze.

Il piercing, così come il tattooing, possiede quindi un significato simbolico che ben si adatta al percorso di sviluppo identitario dell'adolescente: permette infatti di modificare il proprio corpo (e da quindi la sensazione di averne pieno possesso e di essere almeno in parte protagonisti rispetto ai numerosi cambiamenti subiti), e permette di smarcarsi dalle aspettative della famiglia di origine (quindi con un significato simbolico di gesto di passaggio, una specie di "rito di iniziazione" che fa sentire grandi e diversi, anche dalle aspettative estetiche dei genitori). Accanto a questi aspetti "per se stessi" piercing e tattooing contengono

Rischi legati all'applicazione di piercing e tatuaggi:

- infezioni, locali o sistemiche causate da microrganismi normalmente presenti sulla cute, o provenienti dal cliente precedente o dall'operatore; tra le possibili infezioni trasmissibili in caso di mancata osservanza delle norme igieniche ricordiamo epatiti virali (A, B, C) e l'HIV; questi rischi sono fortemente amplificati in caso di "fai da te", attuato dai ragazzi stessi con graffette, aghi o spilli;
- sensibilizzazioni allergiche alle sostanze introdotte (colori o metalli);
- reazioni infiammatorie a carico della pelle e specifici rischi in relazione alla sede di applicazione del piercing. Le zone a maggior rischio di complicazioni (infezioni, sanguinamenti, cicatrici deturpanti) sono la bocca (labbra, lingua), le aree intorno agli occhi, le cartilagini e i genitali.

(A cura di L. Serra)



La Circolare del Ministero della Sanità del 5 febbraio 1998 stabilisce le Linee Guida per l'esecuzione di procedure di tatuaggio e piercing ponendo particolare attenzione all'aspetto igienico sanitario dei luoghi in cui si svolgono le attività e delle apparecchiature utilizzate. Richiede agli operatori una specifica autorizzazione dell'Azienda sanitaria competente, che accerti l'esistenza dei necessari standard igienici e dispone l'attivazione di corsi di formazione obbligatori per chi esercita l'attività. Evidenzia l'esigenza di informare gli utenti sui rischi di trasmissione delle malattie infettive correlate alle procedure di tatuaggio e piercing e prevede il ricorso a provvedimenti legislativi per limitare tali procedure in relazione all'età del soggetto. L'età minima richiesta per effettuare un piercing o tatuaggio nei negozi autorizzati è 14 anni; per i minorenni è richiesta l'autorizzazione dei genitori.

anche importanti aspetti socio/relazionali, messaggi sia di appartenenza che di definizione di sé all'interno del gruppo dei pari.

Caratteristiche del piercing e del tattooing estetico

■ Sicuramente piercing e tattooing possono essere scelti per abbellire il corpo e se stessi. Si tratta generalmente di piercing e tatuaggi limitati, estetici, in zone socialmente accettabili (ad esempio piercing all'ombelico, alle narici, soprattutto se limitati, piccoli tatuaggi sul collo, all'inguine, al piede, sul braccio). Possono essere un segno di distinzione (da quelli che non lo fanno), e di appartenenza al gruppo. Possono essere effettuati per rendere visibile un legame affettivo (molte ragazze vanno assieme a farsi fare il piercing all'ombelico che diviene il concreto segnale del legame esclusivo di amicizia). Molte giovani coppie invece possono scegliere il piercing o il tattooing insieme, come segno di appartenenza reciproca.

Se "vezzo innocente" piercing e tattooing non contengono importanti valenze aggressive nei confronti dei familiari, non sono eccessivamente ostentati o di dimensioni e forme eccessive.



Quando preoccuparsi: a cosa prestare attenzione?

■ Questi fenomeni, che non rappresentano una manifestazione clinica diretta di malattie psichiche, possono comunque essere una spia di disagio. Deve essere chiaro che se da un lato vi sono situazioni in cui di per sé il piercing/tattooing può essere un segnale di malessere, ed è meglio che venga fatto un approfondimento, è spesso impossibile correlare questi comportamenti al malessere psichico se non si ha un'attenzione globale all'adolescente. Alcune caratteristiche quali la ripetitività, l'utilizzo di materiali o zone meno accettati socialmente, il fare uso di tecniche deturpanti possono essere segnale di distur-

bi psichici e meriterebbero approfondimenti. Il dismorfismo corporeo (caratterizzato da profonda insoddisfazione per difetti anche minimi del proprio corpo, che non viene accettato ma richiede una continua manipolazione e si associa a forti quote d'ansia) può essere associato all'uso importante di piercing o tatuaggi. Anche molti disturbi della personalità possono associarsi a queste tecniche (generalmente ragazzi con disturbi di personalità hanno un ricorso ripetitivo ed eccessivo a piercing o tatuaggi). L'attenzione globale all'adolescente è importante soprattutto in tutti quei casi in cui il piercing o il tatuaggio non è eccessivo o deturpante (aspetto che, come detto, da solo consiglia un approfondimento): infatti, sempre per il carattere simbolico, piercing e tatuaggi possono essere scelti dai ragazzi anche come marchio, come segnale di sopravvivenza in seguito a esperienze traumatiche o gravi crisi personali.

Bisogna quindi prestare attenzione a modificazioni del rendimento scolastico (drastico peggioramento delle performance), a modificazioni importanti del ritmo sonno-veglia, alla perdita di interesse per attività che usualmente

erano vissute come piacevoli. Segnali preoccupanti sono ovviamente rappresentati anche dal disinteresse per la propria cura/igiene personale, da modificazioni importanti dell'umore (sia irritabilità estrema che depressione soprattutto se associata a forte interesse per la morte) o da disturbi del comportamento (furti, risse, frequentazioni di gang giovanili, comportamento ricattatorio, comportamento aggressivo). Infine può essere utile prestare attenzione anche all'ambiente familiare in quanto gli adolescenti tendono a risentire in modo importante e più degli adulti delle tensioni dell'ambiente in cui vivono, non avendo ancora sviluppato modalità idonee ad affrontarle.

il DOLORE lieve-moderato nel bambino

10 domande e 10 risposte

A cura di Laura Serra
Dipartimento di Pediatria, Imola

L'incidenza del sintomo dolore in età pediatrica è elevata e accompagna situazioni cliniche diverse: patologie infettive, traumi, patologie ricorrenti (cefalea e dolore addominale ricorrente interessano il 15-25% dei bambini in età scolare), patologie croniche (oncologiche, reumatologiche, ortopediche, metaboliche...), interventi chirurgici, test diagnostici e/o terapeutici. È un sintomo che compromette la qualità di vita del bambino e crea angoscia e preoccupazione nei familiari. Nonostante le conoscenze raggiunte sul dolore neonatale e pediatrico siano tali da poter assicurare un corretto ed efficace approccio terapeutico, talvolta la mancanza di formazione degli operatori sanitari, il timore nell'utilizzare i farmaci antidolorifici (*analgesici*), soprattutto gli oppioidi e la carenza di risorse hanno portato a sottostimare il problema e/o a non affrontarlo in modo adeguato.

1 Cosa è cambiato in Italia con la legge 38 del 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"?

La legge 38 del 15 marzo 2010 ha segnato un importante passo avanti nella promozione della cultura della lotta contro il dolore: il trattamento del dolore viene definito come diritto alla salute del bambino e della sua famiglia, pertanto indipendentemente dall'età, situazione clinica e luogo in cui si vive la propria malattia, il

dolore deve essere adeguatamente considerato, valutato e trattato. È stato ideato un nuovo modello organizzativo in ambito pediatrico che prevede l'istituzione di Centri specialistici regionali di riferimento per la terapia del dolore ed il coinvolgimento dei pediatri ospedalieri e di libera scelta, in rete con il Centro, al fine di creare una rete integrata ospedale-territorio in grado di fornire la terapia più consona alle esigenze del singolo paziente e della sua famiglia, anche nelle situazioni più complesse.

