



CONOSCERE PER CRESCERE

LA RIVISTA DEI PEDIATRI ITALIANI PER LA FAMIGLIA

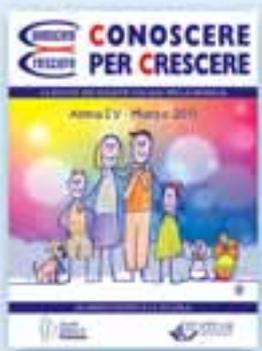
Anno IV - Marzo 2013



Periodico distribuito gratuitamente

LE ASSOCIAZIONI E LA SCUOLA





DIRETTORE SCIENTIFICO

Marcello Lanari

DIRETTORE RESPONSABILE

Franca Golisano

COMITATO DI REDAZIONE

Rino Agostiniani
Luca Bernardo
Federico Bianchi di Castelbianco
Giovanni Corsello
Tiziano Dall'Osso
Gianna Maria Nardi
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 © 2013

EDITEAM Gruppo Editoriale

Via del Curato 19/11, 44042 Cento (FE)
Tel. 051.904181/903368
Fax 051.903368
www.editeam.it
conoscerepercrescere@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 2013.
Tiratura di questo numero 300.000 copie.

Si ringrazia per il contributo la



Sommario

Editoriale

- 1** Scegliere di abbandonare un figlio
Marcello Lanari

Investire in salute

Spazio dedicato allo stile di vita

- 11** Funzioni terapeutiche del cioccolato
Il cioccolato come rimedio per i mali del corpo e dell'anima
Giorgio Calabrese
- 28** Prevenire le infezioni pneumococciche con il vaccino coniugato
Susanna Esposito, Nicola Principi
- 31** Farmaco Amico
Alice Bonoli
- 34** Quanto vale un sorriso?
Gianna Maria Nardi
- 36** E' tempo di muoversi!
Attività fisica e stili di vita
Francesco Pastore

Conoscere per prevenire

Spunti di educazione e innovazione sanitaria

- 8** Tumori in età pediatrica all'inizio del XXI secolo
Molto è cambiato!
Roberta Burnelli, Paola Gallo
- 14** L'infezione da HIV sempre presente!
Luisa Galli, Sabrina Becciani
- 40** I no che aiutano i figli in sovrappeso
Paola Cremonese, Marina Picca, Nadia Battino
- 42** Diagnosi precoce della displasia evolutiva delle anche del neonato
Giuseppe Atti

La bussola

Supporto per interpretare sintomi e disagi

- 2** La "Ruota degli esposti" nel III Millennio
Piermichele Paolillo
- 17** Colori scuri o colori pastello?
Federica Lanari
- 20** Un'influenza sorprendentemente più aggressiva
Piercarlo Salari

Lavorare con la scuola

Strategie di intervento comune fra pediatri e insegnanti

- 6** Pidocchi: mandiamoli fuori di testa
Alberto E. Tozzi

Codice rosso

Riflessioni e suggerimenti sui comportamenti a rischio

- 18** Quando il bullismo può uccidere
Piercarlo Salari
- 22** Vigilare sui vostri ragazzi!
La diagnosi precoce dell'uso di sostanze stupefacenti nei minori
Giovanni Serpelloni, Claudia Rimondo
- 32** Suicidio in adolescenza
Solo con la comprensione è possibile la prevenzione
Federico Bianchi di Castelbianco

Le pagine rosa

Grand'angolo sulla salute della mamma e del bambino

- 4** L'infertilità tra cause biologiche e fattori sociali
Nicola Surico

L'intervista

Testimonianze di personaggi famosi dedicate ai bambini e alle famiglie

- 39** Intervista al papà Kaspar Capparoni
Gianna Maria Nardi

Scegliere di abbandonare un figlio



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

Acena con amici, pochi giorni fa, la discussione si è accesa sull'episodio del neonato partorito ed abbandonato nella toilette di un fast food romano.

Pur essendo biologicamente programmato per un'aspettativa di vita lunga, il neonato è fragile. Il suo sistema di termoregolazione non è in grado di sopportare basse temperature; la sua stabilità metabolica è condizionata da un frequente apporto di latte, possibilmente materno; il suo sistema immunitario è immaturo e non gli consente di confrontarsi con situazioni di cattiva igiene, pena gravi infezioni, potenzialmente mortali. Ha fabbisogni particolari, come la cura del moncone ombelicale...

Deve dunque nascere in una struttura quale l'ospedale, che possa garantirgli tutto ciò, assieme alle migliori cure per sua madre, che nel periodo del post-partum ha, lei pure, fabbisogni speciali che non possono essere omessi, pena gravi rischi per la sua salute e per la vita stessa. Non si può nascere in una toilette.

Nell'animata discussione i sentimenti prevalevano sulle opinioni e tra questi quello dominante era un senso di malessere e di sofferenza per l'accaduto: tutti avrebbero voluto fare qualcosa, quasi tutti condannavano la madre, pochi avevano soluzioni in proposito e per lo più dettate dallo sdegno. Anni di lavoro in neonatologia ed in pediatria ed esperienza di numerosi episodi di abbandono di minori, condivisi con ostetriche, infermiere, assistenti sociali, famiglie, mi ponevano in una situazione diversa dagli altri. In particolare nei giudizi sulla madre, modulati dall'aver visto abissi di degrado e sofferenza di alcune donne, che non conoscono altre soluzioni se non quella dell'abbandono del proprio figlio o che, sin da bambine, non hanno potuto costruire il sentimento della maternità, che è sì biologicamente innato, ma che va coltivato nel calore di una famiglia che ti permetta, giorno dopo giorno, di viverlo e strutturarlo.

Ma quello che forse per la prima volta mi sembrava così evidente e mi colpiva era come nessuno dei presenti conoscesse la legislazione in merito alla possibilità di una madre di partorire legalmente in ospedale, anche se clandestina, nell'anonimato, senza riconoscere il proprio figlio. E se non la conoscevano i presenti, tutti cittadini italiani, socialmente integrati e di buon livello culturale, come è ipotizzabile che la conoscano i migranti, i clandestini, le fasce sociali più deboli?

Sì, questo è il principale problema: la mancata conoscenza.

Questa rivista viene distribuita in almeno 350.000 copie e lo scopo di questo scritto vuole essere uno: diffondere

correttamente l'informazione ad almeno 350.000 lettori e lettrici (sapendo purtroppo di arrivare con minor facilità ai più probabili "interessati"), senza alcun orpello morale, del diritto di ogni donna di partorire nella sicurezza di un reparto di ostetricia, di usufruire della competenza di personale esperto a fornire le cure necessarie a lei ed al suo bambino nel periodo del parto e del puerperio e di rendere una scelta dolorosa, che presumibilmente la segnerà emotivamente per la vita, quale è quella dell'abbandono del proprio figlio, più ponderata e consapevole possibile. Come possibile leggere sul sito del Ministero della Salute, in base al principio che tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, anche la madre che non riconosce il proprio figlio ha gli stessi diritti delle altre e deve avere le stesse opportunità. Secondo il DPR 396/2000, art. 30, comma 2, le è consentito di non riconoscere il bambino e di lasciarlo nell'ospedale dove è nato, affinché gli sia assicurata assistenza e tutela giuridica.

La donna deve quindi essere informata sui suoi diritti, tra i quali vi è quello di decidere entro 10 giorni dal parto il riconoscimento del neonato, tempo prorogabile ad un massimo di 60 giorni, previa richiesta al Tribunale per i Minorenni per particolari e gravi motivi e mantenendo una continuità di relazione con il bambino. Sono i servizi sociali locali incaricati dal Tribunale per i Minorenni ad informare la madre sulle norme del riconoscimento e sulle risorse di aiuto. In caso di non riconoscimento, il nome della madre e le notizie su di lei sono tutelate per legge dal segreto e nell'atto di nascita del bambino sarà scritto "nato da donna che non consente di essere nominata". In questo caso la dichiarazione di nascita sarà fatta dall'ostetrica, dal medico o da altra persona che abbia assistito al parto e tutti i pubblici incaricati e i professionisti coinvolti saranno vincolati strettamente al segreto d'ufficio e professionale. L'immediata segnalazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni della situazione di abbandono del neonato non riconosciuto dà luogo alla nomina di un tutore, solitamente l'Ente locale di nascita e permette l'avvio del procedimento di adottabilità con sollecita individuazione di una coppia adottante idonea. Al neonato sarà così garantito il diritto ad essere allevato ed educato in una famiglia e ad assumere lo status di figlio legittimo dei genitori che lo hanno adottato (*Rif. Ministero della Salute - Salute delle Donne - Parto in anonimato*).

Certo la madre del fast food romano non ha avuto da nessuno queste informazioni, neppure che esiste nella stessa Roma, presso l'Ospedale Casilino, un luogo protetto dove abbandonare il neonato. Rischia complicanze post-partum potenzialmente mortali. Ha messo a rischio l'incolumità e la vita di suo figlio e pertanto le verrà addebitata l'accusa di abbandono di minore o tentato infanticidio, ma tutti quelli che conoscendo la sua situazione non l'hanno condotta ad una scelta differente, abbandonandola sola a partorire nel bagno di un fast food hanno più colpe di lei.

La «Ruota degli esposti» nel III Millennio

Piermichele Paolillo
Policlinico Casilino, ASL RMB, Roma

Il 6 dicembre 2006 presso l'Ospedale Policlinico Casilino di Roma è stato inaugurato un presidio denominato "Non abbandonarlo, affidalo a noi", finalizzato all'accoglienza ed

assistenza del neonato abbandonato in maniera incongrua. Si è voluto offrire una struttura con attrezzature e organizzazione adeguate a tutte quelle donne che non sanno, non possono, non vogliono, per i motivi più disparati, percorrere l'iter che la legge italiana consente: cioè il diritto a partorire in ospedale nel più completo anonimato ed in sicurezza.

Molte di queste donne, che in attesa di un bambino si trovano senza possibilità di lavorare, sole, talvolta ridotte in schiavitù e minacciate, con la paura di rivol-

gersi alle istituzioni pubbliche in quanto temono di essere da queste ingannate, vivono momenti di estrema difficoltà e talvolta si trovano tragicamente costrette all'abbandono.

Per venire in aiuto a queste mamme, per salvare delle piccole vite è stata istituita questa moderna e tecnologica "ruota", che non vuole essere un invito ad un comportamento illegale, ma solo un soccorso perché una gravidanza indesiderata non finisca in tragedia. Si tratta di una struttura prefabbricata, facilmente raggiungibile, formata da due stanzette; offre totale anonimato a chi abbandona e massima sicurezza al piccolo partorito fuori dall'ospedale.

Chi decide per l'abbandono entra in una stanza senza passare

attraverso alcun controllo, apre una finestra basculante e adagia il piccolo in una culla situata in un ambiente attiguo, mantenuto a temperatura costante in tutte le stagioni.

Un allarme attivato da un sensore volumetrico ed a contatto richiama immediatamente l'attenzione degli operatori del Pronto Soccorso. Una telecamera inquadra solo il lettino in cui giace il bambino e non riprende il volto di chi lo depone.

Gli infermieri insieme a un neonatologo arrivano in pochi minuti entrando dalla parte opposta a quella da cui uscirà la persona che ha abbandonato il neonato.

Il fenomeno dell'abbandono neonatale nel nostro territorio è un grave problema. I dati a disposizione indicano che il numero degli abbandoni nel Policlinico Casilino di Roma è il più alto di tutta la Capitale. La statistica del reparto di Neonatologia del Policlinico Casilino, rapportata a quella di tutta la Regione Lazio, dimostra che il numero dei nati da donne straniere è stato del 37%, contro una media regionale del 19% (nella nostra realtà prevalentemente dai Paesi dell'est). I neonati di basso peso sono stati l'11% contro il 6,5% della media regionale e i prematuri il 13% contro il 7,6% della Regione Lazio.

ALCUNI CENNI STORICI

Un tempo il termine "espосто" era sinonimo di neonato abbandonato e abbandonare i figli indesiderati era una pratica comune a molte popolazioni. I bambini, in particolare i neonati, erano infatti considerati come oggetti. Gli Ebrei vietavano l'uccisione dei neonati, però consentivano di abbandonarli o venderli, se figli illegittimi. Mosè fu un abbandonato illustre. In Grecia la legislazione di Licurgo e di Solone consentiva non solo l'abbandono, ma anche l'infanticidio.

I Romani, permettevano che un padre che non voleva riconoscere il figlio mediante il cosiddetto rito del levarlo da terra (da cui il verbo allevare), potesse portarlo alla "columna lactaria" affinché fosse "esposto" al pubblico. Ai piedi di questa colonna lo attendeva quasi certamente la morte per inedia. Nella migliore delle ipotesi poteva divenire schiavo di chi lo prendeva.

Con l'avvento del Cristianesimo incominciò a farsi strada l'idea di una iniziale difesa e protezione dell'infanzia. Costantino nel 315 emanò una legge affinché, dalle tasse, fossero trovati i fondi per soccorrere i bambini abbandonati o i figli di genitori indigenti. Tre anni dopo, sempre Costantino condannava a morte chi avesse praticato l'infanticidio, però i genitori erano autorizzati a vendere i loro figli.

Giustiniano, nel 500 dopo Cristo, invece equiparava l'abbandono all'infanticidio.

In Occidente, il primo ospizio istituito per i neonati abbandonati fu lo Xenodochio di Milano fondato nel 787 dall'arciprete Dateo.

La comparsa della prima "Ruota degli esposti" avvenne in Francia nel 1188, nell'ospedale di Marsiglia, seguita poco dopo da quella di Aix en Provence e di Tolone.

La prima "ruota" italiana è del 1198.

Papa Innocenzo III, turbato nei suoi sogni dalla ricorrente visione di cadaverini imprigionati nelle reti dei pescatori del Tevere, la volle a Roma nell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia, ove oggi è ancora visibile.

Le "ruote" si diffusero rapidamente nei Paesi latini in Francia, Italia, Spagna e Grecia, ma non nei Paesi germanici ed anglosassoni. In Inghilterra le ruote non furono mai realizzate e l'infanticidio non fu mai considerato un problema. La validità delle ruote cominciò ad essere discussa all'inizio del 1800, parallelamente alla crescita demografica europea. La popolazione era salita in pochi anni da 100 a circa 200 milioni di abitanti.

Si era registrato un notevole aumento di bambini abbandonati, che creavano gravi problemi economici alle amministrazioni.

Per far fronte alle aumentate spese la soluzione era quella di diminuire il numero degli assistiti. A tale scopo nacque e si rafforzò in Francia l'idea di abolire la "ruota", ritenuta un mezzo incivile e rozzo, per altro causa di numerosi abusi: in particolare quello di accogliere anche i figli legittimi e bambini ormai grandicelli che non entravano addirittura più nelle ruote. Anche in Italia l'aumento dei bambini abbandonati era diventato veramente impressionante, venivano rifiutati dai trenta ai quarantamila neonati ogni anno. Il peso economico per il loro mantenimento era diventato insostenibile e solo in parte contenuto dall'altissima mortalità neonatale ed infantile.

I Brefotrofi infatti erano in pessime condizioni e non erano in grado di accudire adeguatamente i piccoli ospiti. Così, tra molte discussioni finirono per prevalere le motivazioni di coloro contrari alle ruote. Le "ruote" furono infine tutte soppresse ufficialmente nel 1923 con il "Regolamento generale per il servizio d'assistenza agli esposti" dal primo governo Mussolini.

L'infertilità tra cause biologiche e fattori sociali



Nicola Surico
Presidente della Società Italiana
di Ginecologia Ostetrica (SIGO)

Considerando i numerosi e complessi meccanismi del sistema riproduttivo umano sembra quasi un miracolo che un bambino possa essere concepito, tuttavia le numerose ovulazioni (circa 400) che avvengono durante la vita fertile femminile e l'alto numero di spermatozoi per eiaculato permettono il concepimento anche inaspettato. E' sufficiente però una minima interferenza in questo meccanismo complesso per rendere una coppia infertile. Per infertilità si intende l'assenza di concepimento dopo 12 mesi di rapporti non protetti. L'OMS considera l'infertilità una vera e propria patologia. La riproduzione e la fertilità dipendono quindi da molti fattori. Il numero e la vitalità delle cellule germinali, gli ovociti e gli spermatozoi sono i principali determinanti delle capacità riproduttive di una coppia. Essi sono influenzati da fattori ambientali (fumo, attività fisica, abitudini alimentari, peso corporeo) fisiologici, tra i quali l'età, e infine da fattori genetici. Fino alla prima metà del 1900, da ogni coppia nascevano numerosissimi figli, fino a 10-12: le coppie cominciano a diventare

ad avere figli in età molto giovane, intorno ai 20 anni, ne facevano prima a distanza anche di un solo anno e poi con meno frequenza, in qualche modo scandendo la naturale diminuzione della fertilità. L'infertilità colpisce circa il 15% delle coppie e riguarda ambedue i sessi, in parti circa uguali. Questa percentuale è aumentata negli ultimi 50 anni. Ciò è da ascrivere soprattutto ai profondi cambiamenti nello stile di vita avvenuti nel secolo scorso. Come conseguenza, l'età media in cui in una coppia arriva il primo figlio si è drasticamente spostata in avanti: la percentuale di donne primipare a 30 anni, o più tardi, è stata stimata nel 25% in uno studio nel 2002. Per gli uomini, l'età è ancora più alta: più del 30% vive la prima paternità a 30 anni o più tardi. Oggi, il dato potrebbe essere ulteriormente aumentato. In tutto il mondo occidentale, il fattore età ha causato conseguenze enormi, perché la fertilità diminuisce con l'età. A questo proposito, rileviamo differenze fondamentali tra maschi e femmine. L'uomo è in grado di produrre spermatozoi e quindi di riprodursi, per tutta la sua vita. Gli ovociti derivano, invece, da cellule capaci di dividersi solo durante la vita fetale ed il loro numero è stabilito alla nascita. La vita fertile di una donna ha una durata limitata, dal menarca alla menopausa. In ambedue i sessi, però, la "qualità" delle cellule germinali peggiora negli anni, contribuendo alla diminuzione della fertilità. Questo fenomeno di invecchiamento precoce, parecchio accelerato rispetto ad altri organismi, è di nuovo particolarmente evidente nelle donne, le quali sono completamente fertili solo fino a circa 30 anni. A questa età la fertilità comincia a diminuire per arrivare vicino a 0 a 40 anni, più di 10 anni prima dell'età della menopausa. Per gli uomini, la situazione non è così drammatica, ma anche in questo caso l'aumentare dell'età, con la diminuzione del numero e della qualità degli sper-

matozoi e dei livelli di ormoni, quali il testosterone, contribuisce a ridurre la fertilità. Si comprende, quindi, come l'innalzamento dell'età in cui si cerca il primo figlio possa provocare, e spesso provochi amare sorprese, e come un grande numero di coppie si rivolga ai Centri della fertilità per quella che si chiama "infertilità idiopatica maschile e femminile". Ciononostante, molte donne hanno avuto naturalmente il primo figlio anche molto dopo i 40 anni e molti uomini possono avere figli in età molto avanzata. Esistono, evidentemente, delle differenze individuali, solo in parte dovute a fattori ambientali ed allo stile di vita individuale. Donne di 40 anni in ottima salute, con un aspetto giovanile ed un ciclo mestruale perfetto, possono essere assolutamente infertili. Bisogna, quindi, considerare anche l'altra variabile, la componente genetica dell'infertilità. Il numero di cellule germinali alla nascita, la loro qualità e la loro capacità di maturare ad ovociti ed essere fecondati ed il loro invecchiamento dipendono anche da fattori genetici. Studi su famiglie e, soprattutto, su coppie di gemelli hanno mostrato che una misura compresa tra il 30 e il 45% della variabilità individuale nella capacità riproduttiva è dovuta a fattori genetici. Sono in corso molti studi volti ad identificare i geni responsabili di questa variabilità. Non avere figli è dunque un'esperienza sempre più comune nel nostro Paese, si sono, infine, spostati ad età sempre più avanzate i tempi della maternità/paternità. I dati dell'Istituto Centrale di Statistica documentano la veloce progressione delle nascite delle over-40: 36.000 ad inizio decennio, 8.000 in più rispetto a soli 6 anni prima. Emblematica, a tale proposito, è anche l'evoluzione dell'età della prima maternità, pari a 24,7 anni nel 1975 e cresciuta di ben 5 anni nell'arco di 3 decenni. Per quanto concerne l'entità delle indagini diagnostiche in gravidanza si evidenzia che si effettuano più di 4

visite di controllo nell'85,6% delle gravidanze patologiche e nell'84,5% delle gravidanze fisiologiche. Per il 73,2% delle gravidanze si registra un numero di ecografie superiore a 3, che è il numero raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero. Questi dati riflettono un'eccessiva medicalizzazione e un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche in gravidanza. Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amniocentesi è quella più usata seguita dall'esame dei villi coriali (nel 3,05% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nello 0,6%). A livello nazionale alle madri con più di 40 anni, il prelievo di liquido amniotico è stato effettuato secondo il rapporto CeDAP, in circa il 45,5% dei casi. Come emerge dal rapporto del Ministero della Salute relativo ai dati del 2008 in materia di procreazione medicalmente assistita (PMA), aumentano le coppie che si sottopongono ai trattamenti di fecondazione assistita, i cicli iniziati, le gravidanze ottenute e i bambini nati, che nel 2008 hanno superato la soglia dei diecimila (considerando tutte le tecniche di PMA). Si rileva inoltre un aumento dell'età media delle donne che si sottopongono a questo tipo di trattamenti, un fattore che incide negativamente sui risultati delle tecniche stesse, e anche il numero di cicli di trattamento effettuati da pazienti con età superiore ai 40 anni. Come ribadito dalla stessa relazione ministeriale, la prevenzione primaria delle cause dell'infertilità, una migliore definizione delle sue cause, una diagnosi adeguata, la corretta informazione alle donne e alle coppie che accedono alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, nonché le campagne di informazione rivolte a tutta la popolazione sono obiettivi prioritari, questo a fronte del fatto che in Italia le pazienti arrivano in età avanzata ad una diagnosi di infertilità e che l'età avanzata della donna che accede alle tecniche è il principale motivo di insuccesso.

