



CONOSCERE PER CRESCERE

LA RIVISTA DEI PEDIATRI ITALIANI PER LA FAMIGLIA

Anno III - Ottobre 2012



Periodico distribuito gratuitamente

LE ASSOCIAZIONI E LA SCUOLA



Con Algida, il piacere del gelato è davvero per tutti: scopri i prodotti senza glutine!

I continui progressi dell'industria alimentare permettono oggi di confezionare e distribuire alimenti adatti a specifiche necessità: è il caso dei **prodotti senza glutine, che possono essere consumati dai celiaci.**

Algida – il marchio di gelato più amato in Italia e nel mondo – è impegnata a rendere possibile per celiaci grandi e piccoli concedersi il piacere del buon gelato, con il suo gusto e le sue emozioni: grazie all'altissimo livello tecnologico del processo produttivo e all'attenta scelta dei fornitori, la contaminazione incrociata è sottocrontrollo. Per questo, ben 36 prodotti Algida sono senza glutine*.

Dall'irresistibile **Magnum** al mitico **Cremino**, il primo gelato Algida, dal gustoso **Fior di Fragola** a tanti nuovi gelati della linea **Kids** ispirati ai cartoon di **Max Adventures**: la scelta è davvero per tutti i gusti, tutte le età ed esigenze, per farci vivere insieme a chi amiamo momenti di felicità davvero a portata di mano!



MAGNUM

Senza glutine



Fior di Fragola®

Senza glutine



... scopri tutti i gelati Algida senza glutine su www.algida.it

La celiachia è una patologia autoimmune che induce l'organismo ad attaccare i propri tessuti in caso di presenza di glutine al suo interno. Per questo nei cibi adatti ai celiaci viene eliminata questa sostanza.

Algida è costantemente impegnata a supportare i celiaci nelle scelte alimentari di tutti i giorni per tutelare la salute, ridurre i rischi e migliorarne la qualità di vita.

Il risultato sono tanti prodotti senza glutine che trovi in commercio.



POWER CRYSTAL

Senza glutine





Sommario

Editoriale

2

Tra anarchia sanitaria e "patient empowerment"
Il nuovo ruolo del medico
Marcello Lanari

Investire in salute

Spazio dedicato allo stile di vita

18

Vaccinazione anti rosolia
Un'opportunità da non perdere!
Tiziana Lazzarotto, Marcello Lanari

22

L'alimentazione del bambino dalla nascita ai 3 anni
Gli errori più comuni e come evitarli
Claudio Maffei

30

A scuola con PediBus
Educare le città alla mobilità sostenibile
Alice Bonoli

Conoscere per prevenire

Spunti di educazione e innovazione sanitaria

34

Iperattivi, impulsivi, disattenti
Quando preoccuparsi?
Paolo Curatolo

36

Acondroplasia c'è qualcosa di grande
in ognuno di noi
Guido Cocchi

40

I tempi dell'ortodonzia
Carlo Ghirlanda, Mauro Rocchetti

44

La morte in culla
Raffaele Piumelli, Giulia Liccioli, Ada Macchiarini

La bussola

Supporto per interpretare sintomi e disagi

4

Lavoro e famiglia una difficile conciliazione
M. Cristina Tischer

6

Adolescenza
Il momento della transizione nelle cure
Grazia Gentile

38

Febbre, dolore, infiammazione: che fare?
Piercarlo Salari

42

GenitoriPiù
Prendiamoci più cura della loro vita

Lavorare con la scuola

Strategie di intervento comune fra pediatri e insegnanti

10

Pranzare a Scuola: i bambini con diete "speciali"
Mirella Guerra, Maria Rita Ghinassi

Codice rosso

Riflessioni e suggerimenti sui comportamenti a rischio

24

Droghe e alterazioni del cervello
Giada Zoccatelli, Franco Alessandrini, Claudia Rimondo,
Giovanni Serpelloni

Le pagine rosa

Grand'angolo sulla salute della mamma e del bambino

14

Mamme Adolescenti
Silvano Bertelloni, Eleonora Dati, Diana Giobbi

16

La Medicina di Genere
Uomo e donna diversi anche nelle malattie
Nicola Surico

26

Le vulvo vaginiti nelle bambine:
un problema da non sottovalutare
Alberto Marsciani, Annalisa Pedini

DIRETTORE SCIENTIFICO

Marcello Lanari

DIRETTORE RESPONSABILE

Franca Golisano

COMITATO DI REDAZIONE

Rino Agostiniani

Luca Bernardo

Giovanni Corsello

Tiziano Dall'Osso

Valeria Fasolato

Bianca Lattanzi

Marina Picca

Piercarlo Salari

Michele Salata

Maria Grazia Sapia

Laura Serra

Paola Sogno Valin

Maria Grazia Zanelli

www.sip.it

COLLABORATORI ESTERNI

Federica Lanari

SEGRETERIA DI REDAZIONE

info@editeam.it

AREA COMMERCIALE

E PUBBLICITÀ

editoria@editeam.it

Copyright © 2012

EDITEAM Gruppo Editoriale

Via del Curato 19/11, 44042 Cento (FE)

Tel. 051.904181/903368

Fax 051.903368

www.editeam.it

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

Ottobre 2012.

Tiratura di questo numero 300.000 copie.