Il rilevamento dell'intensità del dolore, la sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché i farmaci antidolorifici utilizzati ed il risultato conseguito devono essere riportati nella cartella clinica di tutti i pazienti ricoverati in ospedale, al pari della misurazione di altri parametri vitali (pressione arteriosa, battito cardiaco, temperatura corporea...).

2 La percezione del dolore nel bambino è diversa da quella dell'adulto?

Non esistono limiti d'età alla percezione del dolore. A partire dalla fine del secondo trimestre di gestazione, il feto possiede le strutture anatomiche e neurochimiche adeguate per percepire il dolore e sin dall'età neonatale esiste una "memoria del dolore". A parità di stimolo il neonato percepisce un dolore più intenso rispetto alle età successive. È provato che stimoli dolorosi ripetuti in età pediatrica, non trattati adeguatamente, condizionano la vita futura del bambino, modificando la soglia del dolore; l'utilizzo di una appropriata terapia antalgica ne riduce gli effetti negativi.

3 Come si misura l'intensità del dolore nel bambino?

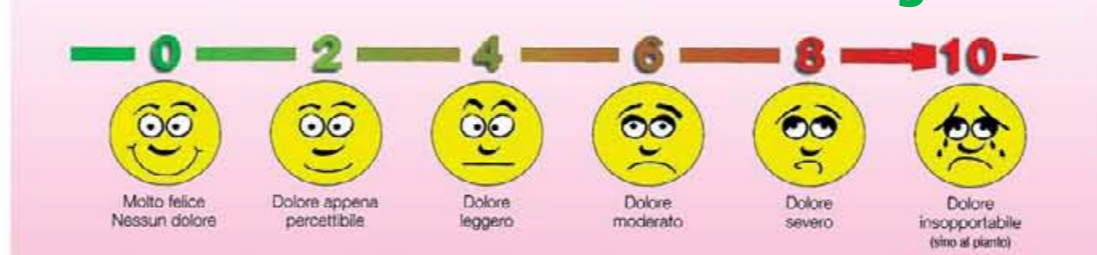
Nei bambini di età inferiore a 3 anni si utilizzano scale comportamentali basate sull'osservazione da parte dell'operatore di alcuni parametri quali: l'espressione del volto, posizione e movimenti delle gambe e del corpo, presenza di pianto o lamento, consolabilità; dall'età di 3 anni si impiegano scale molto semplici che utilizzano il confronto del dolore percepito dal bambino con una serie di "faccine" (sorrisi

o in lacrime); dall'età di 8 anni può essere utilizzata la scala numerica, linea orientata orizzontalmente i cui estremi sono caratterizzati da "nessun dolore" (0) e "il peggiore dolore possibile" (10). Il dolore è classificato secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità in lieve, moderato e forte.

Intervalli di livello del dolore

- ▶ 0 = nessun dolore
- ▶ 1-3 = dolore lieve
- ▶ 4-6 = dolore moderato
- ▶ 7-10 = dolore forte

Bambino di età >3 anni: scala di Wong-Baker



Nella terapia del dolore è utile procedere "a tappe", con una gradualità nella scelta del farmaco o dei farmaci da utilizzare, correlata all'intensità del dolore stesso e alla presenza o meno di componente infiammatoria. Nel dolore di intensità lieve-moderata si ritiene adeguato l'uso di paracetamolo o di farmaci anti-infiammatori (FANS); nel dolore di intensità crescente o in caso di scarso controllo del dolore con paracetamolo o FANS, si utilizzano farmaci ad azione analgesica più potente (oppioidi), anche in associazione.

4 Come si può trattare il dolore lieve-moderato non dipendente da un processo infiammatorio (dolore addominale, dolore da trauma, dolore da crescita, emicrania)?

Il Paracetamolo è il farmaco analgesico tradizionalmente più usato in età pediatrica per l'ottimo rapporto in termini di efficacia e sicurezza ed è considerato di prima scelta nel trattamento del dolore lieve-moderato non dipendente da un processo infiammatorio; dopo somministrazione per via orale è rapidamente assorbito, può essere assunto indipendentemente dai pasti, dal momento che non provoca irritazione gastrica. Agisce entro 30 minuti circa e l'effetto permane per 4-6 ore.

5 Come deve essere dosato il paracetamolo?

La dose antalgica per bocca è lievemente superiore a quella antipiretica. Il dosaggio deve sempre essere calcolato in base al peso del bambino e non all'età (15/20 mg per Kg di peso per dose). È prevista una prima dose più alta, definita "d'attacco"; il dosaggio massimo di paracetamolo nelle 24 ore non deve superare i 60 mg/Kg nei bambini con meno di 3 mesi e gli 80 mg/Kg nei bambini con più

di 3 mesi, per la possibilità di danni al fegato. I dosaggi massimi non andrebbero mantenuti oltre le 48-72 ore.

6 Cosa fare quando il dolore dipende da un processo infiammatorio (otite, laringite, faringite)?

In caso di patologie con componente infiammatoria, come otite, laringite o faringite è più indicato il ricorso ai farmaci anti infiammatori non steroidei (FANS). Il più utilizzato nei primi anni di vita è l'ibuprofene, l'unico FANS la cui somministrazione è autorizzata dal Ministero della Salute a partire dai 3 mesi di età. L'ibuprofene possiede anche un buon effetto antipiretico. Nel bambino più grande, dai 6 anni, è prescrittibile anche il ketoprofene.

7 Come deve essere dosato l'ibuprofene?

Il dosaggio dell'ibuprofene, assunto per via orale, è di 10 mg per Kg di peso per dose con un intervallo tra una somministrazione e l'altra di 6/8 ore. Il dosaggio massimo di ibuprofene nelle 24 ore non deve superare i 40 mg/Kg. L'ibuprofene come tutti i FANS deve essere assunto a stomaco pieno per la possibilità di irritazione e sanguinamento gastrico; occorre fare attenzione nei bambini disidratati o con problemi renali per la possibilità di alterazione della funzione renale.

8 Quali sono gli errori più frequenti, in cui si può incorrere nella definizione di un programma antalgico?

- ▶ Sottostima del sintomo dolore e mancata prescrizione della terapia antalgica.
- ▶ Utilizzo di farmaci non adeguati all'entità del dolore.
- ▶ Somministrazione del farmaco "al bisogno" e non ad intervalli regolari.
- ▶ Dosaggio inadeguato del farmaco rispetto all'indicazione terapeutica.

- ▶ Non utilizzo della via di somministrazione meno invasiva a parità di efficacia.
- ▶ Non tener conto di eventuali controindicazioni e/o effetti collaterali dei farmaci.

In ogni caso l'adeguato controllo del dolore importante e/o persistente richiede un programma terapeutico "individualizzato" prescritto dal pediatra e condiviso con i familiari.

9 Come comportarsi nel neonato?

Il paracetamolo è il farmaco più indicato per il trattamento del dolore lieve-moderato anche nel periodo neonatale. Fenomeni di tossicità con aumento delle transaminasi, tuttavia, possono verificarsi in particolari situazioni (nutrizione parenterale, prematurità estrema). Il dosaggio varia in rapporto all'età gestazionale. Non deve essere somministrato in presenza di ittero, o, comunque, ne va ridotto il dosaggio. Deve essere comunque prescritto dal pediatra. L'analgesia per le procedure in aree superficiali (es. pre-

lievi) può essere ottenuta con l'applicazione locale di una emulsione a base di anestetici locali.