BUON LAVORO PRESIDENTE!



Giovanni Corsello è il nuovo Presidente della Società Italiana di Pediatria (SIP), della quale dal 2009 al 2012 è stato vicepresidente. Professore Ordinario di Pediatria presso l'Università di Palermo, dirige la Clinica Pediatrica e la U.O. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale del Dipartimento Materno - Infantile del capoluogo siciliano. "Il nostro obiettivo centrale per i prossimi anni" afferma il neopresidente "è quello di lavorare per continuare a garantire a tutti i bambini il diritto all'assistenza pediatrica specialistica nel territorio e in ospedale, con particolare riguardo alla continuità assistenziale, alla gestione dell'emergenza e urgenza, alla gestione delle malattie croniche, rare e ad alta complessità, nonché alla definizione del percorso nascita in rapporto ai diversi livelli assistenziali. La costruzione di una rete assistenziale integrata nell'area pediatrica, condivisa tra ospedale e territorio" afferma il Prof. Corsello "è prioritaria per garantire efficacia, efficienza ed equità di accesso alle cure primarie e a quelle ospedaliere anche intensive e semintensive. Dobbiamo puntare a dare centralità ai diritti del bambino nella società: dalle città a misura di bambino agli stili di vita salutari; dalla promozione delle vaccinazioni e dell'allattamento materno all'educazione alimentare. Fare ciò significa anche migliorare la qualità della salute e della vita dell'adulto di domani. Lavoreremo, inoltre, anche per integrare e promuovere attività di formazione e di ricerca tra i pediatri".

Pidocchi: mandiamoli FUORI DI TESTA!

Alberto E. Tozzi
Pediatra, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

La mamma che entra in ambulatorio è visibilmente infastidita. Insieme a lei la figlia, una cascata di capelli biondi. Giulia sta benissimo, ma la mamma mi racconta che ieri è tornata a casa da scuola e mentre era china sul quaderno a fare i compiti sul bianco dei fogli è comparsa una bestiolina. La mamma l'ha riconosciuta subito: era un pidocchio. Se non avete mai avuto un figlio con i pidocchi è difficile cogliere lo sguardo tagliente e la leggera incrinatura della voce della mamma che pronuncia la parola "pidocchi". Non è la prima volta che le capita e ripercorrere le feroci battaglie chimiche degli ultimi mesi le fa venire la nausea. "Ho provato di tutto: intrugli naturali, lozioni, spray, mi manca solo il voodoo!". Metto Giulia sotto una luce forte e prendo la lente di ingrandimento: diagnosi confermata. Di mamme come queste ne vengono tante, ma stavolta succede una cosa strana: ho incontrato la mamma più preparata del mondo sull'argomento. Mi ripete da vera professionista tutte le informazioni sul ciclo vitale dell'animaletto. Sa cose che io non so. Mi spiega che probabilmente il pidocchio del cuoio capelluto parassitava un'altra specie prima dell'uomo, una scimmia. E sembra che attraverso questa osservazione sia possibile risalire all'epoca nella quale la specie umana ha perso i peli sul corpo, e quando è cominciato l'uso dei vestiti. Immagino i pidocchi intraprendere esodi biblici dall'ombelico all'ascella dei nostri antenati.

Deve essere stato un brutto colpo per loro quando l'uomo ha perso i peli su buona parte del corpo.

Ma non è finita. La mamma, una vera studiosa della materia, mi racconta di uno studio che propone un'ipotesi affascinante. L'infestazione da parte di questi parassiti avviene per contatto e per i gesti che l'uomo fa da sempre, come quello di avvicinarsi e di toccarsi reciprocamente i capelli. Secondo lo studio questo comportamento avrebbe avuto lo scopo di facilitare l'infestazione per generare una risposta immune precoce e quindi difendersi dalle reinfestazioni. Quindi, almeno qualche centinaio di migliaia di anni fa, prendersi i pidocchi era una cosa positiva!

Stabiliamo una strategia che dovrebbe avere successo. Visto che ho di fronte una persona informata e decisa a tutto, chiedo alla mamma di Giulia se sia possibile concordare una riunione di classe con i genitori e le maestre. Le istruzioni sono le solite: materiale informativo da distribuire ai genitori, sorveglianza e riconoscimento, trattamento da iniziare tutti nello stesso giorno. La mamma guarda di sbieco Giulia che da qualche minuto si gratta insistentemente la testa.

Giulia, che a 4 anni ha intelligenza da vendere, allarga un sorriso radioso e mi dice: "Dottore, lo sai che Annalisa ha i pidocchi?". La madre si volta di scatto mentre sulla mia faccia si disegna un grande punto interrogativo. "Annalisa è la nuova compagna di mio marito", sibila la mamma di Giulia. "Ci siamo separati 3 anni fa". Un po' imbarazzato dico alla mamma che sarà bene estendere la strategia che avevamo concordato. "Sarà fatto" mi risponde la donna in un sospiro. E mentre esce dall'ambulatorio sento la bambina che spiega: "Ha detto Annalisa che i pidocchi glieli ho attaccati io". La mamma di Giulia si gira e mi fa l'occholino.

Le 10 regole d'oro

- 1** Ispezionare attentamente e regolarmente la testa del bambino, specie nei periodi in cui viene maggiormente a contatto con altri bambini.
- 2** Vietato scambiarsi pettini e spazzole, cappelli e sciarpe, cuscini e biancheria. Il pidocchio non salta da una testa all'altra, serve un contatto diretto.
- 3** Non colpevolizzare i bambini infestati, piuttosto sdrammatizzare il problema: chi prende i pidocchi non è sporco, anzi di solito è vero il contrario.
- 4** In caso di infestazione, l'intervento deve essere immediato e solo utilizzando prodotti specifici. Sono sufficienti due o tre trattamenti ben fatti.
- 5** Piretro naturale, piretrine farmaceutiche, sumithrin (d-Phenothrin), piperonil butossido farmaceutico - anche combinati tra loro - sono alla base dei principali prodotti antipediculosi presenti sul mercato.
- 6** Ampio anche il ventaglio delle formulazioni: polveri, shampoo-schiuma, gel, lozioni preventive ed emulsioni. La scelta dovrà tener conto in primo luogo della praticità di utilizzo in funzione delle specificità del soggetto da trattare.
- 7** E' risaputo, per esempio che i bimbi più piccoli non amano lo shampoo, che il più delle volte rischia di finire sugli occhi provocando bruciore e irritazione. Meglio allora ricorrere a uno shampoo-schiuma, a una formulazione in gel o a un'emulsione: semplici e pratici da utilizzare, questi prodotti non colano e non gocciolano negli occhi e sono caratterizzati da un elevato profilo di sicurezza.
- 8** Qualsiasi sia l'opzione di trattamento scelta, è sempre fondamentale munirsi di un pettine a denti fitti, da utilizzare per rimuovere le lendini e i pidocchi morti.
- 9** Meglio lavare a una temperatura superiore a 60°C indumenti, lenzuola, cuscini. Pettini, spazzole e fermagli debbono restare immersi per 1 ora in acqua molto calda e detersivo. Gli oggetti che non possono essere lavati in acqua o a secco (giocattoli per esempio) vanno conservati per almeno 2 settimane in sacchetti di plastica e non utilizzati.
- 10** Non servono a nulla le disinfestazioni ambientali di aule, palestre, ecc. Lontani dalla cute umana i pidocchi non sopravvivono oltre le 24 ore.



Tumori in età pediatrica all'inizio del XXI secolo

Molto è cambiato!

Roberta Burnelli, Paola Gallo
Struttura Semplice Dipartimentale
"Oncoematologia Pediatrica" e "Clinica
Pediatrica, Dipartimento Riproduzione e
Accrescimento, Azienda Ospedaliero-
Universitaria di Ferrara

Quanti bambini ci sono in Italia?

■ In base ai dati ISTAT del 2011 si contano 8.513.222 soggetti minori di 14 anni; se a questi aggiungiamo anche gli adolescenti fino a 18 anni, per considerare tutta l'età pediatrica, si raggiunge il numero di 10.837.854.

Quante e quali sono le neoplasie in età pediatrica?

■ Secondo il rapporto 2008 dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) sui Tumori Infantili, in Italia l'incidenza delle neoplasie è pari a 170/1.000.000 di soggetti di età inferiore a 14 anni,

per cui si possono registrare circa 1.450 nuovi casi all'anno. Numeri che sono lievemente aumentati dalla fine degli anni '80 alla fine degli anni '90 e che comunque allarmano, poiché le neoplasie sembrano appannaggio esclusivo del mondo degli adulti. Purtroppo non è così. Nel bambino sono di maggior riscontro i tumori del sistema emopoietico (leucemie e linfomi), comuni con l'adulto e le forme originate da tessuti embrionari (sarcomi), caratteristiche dell'infanzia, che offrono minori possibilità di diagnosi precoce e prevenzione. D'altro canto questi ultimi presentano una maggiore risposta al trattamento, essendo più sensibili alla chemio e radioterapia rispetto ai più frequenti tumori maligni d'origine epiteliale dell'adulto, i carcinomi. Nella figura 1 è riportata la distribuzione delle principali neoplasie nei bambini di età inferiore a 14 anni.

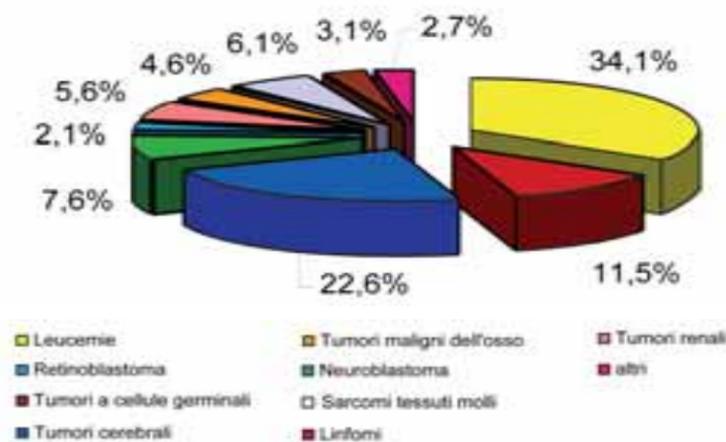


Figura 1: Prevalenza delle principali neoplasie nella fascia d'età 0-14 anni (Da Kaatsch P, 2010, modificata).



Protocollo terapeutico: schema terapeutico che prevede l'associazione di farmaci in sequenze predefinite associate o meno a radioterapia e/o chirurgia.

Secondi tumori: i sopravvissuti al tumore in età pediatrica

hanno, nel corso della vita, un rischio leggermente superiore rispetto alle persone della stessa età nella popolazione generale, di sviluppare una seconda neoplasia, cioè un tumore completamente diverso dal primo; a tale rischi concorrono, oltre alla terapia utilizzata, anche fattori genetici e familiari.

Come si curano? L'unione fa la forza

■ I tumori, sebbene costituiscano una patologia rara in età pediatrica, rappresentano la seconda causa di morte nei bambini di età inferiore a 14 anni. Questa nefasta affermazione è controbilanciata dai brillanti risultati terapeutici conseguiti negli ultimi decenni in oncologia pediatrica: un destino che una volta sembrava segnato, oggi, per molte neoplasie, è stato ribaltato. La svolta fondamentale si è ottenuta grazie all'adozione di un **trattamento multidisciplinare** che utilizza in modo armonico e integrato, le armi a disposizione, quali chirurgia, radioterapia, chemioterapia, attraverso lo strumento del protocollo terapeutico, nonché al più largo impiego della terapia di supporto anti-infettiva, emotrasfusionale e metabolica; in seguito, i risultati ottenuti raggruppando i pazienti in studi multicentrici condotti presso i diversi istituti di oncologia pediatrica, italiani e più spesso europei, hanno permesso di ottimizzare le strategie terapeutiche. In Italia la nascita dell'Associazione Italiana di Ematologia ed Oncologia Pediatrica (AIEOP), che ha riunito un numero via via crescente di Centri oncologici fino a contare attualmente 54, ha determinato la diffusione dei protocolli terapeutici e l'uniformità di trattamento per tutti i piccoli pazienti su tutto il territorio nazionale, conseguendo significativi miglioramenti nel trattamento, gettando le basi per le attuali cooperazioni europee ed extraeuropee. L'obiettivo dell'oncologia pediatrica, inizialmente, è stato quello del miglioramento della prognosi, che ha portato ad un'intensificazione progressiva dei programmi terapeutici, fino all'utilizzo del trapianto di midollo osseo autologo (le cellule emopoietiche derivano dal paziente stesso) o allogenico

(da donatore) e di complesse applicazioni tecnologiche. Negli ultimi vent'anni si è registrato, invece, un cambiamento di rotta ed il punto centrale della filosofia terapeutica è diventato, in particolare per i tumori con elevate e stabili percentuali di sopravvivenza, il **conseguimento della guarigione, mantenendo una buona qualità di vita a lungo termine**, cercando di far diventare il piccolo paziente un "adulto sano". Per ottenere una guarigione al minor prezzo possibile i protocolli terapeutici hanno operato su tutti i fronti: utilizzando procedure chirurgiche meno demolitive e programmando interventi radicali in momenti strategici più opportuni, con risparmio degli organi limitrofi; cercando di evitare farmaci e/o loro dosi cumulative che potessero determinare danni a lungo termine alla funzione cardiaca, riproduttiva, respiratoria, provocare obesità, alterazioni dell'apprendimento, secondi tumori; cercando di evitare l'uso della radioterapia o di impiegarla a dosi e campi ridotti e con tecniche innovative, gravate di minori effetti collaterali tardivi. Infine negli anni più recenti la ricerca scientifica ha fornito i farmaci mirati, che costituiscono la cosiddetta **"targeted therapy"**: sono sostanze create in laboratorio mirate o contro molecole indispensabili per la trasformazione e la crescita tumorale di cellule maligne di singole neoplasie (ad es. leucemia mieloide cronica), o prevalenti nelle cellule maligne e comuni a diverse neoplasie, oppure contro antigeni di superficie delle cellule neoplastiche. Questi farmaci sono impiegati talora da soli, più spesso inseriti nei protocolli chemioterapici per incrementarne l'efficacia, soprattutto nelle neoplasie ancora a cattiva prognosi, e per ridurre sia la tossicità a breve (nausea, vomito, infezioni, mielodepressione) che a lungo termine.

Si può guarire di un tumore dell'età pediatrica?

■ Il sorprendente successo prognostico ottenuto negli ultimi trent'anni in oncologia pediatrica è documentato dal sensibile miglioramento delle percentuali di sopravvivenza registrate in quasi tutti i tipi di neoplasia, come visibile nella figura 2. Sulla base delle caratteristiche istopa-

tologiche del tumore, in rapporto ad alcuni parametri clinico-biologici e all'estensione della malattia al momento della diagnosi è possibile formulare fin dall'inizio un orientamento prognostico ed è possibile schematicamente suddividere i tumori in tre differenti classi. Esistono forme neoplastiche in cui le percentuali di sopravvivenza sono ormai consoli-

date e la quota di guarigione è oltre l'80%; altri tipi di neoplasie che fanno registrare sopravvivenze intermedie con quote di guarigione variabili tra il 30 e l'80%; una percentuale non trascurabile di neoplasie maligne raggiunge prospettive di guarigione scarse e non superiori al 30%.

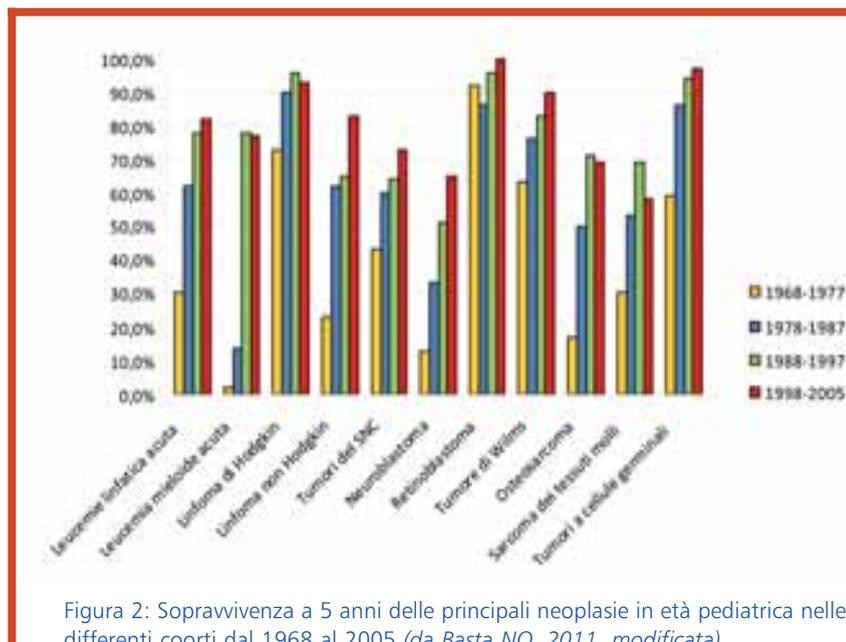


Figura 2: Sopravvivenza a 5 anni delle principali neoplasie in età pediatrica nelle differenti coorti dal 1968 al 2005 (da Basta NO, 2011, modificata).

Qual è il futuro?

■ I cambiamenti epocali nella prognosi appartengono al secolo scorso: oggi dobbiamo accontentarci (ma è solo un ripiego?) di piccoli incrementi di percentuale per molte neoplasie, ma essere invece pretenziosi nel migliorare sempre più la qualità di vita dei pazienti sopravvissuti, fino alla loro vecchiaia. Per alcuni tumori la battaglia è ancora aperta: la sopravvivenza si è allungata rispetto al passato, ma la guarigione è un miraggio. In questi casi alla ricerca scientifica rimane molto da fare, però la sempre più compatta "falange" di istituzioni cooperative potrà alla fine vincere questa battaglia, così come è stato nel Novecento.

ESPERTO
NEL SOLLIEVO DALLA
SENSIBILITÀ DENTINALE
CON
I BENEFICI
DI UN DENTIFRICIO
QUOTIDIANO



SENSODYNE

*se usato due volte al giorno.

www.sensodyne.it

Il Mondo delle Associazioni: un esempio di generosità

È innegabile che le Associazioni rappresentino una risorsa per il nostro Paese e che favoriscano l'aggregazione e lo scambio costruttivo di esperienze e progetti socio-sanitari. Questo il caso dell'Associazione "Sentieri e Cavalli", costituita nel 1995 da un gruppo di amici unifi dalla grande passione per i cavalli, per la natura, l'ambiente e le tradizioni della nostra terra, e operativa nel territorio dei Colli Euganei.