Si ringrazia per il contributo la



Tra anarchia sanitaria e “patient empowerment” Il nuovo ruolo del medico



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

Un estate calda, quella passata, come non si aveva da 50 anni e tanti incendi, di cui molti purtroppo dolosi. Tra questi alcuni “mediatici”, appiccati da piromani della disinformazione, potenzialmente dannosi quanto o più di quelli fatti di fuoco e fiamme. Uno per tutti, l’appello di Codacons rivolto ai parlamentari italiani, per eliminare con la “Spending review” presunti sprechi di denaro nel settore sanità (stimato in 114 milioni di euro), utilizzato per vaccinazioni non obbligatorie. Due i vaccini in questione, quello contro la meningite da *Haemophilus* e quello contro la pertosse, entrambi somministrati congiuntamente ad altri quattro (anti difterite, tetano, poliomielite ed epatite B), in una formulazione definita pertanto “esavalente”. Vaccini rivolti a prevenire malattie gravi e potenzialmente invalidanti o mortali, come prontamente evidenziato in un comunicato ufficiale dalla Società Italiana di Pediatria, nel quale a chiare lettere viene sottolineato come “nel periodo antecedente l’introduzione del vaccino contro *Haemophilus influenzae* tipo b venivano registrati oltre 50 casi di malattia invasiva ogni 100.000 bambini, mentre negli ultimi anni, proprio per effetto della vaccinazione, sono stati registrati solo 0,5 casi ogni 100.000 bambini. La maggior parte di queste infezioni si manifestano con una meningite. Circa il 30% di questi bambini può avere complicazioni permanenti come convulsioni, sordità, cecità e ritardo mentale. Il 5% muore. Per quanto riguarda la pertosse i dati di notifica dimostrano che da circa 50 casi ogni 100.000 bambini nell’epoca precedente all’introduzione dei nuovi vaccini contenuti nel prodotto esavalente, vengono oggi registrati circa 5 casi ogni 100.000 bambini. Da ricordare che la pertosse è una malattia grave soprattutto in epoca neonatale quando è più probabile lo sviluppo di gravi complicazioni tra cui l’encefalopatia ed il decesso.”

La sciagurata proposta non tiene conto di alcuni elementi che l’opinione pubblica e i genitori per primi, indipendentemente dalla obbligatorietà o meno di un vaccino, dovrebbero conoscere quando accompagnano il proprio figlio a vaccinarsi. Il primo è che le vaccinazioni sono state una svolta sanitaria epocale e sono tuttora il più efficace presidio per ridurre o eradicare malattie infettive (ad esempio il vaiolo) potenzialmente gravi, inabilitanti o mortali. A fronte di possibili reazioni avverse al vaccino, in prevalenza banali e di breve durata quali febbre o arrossamento cutaneo localizzato, e solo in un gruppo di soggetti percentualmente esiguo anche gravi, le vaccinazioni permettono di evitare un numero enormemente superiore, variabile da malattia a malattia, di infezioni con esiti im-

prevedibilmente, ma certo molto più frequentemente dannosi. Vaccinare il proprio figlio comporta inoltre un atto di responsabilità nei confronti della collettività, perché rappresenta una strategia efficace contro la circolazione di un certo patogeno, attraverso quella che viene definita “immunità di gregge”. Sotto un aspetto economico poi, è ampiamente dimostrato come le vaccinazioni e l’investimento per attuarle garantiscano un “ritorno” in termini di spese non sostenute per la cura e gli esiti delle malattie che prevengono, tra i più vantaggiosi tra quelli attuati nell’ambito delle strategie di prevenzione in sanità. A questo proposito, uno studio dell’Agenzia federale statunitense Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ha evidenziato come per ogni dollaro investito in vaccini vi sia un ritorno di 6,8 dollari in costi sanitari diretti (per ospedalizzazioni e cure mediche), che sale a 18,4 dollari considerando anche i costi indiretti (tra i quali i giorni di lavoro persi dalla famiglia, invalidità, ecc.).

Il tema in questione, tuttavia, credo ne introduca un altro più generale e di estrema importanza e attualità, rappresentato dall’informazione dei cittadini sui temi che riguardano la loro salute, affinché possano partecipare alle scelte sanitarie per loro stessi e per i loro figli, adeguatamente supportati da informazioni chiare e basate su evidenze scientifiche. Parallelamente al progressivo offuscarsi di una medicina paternalistica, che vedeva il medico come unico decisore delle strategie diagnostiche e terapeutiche, talvolta senza neppure un confronto con il paziente, da alcuni anni è estremamente sentito in ambito sanitario il tema del “patient empowerment”, ovvero dell’acquisizione di un potere decisionale del cittadino-paziente riguardo alle scelte sanitarie, basato sulla sua crescita culturale e sull’acquisizione di specifiche informazioni. La diffusione esponenziale di rubriche di medicina, siti internet, gruppi di “pari”, pubblicazioni (pseudo)scientifiche, proposte commerciali ed altro conduce inevitabilmente a chiedersi se è così che si ottiene un auspicabile e diffuso “patient empowerment”; se è attraverso Groupon, ad esempio, come proposto da alcune categorie professionali, che le persone possono acquisire le migliori prestazioni mediche od anche se, per riferirsi a quanto detto sopra, associazioni senza una riconosciuta competenza sanitaria possano fare proposte in questi ambiti, e così via. Pur non credendo che sarebbe giusto censurare tutte queste iniziative, penso tuttavia (senza paura di ricadere in una sorta di paternalismo “vecchio stile”) che i medici, i pediatri per primi possano giocare in questo un grande ruolo e collaborare attivamente nel gestire, assieme ai loro assistiti, questo passaggio culturale. A loro per primi è richiesto (e lo vediamo nei fatti) di mettere in discussione la propria figura, senza autoritarismi, semmai ancora possibili, ma permettendo loro, però, di chiedere di nuovo al paziente con rinnovata autorevolezza il riconoscimento del ruolo di alleato esperto, a cui per primo far riferimento e col quale sempre confrontarsi con fiducia nelle scelte per la salute.

giocampus

Un modello educativo per il benessere delle future generazioni

giocampus è un progetto unico in Italia diretto alla promozione di una cultura del benessere e di corretti stili di vita per i più giovani e per le loro famiglie.