10 Cosa si intende per terapia antalgica non farmacologica?

Alcuni accorgimenti di facile attuazione possono ridurre la percezione del dolore: nel bambino più piccolo (0-2 anni) il controllo delle sovrastimolazioni ambientali (luci soffuse, rumori ridotti), il contatto fisico (toccare, accarezzare, cullare), ascoltare musica, la somministrazione di soluzioni zuccherine, il rispetto del riposo; nei bambini da 2-6 anni è utile ricorrere a tecniche di distrazione quali: raccontare fiabe, guardare la televisione o un DVD, giocare, ascoltare musica; in quelli ancora più grandi si può ricorrere alle tecniche di respirazione (invitando il bambino a respirare piano e profondamente), rilassamento muscolare, visualizzazione (guidando il bambino ad immaginare una situazione piacevole e/o un luogo preferito in cui vorrebbe trovarsi).

Età	Interventi non farmacologici per il controllo del dolore
0-2 anni	Contatto fisico: toccare, accarezzare, cullare Ascoltare musica; giocattoli sopra la culla Controllo delle sovra stimolazioni ambientali
2-6 anni	Distrazione e coinvolgimento: raccontare/leggere fiabe al bambino, giocare con pupazzi, respirare piano e profondamente, bolle di sapone, guardare la televisione, parlare dei luoghi preferiti
6-13 anni	Musica, respirazione, rilassamento muscolare, guardare la televisione, immaginare situazioni piacevoli/luoghi preferiti

Nella pratica

- ▶ Calcolare sempre il dosaggio dei farmaci analgesici in **funzione del peso e non dell'età del bambino**.
- ▶ **Dolore senza componente infiammatoria** (es: dolore addominale, dolore da trauma, dolore da crescita, emicrania): preferire il Paracetamolo.
- ▶ **Dolore con componente infiammatoria** (Otite, Laringite, Faringite): preferire l'ibuprofene.
- ▶ **Bambino a stomaco vuoto**: preferire il paracetamolo per assenza complicazioni gastriche.
- ▶ **Neonato**: preferire sempre il paracetamolo. Ibuprofene non indicato sotto i 3 mesi.
- ▶ **Dosaggio paracetamolo**: il dosaggio analgesico del paracetamolo è di 15/20 mg per kg di peso per dose. Il dosaggio massimo di paracetamolo nelle 24 ore non deve superare i 60 mg/Kg nei bambini con meno di 3 mesi e gli 80 mg/Kg nei bambini con più di 3 mesi.
- ▶ **Dosaggio ibuprofene**: il dosaggio dell'ibuprofene, assunto per via orale, è di 10 mg per Kg di peso per dose con un intervallo tra una somministrazione e l'altra di 6/8 ore. Il dosaggio massimo di ibuprofene nelle 24 ore non deve superare i 40 mg/Kg.

Tosse: un aiuto naturale



DicoTUSS: la sinergia vincente
tra natura, ricerca e tradizione

Sciroppo 100 ml

Dosi consigliate: 5 ml (mezzo misurino)
2 volte al giorno; per bambini oltre
i 20 kg: 10 ml (1 misurino) 2 volte al
giorno o secondo parere del pediatra.



**Hedera
helix**



**N-acetil
L-cisteina**



**Miele
millefiori**

www.dicofarm.it

DICOFARM

Il meglio della ricerca, il buono della natura.

Dermatite atopica e qualità di vita: il triangolo bambino, mamma e pediatra



Oltre alle note implicazioni cutanee e sistemiche, la dermatite atopica (DA), che in Europa registra una prevalenza pediatrica del 10-20% (1), è anche una patologia con molteplici ripercussioni sul benessere psicofisico del piccolo paziente e per così dire sulla serenità entro le mura domestiche. Questa evidenza, ampiamente documentata in letteratura, ha trovato ulteriore conferma in una recente indagine trasversale (2) condotta su 60 bambini italiani d'età compresa tra 1 e 12 anni e sulle rispettive famiglie, dalla quale è emersa una stretta correlazione tra gravità del quadro clinico, espressa dall'indice SCORAD, e compromissione della qualità di vita, in particolare della madre. La DA, d'altra parte, promuove notoriamente disfunzioni del sonno (3), grava sull'umore e sullo stato di vigilanza del bambino, rendendolo iperreattivo, con un impatto superiore a quello di numerose patologie croniche quali diabete, asma e fibrosi cistica (4), e al tempo stesso insinua nei genitori preoccupazioni e sentimenti di colpa, frustrazione e inadeguatezza nello svolgimento del proprio ruolo. A questi variegati e complessi risvolti si aggiungono la durata della malattia talvolta protratta fino all'età scolare (5), le sue frequenti complicanze e, non da ultimo, le variabili che influenzano autostima, relazioni interpersonali, frequenza e resa scolastica del bambino. Le ripercussioni sui genitori si evidenziano in termini di impatto psicologico, impegno nel trattamento e condizionamento sulla vita familiare e sulla produttività lavorativa (6). Non solo. Lo scenario biopsicosociale in cui si iscrive la DA ha registrato nel corso degli ultimi anni notevoli mutamenti: il rapporto triadico mamma (o genitori)-bambino-pediatra ha concesso gradualmente spazio e indiscussa credibilità ai condizionamenti, talvolta subdoli, fuorvianti e privi di autorevolezza, di siti internet, che stanno contribuendo a fomentare ulteriori incertezze nei genitori e ad alimentare perfino diffidenza, timori - paradigmatica a tale riguardo è la corticofobia - o sfiducia nei riguardi delle terapie di comprovato impiego.

Alla luce di queste premesse è fondamentale l'impegno professionale del pediatra che si estrinseca idealmente secondo tre direttrici principali:

- ◆ consolidamento del rapporto fiduciario con i genitori in un contesto di empatia e condivisione del percorso di cura;
- ◆ individuazione di strumenti metodologici e operativi per un corretto inquadramento e follow-up della DA, in una prospettiva di consulto specialistico solo per la gestione dei casi difficili;
- ◆ orientamento verso soluzioni terapeutiche in grado di ottimizzare, in ciascuna fase di malattia, l'efficacia, la rapidità d'azione e in particolare il sollievo dei sintomi e la maneggevolezza: presupposti, questi, irrinunciabili al fine di riparare il danno cutaneo, circoscrivere il prurito, e prevenire le ricadute.

A fronte dell'eterogeneità delle manifestazioni cliniche e alla multifattorialità patogenetica il trattamento deve quindi mirare non soltanto a controllare l'infiammazione e contrastare la secchezza cutanea ma anche a modulare costantemente l'insieme dei processi fisiopatologici e ad attuare una stretta e sinergica integrazione tra l'utilizzo di farmaci e di preparati dermocosmetici.