L'Associazione periodicamente organizza eventi e manifestazioni di solidarietà. Fra gli obiettivi dell'associazione quello di consentire ai bambini di familiarizzare con i cavalli, di trascorrere sane giornate all'aria aperta con le proprie famiglie e di raccogliere contributi destinati ad opere benefiche, come nel caso del recente sisma in Emilia Romagna per il quale hanno organizzato il "Primo trekking di Solidarietà".

Associazione **SENTIERI e CAVALLI**
www.sentieriecavalli.com



Funzioni terapeutiche del Cioccolato

Il cioccolato come rimedio per i mali del corpo e dell'anima

Giorgio Calabrese
Docente di Dietetica e Nutrizione Umana

Chi è spesso di malumore ama il cioccolato e quando lo mangia si sente meglio di salute pensando che sia dovuto solamente al suo buon gusto, ma non è così, perché il cioccolato contiene almeno 300 sostanze e, fra esse, alcune fanno aumentare la secrezione di **SEROTONINA** nel cervello, ormone detto del buon umore che sta sempre più diventando un nutriente contro la depressione. Crescono anche le **ENDORFINE**, sostanze che il nostro organismo produce per aiutarci a lenire il dolore.

I **POLIFENOLI** contenuti nel cacao agiscono invece come antiossidanti e quindi favoriscono l'allungamento della vita. Alcuni studiosi della Boston University e della Harvard University lo hanno eletto come uno dei cibi "allunga la vita", altri lo hanno definito il sostituto legale e concedibile della marijuana. L'ef-

fetto "allunga vita" lo si deve alla presenza di molte sostanze antiossidanti e anti invecchiamento, come i flavonoidi.

Infine è stata valutata un'altra sostanza molto interessante, come l'**ANANDAMIDE**, scoperta da un italiano Daniele Piomelli, e approfondita clinicamente da chi scrive, che ha sulle cellule cerebrali effetti simili a quelli della marijuana, gli input assomigliano fortemente al Tetra-idro-cannabinolo (Thc), contenuto nei cannabinoidi, appunto. Questa sostanza, senza essere, ovviamente, una droga non provoca i gravi danni che derivano dai veri cannabinoidi e favorisce, una sensazione di benessere, di appagamento e di serenità.

Oggi, si stanno approfondendo altre due sostanze, simili all'anandamide, che sono due derivati delle **ETANOL-AMINE** (N-Oleo-etanolamine e N-Lino-etanolamine) che proteggono questa sostanza dalla distruzione favorendone il prolungamento e quindi allungano il piacere e il benessere. Le 500 calorie di un etto di cioccolato sono da

considerare nel computo calorico giornaliero e non come una semplice aggiunta.

Il cioccolato ha ancora dei meriti che sono da attribuire ai **FLAVONOIDI**, contenuti nei semi di cacao e aiutano la dilatazione delle arterie. I Flavonoidi, infatti, contengono le **PROCIANIDINE**, che aumentano il diametro dei vasi arteriosi e, quindi, aiutano a diminuire il pericolo della formazione dei trombi, quindi abbassano anche il pericolo di occlusione della arterie causato sulle pareti dall'azione delle frazioni negative del colesterolo, LDL e VLDL.

Si tratta quindi di un buon antiossidante, perché i flavonoidi combattono, contemporaneamente, i danni provenienti dai radicali liberi, che sono molecole favorevoli un invecchiamento precoce delle cellule, dovuto ad alterazioni del metabolismo.

Nel cioccolato ci sono abbastanza Grassi Insaturi, fra cui l'acido oleico, che migliorano molto le funzioni delle membrane cellulari, specie di quelle nervose.



Le proteine nei primi anni di vita

Dott.ssa **Assunta Martina Calazzo**
Medico Specialista
in Scienza dell'Alimentazione

Nei primi anni di vita, quando la crescita in peso e statura è estremamente veloce, **il bisogno energetico e proteico è maggiore**. Comunemente viene posta molta attenzione, soprattutto negli ultimi anni, affinché i nostri bambini assumano le giuste quantità e la giusta qualità di zuccheri e grassi senza eccedere, ma difficilmente, se non da parte degli addetti ai lavori, si fa caso a quante e quali proteine assumono sin dalla più tenera età.

Le proteine sono **fondamentali a tutte le età**, ma soprattutto in età pediatrica, perché rappresentano "i mattoni" che il nostro organismo utilizza per costruire i nuovi tessuti e riparare quelli danneggiati. Le proteine hanno un turnover giornaliero e, al contrario dei grassi e degli zuccheri, non esistono organi in cui possono essere conservate per poi, se introdotte in eccesso, utilizzarle quando servono. Contrariamente a quanto ritenuto dai genitori, la quantità di proteine che è necessario assumere sin dai primi mesi di vita **non è altissima**, e, negli ultimi anni, le stime dei fabbisogni sono state rivalutate e ridotte drasticamente.

Le proteine assunte con l'alimentazione possono essere di **origine animale** (carne, pesce, uova, latte e derivati) o di **origine vegetale** (cereali, legumi, frutta secca). È consigliabile dividere al 50% l'apporto di proteine animali e vegetali.

Ma queste raccomandazioni sono conosciute e vengono rispettate?

Mentre nel Terzo Mondo le carenze alimentari determinano anche un deficit di assunzione di proteine, situazione ancora presente nei bambini italiani fino agli anni '50, il problema emergente oggi nei paesi ricchi è la malnutrizione anche per eccesso di proteine. La cosa grave è che se all'eccesso calorico ormai fanno caso anche i genitori, all'eccesso proteico non si fa caso, anzi si ha sempre paura che il nostro bambino possa mangiare poca carne o poco pesce, ecc.

L'eccessiva assunzione di proteine nei primi anni di vita, oltre a de-

terminare danni acuti come un eccessivo carico renale e una perdita di calcio con le urine, aumenterebbe nel tempo il rischio di sviluppare sovrappeso e obesità.

Alcuni autori hanno evidenziato che, se la mamma durante la gravidanza assume troppe proteine, il feto alla nascita ha un numero maggiore di cellule grasse (adipociti); altri studi hanno evidenziato che se il bambino assume troppe proteine nei primi anni di vita si determina un ulteriore aumento degli adipociti, un aumento del grasso e un precoce "adiposity rebound" cioè quell'aumento del BMI che, normalmente, deve avvenire tra i 5 e i 6 anni, e che se invece si verifica prima determina un aumento del rischio (anzi la quasi certezza!) di obesità in epoche di vita successive.

Ma quali possono essere gli errori che determinano un'eccessiva assunzione di proteine e in particolare di proteine animali?

L'introduzione nella dieta del latte vaccino prima dell'anno di vita; un svezzamento troppo precoce o, ove questo sia iniziato regolarmente, quantità eccessive per l'età di carne, pesce, formaggi (ad esempio quante volte aggiungiamo alla pappa in cui è già presente la carne, il pesce o legumi uno o più cucchiari di parmigiano?), quantità che tendiamo ad aumentare con la crescita del bambino.

Dunque, care mamme, proviamo a pensare e a convincerci che troppo frequentemente noi adulti tendiamo a **sovrastimare le reali necessità** per una crescita regolare dei nostri bambini ed anche nel caso delle proteine riduciamo con serenità le porzioni di tutti, grandi e piccini.



LINEA CRESCENDO: IL TUO BAMBINO È IN BUONISSIME MANI.



LINEA CRESCENDO, PENSATA PER PRENDERSI CURA DEI PIÙ PICCINI.

I primi passi li abbiamo mossi insieme ai vostri bimbi. Stando di fianco a loro, giorno dopo giorno, possiamo dire di essere diventati grandi. Crescendo a marchio Coop è una linea completa per prendersi cura in ogni momento del più piccini: body, tutine, calzini in cotone proveniente da agricoltura biologica, pannolini, salviette, prodotti per l'igiene e un'ampia offerta di alimenti biologici. Tutto senza dimenticare la convenienza: Perché alla Coop, per i nostri clienti più piccoli, abbiamo sempre due occhi di riguardo. SCOPRI LA NUOVA GRAFICA CON LE ILLUSTRAZIONI DI NICOLETTA COSTA.



www.alimentazionebambini.it



L'infusione da HIV SEMPRE PRESENTE!

Luisa Galli, Sabrina Becciani
Ospedale Meyer, Firenze

Che cos'è l'HIV

Il virus dell'Immunodeficienza Umana (*Human Immunodeficiency Virus* o HIV) è un virus che colpisce il sistema immunitario ed in modo particolare una popolazione cellulare, i linfociti T CD4+.

Il virus agisce penetrando all'interno delle cellule immunitarie e sfrutta le loro risorse allo scopo di restare in vita e di moltiplicarsi. Ovviamente la sua sopravvivenza mina inevitabilmente la vita delle cellule linfocitarie, le quali, con il passare del tempo, tendono a diminuire sensibilmente. Il processo deve quindi essere prontamente e adeguatamente arrestato, cosa attualmente possibile grazie alla presenza di numerosi farmaci in grado di rallentare e stabilizzare l'attività del virus. Altrimenti, il progressivo deficit immunitario permette l'ingresso ad agenti patogeni che normalmente non riuscirebbero a penetrare in soggetti con un sistema immunitario integro, chiamati infatti "opportunisti". Le manifestazioni principali di tale evento sono lo sviluppo di importanti infezioni in tutti i distretti corporei e un aumentato rischio di sviluppare tumori. I segni ed i sintomi sono caratteristici, ma anche molto variabili tra diversi individui e la loro presenza, rafforzata da prove laboratoristiche, permette la diagnosi di Sindrome dell'Immunodeficienza Acquisita, meglio conosciuta come AIDS.

La realtà degli adulti in Italia...

- 157.000 persone che vivono con l'HIV/AIDS nel 2010
- 5,5 per 100.000 residenti: tasso annuale di incidenza delle nuove diagnosi nel 2010
- >1.000 morti dovute a AIDS nel 2010

(fonte: Istituto Superiore di Sanità Centro Operativo Aids, 2010).

...e dei bambini

- 9.649 bambini nati da madre HIV-1 positiva fino al 2010
- di cui 1.535 infetti e 7.417 non infetti
- 436 decessi tra gli infetti

(fonte: Registro Italiano per l'infezione da HIV, 2010).

Come si acquisisce

Il virus dell'immunodeficienza umana è stato identificato nei fluidi corporei degli individui infettati, intendendo per "fluidi" sangue, secrezioni genitali maschili e femminili (sperma e muco vaginale) e latte materno. L'identificazione dell'agente in tali sedi ha aiutato a definire le modalità di trasmissione interumane del microorganismo, che avviene attraverso quattro vie: le trasfusioni di sangue infetto; lo scambio di siringhe e aghi nei tossicodipendenti; le pratiche sessuali non protette; la trasmissione verticale dalla madre al figlio (MTCT: *Mother-To-Child Transmission*).

La via di trasmissione più efficiente è la trasfusione di sangue, tuttavia attualmente questa è la forma meno comune, soprattutto nei Paesi occidentali, dove i controlli sul sangue destinato alle trasfusioni sono attuati in maniera sistematica.

L'usanza di condividere aghi, siringhe ed altri oggetti affilati tra i soggetti tossicodipendenti, ha rappresentato soprattutto in passato una modalità di contagio abbastanza frequente, oggi responsabile di una minoranza dei casi di infezione da HIV totali. La via di trasmissione più frequente, soprattutto nella popolazione giovane, è rappresentata dai rapporti sessuali non protetti, sia eterosessuali che omosessuali.

Attualmente al centro dell'attenzione si trova la MTCT (*Mother-To-Child Transmission*), ovvero la trasmissione madre-figlio. Il virus può passare dalla madre HIV-positiva al prodotto del concepimento in diversi momenti, ovvero durante la vita intrauterina, durante il parto e dopo la nascita, con l'allattamento materno. Il rischio di trasmissione è maggiore durante il passaggio del canale del parto, mentre è minore durante la gravidanza e l'allattamento.

Una più rara modalità di trasmissione è di tipo professionale e avviene durante il contatto accidentale con secrezioni o sangue di soggetti infetti in ambito sanitario, contagio che quindi coinvolge potenzialmente tutti coloro che lavorano in questo ambiente.

Come si manifesta l'infezione da HIV

Dopo l'acquisizione dell'infezione l'individuo può non avere inizialmente alcun sintomo o può presentare una sindrome similinfluenzale associata a ingrossamento linfonodale, poco specifica e che passa inosservata nella maggioranza dei casi, associata a ritardo di crescita nel paziente pediatrico. Tali sintomi possono essere presenti in molte altre infezioni, come la mononucleosi o altre infezioni virali. Nelle fasi avanzate, con la progressiva distruzione dei linfociti da parte del virus, il sistema immunitario inizia ad avere una crescente difficoltà nella difesa dell'organismo da agenti patogeni. Il deficit protettivo predispone allo sviluppo di infezioni atipiche, che difficilmente sono presenti in soggetti sani, rappresentate principalmente da polmoniti sostenute da virus e funghi.

SIEROPPOSITIVO

Indica un soggetto contagiato dal virus HIV e che può essere identificato attraverso la ricerca di anticorpi specifici per il virus nel sangue. Solo nel caso del neonato da madre con infezione da HIV la presenza degli anticorpi NON è sintomo di infezione, perché gli anticorpi della madre sono presenti nel bambino nei primi 15-18 mesi di vita.

AIDS

Rappresenta il quadro più grave, definito dalla presenza dei sintomi caratteristici, associata alla dimostrazione di un quadro immunologico critico, rappresentato dalla riduzione importante dei linfociti, e alla dimostrazione di una quantità rilevante del virus nel sangue (*viral load* o *carica virale*).

Sebbene l'apparato respiratorio sia il distretto più frequentemente colpito, infezioni atipiche possono coinvolgere anche altre strutture, come il sistema nervoso centrale e l'apparato gastroenterico. Oltre alle manifestazioni infettive sono possibili tumori, anche in questo caso coinvolgenti distretti corporei variabili, andando così a costituire un vero e proprio quadro sindromico.

Diagnosi

Nel caso dell'infezione da HIV la diagnosi precoce è fondamentale al fine di rallentare con la terapia farmacologica la distruzione del sistema immunitario. La clinica non è sufficiente a stabilire la presenza della malattia, perché come già sottolineato è talora non significativa. Nell'adulto la diagnosi si basa sulla ricerca degli anticorpi prodotti dal nostro organismo contro l'HIV. Inizialmente il test consiste in una prova immunoenzimatica chiamata ELISA (*Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay*) la quale ha una sensibilità molto alta. I risultati si ottengono rapidamente, in soli 20 minuti, ma il valore del test è di *screening* in quanto necessita di una conferma successiva per la diagnosi certa attraverso il Western Blot, altra tecnica caratterizzata da una specificità elevata. L'indagine tramite ELISA è in grado di fornire i primi risultati già entro 4 settimane dal contatto a rischio, periodo in cui i primi anticorpi iniziano ad essere prodotti dal nostro sistema immunitario, ma è opportuno ripetere il test, se negativo, anche al terzo-sesto mese dal sospetto di contagio, in modo tale da coprire il cosiddetto "periodo finestra". Altri test come quelli su saliva, sono teoricamente utilizzabili, anche se non spesso disponibili sul territorio italiano. La diagnosi in età infantile, se il sospetto è di infezione verticale da

madre sieropositiva, richiede un approccio diverso rispetto all'adulto. Nel caso di sieropositività materna per il virus, il feto acquisisce gli anticorpi anti-HIV dalla madre attraverso la placenta, i quali vengono completamente persi entro il diciottesimo mese di vita. I comuni test per l'HIV, che rilevano tali anticorpi nel sangue, sono dunque sempre positivi fino a circa 18 mesi di età, ma non hanno nessun significato diagnostico. E' quindi indispensabile la ricerca diretta del virus attraverso la ricerca del suo genoma (RNA), basata su una tecnica di amplificazione, la *Polymerase Chain Reaction* (PCR). Abitualmente il test è eseguito nelle prime 48 ore di vita o comunque entro i primi 14-21 giorni e se il risultato è negativo, la ricerca è ripetuta a 1-2 mesi e a 4-6 mesi di vita. Entro le prime 48 ore circa il 30-40% dei bambini con infezione da HIV risulterà positivo alla ricerca del RNA, percentuale che aumenta notevolmente fino al 93% per test effettuati nelle prime 2 settimane di vita e al 95% entro il primo mese.



Come si tratta

■ A partire dal 1996, anno in cui fu introdotta per la prima volta una innovativa strategia terapeutica denominata HAART (Highly Active AntiRetroviral Therapy) è stato possibile un notevole miglioramento della qualità della vita dei soggetti infettati, e di conseguenza un aumento della loro speranza di vita. La HAART, basata sull'associazione di almeno tre farmaci antiretrovirali, consente il passaggio da una malattia ad andamento rapidamente progressivo a una patologia cronica.

Ovviamente il risultato non consiste nella guarigione completa dall'infezione, in quanto purtroppo non è stato ancora identificato alcun farmaco in grado di eradicare il virus dall'organismo.

La *compliance*, ovvero l'aderenza alla terapia, rappresenta il principale fattore responsabile del successo terapeutico, sia negli adulti che nei pazienti pediatrici. L'HIV è infatti un virus in grado di adattarsi molto velocemente ed ha una capacità notevole di mutare, qualità che utilizza anche a scopo autoprotettivo nei confronti dei farmaci antiretrovirali. Rispettare tempi, dosi e somministrazioni dei medicinali significa mantenere la loro concentrazione nel sangue a valori efficaci, condizione che limita molto lo sviluppo delle resistenze virali.

Come si può prevenire

■ La disponibilità di una terapia farmacologica efficace nel modificare l'andamento della malattia non deve rappresentare una giustificazione per mantenere comportamenti a rischio. La prevenzione infatti rimane il principale mezzo di difesa disponibile.

La trasmissione del virus attraverso le pratiche sessuali può essere prevenuta con una corretta informazione sui rischi associati ai rapporti sessuali non protetti, rivolta soprattutto ad adolescenti e giovani adulti e sulle possibilità precauzionali per limitare il rischio di contagio, come per esempio promuovendo l'uso del profilattico, sin dai primi rapporti sessuali.

La prevenzione indirizzata ai soggetti tossicodipendenti è molto più

complessa a causa della presenza di una condizione di base già difficile. Le Nazioni Unite, attraverso la sezione che si occupa del problema AIDS (UNAIDS), hanno promosso programmi e servizi finalizzati a ridurre la richiesta di droghe, includendo l'educazione, la comunicazione e le attività sociali, come anche programmi e servizi diretti alla cura dello stato di salute dei tossicodipendenti.

In Italia e nei Paesi con ricche risorse economiche la trasmissione verticale madre-figlio ha subito una drastica riduzione, obiettivo non ancora raggiunto in tutte quelle zone in cui le risorse sono scarse. L'intervento principale è in questo caso la diagnosi precoce in tutte le donne in gestazione, attuando i test HIV routinariamente entro il secondo trimestre di gravidanza. Qualora la donna sia HIV-positiva deve essere attuata una strategia combinata, che includa una prevenzione di tipo medico (farmacologica e non farmacologica) ed una di tipo comportamentale.

L'approccio farmacologico consiste nel trattamento antiretrovirale della madre durante la gravidanza, con l'obiettivo di ridurre la carica virale nel sangue e nelle secrezioni genitali, permettendo così un'azione sia sul rischio di infezione durante la gestazione che al momento del parto. Oltre alla madre, la profilassi con antiretrovirali dovrà essere somministrata anche al neonato entro 12 ore dalla nascita e sarà continuata per sei settimane.

L'approccio non farmacologico, che consiste nella scelta di un parto con taglio cesareo, limita ulteriormente la probabilità di trasmettere il virus, eliminando il contatto con mucose, sangue e secrezioni materne.

FOCUSFOCUSFOCUS

HIV e Adolescenza

La popolazione che gioca il ruolo principale nella cosiddetta prevenzione è costituita da adolescenti e giovani adulti. I programmi preventivi indirizzati alle nuove generazioni devono necessariamente comprendere approcci, che includano in primo luogo una corretta informazione riguardo l'infezione ed una appropriata educazione sessuale. Tutto ciò dovrebbe essere accompagnato da un supporto di tipo psicologico, che aiuti i ragazzi ad esprimere le loro perplessità sull'argomento e ad affrontare una eventuale convivenza con l'infezione.