Il progetto propone un articolato percorso educativo che si rivolge a ragazzi dai 5 ai 16 anni, ai genitori, agli educatori e ai pediatri affinché tutta la comunità possa essere coinvolta nella promozione di **stili di vita** basati sulla corretta attività motoria, sulla sana nutrizione e in generale su una cultura del benessere fondamentale per lo sviluppo delle nuove generazioni.

A questo scopo, **giocampus** è strutturato in tre fasi che accompagnano i ragazzi durante tutto l'anno: Giocampus Estate, Giocampus Scuola e Giocampus Neve. Tutti i programmi didattici, nutrizionali e motori di **giocampus** sono elaborati dal **Comitato scientifico** che si avvale delle alte competenze di un team multifunzionale composto da nutrizionisti, medici dello sport, psicologi dell'età evolutiva, pedagogisti, pediatri e auxologi. Ulteriore elemento distintivo è, inoltre, l'alta qualificazione del personale formativo.

Grande attenzione viene posta alle modalità di apprendimento. Il metodo **giocampus** valorizza infatti la **socialità** e l'**autonomia** in modo che, attraverso il **gioco** e la **consapevolezza** delle proprie scelte, i ragazzi diventino, al contempo, attori e promotori di corretti stili di vita.

Esempio di welfare community unico in Italia, **giocampus** mette in campo una vocazione multidisciplinare e un approccio sistemico garantiti da un'alleanza educativa pubblico-privata che comprende Barilla, Comune di Parma, Università degli Studi di Parma, Coni, Comitato provinciale di Parma, Ufficio Scolastico Regionale e CUS Parma, e trova nella **responsabilità sociale** la sua forza e ragione d'essere.

A riconoscimento della specificità del progetto e della qualità intrinseca delle attività, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca nel 2010 ha attivato il monitoraggio su **giocampus** del **Comitato Tecnico Scientifico Scuola Cibo**.

Giocampus Scuola è la fase del progetto che interessa 27 scuole primarie di Parma, coinvolgendo 320 classi e circa 7.500 bambini in un percorso di educazione al benessere improntato sull'Educazione Motoria e sull'Educazione Alimentare, materie fondamentali per una crescita sana dei bambini e per l'apprendimento di corretti stili di vita. Per ogni classe il progetto prevede 2 ore settimanali di **Educazione Motoria** per un totale di 60 ore nell'intero anno scolastico 2011-2012. Per le classi terze, quarte e quinte sono previste, inoltre, 20 ore di **Educazione Alimentare**.

L'attività di Educazione Motoria si svolge sotto la guida dei **Maestri del Movimento**, figure specializzate, diplomati Isef o laureati in Scienze Motorie, ed è articolato in quattro obiettivi coerenti con i programmi ministeriali vigenti. Tali obiettivi sono diversificati in base alla fascia di età e riguardano: la mobilità articolare e la conoscenza degli schemi posturali di base; la coordinazione e il senso del ritmo; la motricità e le connessioni dinamiche e, infine, il gioco e le regole sportive. L'attività motoria con i Maestri del Movimento è anche occasione di **monitoraggio scientifico**: attraverso test motori si raccolgono dati utili al Comitato Scientifico per valutare gli effetti delle attività del programma appositamente creato per la fase Scuola.

E' attiva anche la collaborazione con il **CIP**, Comitato Italiano Paralimpico Delegazione provinciale, che affianca i **Maestri del Movimento** in circa 60 classi in cui sono presenti casi di disabilità. Il programma varia a seconda della tipologia e del livello di disabilità e, in alcune specifiche situazioni, si è potuto accompagnare il ragazzo durante tutto l'anno con un per-

corso continuativo. Per alcuni casi di autismo, inoltre, è attivo un programma di **nuoto** che va a sostituire l'educazione motoria tradizionale. Ciò che caratterizza il programma specifico per le classi con disabili è il principio di **integrazione** e **socializzazione** di tutta la classe. Il lavoro che gli istruttori CIP ed i Maestri del Movimento svolgono è rivolto all'intero gruppo in cui il bambi-

no disabile è inserito. Gli esercizi fisici eseguiti in gruppo permettono la conoscenza della diversità e, quindi, l'integrazione. Si è compreso infatti che molti bambini hanno paura di far male al compagno disabile perché non conoscono la disabilità, e quindi non sanno gestirla. Con l'aiuto dei professionisti del CIP questo ostacolo viene superato e si viene a creare un gruppo di lavoro armonioso vantaggioso per tutti. L'integrazione è un principio fondamentale che viene trasmesso attraverso l'attività motoria ed il gioco in palestra, valorizzando l'intrinseca capacità dello sport di sviluppare lo spirito di gruppo e la trasmissione di valori sani.

Anche durante la fase estiva, l'attenzione per i ragazzi disabili è sempre alta. Molti ragazzi con varie disabilità frequentano **Giocampus Estate**, la vacanza in città che permette ai ragazzi di divertirsi e praticare sport all'aria aperta da giugno a settembre. Sane abitudini e socializzazione sono gli ingredienti di Giocampus Estate, la sola differenza per i bambini disabili è costituita dalla presenza di un accompagnatore specializzato, durante tutto il giorno, che permette loro di svolgere le attività in tutta sicurezza e nel modo più appropriato.