A tal proposito un nuovo dermocosmetico di notevole interesse è **DRYoff™**, che propone l'utilizzo delle nanotecnologie, una nuova branca della scienza in cui la struttura elementare del principio attivo è ingegnerizzata su scala nanometrica. Ciò conferisce al prodotto proprietà chimico-fisiche uniche, che permettono funzioni altamente innovative. **DRYoff™**, infatti, è a base di nanosiliosomi

(biossido di silicio in nanoparticelle delle dimensioni di 10-20 nm inserito all'interno di nanoliposomi delle dimensioni di 50 nm) che grazie alle loro ridotte dimensioni (inferiori a quelle per esempio delle particelle virali) penetrano negli strati più profondi dell'epidermide, negli spazi tra i corneociti. Sono stati riconosciuti diversi effetti del silicio nei connettivi e nella cute:

1. regola la sintesi di collagene, elastina e glicosaminoglicani, macromolecole con funzioni strutturali importanti;
2. favorisce la sintesi di prolina e idrossiprolina, aminoacidi costituenti del collagene importanti per determinare la sua struttura primaria e secondaria;
3. interagisce con le proteine fibrillari come la cheratina e il collagene e con i glicosaminoglicani formando dei legami covalenti (-O-Si-O-) tipo "crosslink". La creazione di questi ponti ha l'effetto di stabilizzare i fasci filamentosi e di renderli più compatti e di contribuire all'architettura e alla resistenza dei tessuti connettivi;
4. ha un'elevata tendenza a trattenere acqua, grazie ai legami (-O-Si-O-), contribuendo in tal modo ad aumentare e a mantenere l'idratazione dei tessuti.

Il silicio, ingegnerizzato a nanosilicio, è così in grado di garantire:

- ◆ **buon assorbimento:** grazie alle sue dimensioni ridotte può essere incluso dalle cellule dell'epidermide
- ◆ **elevata biodisponibilità:** l'elevato rapporto superficie/massa fa in modo che in una particella sia disponibile un'alta percentuale di atomi di silicio per interagire con le molecole circostanti, in particolare con le proteine dell'epidermide come la cheratina e di esplicare appieno le sue funzioni coadiuvanti di:
 - supplemento alla carenza di silicio,
 - antagonismo dello stress cutaneo,
 - miglioramento della funzione barriera e rigenerazione tissutale cutanea,
 - incremento dell'idratazione dello strato corneo.

Per le applicazioni in campo dermocosmetico, il nanosilicio, sostanza essenziale della pelle, necessita di essere veicolato dai nanoliposomi per poter raggiungere gli strati profondi dell'epidermide ed essere altamente biodisponibile.

I nanoliposomi sono costituiti da fosfatidilcolina (PC) a elevata purezza, uno dei componenti essenziali della membrana cellulare.

Le dimensioni molto piccole consentono ai nanoliposomi di penetrare negli strati più profondi dell'epidermide, negli spazi tra i corneociti, dove si dissolvono rapidamente favorendo l'incorporazione del proprio contenuto nella membrana e ripristinando la funzione di barriera cutanea. Grazie a queste

caratteristiche strutturali i nanosiliosomi sono in grado di raggiungere la cellula-bersaglio e rilasciare il nanosilicio negli strati più profondi dell'epidermide.

Tra i componenti attivi di **DRYoff™** c'è anche il II CM-glucano che stimola il turnover dei cheratinociti e, attivando i meccanismi di difesa della cute, svolge un'azione protettiva nei confronti di fattori aggressivi esogeni quali detergenti e raggi ultravioletti. **DRYoff™** possiede tutti i migliori requisiti per poter soddisfare le aspettative di mamme e pediatri offrendo al bambino con dermatite atopica l'opportunità di un miglioramento significativo del quadro clinico-sintomatologico, come dimostrato da un'esperienza clinica condotta su bambini di età compresa tra 10 mesi e 14 anni trattati per 12 settimane (7). I risultati evidenziano un aumento dello stato complessivo di benessere con riduzione significativa dei segni obiettivi e dei sintomi soggettivi (eritema, prurito, estensione della lesione, qualità della vita) e del controllo dell'infiammazione e delle sue conseguenti implicazioni sull'equilibrio, sul trofismo e sul ricambio cheratinocitario. **DRYoff™** si propone come un prodotto lenitivo, rigenerante e protettivo e al tempo stesso come un valido coadiuvante alla terapia farmacologica antinfiammatoria della dermatite atopica anche grazie alla sua duplice formulazione, in crema e spray, che offre ai pediatri e alle mamme il vantaggio di un'apprezzabile flessibilità e adattabilità di impiego alle esigenze e agli obiettivi terapeutici del singolo bambino.

1. Hanifin J M. Immunol Allergy Clin North Am 2002; 22: 1-24.
2. Monti F et al. Ital J Pediatr. 2011; 22: 59.
3. Chamlin SL et al. ArchPediatr Adolesc Med 2005; 159: 745-750.
4. Beattie PE et al. Br J Dermatol 2006; 155 (Suppl. 1): 145-15.
5. Akdis CA et al. Allergy 2006; 61: 969-87.
6. Al Robaee AA, Shahzad M. Acta Dermatovenerol Croat. 2010.
7. Cantù AM et al. Eur J Pediatr Dermatol 2008; 18: 27-30.

Piercarlo Salari, Pediatra, Milano

DRYOFF NUOVO PRODOTTO LENITIVO, RIGENERANTE E PROTETTIVO, E COADIUVANTE ALLA TERAPIA ANTINFIAMMATORIA

Dermocosmetico al Nanosilicio e al CM-Glucano

Crema 50 ml Spray 50 ml

NOVITÀ in tema di cute secca atopica

- Aiuta a ridurre il prurito e l'arrossamento della cute
- Favorisce il ripristino della barriera cutanea preservando il tessuto cutaneo da danni e mantenendolo integro
- Aiuta ad incrementare e/o ripristinare l'idratazione cutanea
- Aiuta a proteggere l'epidermide dall'aggressione di agenti esterni: detergenti, raggi solari, stress ambientali

La tosse: sostanze naturali e piante medicinali

A cura di **Vitalia Murgia**
Pediatra, Mogliano Veneto (TV)

La tosse è un sintomo comune delle infezioni virali delle vie respiratorie (raffreddore, influenza o malattie simili) e batteriche. Seppur disturbante, è un sintomo utile per liberare le vie respiratorie dal muco e dagli agenti irritanti e patogeni (virus, sostanze inquinanti, pollini, ecc.); per questo è preferibile lenire la più che sedarla del tutto. Quella secca, legata a irritazione del faringe, della laringe o della trachea o a filamenti di muco denso, difficili da deglutire che colano dal naso nella gola, è particolarmente fastidiosa.

Per lenire la tosse non esistono farmaci di efficacia dimostrata che possano essere utilizzati con sicurezza nel bambino; proprio per la scarsa si-

curezza, non da molto tempo, si è deciso di proibire l'uso dei mucolitici sotto i due anni di età. In un recente lavoro scientifico è stata studiata la capacità del miele di attenuare la tosse nei bambini. Il miele sem-

Controllare la tosse: qualche consiglio pratico

- ▶ **Offrire spesso acqua e liquidi tiepidi al piccolo per facilitare la fluidità e l'eliminazione del muco e decongestionare le vie respiratorie.**
- ▶ **Pulire accuratamente il naso, più volte al giorno, con soluzione fisiologica isotonica.**
- ▶ **Tenere sotto controllo temperatura (18-20°) e umidità ambientali.**
- ▶ **Non far soggiornare il bambino in ambienti dove si è fumato.**
- ▶ **Areare spesso gli ambienti domestici.**

bra essere più efficace nel lenire la tosse e migliorare i disturbi del bambino (tra i quali le ore di sonno perse dai genitori e dal bambino)



Edera helix

del destrometorfano, un farmaco di sintesi molto usato. Il miele ha un'azione benefica perché protegge la mucosa dalle sostanze irritanti e fluidifica per contatto il muco stagnante grazie alla sua ricchezza in zuccheri naturali (fruttosio, ecc.) e flavonoidi, sostanze naturali preziose per le loro molteplici azioni. Il miele esplica la sua migliore azione se è concentrato, quindi puro o in sciroppi che ne contengano rilevanti quantità.