Infine è importante informare le neo mamme raccomandando di sostituire l'allattamento al seno, già dal parto con l'uso di latte di formula, al quale hanno diritto gratuitamente fino al compimento del sesto mese di vita del lattante. Oggi la sieropositività non rappresenta più un limite per il concepimento, poiché grazie ad una corretta applicazione delle indicazioni sopracitate è possibile ridurre la percentuale di rischio legata alla trasmissione verticale a livelli estremamente bassi (1%).

Dove può essere eseguito il test?

Come previsto dalla Legge 135/90 può essere effettuato gratuitamente, anonimamente e senza impegnativa del medico presso i reparti di Malattie Infettive ospedaliere; nei Centri di cura delle M.S.T. (Malattie Sessualmente Trasmissibili) o I.S.T. (Infezioni Sessualmente Trasmissibili); nelle strutture pubbliche o private dove si eseguono i prelievi. Il costo in Centri privati è di circa 15-20 Euro. Per ulteriori informazioni sull'esecuzione del test sono a disposizione il numero di telefono e il sito internet dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS):

- Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse dell'ISS:
800-861061 (lun-ven dalle 13 alle 18)
- Sito web: www.iss.it/ccoa

COLORI SCURI O COLORI PASTELLO?

Federica Lanari
Master in Fashion Design Manchester
Metropolitan University

Colori scuri o colori pastello? Forme morbide o strette ed avvolgenti? Ma va ancora il nero?

■ Che queste domande siano ricorrenti agli inizi di ogni stagione, specie tra donne e che su queste apparenti futilità e sui cambiamenti di stili, dettagli e materiali si sostenga quel famoso "Made in Italy" che non solo ci connota (ancora) positivamente nel mondo, ma che riveste una considerevole quota del nostro prodotto interno lordo, è cosa risaputa.

Mutando scenario, è anche risaputo che invece i cambiamenti per un paziente, quelli terapeutici, sono qualcosa in una certa misura destabilizzante, che può comportare qualche problema psicologico di adesione al nuovo programma di cure.

Ma certamente poco noto, o forse solo intuito dai medici, è che cambiare colore o forma di una pillola, pur mantenendone la stessa composizione e dosaggio, comporti reali e frequenti difficoltà al paziente, specie se anziano, con possibile interruzione della cura stessa.

Questo è ciò che recentemente ha dimostrato un gruppo di esperti farmacologi della divisione di farmacoepidemiologia e farmacoconomia del Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School di Boston, nel Massachusetts.

Secondo il loro studio, presentato in dicembre 2012 sulla prestigiosa rivista *Archives of internal Medicine* e che ha arruolato oltre 11.000 pazienti da tempo in terapia per epilessia, un numero significativo di pazienti non ha più seguito la cura al cambiamento del farmaco precedentemente usato, pur sapendo che questo cambiava solo per la forma della pillola o in maniera ancor più significati-

va per il suo colore. Il cambiamento infatti arrecava insicurezze, dubbi, difficoltà e conseguente non assunzione.

La mancata aderenza ad una terapia è un problema comune, stimato talvolta tra il 50% e il 75% dei casi, con possibili importanti e negative ricadute sull'andamento della malattia e con costi sociali aggiuntivi. I soggetti che maggiormente sono in difficoltà all'eventuale cambio di cura sono tipicamente quelli con patologia cronica, per anni in terapia con più farmaci e che per questo tendono ad organizzare la loro giornata, scadenandola anche in relazione all'assunzione della famosa pillolina gialla o rossa, tonda o lunga. Abbastanza recentemente l'esplosione della spesa sanitaria, in molte realtà non più sostenibile, ha stressato l'utilità di sostituire farmaci "branded", ovvero con il marchio di una specifica azienda con quelli "equivalenti", generalmente molto meno cari, seppur con analoga efficacia. Dunque, anche qui, come nella moda, la "griffe" si paga... ma senza divertimento o vantaggio alcuno!

I pazienti in realtà non chiederebbero farmaci griffati, ma semplicemente raccomandati e garantiti dal loro medico come ugualmente efficaci e non semplicemente prescritti perchè meno costosi. Anche qui dunque qualche similitudine con la moda: l'aspetto è importante e la comunicazione è strategica!

E da ultimo, visto che la "contaminazione", come si dice oggi, tra saperi, discipline, ambienti è attualmente molto in voga (e certamente utile), perchè non far parlare il mondo che si occupa dell'immagine con quello che deve far gradire ad un paziente anche una sgradevole seppur utile terapia?



Quando il **BULLISMO** può uccidere

Piercarlo Salari
Pediatra di Consultorio, Milano

Bullismo e suicidio. Potrebbe sembrare un binomio fuori dal comune, se non improbabile, eppure tra i fatti di cronaca non mancano storie di giovanissimi che, in preda alla propria fragilità, non sono riusciti a superare aggressioni talvolta non soltanto fisiche o verbali ma soprattutto psicologiche. Come nel caso, per esempio, di un quindicenne che il 22 novembre 2012 si è impiccato a Roma dopo esser stato deriso a scuola e su internet o della quattordicenne di Novara che si è lanciata nel vuoto lo scorso 6 gennaio. Il più delle volte gli autori di questi gesti disperati sono vittime due volte: da un lato, infatti, catalizzano la rabbia dei coetanei. Una rabbia immotivata, che affonda le proprie radici in un clima di malessere e insicurezza sociale non

facilmente codificabile nel contesto delle contraddizioni che caratterizzano il mondo odierno; dall'altro subiscono l'indifferenza colposa degli adulti e di una società che troppo spesso non presta la dovuta attenzione al bisogno di sostegno delle famiglie. Si tratta di un argomento alquanto delicato che stimola tre ordini di riflessioni. La prima riguarda la sicurezza a scuola: non è corretto attribuire ogni responsabilità agli insegnanti, che spesso sono all'oscuro di quanto avviene tra i ragazzi, ma non si può nem-

meno sottovalutare un dato riportato nel libro di recente pubblicazione "A scuola senza paura" (autori Magda Di Renzo, Michele Capurso e Federico Bianchi di Castelbianco), secondo cui il 27,6% dei ragazzi ha più paura di aggressioni a scuola, contro il 16% che ha invece questo timore quando è fuori scuola.

Il secondo aspetto riguarda il bullismo: un fenomeno presente nella metà delle classi italiane, in preoccupante aumento anche nel sesso femminile, espressione della logica prevaricatrice del più forte che, approfittando del rispetto acquisito con le proprie "gesta" - spesso vere e proprie azioni criminose - agli occhi dei coetanei, si sente investito del potere di giudicare i più deboli e di imporre loro la propria autorità. Una declinazione più recente di questa realtà si traduce nel cyberbullismo che, pur condividendo presupposti e dinamiche simili, merita una considerazione a sé.

Esso ha infatti quale palcoscenico il mondo virtuale di internet e si esprime attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologici quali telefonini e computer per acquistare "notorietà multimediale" attraverso la spettacolarizzazione e la circolazione di informazioni, fotografie e video.

La profonda differenza rispetto al bullismo tradizionale è che in questo caso la vittima viene immortalata e resa prigioniera della sua stessa stigmatizzazione, non più controllabile nei circuiti perversi della rete. Nella rete, infatti, la notorietà può trasformare un ragazzo in un eroe come pure mortificarlo ed esporlo a preconcetti gratuiti e condanne scontate con il duro prezzo dell'emarginazione dal gruppo, nei quali un orientamento sessuale diverso può diventare un fattore di ostilità ancor più discriminante. La vittima, così, diventa oggetto di calunnia o di ricatto e può andare incontro ad alterazioni dell'equilibrio psicofisico (riduzione dell'autostima, scarsa motivazione all'autonomia, ritiro sociale), a compromissione della resa scolastica e a disturbi psichiatrici (ansia, depressione) che spesso tendono a persistere anche una volta cessata la pressione persecutoria. Il bullismo in tutte le sue molteplici connotazioni dovrebbe essere perciò prontamente arginato e sconfitto attraverso opportuni programmi di prevenzione e intervento sulle vittime e sulle loro famiglie. Una vera emergenza da affrontare subito, prima che possa tradursi in un costo per la società e per il sistema sanitario e, ancor peggio, in una realtà per la quale il suicidio rischia di delinearsi come unica e inesorabile via di fuga.

Il suicidio negli adolescenti: allarme dagli USA

I comportamenti suicidari sono tra le principali cause di morte in tutto il mondo, in particolare negli adolescenti e nei giovani adulti. Lo afferma uno studio da poco pubblicato sulla prestigiosa rivista internazionale *Jama psychiatry* su quasi 6.500 adolescenti di età compresa tra 13 e 18 anni, dal quale è emerso un legame tra il comportamento suicidario e una complessa combinazione di disturbi dell'umore, come depressione e problemi comportamentali dell'attenzione e dell'alimentazione, e abuso di alcol e droga. La frequenza di ideazioni suicide nel corso della vita riguarda circa un adolescente su 8, mentre quella di pianificazione e attuazione è rispettivamente del 4% e 4,1%. Di norma il tentativo si verifica entro un anno dalla prima ideazione. Allarmante è poi il dato che 8 adolescenti con tendenze suicide su 10 giungono all'attenzione dello specialista che evidentemente non è sufficiente a prevenire gesti estremi.

Tosse?

grinTuss

Protegge la mucosa, calmando la tosse



Da 1 anno di età



Sciroppo Adulti

Sciroppo Bambini

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 Plantaggine, Grindelia ed Elicio 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.

SONO DISPOSITIVI MEDICI **CE** 0373
Aut. Min. del 06/07/2012
Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni per l'uso
Aboca S.p.A. Società Agricola - Sinespoloro (AR)
www.aboca.com



Un'influenza sorprendentemente più aggressiva



Piercarlo Salari
Pediatra di Consultorio Milano

La stagione influenzale 2012-2013 non ha smentito le previsioni, con il picco registrato a fine gennaio e un aumento del 30% dell'incidenza nei piccoli e il 10% negli adulti.

L'elemento caratterizzante, però, è stata probabilmente la sua sorprendente aggressività nei confronti delle fasce d'età estreme: dei 50 mila casi al giorno stimati, più della metà sono bambini, e per ogni anziano malato si sono conteggiati 12 bambini a letto.

Oltre all'ormai famoso virus H1N1 si è isolato il virus B e, molto meno che negli Stati Uniti, il virus AH3N2, responsabile di casi particolarmente aggressivi e talvolta purtroppo anche letali. Un'altra ragione per cui

l'influenza si è rivelata più impegnativa rispetto alle forme degli ultimi 2 anni è legata alla riduzione del numero dei vaccinati, che sono stati 100 mila in meno. Malgrado queste cattive sorprese

l'influenza rimane una malattia benigna: non deve essere sottovalutata ma un approccio mirato consente di mettere il bambino al riparo da rischi e complicazioni.

La regola delle "3 L"

Nella cura dell'influenza vale più che mai la regola delle "3 L" (letto, lana e latte) che è stata giustamente riesumata dai dettami della vecchia saggezza popolare.

Letto perché il riposo è una terapia fondamentale, magari allietata e inframmezzata da qualche cartone animato.

Lana perché occorre una copertura adeguata, insieme al mantenimento di condizioni ambientali confortevoli.

Latte, infine, è sinonimo di liquidi e quindi di idratazione: far bere il bambino è molto più efficace piuttosto che cercare di forzare inutilmente la sua inappetenza, che è peraltro uno dei primi segnali di malessere generale.

La febbre: come affrontarla

■ Altrettanto importante è l'approccio alla febbre, che si può definire il sintomo centrale dell'influenza, e a tale scopo è utile rivedere alcune raccomandazioni pratiche formulate qualche anno fa dalla Società Italiana di Pediatria. Innanzitutto la rilevazione della temperatura corporea deve essere effettuata mediante apparecchio elettronico in sede ascellare: da bandire, perciò, sono la misurazione rettale e quella orale. Sono sconsigliati i mezzi fisici, come per esempio le spugnature, e allo stesso modo non devono essere somministrati acido acetilsalicilico e cortisonici, in quanto gli unici antipiretici consentiti - da impiegare però singolarmente e non in associazione - sono paracetamolo in primis, grazie alla sua ottima tollerabilità, e ibuprofene, con il quale è opportuno prestare più attenzione in quanto

appartenendo alla classe dei FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei) può provocare diversi effetti collaterali. E' bene precisare per entrambi che la via orale è preferibile a quella rettale, in quanto consente una posologia corretta in rapporto al peso e garantisce un assorbimento più costante rispetto alla supposta, che deve essere preferibilmente riservata ai casi di vomito o di particolare difficoltà all'assunzione per bocca. Una puntualizzazione doverosa riguarda proprio il dosaggio, che per il paracetamolo è di 10-15 mg/Kg in ragione dell'intensità e durata della febbre: molti genitori, infatti, presi dall'ansia, rischiano di superare tale valore o di non rispettare l'intervallo minimo tra le somministrazioni (6 ore), senza considerare che la risposta all'antipiretico potrebbe non essere immediata soprattutto all'esordio dell'influenza. Va poi ricordato che il paracetamolo può essere impiegato in tutta sicurezza anche nei bambini asmatici e sin dalle prime epoche di vita. Un'indagine su circa 500 bambini italiani recentemente pubblicata su una rivista scientifica internazionale, infine, ha specificamente valutato i possibili effetti negativi dei principali farmaci di impiego pediatrico sull'apparato gastrointestinale (in particolare il sanguinamento, notoriamente associato ad antinfiammatori e cortisonici). I risultati hanno dimostrato che il parace-

tamolo, nonostante il suo largo utilizzo, comporta un rischio più basso rispetto agli antinfiammatori. Tra questi ultimi, invece, l'ibuprofene è risultato l'antinfiammatorio con la probabilità più elevata di complicanze gastrointestinali anche alle dosi terapeutiche. Pertanto nei bambini l'uso di ibuprofene, come pure quello dei FANS in generale, dovrebbe essere subordinato al consiglio del pediatra e limitato a quelle condizioni in cui è indicato e necessario l'utilizzo di un farmaco antinfiammatorio.

La ripresa delle attività

■ Potrebbe sembrare superfluo, ma è bene spendere qualche parola anche sulla modalità di ripresa della frequenza della comunità. L'influenza si autolimita, è vero, ma va affrontata nella maniera corretta; il tempo di convalescenza è in media di una settimana e dovrebbe essere rispettato, evitando un rientro a scuola troppo precoce, che potrebbe mettere il bambino a rischio di complicanze, come per esempio sovrainfezioni respiratorie. Allo stesso modo anche la ripresa dello sport dovrebbe avvenire con gradualità evitando sovraffaticamento e stress psicofisici soprattutto nel caso di attività agonistiche che potrebbero gravare su un sistema immunitario che non ha ancora del tutto recuperato funzionalità e risorse.

Vigilate sui vostri ragazzi!

La diagnosi precoce dell'uso di sostanze stupefacenti nei minori

Giovanni Serpelloni¹, Claudia Rimondo²
¹Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri
²Coordinamento nazionale progetto "Early detection of drug use for early intervention in children", Dipartimento Politiche Antidroga, PCM

I dati disponibili da diverse ricerche condotte a livello nazionale (Relazione annuale al Parlamento, 2011) collocano l'inizio dell'uso di sostanze stupefacenti mediamente al 14° anno di età. È stato inoltre calcolato che il tempo che intercorre tra la prima assunzione di sostanze e la prima richiesta d'aiuto ai servizi (periodo di latenza) è in media di 5,5 anni (per sostanze come la cannabis e la cocaina si raggiungono anche i 9 anni).

Il ritardo di diagnosi

■ Maggiore il periodo di latenza, più grande è il ritardo con cui il comportamento assuntivo verrà identificato (ritardo di diagnosi). L'esposizione prolunga-

ta alle sostanze che avviene in questo lasso temporale, soprattutto se a consumare sono persone minorenni, comporta importanti alterazioni dei processi di maturazione cerebrale e ciò si traduce in modificazioni di funzioni neurocognitive estremamente rilevanti per lo sviluppo psichico e l'integrazione sociale della persona, in quanto vengono compromesse la capacità di attenzione, di memorizzazione, di controllo volontario dei comportamenti, i meccanismi di "decision making", la capacità di percepire correttamente la realtà, il coordinamento, la capacità di apprendimento. Inoltre, l'uso di droghe può indurre il soggetto consumatore ad adottare comportamenti disinibiti che lo espongono al rischio di avere rapporti sessuali a rischio e quindi di contrarre malattie sessualmente trasmissibili (HIV, epatiti, ecc.), nonché di restare coinvolto in incidenti stradali. Nei casi peggiori, il soggetto può andare incontro ad overdose e perdere la vita.

Rischi corsi dal consumatore di sostanze mentre fa uso di droghe e ritardo di diagnosi prima che egli acceda ai servizi (delay time).



La diagnosi precoce dell'uso di sostanze e l'intervento precoce

Attivare interventi di diagnosi precoce dell'uso di sostanze risulta quindi prioritario al fine di interrompere il prima possibile un'eventuale progressione verso forme di dipendenza e attivare un intervento precoce. Le Nazioni Unite, di concerto con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per mezzo della risoluzione n. 51/3 (marzo 2008), hanno fortemente raccomandato a tutti gli Stati l'adozione di interventi di diagnosi precoce ("early detection") per interrompere il più precocemente possibile la progressione dell'uso di sostanze verso la dipendenza e poter far entrare in trattamento le persone consumatrici il prima possibile. Per questo, anche il Dipartimento Politiche Antidroga ha dedicato una grande attenzione al tema della diagnosi precoce inserendola come priorità tra le azioni di prevenzione previste dal Piano di Azione Nazionale sulle Droghe 2010-2013 e realizzando specifiche linee di indirizzo per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze per l'implementazione di attività di diagnosi precoce dell'uso di sostanze nei minori e di intervento rapido (<http://www.politicheantidroga.it/pubblicazioni/in-ordine-cronologico/diagnosi-e-intervento-precoce/presentazione.aspx>).

La diagnosi, il drug test e il counseling educativo

■ Nella fase di diagnosi precoce si andrà ad analizzare la condizione della persona minore con l'obiettivo di identificare il rischio e il consumo, prima che essa sviluppi un uso continuativo delle sostanze e quindi la malattia della dipendenza.

Per eseguire questa diagnosi, è necessario utilizzare vari strumenti di osservazione e valutazione tra cui: colloquio diagnostico e questionari specifici, drug test professionale, analisi del contesto familiare e sociale, analisi dei fattori di rischio e dei fattori di protezione. Il drug test deve essere eseguito in maniera riservata, rispettando la privacy del minore e della sua famiglia; viene eseguito su richiesta dei genitori ma sempre con l'adesione volontaria del ragazzo/a; il drug test viene effettuato con un monitoraggio periodico e continuo, durante l'età a rischio maggiore (12-17 anni), e viene eseguito casualmente, senza preannunciare quando il minore vi verrà sottoposto.

L'esecuzione del drug test deve essere preceduto e seguito da un counseling specifico in ambito educativo finalizzato sia a fornire informazioni e spiegazioni al nucleo familiare (minore compreso) sulle procedure e sul significato del testing, sia a valutare il modello educativo presente, i comportamenti del minore in relazione a questo e la gestione delle regole educative da parte dei genitori, supportandoli psicologicamente in eventuali azioni correttive. Il drug test assume valore solo se inserito in un contesto di counseling di questo tipo. Sarà fondamentale, quindi, oltre a focalizzare sul problema dell'uso di sostanze, procedere ad una valutazione delle relazioni familiari e delle abilità genitoriali oltre che all'atteggiamento dei genitori nei confronti delle sostanze stupefacenti, psicoattive legali o illegali. Oltre a questo, il counseling educativo è finalizzato a supportare il monitoraggio del drug test nel tempo e a supportare i genitori a sviluppare e mantenere modelli educativi idonei nonché alla gestione dei conflitti.