Lavoro e famiglia una difficile conciliazione

A cura di M. Cristina Tischer
Pediatra di Famiglia, Saronno (VA) - SICuPP

Al lavoratore dipendente, femmina o maschio, operante in ambito pubblico o privato, è riconosciuto il diritto di astensione lavorativa per motivi familiari, con alcune differenze relative al trattamento economico e alla durata dei periodi di astensione, in funzione del contratto di lavoro, attualmente in rielaborazione. L'astensione lavorativa per motivi familiari si distingue in obbligatoria e facoltativa.

Astensione lavorativa obbligatoria

Riguarda l'ultimo periodo della gravidanza ed il periodo post-parto. L'astensione obbligatoria ha una durata complessiva di 5 mesi (ultimi 2 mesi di gravidanza e successivi 3 mesi, oppure ultimo mese di gravi-

danza e successivi 4 mesi) è retribuita all'80% dello stipendio nel caso di dipendente privato e al 100% nel caso di dipendente pubblico. Dal momento dell'interruzione dell'attività lavorativa la donna percepisce l'indennizzo di maternità. Sebbene per ovi motivi biologici, l'astensione lavorativa post-parto sia principalmente destinata alle madri lavoratrici, in caso di morte o grave infermità della madre o nei casi in cui la madre abbandoni il minore o vi sia affidamento esclusivo del bambino al padre, l'astensione obbligatoria post-parto può essere richiesta anche dal padre lavoratore.

In attesa di un bambino

■ E' obbligatoria per la lavoratrice comunicare al datore di lavoro il proprio stato di gravidanza appena accertato. Durante la gravidanza non è possibile lavorare di notte. La lavoratrice dall'inizio della gravidanza e fino al 1° anno del bambino non può essere licenziata.

Il divieto di licenziamento non si applica nei casi di licenziamento per giusta causa, cessazione di attività dell'azienda, ultimazione della prestazione a cui era addetta la lavoratrice e risoluzione del rapporto di lavoro per scadenza del termine. Ad esclusione delle lavoratrici colf, le dimissioni presentate dalle lavoratrici durante il 1° anno di vita del bambino devono essere convalidate presso la Direzione Provinciale del Lavoro. Le lavoratrici gestanti hanno diritto a permessi retribuiti per effettuare esami prenatali o visite mediche specialistiche, nel caso in cui questi debbono essere eseguiti durante l'orario di lavoro. Per ottenere questi permessi le lavoratrici devono presentare al datore apposita istanza e successivamente relativa documentazione giustificativa attestante data e orario di effettuazione degli esami. E' possibile scegliere di interrompere il lavoro al 7° o all'8° mese di gravidanza, previa comunicazione al datore con-

opportuna certificazione che attesti l'idoneità al lavoro fino all'8° mese di gravidanza.

Dalla nascita e fino al 3° mese di vita del bambino

■ Il congedo di maternità obbligatorio si estende dalla nascita fino al 3° mese del bambino, o 4° mese se si è lavorato fino all'8° mese.

In caso di adozione o di affidamento un bambino

■ Sono riconosciuti gli stessi diritti dei genitori con figli naturali con differenze sui tempi di utilizzo dei congedi in relazione all'età del bambino: il congedo obbligatorio di maternità o paternità spetta se il bambino adottato ha meno di 6 anni per le adozioni italiane e meno di 18 anni per le adozioni internazionali.

Astensione lavorativa facoltativa

La Legge n° 53 dell'8 marzo del 2000 regola le modalità con cui entrambi i genitori possono usufruire di permessi di astensione lavorativa facoltativa per accudire i propri figli fino all'età di 8 anni. L'astensione facoltativa è successiva e separata dall'astensione obbligatoria, può essere continuativa o frazionata e dà diritto ad una retribuzione pari al 30% dello stipendio. Nell'astensione facoltativa rientra anche il congedo parentale per malattia dei figli che non è retribuito.

Dal 3° mese al 1° anno di vita del bambino

■ Dopo il 3° mese del bambino, i genitori possono pianificare i tempi di cura da dedicare ai propri figli utilizzando tutti i congedi facoltativi spettanti per legge. Fino a 1 anno di età del bambino, la madre può ridurre l'orario di lavoro

di 2 ore al giorno se l'attività è superiore a 6 ore, altrimenti di 1 ora al giorno (riposo giornaliero); fino agli 8 anni di età del bambino può usufruire fino a 6 mesi di astensione facoltativa periodo che si riduce se anche il padre usufruisce di congedo parentale. Fino a 1 anno di età del bambino, il padre può utilizzare astensioni giornaliere se la madre rinuncia, o se la madre è lavoratrice autonoma, parasubordinata o libera professionista, o in caso di morte o grave infermità della madre; fino agli 8 anni di età del bambino può usufruire fino a 7 mesi di astensione facoltativa periodo che si riduce se la madre prende più di 4 mesi di astensione facoltativa.

In caso di adozione o affidamento un bambino

■ L'indennità per il congedo facoltativo spetta ai genitori adottanti o affidatari fino ai 6 anni di vita del bambino, o per i primi 3 anni se il bambino ha un'età tra i 6 e 12 anni dall'ingresso in famiglia.

In caso di malattia del bambino

■ Se il bambino ha meno di 3 anni i genitori possono assentarsi dal lavoro, in alternativa l'uno all'altro e senza limiti di tempo. Se il bambino è di età compresa tra 3 e 8 anni i genitori possono usufruire ciascuno di 5 giorni l'anno. L'assenza lavorativa per malattia del figlio non è retribuita.

In caso di bambino con una disabilità

■ Per uno dei due genitori si può ottenere un prolungamento del congedo parentale fino a 3 anni del minore con grave disabilità, o 3 giorni al mese di congedo retribuito tra i 3 e 18 anni di età del minore con grave disabilità, o un congedo non retribuito di 2 anni continuativi o frazionabili per gravi motivi familiari come patologie che richiedono particolari cure.