Anche le piante ricche di saponine hanno la proprietà di fluidificare il muco e tra queste le più usate nel bambino sono la *Grindelia* (*Grindelia robusta*) e l'*Edera* (*Edera helix*). La *Grindelia*, grazie alla ricchezza in resine crea anche una "barriera" protettiva sulla mucosa della gola con un effetto lenitivo importante sulla tosse.



Grindelia robusta



Althea officinalis

Altre piante interessanti per l'attività lenitiva e di idratazione del muco, sono quelle ricche di mucillagini quali la *Piantaggine* (*Plantago lanceolata*), l'*Altea* (*Althea officinalis*), e la *Malva* (*Malva sylvestris*). Le mucillagini, oltre a formare un leggero strato protettivo sulle mucose che ne limita l'irritazione, quando entrano in contatto con il muco stagnante sulle prime vie aeree lo "idratano" grazie al loro contenuto di acqua, rendendo più facile per il bambino deglutirlo o espettorarlo.



Malva sylvestris

L'*Elicriso* (*Helichrysum italicum*) nella tradizione popolare, fin dai tempi più antichi, veniva impiegato come espettorante per i disturbi di carattere respiratorio. I prodotti a base di piante medicinali e miele di buona qualità possono essere assunti anche più di 3-4 volte al giorno e per periodi prolungati (1-2 settimane) e, a fronte di un buon effetto lenitivo sulla tosse, hanno scarsi effetti collaterali, nessun effetto negativo sul sonno o sulle attività del bambino.



Helichrysum italicum

Tosse?

Una risposta che viene dalla ricerca

grinTuss

Protegge la mucosa, calmando la tosse



SCIROPPO PER ADULTI SCIROPPO PER BAMBINI

È UN DISPOSITIVO MEDICO CE
Leggere attentamente il foglietto illustrativo e le istruzioni d'uso.

Gli sciroppi GrinTuss creano un film protettivo a "effetto barriera" che calma la tosse secca e produttiva proteggendo le prime vie aeree. Sono formulati per aderire alla mucosa e limitarne il contatto con agenti esterni irritanti. Promuovono inoltre l'idratazione della mucosa e del muco favorendone l'espulsione.

Gli estratti liofilizzati di Piantaggine, Grindelia ed Elicriso presentano proprietà mucoadesive e protettive grazie all'azione di sostanze vegetali quali mucillagini, gomme e resine. Il Miele svolge un'azione protettiva ed emolliente conferendo un gusto gradevole, completato dall'azione rinfrescante degli oli essenziali.



L'EVOLUZIONE DELLA FITOTERAPIA

Aut. Min. del 30/06/2011

Aboca S.p.A. Società Agricola Sansepolcro (AR) - www.aboca.it

il SORRISO dei nostri bambini

A cura di **Carlo Ghirlanda**
Segretario Culturale Nazionale ANDI
Mauro Rocchetti
Vice Presidente Vicario Nazionale ANDI
(Associazione Nazionale Dentisti Italiani)

La prevenzione odontoiatrica nel bambino persegue come obiettivo primario quello di far sì che la crescita e lo sviluppo del distretto oro-maxillo-facciale avvenga in modo armonico ed equilibrato con il resto dell'organismo provvedendo altresì in modo regolare alle funzioni alle quali esso è delegato (nutrizione, masticazione, respirazione, fonazione, relazione). Per raggiungere questo scopo esiste un percorso, che inizia alla nascita e si conclude alla pubertà, nel corso del quale i genitori dei bambini e i loro medici curanti, Pediatri ed Odontoiatri, dovranno essere molto attenti allo stato di salute ed alla armonia di sviluppo di ogni componente del viso, delle ossa mascellari, dei tessuti periorali, orali e dentali. La crescita dell'apparato orale del bambino avviene con fasi di attività alle quali seguono momenti di stabilità, a questi succedono poi nuovi periodi di accrescimento e così via, fino al completamento di esso. Per comodità di esposizione si possono distinguere 3 differenti fasce di età e, per ognuna di esse, cercheremo sinteticamente di evidenziare quali siano le principali attenzioni da riservare in termini di prevenzione odontoiatrica.

La fascia di età da 0 a 3 anni

■ La prevenzione odontoiatrica nel neonato inizia con l'allattamento al seno: la letteratura scientifica odontoiatrica ammette infatti una discreta evidenza scientifica della capacità preventiva del latte materno in termini di cario profilassi. L'allattamento materno ha inoltre un'azione favorevole sullo sviluppo delle ossa del viso, svolta dalla muscolatura durante la suzione (Linee Guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali). All'età di 6 mesi circa avviene l'eruzione dei primi elementi dentali decidui (i denti da latte), solitamente gli incisivi centrali inferiori: è un momento importante dato che su tali denti si svilupperà il primo "modulo" di ecosistema batterico dentale, la composizione del quale sarà direttamente correlata alla qualità della salute orale dei genitori, in particolare della madre.

E' importante evidenziare che:

- più ritardato è l'ingresso nella bocca del bambino delle specie batteriche maggiormente responsabili dell'insorgenza della carie dentale minore sarà nel tempo la sua probabilità di ammalarsi di carie;
- la varietà di composizione della popolazione della placca batterica può determinare una maggiore o minore suscettibilità alla carie dentale nel corso della vita.

La cura della bocca del bambino in questo periodo è del tutto delegata al controllo dei genitori o di adulti: sarà loro compito lavare

la bocca del bambino ogni giorno, dapprima solo utilizzando, con delicatezza, garze di cotone inumidite da passare sulle gengive e poi, allorquando siano erotti i primi denti da latte, iniziando il lavaggio di essi con uno spazzolino da denti appositamente predisposto per questa fascia di età e senza uso di dentifricio. La alimentazione del bambino deve essere quella necessaria per una sua crescita equilibrata: va tenuto presente che una dieta ricca di carboidrati può determinare l'insorgenza di carie. Si deve inoltre considerare che abitudini quali l'uso frequente del ciuccio bagnato con zucchero, oppure miele sulla tettarella del biberon per favorire l'insorgere del sonno nel bambino, comportano un elevatissimo rischio di malattia cariosa. In questi casi è comune l'insorgenza della "baby bottle syndrome", uno stato di carie diffusa ed approfondita degli elementi dentali anteriori. In questo periodo della vita, all'interno delle ossa mascellari superiore ed inferiore, inizia la formazione dei denti permanenti: è opportuno valutare se sia necessario rafforzare lo smalto dei denti in via di sviluppo con una integrazione di Fluoro nella dieta. La somministrazione di fluoro per via sistemica deve essere decisa dall'Odontoiatra: solitamente non è opportuno assumere dosi integrative di Fluoro (la pasticca giornaliera) se l'acqua potabile dell'area nella quale si vive contiene concentrazioni superiori a 0,6 mg Fluoro/L. In caso contrario l'Odontoiatra dovrà definire se e in quale quantità prescrivere la integrazione giornaliera di Fluoro per via orale.

A partire dalla nascita inizia l'accrescimento delle ossa mascellari superiore ed inferiore che, tramite un reciproco equilibrio di rapporti, segue il progressivo espandersi del cranio e delle ossa nasali. L'abuso di alcuni comportamenti, quali il prolungato uso del ciuccio o del biberon, il succhiamento del dito, possono interferire con una regolare crescita e quindi bisogna porre massima attenzione per evitare che una abitudine apparentemente innocua, possa divenire causa di una occlusione patologica.