DRUG TEST

Il drug test è un tipo di analisi di campioni biologici (urine, capelli, sangue, sudore o saliva) per determinare la presenza o l'assenza di droghe o loro metaboliti. Il drug test può essere rapido o eseguito in laboratorio. Il drug test rapido viene generalmente utilizzato con campioni di urina, saliva, sudore. Le principali sostanze rilevate mediante drug test rapido sono THC, cocaina, oppiacei, amfetamine, metamfetamine. Sono facilmente reperibili, economici, di semplice impiego e sono in grado di dare una risposta immediata. Vanno però sempre utilizzati in un ambiente sanitario professionale. Il drug test è infatti indicativo di diagnosi ma non è diagnostico. Non è attualmente in grado di rilevare le cosiddette nuove sostanze come i cannabinoidi sintetici, i catinoni sintetici, le piperazine, gli allucinogeni, ecc.



Il trattamento

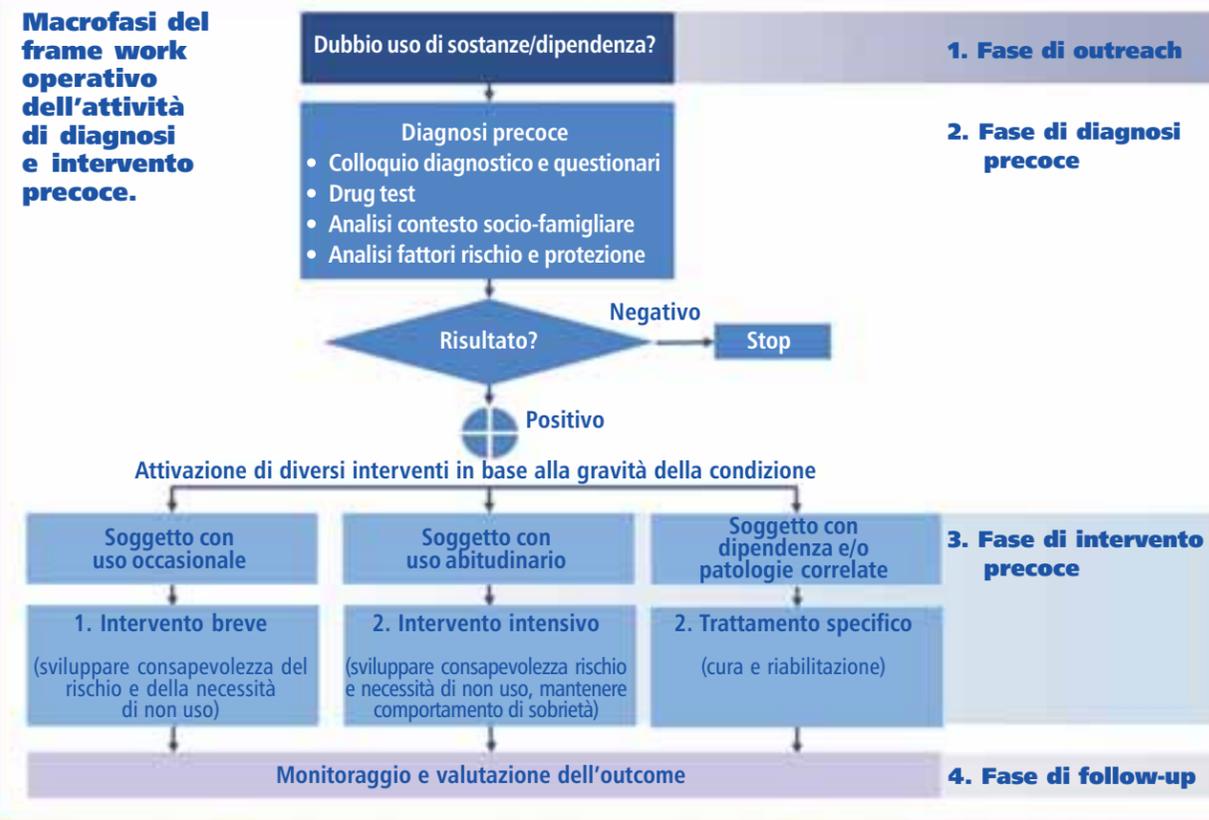
■ Sulla base di queste prime valutazioni sarà possibile identificare la tipologia e il livello di problema del minore, e quindi definire quale sia la forma di intervento più idonea. Le forme di intervento sono principalmente di tre tipi, in base alla gravità clinica riscontrata:

1. Intervento breve, di tipo informativo motivazionale;
2. Intervento intensivo, di tipo motivazionale educativo;
3. Trattamento specialistico con invio ai servizi, di tipo medico integrato in caso di dipendenza.

L'intervento breve, in particolare, si è dimostrato in grado di aumentare la consapevolezza nel paziente non ancora particolarmente compromesso e di far cessare o ridurre il consumo di droghe e di diminuire la possibilità di evoluzione negativa dell'uso di sostanze stupefacenti. Consente anche di poter instaurare più precocemente un trattamento in condizioni di minor complessità terapeutica dovuta al fatto che il paziente ha trascorso minor tempo sotto l'effetto di sostanze e quindi, in ultima analisi, si riscontra una condizione con maggior fattibilità e sostenibilità dell'intervento.



Macrofasce del framework operativo dell'attività di diagnosi e intervento precoce.



Consigli per i genitori e gli insegnanti

■ I genitori e gli insegnanti svolgono un ruolo estremamente importante ai fini della diagnosi precoce perché proprio la loro vicinanza quotidiana con il minore permette loro di individuare quei segnali che possono essere suggestivi di un aumentato rischio di uso di droghe. Tali segnali possono essere:

- Maggiore irritabilità
- Cambio delle abitudini
- Cambio delle amicizie
- Aumento dell'aggressività
- Diminuzione del rendimento scolastico
- Difficoltà dell'attenzione
- Calo della motivazione e dell'entusiasmo per le cose usualmente preferite

- Alterazione del ritmo sonno/veglia
- Comportamento antisociale
- Variazione delle abitudini alimentari
- Ritrovamento di sostanze o strumenti per il loro consumo
- Pupille miotiche (piccole) anche in condizione di bassa illuminazione (oppiacei)
- Pupille midriatiche (grandi) (amfetamine).

È sconsigliabile ricorrere all'uso "fai da te" di drug test acquistati in farmacia o al recupero di ciocche di capelli dalla spazzola utilizzata dal figlio per portarla ad analizzare in un laboratorio per sapere se il minore faccia uso di sostanze. È invece importante che l'esecuzione del test venga affiancata da un adeguato supporto psicologico ed educativo sia per il minore sia per i genitori e che il risultato venga letto ed interpretato correttamente da un operatore adeguatamente formato, competente in tossicologia, dipendenze,



tecniche di counseling e disturbi del comportamento. Individuati i segnali, quindi, sarà necessario che i genitori si rivolgano al Dipartimento delle Dipendenze più vicino (<http://www.politicheantidroga.it/indirizzi-utili/ser-t-e-comunita-/elenco-ert-regioni.aspx>) e chiedere un colloquio con un operatore che saprà guidarli e consigliarli sul metodo più corretto per gestire la situazione e per affrontare un eventuale problema di uso di sostanze da parte del figlio.

CEREALI INTEGRALI: un valore aggiunto per la salute

Gli alimenti a base di cereali integrali sono una straordinaria fonte di energia e di nutrienti: dalla fibra alle vitamine, dai sali minerali agli anti-ossidanti che aiutano il metabolismo e contribuiscono alla salute del cuore e dell'intero organismo. Da secoli, i cereali integrali hanno un ruolo primario nell'alimentazione umana e costituiscono una straordinaria fonte di energia. Ma per lungo tempo, dall'ultimo dopoguerra, gli alimenti a base di cereali integrali sono stati considerati come "cibo dei poveri", in contrapposizione ai prodotti a base di cereali raffinati. Infatti, il pane bianco era il simbolo dell'affrancamento dalla povertà e dal bisogno indotti dalla guerra. Non solo: in passato, l'eliminazione delle frazioni del grano più delicate, quali il germe, era essenziale per la conservazione del prodotto (che altrimenti sarebbe irrancidito).

Oggi, la tecnologia permette invece il recupero e l'utilizzo di tali frazioni, ricche d'importanti componenti nutrizionali, senza pregiudicare il gusto e la conservazione dell'alimento. Mangiare integrale conviene, perché gli alimenti a base di cereali non raffinati sono più ricchi di nutrienti e sostanze utili per proteggere la salute. Tanto per fare un esempio, una fetta di pane integrale contiene più del doppio di fibra e altri nutrienti rispetto al pane bianco, e ha un elevato potere saziante.

UNA "MARCIA IN PIÙ" PER PREVENIRE DIABETE E OBESITÀ

La Società Americana per la Nutrizione ha sottolineato che gli alimenti a base di cereali integrali sono parte integrante di un modello alimentare e di uno stile di vita sano. Bastano tre porzioni al giorno di alimenti a base di cereali integrali (per esempio, fiocchi integrali a colazione, due fette di pane e un piatto di pasta integrale per pranzo o cena) per:

- contribuire a proteggere il cuore, con una diminuzione fino al 30% della possibilità di subire eventi cardiovascolari come l'infarto cardiaco;
- ridurre il rischio-diabete del 20-30%;
- diminuire la probabilità di sviluppare alcuni tipi di tumore (in particolare all'intestino);
- ridurre i rischi di altre malattie dell'intestino (stipsi, malattie infiammatorie).

Oltre ai noti effetti sull'intestino, sono stati evidenziati altri tre meccanismi biologici alla base dell'efficacia dei componenti dei cereali integrali e delle fibre dietetiche: le variazioni nel metabolismo del glucosio e nell'insulina, un'azione anti-ossidante e l'azione di altri componenti bio-attivi.

In termini di contributo alla prevenzione di molte malattie, i benefici derivano dalle numerose componenti del chicco, che sono preservate nel cereale integrale, in primo luogo:

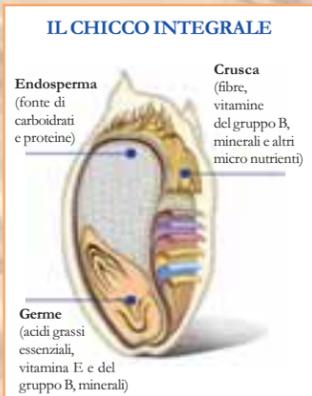
- l'80% della fibra;
- più del 70% delle vitamine del gruppo B;
- il 90% della vitamina E;
- il 50% di altri anti-ossidanti, quali folati e zinco e quasi tutti i composti fenolici.

In particolare, l'aleurone, lo strato più interno del rivestimento del chicco (che va anch'esso perduto con i metodi tradizionali di macinazione) è prezioso, perché quattro volte più ricco in vitamine e 10 volte più ricco in minerali rispetto al chicco intero.

Insomma, grazie alla fibra e ai principi nutritivi, integrale è davvero sinonimo di protezione per adulti e bambini.

Conservando sia la crusca, sia il germe insieme all'endosperma (che è la sola parte del chicco mantenuta dai processi di raffinazione), ci assicuriamo:

- l'80% della fibra;
- più del 70% delle vitamine del gruppo B;
- il 90% della vitamina E;
- il 50% di altri anti-ossidanti, (quali i poli-fenoli) e minerali (quali lo zinco).



5 consigli per trovare un tesoro di bontà e benessere

1. **Il consumo dei seguenti alimenti dovrebbe essere incoraggiato: frutta e verdure, alimenti a base di cereali integrali, latticini a basso contenuto di grasso, pesce, carne bianca.**
2. **E' buona norma consumare alimenti con cereali integrali, che sono ricchi di fibre. Ad esempio pasta, pane, biscotti, dovrebbero essere preferibilmente integrali o semi-integrali.**
3. **Come regola generale, almeno metà degli alimenti consumati a base di cereali dovrebbero essere sotto forma integrale.**
4. **Dall'età di nove anni ognuno dovrebbe consumare almeno 3 porzioni al giorno di alimenti a base di cereali integrali.**
5. **Una porzione di alimento a base di cereali integrali è tale se contiene almeno 16 grammi di cereali integrali o farine integrali.**

CEREALI INTEGRALI: UNA MARCIA IN PIÙ ANCHE PER LA BUONA TAVOLA



Intervista a Roberto Bassi,
Chef Academia Barilla



Gli alimenti a base di cereali integrali sono stati a lungo ritenuti cibi poveri o quanto meno rustici, per la loro storia passata e anche per le proprietà organolettiche, il sapore e la consistenza. Oggi è ancora così?

Le cose sono cambiate, per quanto riguarda gli alimenti integrali. Oggi l'industria alimentare è riuscita a realizzare pasta con semola integrale con caratteristiche molto simili a quelle della pasta prodotta con semola tradizionale, sia per tenuta in cottura che per consistenza, piacevolezza del sapore e colore.

Inoltre, l'alimento integrale ha acquistato nuove valenze gastronomiche, tanto da diventare un pilastro della nuova cucina, quella che punta a valorizzare il sapore e la riconoscibilità di ogni singolo ingrediente. Da questo punto di vista, una pasta integrale ci aiuta a creare un certo contrasto tra gli ingredienti, dà carattere al piatto con armonia, senza prevaricare i sapori degli altri ingredienti. Oggi questo aspetto è molto importante anche nella preparazione di piatti più complessi, in cui, per evidenziare questa caratteristica, alcune cotture si eseguono separatamente.

La pasta con semola integrale è leggermente più amara della pasta con semola tradizionale, ha un sapore più deciso e se ne possono apprezzare le note latte, le note tostate e la crusca. Il sapore, completato da questi elementi, è più ricco e pieno.

Ma il problema è far accettare questi alimenti ai nostri figli, mettere in tavola cibi che mangino volentieri. Quali alimenti a base di cereali integrali e, soprattutto, quali piatti si possono consigliare a una mamma per incontrare il gusto del figlio?

Il cibo deve essere appealing per i bambini, oltre che nutriente e sano. Appetitoso, variato, senza note sapide, piccanti o acide troppo accentuate. Piatti allegri e colorati. La pasta integrale è certamente adatta. Per esempio, per il contrasto di sapore, la pasta integrale si abbina molto bene a ricette con pesce e verdure, alimenti cardine del Modello Alimentare Mediterraneo.

I bambini sono spesso restii a mangiare sia il pesce, sia le verdure, quindi la presentazione è importantissima. Utilizziamo verdure colorate, meglio se tagliate in forme particolari e disposte nel piatto in modo fantasioso e allegro. Oppure frulliamo verdure e legumi ottenendo creme vellutate su cui adagiare la pasta.

Prepariamo dei pesti delicati. La pasta integrale ha una consistenza lievemente più ruvida e assorbe molto bene anche i condimenti abbastanza oleosi, ottenendo un piacevole contrasto tra la consistenza della pasta e il condimento liscio. Una pasta integrale con il pesto, magari arricchito con due calamari e due gamberetti, diventa un piatto eccezionale. E poi, naturalmente, ci sono il pane e le fette biscottate, per la prima colazione e la merenda. Qui è tutto più facile: se si spalma della buona marmellata sulla fetta, che sia di farina integrale o tradizionale, il risultato sarà sempre ottimo.

Per aiutare le famiglie ad approfondire gli effetti protettivi dei cereali integrali e i metodi innovativi per salvaguardare il gusto insieme ai nutrienti, Barilla ha realizzato un opuscolo dal titolo "Alimenti integrali. Salute, benessere e bontà", scaricabile dal sito www.barillagroup.it nella sezione Cosa facciamo/Nutrizione e salute.

Connect with Respect è lo slogan scelto quest'anno dalla Commissione Europea per celebrare il decimo anniversario del Safer Internet Day, la giornata mondiale per l'utilizzo sicuro dei Nuovi Media da parte dei più giovani. L'obiettivo, quest'anno, è quello di incoraggiare i ragazzi e le ragazze ad utilizzare la Rete **rispettando** se stessi e gli altri.



**"Mangiar bene conviene"
mette al lavoro con "gusto"
le regioni italiane**

Gli "Stati Generali della Pediatria SIP" 2012, svoltisi in contemporanea nello scorso mese di novembre in 17 città italiane, sono stati un'intelligente opportunità di promozione della Campagna di Educazione Nutrizionale dei Pediatri italiani "Mangiar bene conviene". Non solo. Hanno anche offerto a **pediatri e educatori un'occasione per condividere percorsi pedagogici e formativi da cui possono trarre spunto focolai operativi regionali e iniziative concrete a livello territoriale per combattere la dilagante piaga dell'obesità pediatrica.**

Nei prossimi mesi il Network GPS (Genitori, Pediatra, Scuola) si farà promotore di progetti personalizzati sulla base delle necessità individuate dai Presidenti regionali delle Società Scientifiche SIP e SIPP e le prime regioni a scendere in campo saranno la Puglia, il Molise, la Calabria e la Sicilia.

Saranno quindi avviate delle attività educative con il supporto di strumenti di facile utilizzo, nel pieno rispetto delle tradizioni regionali e delle risorse del proprio territorio, sempre sotto lo sguardo vigile del pediatra e con il pieno coinvolgimento della Scuola. Tra le attività più stimolanti e sicuramente più "gustose" e avvincenti segnaliamo la collaborazione con lo Chef Natale Giunta di Palermo che con generosità e convinzione è sceso in campo al fianco dei pediatri della Sicilia e sta collaborando alla realizzazione di un libro di ricette rivolte a bambini e genitori intitolato "Le ricette del ristorante arcobaleno".



Prevenire le infezioni pneumococciche con il vaccino coniugato

Susanna Esposito, Nicola Principi
UOC Pediatria 1 Clinica, Dipartimento di
Fisiopatologia e dei Trapianti, Università degli
Studi di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Streptococcus pneumoniae (Sp) è stato riconosciuto, fin dal momento della sua identificazione, come uno dei batteri di maggiore importanza perché responsabile sia di malattie estremamente gravi, anche se di relativa scarsa frequenza come meningiti e sepsi, sia di forme morbose mediamente più lievi, come polmonite di comunità (CAP), otite media acuta (OMA) e rinosinusite, caratterizzate, tuttavia, da una vastissima diffusione e, quindi capaci di avere un impatto medico, sociale ed economico di estremo rilievo.

Per quanto possibili in ogni età della vita, i bambini, specie quelli dei primi anni, sono i soggetti più a rischio di incorrere in infezioni da Sp, seguiti dagli anziani. Ciò spiega perché da molti anni il monitoraggio della frequenza delle malattie sostenute da Sp in questi soggetti, così come la ricerca di adeguate misure di prevenzione e di terapia delle infezioni dovute allo stesso agente infettivo sono sempre state estremamente attive. Da esse sono derivate importanti innovazioni nel campo della antibiotico-terapia, con farmaci capaci di superare le resistenze che, nel tempo, anche un batterio relativamente stabile come Sp ha sviluppato. Inoltre, i tentativi di creare consistenti possibilità di prevenzione hanno por-

tato alla formulazione di specifici vaccini che, inizialmente capaci di proteggere verso pochi ceppi di Sp, si sono progressivamente arricchiti di nuove componenti e sono stati creati con un nuovo approccio, tale da permettere di ottenere una valida risposta immunitaria anche nei primi anni di vita. Dopo diversi tentativi, anche con prodotti basati su differenti numero di sierotipi, e numerose valutazioni immunologiche e cliniche è stato finalmente commercializzato, prima negli USA e poi, progressivamente in tutto il mondo, un vaccino coniugato (PCV-7) contenente 7 sierotipi (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F) che si è rivelato, ovunque sia stato utilizzato su

larga scala, una vera e propria rivoluzione nel campo della prevenzione. Tuttavia, l'implementazione dei piani di vaccinazione pneumococcica nei paesi diversi dagli USA (ove il vaccino era stato formulato) non è stata inizialmente facile, essenzialmente per tre ben comprensibili motivi. Il primo era rappresentato dal fatto che, almeno in alcune aree geografiche come l'Italia, non era perfettamente dimostrato se l'incidenza delle malattie pneumococciche invasive fosse così elevata come negli USA e, comunque, tale da giustificare l'attivazione di un programma di vaccinazione. Il secondo derivava dalla composizione stessa del vaccino che, per

quanto riguarda i sierotipi inclusi, era stata determinata in base alle rilevazioni americane relative alla patologia pneumococcica invasiva (IPD) in modo da coprire proprio i sierotipi maggiormente responsabili delle malattie più gravi in quel paese. Inoltre, non era chiaro se il vaccino sarebbe stato utile anche in patologie pneumococciche diverse dalle IPD, per le quali era possibile che fossero implicati anche sierotipi diversi da quelli associati alle patologie più gravi. La terza serie di problemi nasceva dalle modalità di somministrazione di PCV-7, che era stato registrato negli USA con il classico schema da sempre utilizzato in quel Paese per tutti i vaccini iniettivi nei primi anni di vita, vale a dire seconda la logica di 3 dosi a 2, 4 e 6 mesi con un richiamo dopo l'anno. Come è ben noto, questo schema è completamente diverso da quello utilizzato in al-

cuni Paesi europei, in particolare Italia e Paesi Scandinavi, dove i vaccini sono somministrati con uno schema semplificato che prevede 2 sole dosi per il ciclo primario nei primi 6 mesi (in Italia a 3 e 5 mesi) con il richiamo all'anno.