Conciliazione tra lavoro e famiglia

■ L'accordo tra Governo e parti sociali del 7 marzo 2011 denominato "Intesa sulla conciliazione" propone di sperimentare nelle aziende interventi (o misure di conciliazione) che lascino ai genitori, ed in particolare alla donna, un maggior tempo per la cura dei figli: flessibilità di orari, lavoro ripartito e intermittente, tipologie contrattuali ad orario ridotto e modulato, flessibilità di orario in entrata e in uscita, banca delle ore, telelavoro.

Norme in materia di congedi parentali

Legge n° 53, 8 marzo 2000:

"Legge per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città" contiene disposizioni per promuovere un equilibrio tra tempi di lavoro, formazione e cura.

Legge n° 104, 5 febbraio 1992:

"Legge per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone portatrici di handicap" contiene disposizioni per il prolungamento del congedo parentale in caso di figli con disabilità.

Intesa tra Governo e parti sociali, 7 marzo 2011:

"Accordi per la conciliazione degli orari tra lavoro e famiglia" sostiene l'innovazione di modelli sociali, economici e culturali per rendere compatibili sfera familiare e lavorativa e migliorare la qualità della vita dei singoli.

Sitografia in materia di congedi parentali

www.governo.it
www.lavoro.gov.it
www.inps.it
www.superabile.it

ADOLESCENZA il momento della transizione nelle cure

A cura di Grazia Gentile
Direttore Responsabile Distretto Sanitario n. 63,
Cava de' Tirreni, Costa d'Amalfi, ASL Salerno

Dal Pediatra al Medico dell'adulto: come dovrebbe avvenire la transizione dalle cure pediatriche a quelle dell'adulto?

■ La transizione, il passaggio pianificato e finalizzato di adolescenti e di giovani adulti dal Sistema di Cure incentrato sul bambino a quello orientato sull'adulto è attualmente organizzato nel nostro Paese in maniera disomogenea: spesso avviene "in maniera automatica" attraverso gli uffici preposti, una volta raggiunti

i 14-16 anni di età. Eppure il passaggio dal Pediatra al Medico dell'adulto è un momento delicato, soprattutto per gli adolescenti vulnerabili. In Italia, infatti, la maggior parte dei bambini che nascono con una malattia cronica e/o disabilitante, o la sviluppano in seguito, ha una aspettativa di vita notevolmente aumentata rispetto al passato. Sono inoltre in aumento i soggetti che in età evolutiva sviluppano una malattia cronica come conseguenza di trattamenti a cui sono stati sottoposti, come una neoplasia. Se aggiungiamo a ciò le problematiche relative all'età adolescenziale, possiamo considerare il "passaggio delle consegne" tra Pediatra di libera scelta (PLS) e Medico di Medicina Generale (MMG) come *la nuova frontiera* della Pediatria.

■ Tra le criticità maggiori nel passaggio tra PLS a MMG si evidenziano l'assenza di collegamenti tra servizi pediatrici e dell'adulto, la resistenza delle famiglie al cambiamento, le problematiche legate alle patologie croniche: sia in un adolescente, che in un giovane adulto con malattia cronica emerge spesso il rifiuto di confrontarsi con un nuovo rapporto medico-paziente, tutto da costruire ed il timore di lasciare un ambiente familiare. La medicina dell'adulto è infatti praticata in un ambiente dove ci si attende che il paziente sia completamente autonomo, diversamente dal modello pediatrico di assistenza incentrato su una gestione della malattia di tipo più familiare.

■ Emerge quindi l'esigenza di realizzare un adeguato sistema di transizione dalle cure pediatriche a quelle della medicina dell'adulto. Un passaggio che deve essere strutturato, programmato e finalizzato per poter ottimizzare il percorso evolutivo sia dell'adolescente che del giovane adulto con patologia cronica, evitando l'innaturale permanenza di pazienti adulti all'interno di studi o strutture pediatriche, sia vuoti assistenziali per passaggi traumatici a nuova figura di riferimento o altro team di cura, che possono risultare non adeguatamente preparati su patologie pediatriche.



Spetta dunque principalmente al Pediatra la responsabilità di programmare, organizzare e gestire la transizione. Ma quali gli atti necessari a che ciò avvenga in maniera efficace?

1. Prendersi il tempo per insegnare e far acquisire al ragazzo/a - giovane paziente quelle autonomie che gli saranno richieste dalla medicina dell'adulto, primo tra tutti la capacità di dialogo.
2. Creare un *piano di transizione* sanitaria insieme al giovane e alla famiglia, discutendone precocemente gli obiettivi ed indicando i risultati attesi.
3. Assicurarsi che il giovane e/o la famiglia condividano il percorso ed il processo di transizione.
4. Identificare le conoscenze, le competenze specifiche e le reti sociosanitarie di supporto.
5. Incoraggiare pazienti e famiglie ad identificare un medico/struttura per l'assistenza agli adulti.
6. Preparare una sintesi aggiornata della cartella clinica dell'adolescente, che sia circostanziata, trasferibile ed accessibile per il Medico di Medicina Generale.
7. Individuare i servizi da fornire (ove necessari), chi li fornirà e le modalità di accesso.
8. Aiutare le famiglie a guardare al futuro, individuando i potenziali ostacoli.
9. Promuovere l'indipendenza e le decisioni comuni.
10. Comunicare e sostenere il percorso durante il processo di transizione con il Medico di Medicina Generale o la Struttura Ospedaliera.