Le epoche di eruzione dei denti

I denti da latte sono cinque per lato e per emiarcata: in tutto 20. La dentatura decidua (i denti da latte) inizia a comparire nella bocca del bambino a 6 mesi di età. I primi denti a comparire sono gli incisivi centrali inferiori; ogni 6 mesi circa avviene la comparsa di altri elementi dentali: in ordine di apparizione erompono gli incisivi centrali superiori, poi gli incisivi laterali inferiori, quindi quelli superiori. Seguono i primi molari inferiori e superiori, poi i canini ed infine i secondi molari. All'età di 6 anni circa inizia l'eruzione dei denti permanenti: i primi a comparire sono i primi molari e poi, via via, si assiste all'eruzione di tutti gli altri elementi, e la dentizione si completa intorno ai 12 anni di vita con la comparsa del secondo molare permanente. Piccole discrepanze nei tempi e nei modi della eruzione dentale possono essere fisiologici, ma è utile un controllo odontoiatrico per verificare che non sussistano motivi diversi che si oppongono all'eruzione (ad esempio agenesie dentali, denti soprannumerari).

La fascia di età da 3 a 6 anni

■ All'età di 3 anni circa si completa la fase della dentatura decidua e si assiste ad un rallentamento della intensità e della quantità della crescita delle ossa mascellari. E' arrivato quindi il momento della prima visita odontoiatrica del bambino, per valutare insieme all'Odontoiatra la regolarità dell'accrescimento dell'apparato orale e capire quali attenzioni prestare in questo periodo della vita.

Un momento importante di prevenzione odontoiatrica di questa fase è il controllo della regolarità della deglutizione del bimbo, nonché della sua facilità di respirazione tramite le vie aeree superiori (il naso). Una difficoltà di respirazione attraverso le vie nasali, come nel caso di presenza di adenoidi o tonsille malate o ipertrofiche, comporta il ricorso alla respirazione orale, che può essere causa di un difetto di espansione del palato ed una conseguente occlusione non corretta.

In questo periodo si evidenziano i primi risultati delle attenzioni alla prevenzione prestate nel corso del primo periodo della vita: se non c'è presenza di alcuna lesione cariosa clinicamente evidente è probabile che anche il rischio futuro di sviluppare carie possa essere basso. Al contrario, in caso di presenza di almeno una carie, il livello di rischio di sviluppare ulteriori lesioni diviene medio o elevato e, perché ciò non accada, vanno adottate tutte le misure utili a rinforzare comportamenti di prevenzione e ad aumentare le resistenze dello smalto dentale. Il principale meccanismo di rinforzo dello smalto dentale è rappresentato dalla fluoroprofilassi.

Il Fluoro agisce contro la carie con questi principali meccanismi:

- a) rinforza la struttura cristallina dello smalto
- b) favorisce la "guarigione" (processo di remineralizzazione) dello smalto colpito da carie iniziale (processo di demineralizzazione)

c) determina un effetto antimicrobico, diretto soprattutto sui principali batteri causa di carie, dei quali diminuisce la capacità di adesione ai tessuti orali e i tempi di moltiplicazione.

Il modo più efficace per portare il Fluoro a contatto con lo smalto dentale è l'uso del dentifricio: per queste età si raccomanda l'uso di paste dentifriche per bambini, con basso contenuto di fluoro (500 ppm), utilizzate due volte al giorno, nei momenti dello spazzolamento dentale. La quantità raccomandata di dentifricio per i bambini sotto i 6 anni deve essere minima, pari alla grandezza di una lentichia, ed è indispensabile la supervisione di un adulto, senza alcuna possibilità di uso autonomo del dentifricio da parte del bambino. Il controllo della qualità della dieta e della frequenza di assunzione di alimenti ricchi di zuccheri rimane, anche in questa fascia di età, uno dei principi fondamentali di un corretto atteggiamento di prevenzione odontoiatrica.

Il movimento di deglutizione

Normalmente il movimento di deglutizione corretto avviene con le arcate dentarie in occlusione, labbra a contatto, muscolatura periorale a riposo e lingua poggiata alla volta palatina. Nel neonato, la mancanza dei denti viene compensata dalla lingua che si interpone tra le gengive (deglutizione infantile). Con il completamento della prima dentizione questo tipo di deglutizione si modifica. Se l'interposizione linguale si mantiene e la lingua si colloca fra l'arcata superiore ed inferiore al momento della deglutizione (deglutizione atipica infantile), è frequente il riscontro di una malocclusione caratterizzata da morso aperto.

La fascia di età da 6 a 12 anni

■ E' un periodo cruciale per l'accrescimento delle ossa del viso, in questi anni avviene il completamento della crescita dei mascellari e va assolutamente prevenuta qualsiasi anomalia di sviluppo, che, se non intercettata e modificata, condurrà allo sviluppo di una occlusione patologica, anche di severa entità.

Il bambino deve essere visitato e seguito con attenta programmazione dall'Odontoiatra, che sarà in grado di accertare la regolarità dello stato di accrescimento e decidere se sia necessario prescrivere l'avvio di una terapia ortodontica intercettiva.

In questa fase inizia la comparsa dei primi denti permanenti: la fase di *dentizione mista* (contemporanea presenza nelle arcate dentarie di denti da latte e di denti permanenti) che si protrarrà fino al completamento della dentatura permanente (12-13 anni circa).

La presenza dei denti da latte deve essere tutelata il più possibile fino all'età fisiologica di permuta: una prematura perdita o estrazione dei denti decidui può infatti provocare una significativa perdita di spazio in arcata con conseguente comparsa di problemi alla masticazione. I genitori devono dunque essere consapevoli e convinti della necessità di curare e prevenire la patologia cariosa dei denti decidui, affinché questi mantengano la propria integrità anatomica fino al completamento della permuta.

E' necessario mantenere grande attenzione alla prevenzione della carie dentale, sia ponendo una costante considerazione alla qualità e alla frequenza della alimentazione (evitando l'assunzione frequente di cibi ad alto contenuto di zuccheri), sia mantenendo una continua cura dell'igiene orale domiciliare con lo spazzolamento dei denti almeno due volte al giorno con dentifrici fluorati. Il dentifricio da utilizzare dai 6 anni in poi dovrà contenere almeno 1.000 ppm di fluoro, che è la quantità media solitamente presente nel dentifricio per adulti.

Non sono necessarie altre forme di somministrazione di Fluoro a partire da questa età.

Una metodica altamente efficace in termini di prevenzione della carie è la **sigillatura di solchi e fessure**: circa l'80% delle carie dentali dei denti permanenti nei bambini si determina infatti sulle superfici di masticazione dei denti. La sigillatura è in grado di impedire la carie di queste zone ed il suo effetto perdura per molto tempo.

Tutto quanto finora indicato richiede evidentemente una grande disponibilità ed attenzione da parte di chi si occupa della salute del bambino. E' evidente che una stretta **interazione positiva tra Famiglia, Pediatra ed Odontoiatra** possa rappresentare la migliore strategia per il successo ed il conseguimento dell'obiettivo primario della prevenzione odontoiatrica: un bambino sano con un sorriso sano!

La sigillatura di solchi e fessure

La tecnica di sigillatura consiste nell'applicazione sulle superfici di masticazione dei denti molari permanenti di un materiale che si oppone all'ingresso di batteri nei solchi e nelle fessure presenti in tali zone. Questa tecnica non è in alcun modo invasiva e si realizza con il posizionamento di una resina fluida sulle superfici occlusali dei denti permanenti, opportunamente preparate dall'Odontoiatra a tale scopo. La resina viene poi fatta indurire con l'uso di un fascio di luce ad alta intensità.