In tutti i Paesi questi problemi sono stati affrontati con studi specifici che li hanno completamente risolti ed hanno favorito l'inserimento di PCV-7 nei programmi vaccinali delle singole nazioni. In Italia una serie di iniziative hanno risposto in modo del tutto esauriente a risolvere i dubbi inizialmente sorti a contrastare l'utilizzo di PCV-7. Con alcune ricerche, come quelle relative alla circolazione dei diversi sierotipi di Sp in Europa, l'Italia ha dato un contributo conoscitivo molto significativo o ha addirittura assunto un ruolo di antesignana, arrivando per prima a dimostrare la validità dello schema semplificato per PCV-7.

Il problema della incidenza delle infezioni invasive sostenute da Sp

■ Sulla base dei dati disponibili, in Italia in un primo momento si era pensato che la frequenza di comparsa della patologia da Sp fosse di gran lunga inferiore a quella dimostrata negli USA e nei paesi europei con adeguato sistema di registrazione delle malattie infettive di origine batterica. In particolare, alcuni studi condotti in Piemonte e in Puglia sembravano indicare che l'incidenza delle IPD in quelle Regioni sembrava limitata a poche unità per 100.000 bambini di età compresa tra 0 e 5 anni, contro valori almeno 10 volte superiori registrati negli USA e in diversi Paesi europei.

Il perché dei vaccini pneumococcici coniugati

Negli ultimi 15 anni, sono stati sviluppati ed immessi sul mercato nuovi vaccini pneumococcici capaci di indurre una adeguata risposta immune anche nei soggetti che non potevano rispondere al semplice vaccino pneumococcico "polisaccaridico". La chiave di volta è stata rappresentata dalla trasformazione degli antigeni polisaccaridici da T (timo) indipendenti a T dipendenti, attraverso la coniugazione di ciascuno di essi con una proteina di trasporto, nel caso specifico del vaccino pneumococcico la proteina CRM 197, un mutante atossico della tossina difterica.

In realtà, un accurato controllo delle modalità di raccolta di questi dati ha messo in evidenza che essi venivano generati partendo dalle segnalazioni dei ricoveri per meningite e sepsi e non ai casi con sintomatologia meno grave. Era questo un errore estremamente rilevante che portava, inevitabilmente, ad una sottovalutazione del problema delle IPD. La sottovalutazione nasceva, soprattutto, dalla ben nota riluttanza a segnalare alle autorità competenti i casi di patologia infettiva e dalla scarsa abitudine a sottoporre ad emocoltura i bambini con febbre. D'altra parte, anche quando correttamente eseguita, la ricerca dei batteri nel sangue con metodi tradizionali (emocoltura) è un mezzo diagnostico notevolmente limitato e solo la ricerca di *Sp* mediante metodiche più sofisticate (le cosiddette tecniche di biologia molecolare) può dare l'esatta dimensione delle IPD. A confermare che l'incidenza delle batteriemie occulte e, quindi, delle IPD era, in Italia, non diversa da quella registrata negli altri Paesi industrializzati è, fortunatamente venuta, da alcuni lavori epidemiologici condotti in diverse Regioni.

La copertura teorica assicurata da PCV-7 in Italia

■ Parallelamente agli studi relativi alla frequenza delle IPD in Italia, diverse altre ricerche hanno affrontato il problema della corrispondenza tra sierotipi di *Sp* circolanti in Italia come causa di malattia e sierotipi inclusi in PCV-7 per verificare se era logico attendersi anche nel nostro paese una efficacia del vaccino simile a quella rilevata negli USA. Tutte le ricerche svolte hanno dimostrato come la massima parte dei sierotipi di

pneumococco circolanti ed eventualmente responsabili delle IPD rientrava, in Italia come negli USA, tra quelli inclusi in PCV-7. Inoltre, il riscontro che una parte non trascurabile dei ceppi resistenti agli antibiotici era rappresentato da sierotipi inclusi in PCV-7 ha portato a credere che l'implementazione di estensivi piani di vaccinazione avrebbe condotto non solo ad una riduzione dei casi di malattia pneumococcica nei soggetti vaccinati, ma anche a notevoli vantaggi nella terapia delle affezioni da *Sp* insorte nei soggetti non vaccinati. Successive ulteriori analisi hanno supportato queste conclusioni eliminando, di fatto, uno dei fattori limite che avevano all'inizio ostacolato la diffusione di PCV-7.

Lo sviluppo di PCV-10 e PCV-13

■ Negli anni è stato osservato che a fronte di un calo assoluto della patologia da *Sp*, hanno assunto importanza relativa tra i sierotipi di *Sp* alcuni ceppi non prevenuti da PCV-7. In particolare, risultava frequente il sierotipo 19A di *Sp* e apparivano coinvolti in gravi polmoniti i sierotipi 1, 3

e 5. Di conseguenza, sono stati sviluppati vaccini coniugati che hanno permesso di proteggere inizialmente verso 10 sierotipi di *Sp* (PCV-10: i 7 contenuti in PCV-7 e in aggiunta verso i sierotipi 1, 5 e 7F) e successivamente verso 13 sierotipi (PCV-13: i 10 contenuti in PCV-10 e in aggiunta verso i sierotipi 3, 6A e 19A). Quindi, PCV-13, grazie ai sierotipi in esso contenuti, permette di garantire la protezione nei confronti delle infezioni da *Sp* che appaiono ora più frequenti e più gravi. Oltre tutto, contenendo la stessa proteina di trasporto di PCV-7, ha il vantaggio di potere essere utilizzato anche in chi aveva ricevuto dosi precedenti di PCV-7. La sua sicurezza e tollerabilità, anche quando PCV-13 viene somministrato insieme al vaccino esavalente, è sempre risultata ottimale. Di sicuro i dati di efficacia dei prossimi anni ci permetteranno di quantificare meglio i vantaggi di PCV-13. Già ora, però, è importante implementarne l'uso visti i dati epidemiologici disponibili e le informazioni raccolte anche nel nostro Paese sulla sua immunogenicità, sicurezza e tollerabilità. Anche seguendo le recenti raccomandazioni Ministeriali, è importante vaccinare tutti i nuovi nati, raggiungendo elevate coperture vaccinali e impiegando PCV-13 già dai primi mesi di vita insieme al vaccino esavalente.





Ad Imola la SOLIDARIETÀ passa anche dal riciclo dei medicinali

Una raccolta di farmaci non scaduti da donare a Caritas per la cura dei propri assistiti

Alice Bonoli
Ufficio Stampa - AUSL Imola

FarmacoAmico è un innovativo progetto lanciato nei mesi scorsi nel Circondario imolese. Promosso da Hera, azienda multi-utility leader nei servizi ambientali, idrici ed energetici, il progetto coinvolge numerosi soggetti - dall'azienda sanitaria locale alle farmacie pubbliche, dalla Caritas diocesana all'Ordine dei farmacisti di Bologna e a ConAmi - con l'obiettivo di mettere a disposizione dei più bisognosi i farmaci inutilizzati dai cittadini prima della loro scadenza, ovvero prima che divengano rifiuti. Un'idea semplice, ma con una realizzazione complessa (anche data dalla "sensibilità" del prodotto trattato) che ha richiesto il coordinamento e la supervisione di Last Minute Market, società spin-off dell'Università di Bologna già creatrice di un modello per il recupero dei beni alimentari, poi esteso ad altre categorie di beni.

Ma come funziona il progetto?

■ Grazie alla creazione di appositi contenitori ben riconoscibili e messi a disposizione da Hera presso le farmacie comunali di Imola, i citta-



dini potranno depositare i farmaci che non utilizzano più. Caratteristiche essenziali dei prodotti raccolti: validità residua di almeno 6 mesi e confezione in perfetta conservazione, con lotto e scadenza ben leggibili. Esclusi invece i medicinali che richiedono particolari precauzioni per la loro conservazione, come la catena del freddo, quelli di solo impiego ospedaliero e gli stupefacenti. Tra la raccolta ed il riutilizzo dei farmaci stanno le operazioni forse più complesse: cernita, stoccaggio e conservazione, che seguiranno precise procedure messe a punto con gli esperti dell'Azienda Sanitaria locale. L'Azienda Usl, inoltre, effettuerà anche una sorta di raccolta a domicilio, attraverso gli infermieri del

servizio domiciliare, che ritireranno i farmaci non utilizzati dai pazienti in carico e li depositeranno nell'apposito contenitore. In questo modo - tra l'altro - si attiverà un costante controllo da parte degli infermieri dello stato dell'«armadietto dei medicinali» dei loro assistiti. FarmacoAmico prevede anche una fase due, nella quale potranno essere individuati ulteriori beneficiari (Enti di assistenza locali o Enti No Profit coinvolti in progetti di cooperazione in Paesi in via di sviluppo) che potranno richiedere eventuali farmaci non utilizzati dall'ambulatorio Caritas, impiegandoli per i propri fini istituzionali e sotto la supervisione di un medico. Insomma un progetto dalle molte sfaccettature, che rappresenta, da un lato, un'azione concreta per la prevenzione dei rifiuti, l'estensione del ciclo di vita dei beni ed il riutilizzo per la stessa finalità per cui sono stati concepiti e dall'altro un'esperienza concreta di responsabilità sociale condivisa a livello territoriale: istituzioni, imprese, società civile condividono un'iniziativa che coniuga la sostenibilità ambientale e la solidarietà. Non resta che pubblicizzarlo ed esportarlo: della formula "minor spreco/maggior aiuto" c'è tanto bisogno.

SUICIDIO IN ADOLESCENZA

Solo con la comprensione è possibile la prevenzione

Federico Bianchi di Castelbianco
Psicoterapeuta, Direttore dell'Istituto di
Ortofonia (IdO), Roma

In Italia sono centinaia le persone che ogni giorno decidono di togliersi la vita e tra questo il 14% ha un'età compresa tra i 10 ed i 24 anni, eppure continuiamo a pensare che la morte non possa toccare i giovani. Siamo tutti portati a considerarla come qualcosa di lontano, che possa interessare solo gli "altri", i malati, gli spericolati e gli anziani. Così il suicidio di un ragazzo o addirittura di un bambino, come nel caso del minore

di 10 anni che il mese scorso si è tolto la vita nel bagno con una sciarpa di lana, ci lasciano sempre increduli e spiazzati perché continuiamo a considerare l'infanzia e l'adolescenza come età contraddistinte dalla serenità, spensieratezza, scarsa responsabilità e gioia di vivere. Purtroppo non è sempre così!

Allora ci si chiede perché nessuno riesce a prevedere questo terribile gesto? Può la famiglia accorgersene? Può una bocciatura essere causa di suicidio? Nell'adolescenza è raro pensare al suicidio?

Spesso il suicidio si nasconde dietro una facciata di 'normalità', dove la sofferenza e la disperazione diventano invisibili anche agli occhi dei familiari e degli amici più cari.

Chiaro che non esistono né criteri diagnostici né possibilità di prevenire con certezza questi tragici eventi. Si deve solo tentare di comprendere quali sono i significati simbolici e sociali dell'atto suicidario, provando a individuarne i fattori di rischio, ovvero quei fenomeni che hanno fatto precipitare il giovane nella crisi suicidaria.

Di seguito, ripercorreremo brevemente l'incidenza epidemiologica del problema, il profilo del possibile soggetto a rischio suicidio o Tentato Suicidio (TS) e le principali motivazioni che possono averlo spinto a cercare una soluzione ai suoi problemi così radicale.

Epidemiologia

■ Negli ultimi 50 anni l'incidenza del suicidio è aumentata del 60%, diventando la terza causa di morte per gli adolescenti e i giovani adulti, tanto da essere considerato una delle emergenze psichiatriche globali. Se a questi dati, poi, aggiungiamo quelli del Tentato Suicidio, la cui frequenza è 20 volte più alta del suicidio realizzato, possiamo renderci conto di quanto grave sia questo fenomeno e di quanto sarebbe opportuno lavorare sinergicamente in termini di prevenzione con i bambini e gli adolescenti.

Per quanto riguarda l'età, l'ideazione suicidaria si manifesta come età media verso i 13 anni per i maschi, per le femmine 14 anni e nel 24% dei casi c'era già stato un precedente tentato suicidio. Esiste, inoltre, un divario probabilmente riconducibile ai diversi modelli di socializzazione: i ragazzi sono più orientati all'aggressività, al successo e alla competizione e, quindi, più inclini a punirsi per l'eventuale fallimento, mentre le

ragazze sono più disponibili a cercare aiuto, eventualmente anche tramite l'atto dimostrativo di un tentato suicidio.

Profilo del soggetto suicidario

■ La persona che compie questo gesto irreversibile è estremamente fragile anche se nessuno se ne rende conto, ha un'immagine di sé diversa da quella reale e spesso vive in un mondo fantastico. Si tratta di un soggetto che tende a isolarsi e che può vivere un improvviso calo nell'impegno scolastico. La bocciatura, che costituisce solo una cattiva prestazione recuperabile, per un soggetto molto fragile potrebbe rappresentare, invece, una rottura con il suo mondo fantastico impossibile da accettare. I fallimenti scolastici nei giovani rappresentano la principale causa di tentato suicidio.

Ideazione suicidaria

■ E' piuttosto frequente in adolescenza, non va banalizzata, ma non è evidente una correlazione tra ideazione suicidaria e passaggio all'atto.

Fattori di Rischio, quali le possibili cause?

■ Tra i fattori di rischio più significativi è necessario diversificare tra quelli predisponenti e

quelli precipitanti. Il fattore maggiormente predisponente è la presenza di gravi lutti in famiglia, separazioni, divorzi e sradicamenti o vissuti come tali; patologia psichiatrica familiare, entrata di un nuovo membro nel nucleo familiare, non bisogna pensare solo alla nascita di un fratellino ma anche alla scomparsa di un nuovo compagno o compagna per il genitore.

Gli eventi precipitanti sono invece: conflittualità con i genitori; fallimenti scolastici; fallimenti nelle relazioni interpersonali, solo nel 10% dei casi non risultano essere accaduti eventi significativi. Più fonti riportano che, in circa il 37% dei casi, è stato presente un abuso intrafamiliare o extrafamiliare.

Conclusioni

■ Tentare di prevenire è sicuramente complicato, con i tentativi di suicidio si può arrivare alla comprensione della dinamica che ha portato al gesto di tentativo suicidario. E' indispensabile sensibilizzare la scuola, quale luogo di osservazione privilegiata del disagio del bambino e dell'adolescente, però con l'aiuto di uno psicologo esperto che sappia interpretare e comprendere i segnali recepiti dagli insegnanti.

QUANTO VALE UN SORRISO?

Gianna Maria Nardi

Ricercatore universitario confermato,
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche
e Maxillo Facciali, Università di Roma Sapienza

Il succhietto importante ausilio per la suzione non nutritiva

■ La suzione soddisfa un desiderio, offre una sensazione di benessere, ed è necessaria per vivere". Inizia per ogni essere umano agli albori della vita, quando il bimbo, dentro il pancione della mamma, a partire dalla 15ª settimana di gestazione, comincia ad allenarsi con una pratica che, una volta nato, gli permetterà di nutrirsi e quindi di sopravvivere.

Succhiare è dunque un bisogno naturale, un movimento istintivo e ritmato, che raggiunge la sua massima funzionalità dopo la nascita trasformandosi da semplice riflesso, legato all'esercizio del poppare, in un comportamento complesso, carico di valenze affettive. Alcune importanti ricerche documentano che, nelle società cosiddette "primitive", la richiesta di suzione viene totalmente soddisfatta attraverso il seno, e che l'intervallo medio tra i periodi di allattamento è molto ravvicinato.

I bambini in grembo cercano il seno naturalmente ogni 15 minuti; in altri casi la donna offre il suo seno al bambino come fosse un succhietto.

Già in natura il bambino mostra di esercitare la suzione per finalità diverse da quelle nutritive: il desiderio di succhiare richiama la vicinanza fisica, il bisogno di contatto e di cura che distende il tono muscolare, rilassa e facilita il sonno. Oggi le mamme scelgono tempi di allattamento che rispondono ai bisogni nutritivi e affettivi dei loro figli, adattandoli alle esigenze della famiglia e al contesto culturale di appartenenza. Generalmente, la mamma offre il contatto corporeo posizionando il bambino verso il seno, preferendo la parte sinistra vicina al cuore, poiché il battito cardiaco coccola il neonato e lo tranquillizza. Spesso le poppate soddisfano la

fame e soddisfano la suzione non nutritiva.

Il succhietto non deve sostituirsi neppure un attimo al seno materno, il suo valore deriva dalla funzione primaria legata alla suzione non nutritiva che, nel corso della storia, è stato chiamato ad assolvere.

Storia del succhietto

■ I succhietti hanno una lunga storia. In Germania intorno al 1473 vengono descritti per la prima volta nella letteratura medica da Metlinger e, circa nello stesso periodo, un dipinto di Madonna con Bambino di Albrecht Dürer mostra un rozzo succhietto. Generalmente questi succhietti primitivi erano fatti di lino annodato al cui interno potevano essere messe sostanze quali miele, latte zuccherato, laudano e anche semi di papavero.

Questi succhietti primitivi venivano legati alle lenzuola o alle coperte e a volte ai vestiti dei bambini, proprio come accade oggi. Nell'Ottocento i commenti medici su questi straccetti da succhiare divennero molto critici. Christoph Jacob Mellin affermava che la suzione di queste stoffe produceva bocche larghe e labbra grosse. Inoltre obiettava che le stesse venivano inumidite nella bocca delle mamme o delle balie, cosa che poteva trasmettere malattie.

Il primo brevetto di tettarella in gomma preformata che assomiglia ad un moderno succhietto viene alla luce nel 1845.

Alla fine di questo secolo, la gomma prende completamente il sopravvento sui materiali più tradizionali.

Un catalogo inglese del 1882 mostra alcuni di questi prodotti con un anello ed una custodia attaccata. Nel Novecento l'anello e la custodia diventano allegati standard alle tettarelle di gomma.



Oggi

■ Oggi sono disponibili diversi succhietti con tecnologie innovative e c'è una generale accettazione del succhietto, in particolare come alternativa al dito da succhiare e per la riduzione del rischio SIDS. Diverse organizzazioni e associazioni internazionali impegnate nel settore della salute dell'infanzia divulgano i contributi di specialisti di fama mondiale, frutto dei più aggiornati studi e delle ricerche più innovative. Le raccomandazioni includono i seguenti consigli:

- allattare il bambino al seno,
- mettere a dormire il bambino in posizione supina,
- proporre il succhietto nel momento del sonno,
- evitare temperature molto elevate nell'ambiente in cui dorme il neonato,
- astenersi dal fumo in gravidanza e in casa.

Caratteristiche del corretto utilizzo

■ Avere un sorriso sano significa avere un apparato (l'insieme di denti, ossa, tessuti e articolazioni, delle funzioni respiratorie e quelle della lingua e della deglutizione) funzionante ed armonioso. Da quando l'estetica ha assunto il valore che ha oggi, avere un sorriso sano con denti ben allineati contribuisce nell'arco della vita a sentirsi più sicuri. Ogni genitore desidera che il suo bambino abbia un sorriso sano armonico e ben allineato.

Nella maggioranza dei casi accade che quando un bambino utilizza un succhietto per stimolare la suzione non nutritiva, non mette il dito in bocca.

Sono veramente pochi i bambini che utilizzano sia il succhietto che il dito. Il pollice, inoltre, se succhiato a lungo, oltre i 3 anni d'età, risulta imprudente per la salute dentaria del bambino e può causare gravi malocclusioni dentarie.