■ La transizione delle cure è quindi realizzabile attraverso azioni ed interventi specifici, ma il suo successo dipende da un fattore fondamentale: realizzare il **processo di transizione quale momento personalizzato per ogni singolo adolescente**. Il passaggio dal Pediatra al Medico dell'adulto nella Pediatria Moderna deve infatti tenere conto delle variabili soggettive e socio-familiari; non più risposta standardizzata, ma percorso individualizzato, nel quale interlocutore privilegiato deve essere considerato l'adolescente e la sua famiglia. Risultato possibile modificando schemi assistenziali e rivoluzionando paradigmi correnti, per creare un **Sistema Salute sempre più adeguato ai bisogni dei nostri adolescenti**.

Autunno: si torna a scuola

Tornano le Infezioni Respiratorie Ricorrenti e peggiora l'Asma

Preziosi integratori contribuiscono a ostacolare i meccanismi dell'asma bronchiale

Colpisce 300 milioni di individui nel mondo ed è anche la più frequente malattia cronica dell'infanzia nella maggior parte dei Paesi industrializzati, così si può definire l'asma, che negli ultimi anni sembra in ulteriore crescita. L'asma bronchiale è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree caratterizzata da tre componenti: ostruzione bronchiale, più o meno accessoriale, cioè in momenti critici, e di solito reversibile spontaneamente o grazie all'impiego di farmaci opportuni; iperreattività bronchiale, cioè esagerata risposta dei bronchi che tendono a restringersi sotto l'effetto di particolari stimoli ambientali; e un accelerato declino della funzionalità respiratoria, con ripercussioni sulle normali attività quotidiane e sulla qualità di vita.

Sono determinanti fattori genetici e ambientali, ma i veri meccanismi dell'asma riservano ancora numerose aree inesplorate. Il dato di fatto è che gli attacchi, scatenati dall'esposizione a sostanze (per esempio pollini, muffe, fumo di sigaretta o anche alimenti), agenti infettivi (in particolare virus) o perfino esercizio fisico, si manifestano con difficoltà respiratoria, sibili, tosse, sensazione di oppressione toracica.

Il ruolo delle infezioni

Come accennato, le infezioni da virus respiratori sono un fattore scatenante frequente nell'asma infantile e, a volte, rappresentano l'unico fattore scatenante. I principali indiziati sono i rhinovirus umani (i comuni virus del raffreddore) e il virus respiratorio sinciziale (RSV), che nella prima infanzia può causare una grave malattia, la bronchiolite. Le infezioni respiratorie ricorrenti possono, in particolare, peggiorare ulteriormente i sintomi asmatici. L'infezione può danneggiare la mucosa delle vie aeree e lasciare uno stato di iperreattività che può rimanere per un periodo di tempo considerevole e costituire un fattore scatenante importante per tutta l'infanzia fino all'età adulta.

I bambini allergici, rispetto ai non allergici, presentano un maggior numero ed una maggiore gravità di infezioni respiratorie, ma anche una maggiore durata delle stesse.

Il ristagno di muco è poi un altro fattore favorente la proliferazione di patogeni delle vie aeree i quali, a loro volta, rilasciano sostanze in grado di mantenere tale circolo vizioso. Alcuni componenti naturali possono essere di notevole aiuto nell'ostacolare i processi che portano alla crisi asmatica: il resveratrolo, la lattoferrina, lo zinco e la vitamina E.



Resveratrolo

Il resveratrolo è dotato di capacità antiossidante e antinfiammatoria ed è pertanto considerato utile nel contrastare alcuni meccanismi che concorrono all'attacco asmatico. Negli ultimi anni, alcuni studi hanno inoltre dimostrato che esso ostacola la replicazione di alcuni virus, tra cui quello dell'influenza A e del virus sinciziale respiratorio (RSV) che è la causa più frequente delle infezioni gravi delle basse vie respiratorie nei neonati e nei lattanti.

Lattoferrina

La lattoferrina svolge attività antimicrobica, e studi sperimentali hanno documentato i suoi effetti su una particolare classe di globuli bianchi, gli eosinofili, coinvolti nelle reazioni allergiche. Tale prerogativa, comune a poche altre sostanze, conferisce alla lattoferrina un potenziale effetto terapeutico nel controllo dell'infiammazione allergica.

Zinco

Lo zinco è un minerale essenziale presente in tutti gli organi e tessuti umani, che agisce come regolatore del sistema difensivo, cofattore di crescita e protettore delle cellule grazie alle sue proprietà antiossidanti e antinfiammatorie. In bambini con "respiro sibilante ricorrente" è stata rilevata una carenza di tale minerale.

Vitamina E

Sulla base di dati oggettivi alcuni autori hanno dimostrato che i cambiamenti nelle abitudini alimentari del mondo occidentale verso la riduzione del consumo di frutta e verdura e quindi, a seguire, in un ridotto apporto alimentare di antiossidanti, e tra questi la vitamina E, hanno preceduto l'incremento dell'incidenza dell'asma e delle allergie in genere. Studi epidemiologici condotti sull'uomo e ricerche sperimentali su animali suggeriscono un ruolo protettivo della vitamina E nel ridurre lo sviluppo di patologie croniche e, tra queste, dell'asma. In particolare uno studio condotto da un gruppo di ricercatori nel Regno Unito ha mostrato che una maggiore assunzione di vitamina E si accompagna a una minore concentrazione nel sangue di IgE (gli anticorpi responsabili delle allergie) e una frequenza inferiore di sensibilizzazione allergica.

Conclusioni

Alla luce di quanto sin qui espresso, il nutraceutico **FLUoff™** ha già dimostrato, negli studi clinici condotti, di essere efficace come trattamento utile preventivo delle infezioni respiratorie ricorrenti (IRR) grazie alle proprietà, nel loro insieme, antiossidanti, immunoregatorie-immunostimolanti, antimicrobiche ed antinfiammatorie dei suoi costituenti (Resveratrolo, Lattoferrina, Zinco, Vitamine A, C ed E).