Il momento più giusto per il posizionamento del sigillante è la epoca immediatamente post eruttiva: è questa, infatti, la fase nella quale il dente neo eretto è più suscettibile di ammalarsi di carie.





Il gelato, la merenda che mette d'accordo mamme e bambini!



Scuola, studio, gioco, sport e altro ancora: i bambini sono in continua e intensa attività! Per questo durante la giornata hanno bisogno del giusto insieme di energia e nutrimento. Come riuscirci?

Secondo gli esperti di alimentazione, merenda e spuntini sono pasti molto importanti che aiutano a non arrivare ai pasti principali troppo 'affamati' e dovrebbero coprire circa il 5-7% di fabbisogno energetico giornaliero.

A volte, però, è difficile per le mamme offrire merende equilibrate che allo stesso tempo accontentino i gusti dei più piccoli, sempre alla ricerca di alimenti gustosi e stimolanti per i sensi e la mente – in una parola, sorprendenti, ma spesso troppo calorici.



Una valida alternativa di merenda può essere rappresentata dal gelato ed in particolare da quei gelati confezionati pensati per i bambini che offrono l'opportunità di variare tra gusti, forme e colori, tanto importanti per i piccoli. Le monoporzioni, inoltre, permettono di controllare la quantità, aiutando i genitori a monitorare l'apporto calorico e nutritivo, grazie anche alle tabelle sulla confezione.

Per questo, tenere in freezer una confezione multipack, ad esempio, dei nuovi **gelati Algida** ispirati ai cartoon Max Adventures può davvero mettere d'accordo mamme e bambini, assicurando momenti 'gustosi' e coinvolgenti per più piccoli, ma senza dimenticare la qualità dell'alimentazione, perché i **gelati Max** offrono un mix vincente di energia, avventura e divertimento.



CARATTERISTICHE DEL GELATO CONFEZIONATO

- qualità e sicurezza dell'intero processo produttivo, garantite anche dalla confezione
- praticità delle confezioni singole
- disponibilità di porzioni 'mini'
- presenza in etichetta della lista ingredienti e delle informazioni nutrizionali relative all'apporto di calorie e nutrienti



ALGIDA®

Il Bambino & l'ambiente

Siamo ciò che respiriamo

A cura di Stefania La Grutta¹, Graziella Sapio²
¹U.O.S. Ambiente e Salute, ARPA Sicilia, Palermo
²Pediatra, Rossano C. (CS)

L'impatto dell'ambiente sulla salute respiratoria dei bambini

■ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che circa il 24% di tutte le malattie ed il 33% delle malattie dei bambini di età <5 anni è da imputare a fattori ambientali. Il diritto alla tutela e promo-

zione della salute dei bambini, futuri cittadini del mondo, è stato sancito nel 1989 dalle Nazioni Unite. La V Conferenza Intergovernativa della Regione Europa su Ambiente e Salute, svoltasi a Parma nel 2010, ha sottolineato la necessità di realizzare ogni sforzo per ridurre l'incidenza di malattie respiratorie acute e croniche, attraverso la ridotta esposizione ad inquinanti atmosferici

"outdoor" da parte di particelle ultrafini, particolato di differente provenienza (impianti industriali, trasporti, combustione domestica), e ozono (O₃), in accordo con i valori limiti indicati dalle

Linee Guida OMS sulla qualità dell'aria. Anche per gli ambienti confinati "indoor" l'OMS al fine di garantire ai bambini entro il 2015 ambienti *smoke-free* (casa, scuola, luoghi ricreativi, asili) ha riaffermato l'opportunità di implementare l'applicazione delle indicazioni della Convenzione Internazionale sul Controllo del Tabacco.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che circa il 24% di tutte le malattie ed il 33% delle malattie dei bambini di età <5 anni è da imputare a fattori ambientali.

Perché il bambino è vulnerabile

■ I bambini hanno la fisiologica specificità di essere organismi in via di sviluppo, pertanto la vulnerabilità

della salute respiratoria all'esposizione agli inquinanti ambientali è una condizione sempre presente sin dall'età pre-concezionale e prenatale-intrauterina, lungo tutte le fasi dell'infanzia, fino all'adolescenza ed al giovane adulto. Ciò è dovuto alla contemporanea presenza di immaturità strutturale, funzionale ed immunologica del polmone, dei fisiologici processi di sviluppo e dei

Vi è una forte evidenza dell'effetto aggravante dell'esposizione a particolato PM₁₀ sull'asma del bambino e si sottolinea la necessità di proteggere i bambini asmatici con più rigorosi limiti di qualità dell'aria.

suoi sistemi di difesa. La presenza delle cosiddette "finestre di vulnerabilità" del periodo embrionale, fetale e nei primi anni di vita, caratterizzate da rapida crescita delle vie aeree

ed espansione degli alveoli, possono rappresentare i perio-

di critici durante i quali l'esposizioni ambientali nocive possono influenzare il rischio di sviluppare l'asma.

Sulla base di alcuni studi è ipotizzabile che l'asma sia causata dalla combinazione dello sviluppo polmonare in corso, dell'assetto genetico e dei fattori ambientali, con il risultato di un'alterazione dello sviluppo e della funzione polmonare normale.

Effetti respiratori sul bambino degli inquinanti outdoor

■ Per i quattro più comuni inquinanti atmosferici "outdoor", materiale particolato (PM, *particulate matter*); ozono (O₃); biossido di azoto (NO₂) e anidride solforosa (SO₂), l'OMS ha stabilito nel 2005 i nuovi limiti in relazione alla protezione della salute. In età pediatrica sono state riportate numerose associazioni tra le malattie acute e croniche delle vie respiratorie e l'inquinamento dell'aria esterna, in particolare rispetto ad elevate concentrazioni di particolato (PM₁₀). La dimensione delle particelle è il principale determinante del livello di deposito nei polmoni, cosicché le particelle respirabili (PM₁₀ e PM_{2.5}), prodotte dallo scarico dei veicoli a motore, sono molto pericolose per gli effetti conseguenti al sedimentazione nei segmenti più distali. È stato dimostrato in bambini asmatici residenti in prossimità di zone esposte ad elevati volumi di traffico un aumento dei sintomi di asma, la riduzione della funzionalità respiratoria ed un aumento dell'infiammazione delle vie aeree. Molti studi riferiscono una forte associazione tra l'esposizione ad inquinanti da traffico nelle

La qualità dell'aria indoor (IAQ, Indoor Air Quality) è particolarmente importante per i bambini che trascorrono all'interno di edifici (casa, scuola, attività del tempo libero: palestre, piscine, ecc) la maggior parte della loro giornata.

zone di residenza e la maggiore frequenza di infezioni respiratorie e/o atopia, sintomi bronchitici e tosse secca notturna ricorrente, a conferma che il traffico auto-veicolare e pesante costituiscono la principale sorgente di inquinamento ambientale esterno. Anche in Italia è stato confermato

che l'esposizioni al traffico auto-veicolare e pesante sono fortemente associate a tosse e catarro ed a sintomi di asma. I risultati complessivi consentono di concludere che vi è una forte evidenza dell'effetto aggravante dell'esposizione a PM₁₀ sull'asma del bambino e sottolineano la necessità di proteggere i bambini asmatici con più rigorosi limiti di qualità dell'aria.