Un ottimo succhietto, se utilizzato in modo corretto nei primi anni di vita, non produce alcun danno alla bocca del bambino, previene l'utilizzo del pollice e quasi automaticamente all'età di tre anni, con l'inserimento nella scuola dell'infanzia, il suo uso si limita notevolmente fino a scomparire.

Un grande passo avanti per la salute dei bambini rappresenta il succhietto con spessore della tettarella che permetta di ridurre in modo significativo il rischio di disallineamento delle arcate dentarie. Le caratteristiche del succhietto che contribuiscono ad un corretto sviluppo oro facciale dovrebbero avere una tettarella simmetrica estremamente morbida, elastica e capace di adattarsi alla bocca di ogni bambino, assicurando una cre-

scita armoniosa del cavo orale. Inoltre la tettarella simmetrica può essere utilizzata in entrambi i versi perché è uniforme. Meglio scegliere una mascherina (di cui il bottone frontale è senza anello) con forma ergonomica ed ampi fori per la ventilazione studiata per mantenere più asciutta la pelle attorno alla bocca e dare un appoggio sicuro durante la suzione.

Il valore di un bel sorriso

■ Un bel sorriso dipende da fattori ereditari ma anche da fattori esterni quali l'utilizzo corretto di un succhietto!

Tutti noi proviamo forti emozioni, un grande senso di dolcezza, vedendo un bambino sano che sorride con un visino armonioso e felice. Il miglior modo per conoscere i bambini è prendersene cura e passare tempo insieme. La magia del bambino è la sua conoscenza di tutto ciò che gli sta intorno.

I genitori devono essere informati dagli specialisti che si occupano della salute dei bambini: ostetricia, neonatologia, pediatria, odontoiatria pediatrica e igiene dentale, sui corretti stili di vita per un sorriso sano per tutta la vita.

Le regole del corretto utilizzo

- La modalità di suzione del succhietto è diversa rispetto a quella del capezzolo, è bene quindi non utilizzare il succhietto prima del mese di vita, per evitare di compromettere un corretto avvio dell'allattamento al seno.
- Non utilizzare il succhietto come veicolo di sostanze dolci (miele) per evitare il rischio di carie. Sostituire il succhietto massimo ogni 3 mesi.
- Evitare di reinserire il succhietto se durante il sonno cade.
- Il succhietto non è un giocattolo, si utilizza per calmare il bambino, non si utilizza per giocare e per attività motorie.
- Non legare il succhietto a cordoni fai da tè.
- Non pensare di disinfettare il succhietto caduto inserendolo nella bocca della mamma, passeremmo i batteri al bambino.
- Igienizzare il succhietto con prodotti biologicamente testati.
- Usarlo massimo fino a 2-3 anni, dopo l'anno di vita cercare di limitare gradualmente l'utilizzo da parte del bambino.

E' TEMPO DI MUOVERSI!

ATTIVITÀ FISICA E STILI DI VITA

Francesco Pastore
Pediatra di famiglia, Martina Franca

L'organismo umano può essere considerato a tutti gli effetti una "macchina biologica" costituita da elementi che lo predispongono al movimento che, se non sollecitati in modo adeguato, possono andare incontro nel tempo a deterioramento. Proprio dalle alterazioni dovute al "non uso" di muscoli, articolazioni e legamenti scaturisce il concetto di "malattia ipocinetica", espressione più evidente dello scadimento delle condizioni fisiche legato alla vita sedentaria. Per molto tempo si è erroneamente ritenuto che la pratica di attività sportiva costituisca un impegno troppo gravoso per il bambino e ne ostacolasse il completo e armonico sviluppo. In realtà l'apprendimento motorio inizia sin dalla nascita; l'efficienza fisica e la capacità di compiere un lavoro muscolare progrediscono nel bambino in funzione del suo accrescimento e della sua coordinazione neuromuscolare, sempre che egli sia lasciato libero di muoversi.

I vantaggi del movimento

■ I benefici dell'attività fisica sullo stato di salute complessivo sono ampiamente riconosciuti e noti non soltanto ai medici, ma anche alla popolazione generale; ciononostante un livello insufficiente di attività fisica (intesa come *qualunque movimento del corpo che, prodotto dall'azione dei muscoli, porta a una spesa di energia superiore al livello di riposo*) continua a rappresentare il quarto fattore di rischio di morte per malattie non contagiose, dopo ipertensione, fumo e iperglicemia. Questo nell'adulto. Numerosi dati scientifici mostrano come scarsi livelli di attività fisica siano in grado di influenzare negativa-

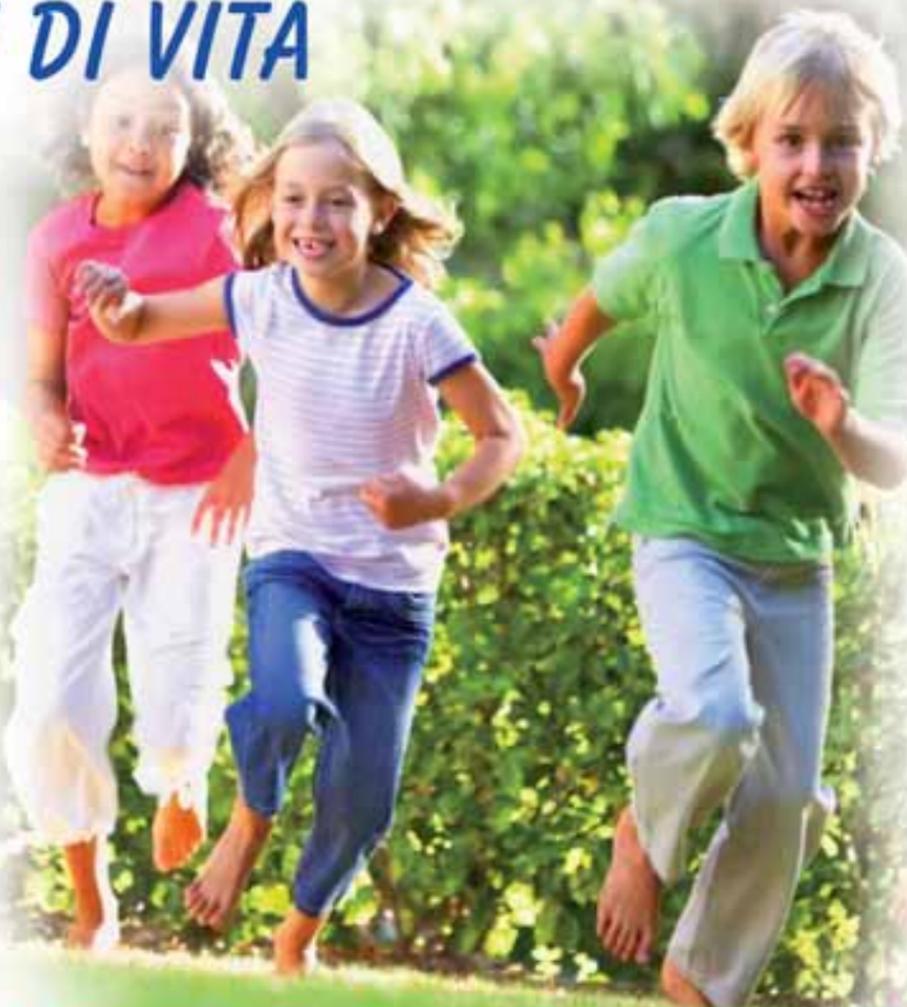
mente anche lo stato di salute dei bambini e degli adolescenti che negli ultimi anni sono diventati sempre più sedentari: si stima infatti che solo un bambino su quattro mantenga il giusto grado di attività fisica giornaliero.

Le conseguenze dell'inattività

■ Una vita sedentaria e inerte può dare luogo a molteplici conseguenze nell'infanzia che riguardano non soltanto il benessere fisico ma anche la salute mentale e lo stato psicologico. Ecco le più rilevanti.

► **Conseguenze cardiovascolari e metaboliche.** Nel complesso, la letteratura scientifica è concorde nel ritenere che bassi livelli di attività fisica vadano di pari passo con un aumento dell'obesità, dell'ipertensione e dei fattori di rischio cardiovascolare (CV), con un aumento sin dall'infanzia del rischio di sindrome metabolica (caratterizzata da vari elementi tra cui obesità, diabete, ipertensione aumento del colesterolo). Sebbene le malattie cardiovascolari si manifestino più frequentemente dopo i 50 anni d'età, è nel giovane che si pongono le basi per la loro comparsa ed è stata dimostrata una correlazione già nel bambino e nell'adolescente tra l'alterazione di alcuni fattori, quali colesterolo totale, HDL e LDL, trigliceridi, resistenza all'insulina, pressione arteriosa e grasso corporeo e rischio cardiovascolare in età adulta.

► **Salute delle ossa.** L'osso è un tessuto dinamico, che varia da soggetto a soggetto in funzione dell'età, del sesso e dello stile di vita. La geometria, la massa e la struttura dell'osso contribuiscono alla forza e alla resistenza dello stesso e quindi alla predisposizione alle fratture non solo nel giovane, ma anche nell'adulto e, soprattutto, nell'an-



ziano. L'osteoporosi allo stato attuale è considerata una *malattia pediatrica*, dal momento che è l'accumulo di massa ossea durante l'infanzia e l'adolescenza a contribuire in larga misura alla variabilità futura della stessa. Il raggiungimento del picco di massa ossea ottimale nel giovane è fondamentale per prevenire le fratture nell'anziano e l'attività fisica - soprattutto quella in cui si carica il peso sui segmenti scheletrici e si sollecita pertanto la struttura scheletrica - costituisce un fattore chiave, un elemento determinante nel raggiungimento del picco di massa ossea.

► **Obesità.** Sono sempre di più i bambini e gli adolescenti obesi in tutto il mondo e in questo contesto l'importanza dell'attività fisica è intuitiva: un corpo in movimento brucia calorie e riduce il rischio di sovrappeso e obesità, nel giovane come nell'adulto. L'attività fisica riduce non solo l'adiposità totale, ma anche l'adiposità addominale, importante fattore predittivo di rischio cardiovascolare e di diabete di tipo 2. L'attività fisica aiuta a mantenere il giusto peso corporeo e un fisico sano.

► **Rischio di lesioni sportive.** Una scarsa attività fisica peggiora la forma fisica e aumenta il rischio di lesioni sportive. Un giusto training, mirato al rinforzo muscolare e al miglioramento della flessibilità, dell'equilibrio, della coordinazione e dell'agilità, diviene pertanto un elemento fondamentale.

► **Salute mentale.** Molti studi confermano il ruolo dell'attività fisica nel migliorare lo stato complessivo di salute mentale (inteso come modo di pensare, di sentire e di agire) nei bambini e negli adolescenti che, come gli adulti, possono andare incontro a depressione, ansia e scarsa autostima. Le possibili spiegazioni dei benefici dell'attività fisica sulla sfera psicologica del benessere includono, da un lato, gli effetti correlati alla migliore immagine che l'individuo ha di sé, spiegazione ancor più valida durante l'adolescenza (in cui il corpo e l'aspetto fisico assumono un ruolo determinante), dall'altro l'azione diretta su serotonina ed endorfine, che migliorano l'umore. Sembra che gli effetti dell'attività fisica nel ridurre depressione e ansia siano addirittura paragonabili a quelli di un intervento psicosociale e che l'attività fisica sia in grado di migliorare la resa cognitiva e il raggiungimento dei traguardi scolastici.

L'avviamento all'attività sportiva

■ Nell'età evolutiva, almeno fino ai 10 anni, l'attività sportiva è per il bambino una pratica naturale che rappresenta fonte di divertimento e conoscenza, deve essere considerata come un "gioco" e non deve per nessun motivo alterare il normale sviluppo fisico e psichico del bambino, con ritmi di allenamenti e di gare non compatibili con l'età stessa del bambino. Infatti lo sviluppo dell'attività motoria del bambino passa attraverso varie fasi e situazioni e la tipologia delle azioni motorie è importante nelle prime fasi dello sviluppo neuromuscolare e dell'acquisizione delle capacità di coordinazione motoria del bambino.

Indicazioni pratiche

■ Per i bambini e i ragazzi (età compresa tra 5 e 17 anni) l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda almeno 60 minuti di attività fisica moderata ogni giorno, che includa il gioco e gli spostamenti attivi (ad es., andare e tornare da scuola a piedi, in bicicletta, in monopattino), le ore di educazione fisica o le forme di attività fisica strutturata, come ginnastica, danza, nuoto o qualsiasi sport piaccia e diverta il bambino. Sopra i 60 minuti giornalieri, si ottiene chiaramente un beneficio aggiuntivo. L'attività fisica deve essere principalmente aerobica, senza dimenticare gli esercizi di rinforzo della muscolatura e delle ossa, che dovrebbero essere effettuati almeno tre volte alla settimana. Nel soggetto sedentario è necessario incominciare con gradualità e aumentare nel tempo la frequenza, l'intensità e la durata dello sforzo. L'età di avvicinamento allo sport e quindi una vera e propria "educazione motoria" vanno considerati, tranne qualche eccezione, gradualmente intorno ai 6 anni e sempre sotto la guida di istruttori preparati. Nella prima fase l'attività deve essere svolta come "gioco organizzato", con esercizi generali volti a sviluppare abilità generiche, mirata allo sviluppo di tutte le diverse qualità: sia fisiche e coordinative, come la destrezza, che condizionali, come la forza, la velocità e la resistenza. Verso i 9-10 anni i bambini potranno avvicinarsi ad una attività sportiva più specifica, sempre rispettando i loro desideri e avendo cura che lo sport rimanga fonte di divertimento.

CALENDARIO dell'attività motoria del bambino

- **5 mesi:** attività a tappeto, a gattoni;
- **9-12 mesi:** acquaticità, nuoto con genitore ed istruttore qualificato;
- **3-4 anni:** nuoto, GIOCO sport (miniginnastica libera, miniciclismo, mini-attletica);
- **5-6 anni:** minicalcio, minivolley, minirugby, minibasket, minipattinaggio, minischerma;
- **8 anni:** scuola calcio, basket, volley, tennis, vela, sci, equitazione, hockey su ghiaccio, baseball, karate, judo, golf, tuffi;
- **12 anni:** canottaggio, canoa, pallanuoto;
- **14 anni:** specialità atletica, lotta, pugilato.



La disciplina sportiva praticata dai ragazzi in età evolutiva risente il più delle volte delle scelte e delle preferenze dei genitori. Molto raramente il bambino può decidere in proprio, tanto che quando ciò si verifica, si parla di vera e propria «vocazione». In genere questa è molto spiccata verso quelle discipline sportive più diffuse a livello di informazione, ma è soprattutto l'ambiente familiare, con le sue abitudini e le sue tradizioni, che fa nascere nel bambino la «vocazione» per uno specifico sport. Tuttavia qualsiasi tipo di attività motoria organizzata, se scelta autonomamente dal bambino, va incoraggiata in quanto, evidentemente, essa possiede i giusti requisiti per motivare adeguatamente il giovanissimo sportivo.

A nostro avviso il momento della iniziazione sportiva dovrebbe avvalersi anche della conoscenza scientifica e della esperienza specifica degli operatori sportivi (medici specialisti e tecnici) che, nel rispetto delle libere scelte del bambino, siano comunque in grado di consigliargli, tra le tante discipline sportive, quelle che meglio si addicono alle sue caratteristiche cliniche, morfo-funzionali e psicologiche.

Il ruolo della famiglia

■ Secondo quanto indicato dalle linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), i genitori devono essere a conoscenza delle raccomandazioni dell'OMS ed essere consapevoli dei benefici dell'attività fisica, che non solo è fondamentale per il benessere psicofisico, ma è anche divertente. I genitori dovrebbero farsi coinvolgere nelle attività insieme ai figli e prediligere le modalità di spostamento attivo quando possibile e nella maggior parte dei giorni della settimana, allo scopo di farle diventare un'abitudine da mantenere nel corso di tutta la vita a partire dall'infanzia. E' grazie alla figura del pediatra che i genitori possono acquisire le corrette conoscenze in materia e di conseguenza dare il via a quei cambiamenti che si consolideranno nel tempo e diventeranno una buona abitudine per uno stile di vita corretto. In quest'ottica, un compito importante spetta anche alla scuola, dove i bambini trascorrono buona parte della giornata: identificare i giovani con bassi livelli di attività fisica e promuovere comportamenti salutari, incoraggiando i bambini a essere attivi,

rappresentano modi efficaci e universalmente applicabili per combattere la sedentarietà e promuovere la salute sin dall'infanzia.

Il ruolo della politica e delle istituzioni

■ Poiché l'attività fisica ha un ruolo importante nel contesto sanitario attuale, in cui la sedentarietà fin dalla giovane età è correlata a un aumento delle morbidità e della mortalità da malattie non contagiose, i governi, le organizzazioni intergovernative, le scuole e i medici di base si trovano davanti a un compito importante: quello di spingere i giovani e le famiglie a modificare le abitudini scorrette, per un miglior stato di salute nell'adulto. Partecipare a uno sport offre benefici significativi perché contribuisce in larga misura a una vita più sana, migliora il benessere del bambino ed estende le aspettative di vita, riducendo la probabilità di andare incontro a molte delle principali malattie croniche che affliggono la popolazione dei nostri giorni.

ECCO 'CIAK SI GIOCA', FA MUOVERE BAMBINI E INSEGNANTI

E' LA 'BORSA DELLE (BUONE) AZIONI' PROMOSSA DAL NETWORK GPS

'Ciak si gioca!' è il concorso ideato da due pediatri italiani, Francesco Pastore e Piercarlo Salari, in collaborazione con Editeam Gruppo Editoriale, per stimolare al movimento 1.113 bambini guidati da 84 insegnanti in un percorso didattico-ludico tutto nuovo.

Si tratta del progetto "Borsa delle (Buone) Azioni", promosso nelle scuole materne e primarie della città di Martina Franca per l'anno scolastico 2012/2013 che si propone di trasmettere l'idea che il movimento faccia bene al corpo e alla mente. E' necessario educare i bambini alla diversità del dispendio energetico legata alle varie attività fisiche, insegnare i fondamenti della corretta nutrizione e trasmettere valori di lealtà e rispetto nella pratica delle attività ludico-sportive. Questi in sostanza principali obiettivi dei pediatri, che hanno trovato l'entusiasmo dei dirigenti e degli insegnanti delle scuole arruolate: gli istituti comprensivi "G. Marconi", "A.R. Chiarelli" e "Giovanni XXIII".

La "Borsa delle (Buone) Azioni" si inserisce all'interno della campagna nazionale di Educazione Nutrizionale dei pediatri della Società Italiana di Pediatria (SIP) e della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) denominata "Mangiar bene conviene", strutturata in una serie di attività modulari regionali in armonia con gli obiettivi della campagna stessa, promossi dal Network Genitori-Pediatra-Scuola (GPS). "Un network che rappresenta una prima vera task-force, riunendo tutte le figure che ruotano attorno al bambino e alla sua necessità di benessere psico-fisico e che si è posto come obiettivo prioritario la promozione della sana alimentazione e di corretti stili di vita".





Intervista

al papà **Kaspar Capparoni**

Kaspar Capparoni,

poliziotto protagonista, in coppia con il cane Rex, della fortunata serie televisiva "Il commissario REX", e vincitore dell'ultima edizione di *Ballando con le Stelle*, lo intervistiamo come papà, visto che in casa sono in attesa del secondo bambino (il quarto figlio per Kaspar).

Gianna Maria Nardi

Ricercatore universitario confermato, Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo Facciali, Università di Roma Sapienza



E' più difficile fare il papà o l'attore?

Ovviamente il padre: recitare è un gioco da ragazzi a confronto. La realtà è più difficile della finzione. Gestire se stessi è una cosa, gestire una giovane vita è ben altro. Il bravo genitore è quello che riesce ad accompagnare con serenità e fermezza la vita dei propri figli.

Le scelte per le necessità dei bambini (per esempio biberon, succhiotti, asilo, visite mediche), vengono condivise o rimangono scelte esclusivamente della mamma?

In genere sì, io e mia moglie condividiamo quasi tutte le scelte relative ad Alessandro, ma forse per il fatto che io ho altri due figli più grandi posso dare qualche consiglio in più a Veronica.

Un'indagine conoscitiva, "Prevenire e curare la rottura delle relazioni genitoriali"* ha messo in evidenza che ad essere "rifiutati" sono soprattutto i genitori di nazionalità italiana

e nella maggioranza dei casi i padri. Perché secondo te questo rifiuto?