Studi recenti ne consigliano l'uso anche come coadiuvante nella terapia di fondo dell'asma bronchiale cronica allergica e non allergica sia per l'effetto protettivo indiretto determinato dalla riduzione del numero d'infezioni respiratorie sia per effetto protettivo diretto dell'azione antinfiammatoria e antivirale a livello bronchiale.

FLUoff™
più forza alle sue difese

Per rafforzare le difese dell'organismo e per affrontare il complesso quadro delle IRR dei bambini in età prescolare.

● Integratore alimentare a base di:

Resveratrolo	2,5 mg
Lattoferrina	25 mg
Zinco	4 mg
Vitamina C	40 mg
Vitamina E	8 mg
Vitamina A	0,4 mg

● Posologia
1 bustina orodispersibile al giorno, al sapore di albicocca; leggere attentamente le avvertenze

Avantgarde

Pranzare a Scuola: i bambini con diete “speciali”

A cura di Mirella Guerra, Maria Rita Ghinassi
U.O. Pediatria di Comunità, AUSL Ravenna

Le “reazioni avverse al cibo” sono sempre più frequenti in tutte le fasce di età: circa il 3,5% della popolazione scolastica necessita infatti di diete particolari, nell’85% dei casi per allergia o intolleranza alimentare. Quest’ultimo termine dovrebbe essere abbandonato e sostituito da quello più attuale di “ipersensibilità non allergica”. Infatti secondo una recente classificazione con il termine di **ipersensibilità ad alimenti** si intendono tutte le reazioni avverse ad alimenti, obiettivamente e riproducibili, innescate dall’esposizione ad un preciso alimento ad una dose abitualmente tollerata dai soggetti normali: si parla di **allergia alimentare** quando la reazione dipende da un meccanismo immunologico IgE-mediato (*allergia alimentare IgE-mediata*) oppure da meccanismi non IgE-mediati (*allergia alimentare non IgE-mediata*); di **ipersensibilità non allergica** quando la reazione non è riconducibile ad un meccanismo immunologico, ma enzimatico, farmacologico oppure non definito (vedi il grafico).

Il bambino che deve seguire una “dieta speciale”, per una patologia definita, ha il “diritto” di consumare il pasto a scuola, mentre le istituzioni sanitarie e scolastiche hanno il “dovere” di creare le migliori condizioni ambientali perché ciò avvenga.

Ricordiamo l’importanza della dieta nei bambini affetti da celiachia, malattia autoimmune che causa un importante malassorbimento intestinale e può coinvolgere più organi, con complicanze spesso gravi a lungo termine,

se non trattata adeguatamente con la dieta. E’, quindi, indispensabile l’esclusione totale e permanente dei cereali contenenti glutine dalla dieta: grano tenero, grano duro, farro, segale, kamut, orzo e altri cereali minori.

Il glutine si trova in pane, pasta, biscotti, pizza e in ogni altro prodotto contenente tali cereali o anche in alimenti a seguito di contaminazioni. Viene anche usato come ingrediente in salse, zuppe, preparati carnei precotti e come addensante nelle formulazioni in tavoletta o pastiglie di alcuni farmaci.

Indispensabile è anche approntare nella mensa scolastica una dieta corretta per i bambini affetti da **diabete mellito** e **malattie renali**, avendo cura che la trasmissione della informazione sanitaria ai referenti istituzionali (Scuola e Ufficio Istruzione del Comune) avvenga in modo appropriato, nella tutela non solo della privacy ma anche del benessere psicofisico del bambino.

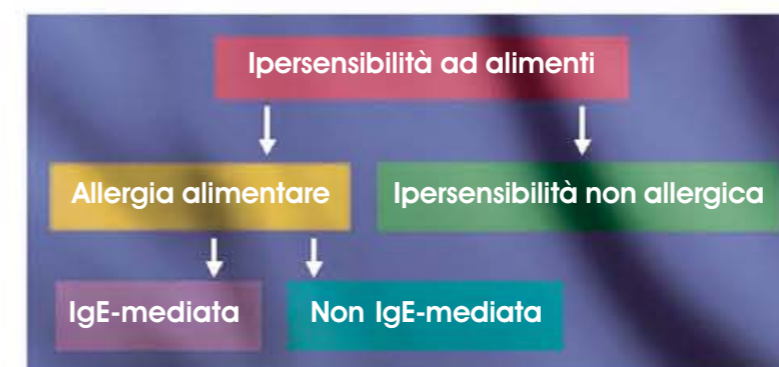
Nella preparazione e nella distribuzione delle diete speciali occorre rispettare *regole precise*, in quanto il gran numero di richieste, la loro notevole eterogeneità, la particolare attenzione necessaria durante il confezionamento e la distribuzione dei pasti richiedono *uno spazio riservato*, la disponibilità di utensili e strumenti specifici, un settore dedicato in dispensa e in frigorifero dove conservare gli alimenti speciali, spazi appositi per raccogliere e consultare gli schemi dietetici.

Qualora non sia disponibile, all’interno della cucina, uno spazio separato, l’organizzazione deve prevedere l’elaborazione delle diete speciali *in tempi diversi* da quelli dei menù ordinari, secondo procedure standardizzate.