Effetti respiratori degli inquinanti indoor sul bambino

■ La qualità dell'aria indoor (IAQ, Indoor Air Quality) è importante per alcune fasce di popolazione particolarmente vulnerabili come i bambini, ed anche in rapporto al loro stato di salute (bronchite cronica, malattie respiratorie croniche, asma, ecc.). La IAQ è ancor più importante perché oggi in considerazione del moderno stile di vita trascorriamo all'interno di edifici (casa, scuola, lavoro, attività del tempo libero: palestre, piscine, ecc.) la maggior parte della nostra giornata. L'umidità in eccesso, su quasi tutti i materiali interni, porta alla crescita di microbi, muffe, funghi e batteri, che successivamente

Sono dimostrabili effetti dell'inquinamento scolastico sulla salute dei bambini, con un rischio quasi 3 volte superiore di tosse secca notturna e rinite nei bambini esposti ad elevati livelli di anidride carbonica (CO₂).

emettono spore, cellule, frammenti e Composti Organici Volatili (COV) nell'aria interna, con degradazione chimica o biologica dei materiali, ed ulteriore inquinamento dell'aria interna.

È stato più volte dimostrato in molti Paesi del mondo, compreso l'Italia che tutti i sintomi/malattie respiratorie (asma, tosse persistente/catarro e rinocongiuntivite), sono più diffusi nei bambini esposti a muffe/umidità nei primi anni di vita, nonché al fumo di sigaretta che purtroppo rimane il più comune inquinante indoor.

L'ambiente indoor delle scuole

■ I bambini trascorrono la maggior parte del loro tempo a scuola, in ambienti (classi) densamente popolati dove la concentrazione degli inquinanti indoor è molto elevata ed è particolarmente difficile mantenere una buona qualità dell'aria. La misurazione dei principali parametri climatici (temperatura, umidità relativa), l'anidride carbonica (CO₂), evidenzia che molto spesso i livelli medi di CO₂ sono superiori al valore limite di riferimento di 1500 ppm, pur considerando che alte concentrazioni di CO₂ sono associate ad un elevato numero di studenti in classe, a ridotte superfici e volumi delle

classi, e che la concentrazione media degli inquinanti risente moltissimo delle stagioni, maggiore in inverno rispetto all'estate. Numerosi risultati sugli effetti

dell'inquinamento scolastico sulla salute dei bambini hanno evidenziato un rischio quasi 3 volte superiore di tosse secca notturna e rinite nei bambini esposti a concentrazioni di CO₂ > 1000 ppm (standard per una buona qualità dell'aria



indoor) ed una minore pervietà nasale (area delle narici) in bambini esposti in aula a livelli di $PM_{10} > 50 \text{ mg/m}^3$, considerato attualmente il limite per esposizioni a breve termine.

Cosa possiamo fare?

■ L'ampia consapevolezza dei danni sulla salute respiratoria dei bambini da esposizione ad inquinanti *outdoor* ed *indoor* ha portato all'attivazione e sviluppo di piani di azione nazionali sulla salute, che tengano conto di azioni finalizzate alla riduzione dei rischi ambientali per la salute dei bambini. Per operare bene ed in modo capillare è essenziale conoscere le condizioni ambientali *outdoor* ed *indoor* in cui viviamo e diffondere l'informazione sul tema ambiente e salute, implementando la sensibilizzazione del pubblico e la collaborazione tra diverse componenti, istituzioni, scuola, famiglia ed i medici pediatri. E' documentato che l'efficacia di intervento su tre esposizioni ambientali potenzialmente modificabili (l'esposizione a fumo di tabacco di almeno un genitore; l'esposizione a umidità/muffe sulle pareti della camera da letto; il passaggio frequente o continuo di auto o camion sulla strada di residenza) comporta una riduzione del 15,5% e del 18%, dei disturbi respiratori dell'infanzia, rispettivamente per bambini e per adolescenti. Ciò indica che tali condizioni sono potenzialmente riducibili eliminando l'esposizione a fumo passivo, le muffe dalle abitazioni e abbattendo l'esposizione a inquinanti ambientali da traffico. In considerazione dell'incremento nel mondo della prevalenza di asma ed allergie, che determina un aumento di popolazione suscettibile agli effetti delle muffe/umidità negli ambienti interni, è inoltre auspicabile un rafforzamento delle politiche pubbliche di miglioramento e mantenimento di standard della IAQ, attraverso l'applicazione e l'implementazione delle raccomandazioni esistenti.

La nocività delle polveri sottili dipende dalle loro dimensioni. Tanto più sono piccole quanto più le polveri riescono a oltrepassare le difese dell'apparato respiratorio: approssimativamente, le particelle totali sospese con diametro intorno e inferiore ai $10 \mu\text{m}$ (PM10) si depositano nel tratto tracheo-bronchiale, quelle con diametro inferiore ai $2,5 \mu\text{m}$ (PM2,5) si depositano negli alveoli.

La sigla PM10 identifica polveri, fumo, microgocce di sostanze liquide in sospensione nell'atmosfera sotto forma di particelle microscopiche, il cui diametro è uguale o inferiore a $10 \mu\text{m}$ (10 millesimi di millimetro). La frazione di PM2,5 corrisponde a circa il 75% della frazione di polveri fini con un diametro inferiore a 10 micron; le PM2,5 rimangono sospese per più tempo nell'atmosfera e per la loro dimensione raggiungono più facilmente le parti profonde dell'apparato respiratorio.

Il fattore di generazione principale di tali particelle è costituito, da sempre, da fonti naturali come i vulcani, incendi, erosione del suolo; nelle aree suburbane e rurali, entrano in gioco anche le attività industriali quali, ad esempio, la lavorazione dei metalli e la produzione di materiali per l'edilizia, le attività agricole; nelle città, il riscaldamento civile e domestico e, soprattutto, il traffico veicolare. Un veicolo ha infatti più modi di originare materiale particolato attraverso l'emissione dei gas di scarico, ma anche con l'usura dei pneumatici e dei freni. Per effetto del loro movimento, tutti gli autoveicoli concorrono poi ad usurare il manto stradale ed a riportare in sospensione il materiale particolato.

(A cura di L. Serra)



Raccomandazioni per migliorare la IAQ nelle scuole

Cosa fare	Cosa non fare
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disporre di aule con superfici e volumi adeguati ✓ Assicurare condizioni corrette di igiene, temperatura ed umidità (isolamento termico) ✓ Frequente apertura delle finestre ✓ Frequente pulizia delle aule ✓ Frequente controllo sull'umidità e sulla presenza di muffa visibile ✓ Interventi educazionali ✓ Interventi informativi 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Fumare in classe e nell'area scolastica ✗ Sovraffollare le aule di alunni ✗ Abitare in aule da poco rinnovate e ridipinte ✗ Effettuare le pulizie in presenza di alunni ✗ Avere la condensa sui vetri delle finestre ✗ Permanere nelle zone di umidità ✗ Avere carte da parati alle pareti ✗ Avere moquette/rivestimenti (PVC) per pavimenti ✗ Usare deodoranti, dispenser di profumi, candele profumate (emissione di formaldeide) ✗ Arredi di materiale plastico (emissione di formaldeide)

LAVORIAMO PER UNA VITA PIENA DI ANNI E ANNI PIENI DI VITA.



Da oltre 160 anni siamo impegnati nella ricerca, nello sviluppo e nella produzione di nuovi farmaci per uso umano e veterinario.

Lavoriamo ogni giorno per mettere a disposizione le nostre conoscenze e le nostre risorse per la lotta alle malattie più diffuse e a quelle rare, per migliorare la salute e il benessere delle persone in ogni fase della vita.