Il fatto che i risultati siano così ben ripartiti nel tempo dà una speranza a noi genitori di riuscire, in parte, a portare a termine il nostro mandato genitoriale. Prima c'è la mamma e poi viene il papà. Credo che la colpa sia di noi padri: forse siamo troppo poco presenti, pensiamo troppo alla carriera oppure rischiamo di diventare troppo asfissianti con i nostri cari. Ci manca la giusta via di mezzo.

Come vive un papà l'attesa di un nascituro?

Sulla base della mia personale esperienza posso dire tranquillamente, accanto a mia moglie, che ho cercato di assecondare nel limite del possibile.

Cosa ti preoccupa per il futuro delle nuove generazioni?

La loro salute e le opportunità che potranno trovare in un Paese come questo... senza futuro! Troppo pessimistica come visione?

Forse, ma purtroppo vicina alla nostra realtà.

L'allattamento al seno pensi che sia indispensabile?

E' fondamentale! Non so cosa sia successo alle donne ultimamente. Tutte pensano alla salvaguardia del loro seno più che alla salute del proprio bambino. I pediatri sono indispensabili per indirizzare in maniera ferma ed educare le nuove mamme a quei sani principi a cui una madre dovrebbe essere votata senza interferenze esterne. Anche la "moda" dei tagli cesari dovrebbe essere considerata come ultima spiaggia e invece è diventata la norma.

Quali sono le qualità che dovrebbe avere un bravo papà?

Principalmente essere presente ed essere autorevole, partecipando al percorso di crescita e alle scelte educative insieme alla mamma. Si sa che i genitori sbagliano, possiamo però impegnarci a fare meno danni possibili! D'altra parte le formule infallibili in campo genitoriale, non esistono.

**Indagine condotta dal garante dell'Infanzia e dell'adolescenza della Regione Lazio in collaborazione con la professoressa Marisa Maglioli Togliatti e la dottoressa Anna Lubrano Lavadera dell'Università Sapienza, che ha coinvolto 158 minori di genitori separati (di cui 69 maschi e 82 femmine), per lo più figli unici (60,4%). Tra i vari risultati è emerso che la maggior parte (59,3%) dei padri "rifiutati" ha un'età compresa tra 41 e 60 anni, mentre l'età delle madri (51%) è compresa tra 26 e 40 anni.*

i NO che aiutano i figli in sovrappeso



Paola Cremonese¹, Marina Picca²,
Nadia Battino³

¹Psicologa psicoterapeuta

²Pediatra - SICuPP

³Psicologa psicoterapeuta

Nutrire è un atto semplice, ma nel contempo di grande complessità, perché in esso cibo e amore si fondono e si confondono. L'atto nutritivo è in sé un veicolo non solo di sostanze alimentari, ma anche di messaggi importanti che riguardano la dimensione **affettivo-relazionale** tra la mamma e il suo bambino. Proprio per questo l'alimentazione rappresenta un aspetto cruciale per la crescita psicofisica del bambino ed è un importante luogo di espressione del benessere/malessere del bambino stesso. È molto importante che chi nutre il bambino (di solito la madre) mantenga un atteggiamento di serenità e di equilibrio, potremmo dire improntato al "buon senso antico". Del resto aver fiducia nelle capacità di autoregolazione del bambino può essere una guida preziosa: lo stimolo della fame è un istinto potente e vitale, così come è protettivo e benefico il senso di sazietà. Fame e sazietà sono i due poli fondamentali del processo di autoregolazione alimentare e improntano il comportamento del bambino. È dunque fondamentale che la madre impari a riconoscere i suoi segnali: la richiesta di cibo, ma anche il senso di sazietà. Ciò è cruciale nei primi anni di vita, perché è bene ricordare che in questa fase si formano nel bambino quelle basilari abitudini alimentari che diventano costitutive del suo personale e specifico rapporto con il cibo.

Il cibo "tuttofare"

■ Chi nutre il bambino deve innanzitutto preservare al cibo la

sua funzione primaria di nutrimento, senza favorirne (anche in buona fede) un uso tendenzialmente "distorto". A volte avviene, invece, che la madre utilizzi il cibo come **risposta unica e generalizzata** alle differenti richieste del bambino, non riuscendo a dare il giusto significato ai suoi segnali. In queste situazioni può accadere (e accade) che il cibo perda per il bambino la sua funzione primaria di nutrimento. Può allora diventare un **"oggetto magico"** deputato ad alleviare gli stati d'ansia/frustrazione, a colmare il vuoto della solitudine, a tiranneggiare chi lo accudisce. Diviene di volta in volta il "ciuccio" calmante, il "tappo" della solitudine, lo "zucchero" consolatore, lo "scalpo" della vittoria, una specie di *passee-partout*. Insomma il cibo viene usato soprattutto come strumento magico di felicità. Per i genitori è sempre più difficile dire di no, presi dall'ansia di dare al figlio una soddisfazione immediata e di evitare l'esperienza della frustrazione, fondamentale nel processo di crescita della personalità.

"Il cibo che seduce"

■ È importante inoltre ricordare che il bombardamento consumistico spesso produce un circolo vizioso: il cibo seduce il bambino che a sua volta seduce la mamma inducendola a comprare, ma può ovviamente sedurre anche la mamma, che così tende a ipernutrire il proprio figlio. Senza che la madre quasi se ne accorga si può verificare uno squilibrio energetico: le "entrate" diventano eccessive rispetto alle "uscite" favorendo l'aumento di peso. Questo cibo può essere definito **il cibo dell'inganno**, quello che seduce la mente e si rende appetibile fuori dal giusto equilibrio tra fame e sazietà.

È certamente questo, oltre alle abitudini di vita radicalmente mutate, uno dei fattori che favorisce la grande diffusione di sovrappeso e obesità osservata negli ultimi anni anche tra i bambini e gli adolescenti e che tanto ci preoccupa. Nella sfida dei nostri giorni per combattere l'eccesso di peso sembra dunque decisivo che all'interno delle famiglie la scelta alimentare sia il più possibile **consapevole, intenzionale e finalizzata**.

Il cibo "ti voglio bene", il cibo T.V.B.

■ Abbiamo parlato di un atteggiamento materno improntato a serenità ed equilibrio. Ma come fare? Qual è il giusto equilibrio? Quali voci ascoltare? Com'è una buona madre che nutre adeguatamente il suo bambino?

E come gestire, via via che cresce, i suoi bisogni, i suoi desideri, i suoi capricci? Va riconosciuto che, nell'attuale contesto di vita, la volontà della famiglia e del

bambino riguardo al cibo è seriamente messa a dura prova. Quante volte dire di no! E perché, poi? In fin dei conti il bambino sta bene, è così contento con la sua merendina! I genitori sembrano abbastanza restii a respingere le eccessive richieste dei figli in campo alimentare (e non solo!). Ma allora come fare? Come rendere meno faticoso il compito dei genitori? Come facilitare le scelte quotidiane? Proviamo a proporre qualche suggerimento:

- ▶ ripensare l'**organizzazione quotidiana** dell'alimentazione familiare: non ci si può affidare a una gestione del cibo troppo improvvisata e spontanea;
- ▶ fare una politica di **acquisti consapevoli**: comprare i cibi in modo oculato, non tenere in casa alimenti troppo calorici/artefatti o bevande dolci/gassate, ecc. (non indurre in tentazione!);
- ▶ adottare **strategie anti-marketing**, o di marketing "all'incontrario" (non lasciarsi sedurre da pubblicità più o meno ingannevoli, controllare la composizione dei cibi proposti, ecc.);
- ▶ mantenere una **regolare scansione dei pasti**, evitando che il bambino mangi o mangiucchi in continuazione e che magari si imbottisca davanti alla televisione (i cosiddetti "spezzafame" in realtà aumentano la fame);
- ▶ adottare **piccoli accorgimenti facilitanti**: mettere nel piatto porzioni di cibo contenute, non portare troppo cibo in tavola (alzarsi e andarselo a prendere scoraggiato "bis"), non mangiare direttamente dalla confezione, ecc.;
- ▶ favorire **comportamenti omogenei in famiglia** e con chi accudisce il bambino per un rinforzo circolare e condiviso della buona alimentazione;
- ▶ proporre e partecipare ad attività di gioco e movimento.

Alla fine di queste brevi riflessioni ci sembra importante ribadire che dobbiamo dare al cibo il suo giusto valore: possiamo chiamarlo il **"cibo ti voglio bene"** (quello che vuole il vero bene del bambino) che risulta essere il contrario del **"cibo dell'inganno"** (quello dato tutto e subito in modo acritico). Il cibo T.V.B. infatti è quello che svolge una **funzione nutritiva e protettiva nel tempo**, è quello dato per nutrire, per favorire una crescita equilibrata, consapevole, come genitori, che un possibile eccesso di peso può portare a forti rischi di **patologie organiche**, presenti e future (diabete, danni cardiovascolari, ecc.). Ma altrettanto consapevoli delle ricadute positive del **"buon peso"** nell'area dell'identità, dell'autostima e delle relazioni sociali del figlio (per evitargli dolorose emarginazioni, prese in giro, attacchi di bullismo, ecc.). Per promuovere quindi il benessere del proprio figlio è necessario attivare la **funzione protettiva** insita nella genitorialità, che sa dire oggi dei "no" benefici in vista di un vantaggio futuro. *"Come diventerà il mio bambino crescendo?"*.
Potter immaginare, "sognare" il proprio bambino sano e "felice" nel futuro può aiutare i genitori a promuovere una crescita equilibrata del figlio. Vogliamo creare uno slogan? **Un "no" oggi per tanti "sì" domani.**



Diagnosi precoce della displasia evolutiva delle **ANCHE** del neonato

Giuseppe Atti
ex Direttore del Centro della LCA
"Marino Ortolani", Azienda Ospedaliera
di Ferrara

La "Displasia Evolutiva dell'Anca" (DEA) è la più frequente malattia dell'apparato scheletrico del neonato. Questa condizione comprende tutte le anomalie dell'anca infantile caratterizzate da alterazioni di forma e/o di rapporti dei due capi articolari dell'anca (la testa del femore e la cavità che la accoglie, detta acetabolo). Di norma la malattia è presente dalla nascita, ma può manifestarsi anche nelle fasi successive dello sviluppo del bambino. La DEA comprende quadri clinici di diversa gravità; schematicamente possiamo riconoscere:

- 1. forme lievi:** l'acetabolo è lievemente svasato e meno profondo che di norma, ma contiene e trattiene al suo interno la testa del femore (**displasia lieve**).
- 2. forme di gravità intermedia:** l'acetabolo è svasato e poco profondo, la testa del femore è contenuta nell'acetabolo ma è discostata dal fondo dell'articolazione ed è clinicamente instabile (**sublussazione**).
- 3. forme gravi:** l'acetabolo è molto appiattito e svasato e non contiene più la testa del femore al suo interno (**lussazione**).

Disegni schematici e corrispettivi ecografici di anche normali e patologiche



Prelussazione, displasia congenita dell'anca, malattia lussante delle anche, lussazione congenita dell'anca non sono malattie differenti, ma definizioni diverse, utilizzate in periodi successivi, per identificare la stessa patologia.

Qual è la frequenza della DEA?

La malattia è molto più frequente nelle femmine (rapporto M/F: 8,5/1,5). Il valore assoluto della DEA nei nuovi nati non ha grande significato, poiché la malattia riunisce quadri clinici di gravità molto differente. Più utili sono i dati relativi

alla frequenza dei differenti quadri clinici della DEA. Lo screening ecografico che abbiamo eseguito a Ferrara dal 2000 al 2009 ci ha consentito di rilevare forme gravi di DEA nello 0,1% dei nuovi nati, forme di gravità intermedia nello 0,6% e forme lievi nell'1,5%. Il 2,7% dei bambini, al momento dell'esecuzione dello screening ecografico eseguito in media all'età di due mesi, avevano anche normali ma non perfettamente mature.

Quali sono le cause responsabili della DEA?

La DEA è un tipico esempio di malattia ad eziologia multifattoriale, che riconosce due principali gruppi di cause: i fattori "genetici" e quelli "meccanici". L'importanza dei fattori genetici è dimostrata dal fatto che la DEA è più frequente nel sesso femminile ed in determinati gruppi etnici e familiari, quella dei fattori meccanici dal fatto che la DEA è più frequente nei neonati che nella vita intrauterina hanno mantenuto posture fisse con anche in iperflessione (presentazione podalica) o hanno "dimorato" in un ambiente ristretto (oligoamnios, bambino di peso elevato, madri di bassa statura o primipare con utero poco distendibile). La presentazione podalica è il fattore di rischio più importante della DEA.

La patogenesi della DEA è la seguente: i fattori "genetico-costituzionali" responsabili di un aumento della lassità capsulo-legamentosa (cioè dello stiramento della capsula e dei legamenti che circondano e stabilizzano l'articolazione dell'anca) facilitano l'instabilità articolare; i fattori "meccanici" responsabili di posture fisse del feto con iperflessione ed eccessiva adduzione delle cosce causano un'alterazione dei normali rapporti articolari delle anche e si rendono responsabili di pressioni anomale della testa femorale sulle porzioni periferiche dell'acetabolo; la cavità acetabolare progressivamente si deforma e si appiattisce; la testa del femore, non più trattenuta in modo stabile all'interno dell'articolazione, si allontana dal fondo dell'acetabolo (sublussazione) e, nelle forme più gravi, fuoriesce completamente (lussazione).

Qual è la storia naturale bambini affetti da DEA

I bambini affetti da forme gravi di DEA se non vengono curati continueranno ad avere la testa femorale al di fuori dell'acetabolo e, inevitabilmente, presenteranno una zoppia all'inizio della deambulazione. I bambini affetti da forme di DEA di gravità intermedia, caratterizzate da sublussazione della testa femorale, non zoppiheranno all'inizio della deambulazione, ma avranno zone di sovraccarico articolare che inevitabilmente faciliteranno la comparsa di una coartrosi precoce. Da un punto di vista teorico anche i bambini affetti da forme lievi di DEA potrebbero essere predisposti alla coartrosi precoce, ma questa evoluzione non è stata dimostrata in modo sicuro, perché la maggior parte di questi bambini eseguono la terapia per la DEA. Alcuni medici ritengono che la maggior parte dei bambini che hanno una displasia dell'acetabolo lieve con rapporti articolari corretti si possano normalizzare anche senza eseguire la terapia col divaricatore.



E' importante la diagnosi precoce della DEA?

■ La diagnosi e, soprattutto, la terapia precoce della DEA hanno importanza fondamentale, perché le potenzialità di rimodellamento dello scheletro sono inversamente proporzionali all'età del bambino. Quando la terapia inizia precocemente (entro il primo mese di vita) le cure risultano sempre più brevi, più semplici, le guarigioni complete sono molto più frequenti. Inoltre le complicanze della terapia sono molto rare.

Come possiamo individuare i bambini affetti da DEA?

■ La radiografia del bacino consente di diagnosticare la DEA; purtroppo questo esame fornisce informazioni esaurienti solo dopo il 4° mese di vita, quando le strutture scheletriche del bambino raggiungono un grado di mineralizzazione sufficiente per essere visualizzate dai raggi X. La radiografia del bacino non è proponibile per uno screening, perché non è innocua e perché non consente una diagnosi realmente precoce. L'esame clinico delle anche (ricerca del segno dello "scatto") descritto dal prof. Marino Ortolani nel 1936, continua ad avere un ruolo fondamentale per la diagnosi precoce della DEA perché consente di individuare la maggior parte dei neonati affetti da forme gravi di questa malattia fin dalle prime ore di vita dei bambini. Per essere affi-

dabile questo accertamento diagnostico deve essere eseguito da esaminatori esperti per eseguire correttamente la ricerca del segno dello scatto.

L'esame ecografico delle anche descrive con dettaglio e precisione la morfologia, i rapporti e la stabilità dei due capi articolari dell'anca del neonato. La tecnica di studio più utilizzata attualmente è quella di Graf che classifica le anche in 9 differenti tipi ecografici.

L'esame ecografico si è dimostrato un accertamento diagnostico molto "sensibile" perché individua casi di DEA, anche nei bambini che hanno un esame clinico negativo. Per essere affidabile anche questo esame deve essere eseguito da medici addestrati ed esperti.

Come si cura la DEA?

■ Per curare la DEA è necessario riposizionare la testa femorale nel fondo della cavità acetabolare e mantenerla stabilmente in que-

sta posizione fino a quando l'articolazione non avrà raggiunto la completa normalizzazione anatomica e funzionale. Per trattenere la testa del femore ben centrata all'interno dell'acetabolo i bambini devono rimanere in posizione obbligata con le cosce flesse e divaricate. Per ottenere questa postura si applicano ai bambini appositi "presidi divaricatori".

La scelta del divaricatore dipende dalla gravità della DEA del bambino e, in particolare, dalle sue dimensioni e dalla sua "forza". Se il "divaricatore" non è sufficiente per assicurare l'immobilizzazione del bambino in flessione-abduzione si possono confezionare apparecchi gessati. In alcuni bambini affetti da forme molto gravi di DEA, prima di confezionare un apparecchio gessato può essere necessario un intervento chirurgico per posizionare correttamente la testa femorale all'interno dell'acetabolo.

Tipo ecografico	Terapia	Significato
1a - 1b	Nessuna	Anca normale, matura
2a+	Nessuna	Anca normale ancora immatura per un deficit fisiologico dell'ossificazione
2a-	Norme posturali per favorire la divaricazione delle cosce o presidio divaricatore	Anca immatura per un deficit di ossificazione di tipo non fisiologico
2b	Presidio divaricatore	Displasia acetabolare lieve
C (anca critica)	Presidio divaricatore	Displasia acetabolare
D (anca in via di decentrazione)	Presidio divaricatore	Displasia acetabolare con sublussazione
3	Presidio divaricatore (inviare ad un Centro specialistico)	Displasia grave con sublussazione
4	Inviare ad un Centro specialistico	Displasia grave con lussazione



NUTRIAMO I NOSTRI BAMBINI

L'alimentazione del bambino nei primi 3 anni di vita

Patricia Semeraro, Piercarlo Salari

Il bambino si nutre di cibo e amore. Si tratta di due "ingredienti" che, per quanto complementari, devono essere ben distinti. Se il primo, infatti, non deve acquistare il significato di gratificazione affettiva, l'amore può e deve trovare espressione anche in una corretta impostazione dell'alimentazione sin dal divezzamento, epoca quanto mai delicata per lo sviluppo metabolico del bambino, alle prese con le sue prime esperienze di nuovi sapori. Questo libro si rivolge proprio ai genitori con lo scopo di sensibilizzarli agli aspetti oggi ritenuti di maggiore rilevanza per una crescita armonica e all'insegna della prevenzione delle malattie croniche dell'età adulta.

*Volume in broccura, Formato: 17x21, Pagine: 74
Anno pubblicazione: Luglio 2012, Euro 18,00*

FILASTROCCHES, FAVOLE, STORIE...

**Questo libro è per bambini, genitori, nonni e...
...per chi vuoi tu!**

L'importante è leggerlo insieme

Scritto, ideato e disegnato da Dario Battaglia

Un percorso didattico per promuovere la consapevolezza alla salvaguardia della salute sin dalla prima infanzia. Un libro da leggere giocando, ricco di colori, favole, filastrocche, indovinelli e rebus utile agli educatori e ai genitori da condividere con i propri bambini.

Questo è anche un libro "generoso" in quanto i proventi derivati dalla sua vendita saranno devoluti dalla Casa Editrice a progetti di educazione alla salute dei pediatri italiani destinati alle Scuole.

*Volume in broccura, Formato: 20x20, Pagine: 44
Anno pubblicazione: Dicembre 2011, Euro 10,00*



Per informazioni e/o richieste

Tel. 051.904181/903368 - Fax 051.903368
www.editeam.it • info@editeam.it





Conoscere per Crescere è uno strumento informativo identificato dal **Network GPS** per la promozione della salute delle famiglie e la realizzazione di progetti nelle scuole in collaborazione con i pediatri italiani.

**NETW Genitori
GPS
Pediatra
Scuola RK**

Genitori ● Pediatra ● Scuola

Un patto educativo tra Genitori, Pediatra e Scuola per promuovere e sostenere l'educazione a una sana alimentazione e a corretti stili di vita