Il Pediatra di famiglia che segue il bambino deve inviare al Pediatra di comunità, che segue le problematiche sanitarie nella scuola, una *richiesta clinicamente motivata*, specificando la diagnosi, gli alimenti consentiti e quelli da escludere e la durata della dieta prescritta, corredata dai riferimenti clinico-anamnestici e possibilmente dalla copia degli accertamenti che hanno condotto alla diagnosi. Tale richiesta può ovviamente provenire anche da U.O. di Pediatria di 2° e 3° livello (U.O. di Pediatria Ospedaliera, Cliniche Pediatriche Universitarie per patologie rare e/o complesse).

Per le malattie croniche a rischio di complicanze acute è previsto un incontro del personale sanitario con il personale scolastico, il personale tecnico, i genitori, per trasmettere una informazione corretta e pianificare insieme le migliori condizioni ambientali e comportamentali per l’accoglienza del caso.

Non sono tenuti in considerazione, ai fini della dieta scolastica, i test di **non riconosciuta validità scientifica** (es. vegatest, esame del capello, test kinesiologici, valutazioni iridologiche) e altri test, che rientrano nell’ambito della cosiddetta “medicina naturale”.



Cosa fare se...

...Il cibo non piace

■ Quando la richiesta di dieta speciale è motivata da un problema psicologico di “rapporto conflittuale con il cibo” di regola, in prima battuta, non viene attuata a scuola. E’ invece auspicabile, in tal caso, che il Pediatra di comunità, in collaborazione con il Pediatra di famiglia, i genitori, e con l’eventuale supporto del Neuropsichiatra Infantile, costruisca con la scuola e i coordinatori pedagogici un percorso psico-educativo specifico per quel bambino, allo scopo di superare la problematica.

...I genitori sono vegetariani

■ Molte sono le perplessità espresse dalla letteratura scientifica circa l’opportunità di assumere diete vegetariane durante l’età evolutiva, e quindi questi regimi alimentari vengono fortemente sconsigliati dai Pediatri. Sono i Servizi di ristorazione (Comuni o Enti Privati) a decidere se prendere o meno in considerazione tali richieste, sottoscritte da entrambi i genitori e accompagnate da un formale atto di consenso a firma congiunta.

...La religione vieta certi alimenti

■ Le richieste di modifiche al menù scolastico per motivi religiosi, culturali, etnici, esulano dalle competenze medico-pediatriche, e vengono gestite direttamente dai Servizi Amministrativi e Scolastici, che verificheranno con i Responsabili del Centro di produzione pasti l’eventuale applicabilità di una tabella dietetica modificata, compatibilmente con la normale gestione della cucina.

... Il cibo provoca una reazione grave con pericolo per la vita: lo shock anafilattico

■ Nelle scuole la *somministrazione dei farmaci in orario scolastico*, in condizioni di provata grave allergia, costituisce una *situazione di emergenza*, fortunatamente rara, che richiede un protocollo di

intesa e Linee Guida, che definiscono i soggetti istituzionali coinvolti, i criteri per la somministrazione dei farmaci necessari e le modalità operative per la gestione potenziale di quadri clinici acuti. Una volta valutata la fattibilità della somministrazione dei farmaci in orario scolastico, senza che sia richiesta alcuna cognizione specifica sanitaria da parte del personale della scuola, e stabilito che invece la *omissione del soccorso* e la mancata somministrazione possono causare gravi danni al bambino, il Pediatra di comunità stila il *protocollo terapeutico personalizzato*.

Tra le situazioni di emergenza va inserita la reazione avversa all'ingestione di un cibo, che può essere talvolta tanto intensa e grave da portare velocemente alla *reazione anafilattica*, che ha vari gradi di severità:

1° grado (lieve): prurito, arrossamento, orticaria e angio-

edema (tumefazione della cute e/o delle mucose) localizzati;

2° grado (lieve): prurito, arrossamento, orticaria e angioedema generalizzati; dolore addominale e/o nausea e vomito; ostruzione nasale e/o starnuti;

3° grado (moderato): orticaria e angioedema generalizzati, prurito e gonfiore periorale, rigonfiamento della lingua o vomito ripetuto; ostruzione nasale; sensazione di prurito o di "chiusura in gola"; tachicardia e pallore; malessere e ansia;

4° grado (grave): come sopra con diarrea, raucedine, tosse abbaiente, difficoltà a deglutire o a respirare, asma, cianosi, alterazione lieve del ritmo cardiaco e ipotensione; confusione mentale e/o collasso e/o senso di morte imminente;

5° grado (grave): come sopra con severa bradicardia e ipotensione e/o arresto cardiorespiratorio e perdita di coscienza.

In caso di anafilassi possibile per un alimento, i genitori del bimbo che ne è affetto presentano al Pediatra di comunità la certificazione dello specialista Allergologo, con la diagnosi e l'indicazione alla somministrazione dei farmaci: antistaminici, cortisonici e, in particolare, dell'*Adrenalina FASTJEKT*. Tale dispositivo per auto iniezione contiene una singola dose di adrenalina in siringa a scatto pre-dosata, è progettato per il primo soccorso ed è utilizzabile da persone senza competenze sanitarie.

In pratica: nelle forme lievi (1° e 2° grado) di reazione avversa vanno somministrati, nell'ordine, antistaminico e cortisonico e subito devono essere avvertiti i genitori. Nelle forme moderate o gravi (3°-4°-5° grado) si raccomanda di: chiamare tempestivamente il 118, iniettare prontamente Adrenalina FASTJEKT, e avvertire i genitori.

L'ipersensibilità alimentare

(allergica o no) interessa il 6-7% dei bambini nel primo triennio di vita; a 10 anni solo il 2% ne è ancora affetto.

Il requisito diagnostico indispensabile per porre diagnosi di ipersensibilità alimentare è rappresentato dalla scomparsa dei sintomi dopo istituzione di dieta di eliminazione e dalla loro ricomparsa dopo reintroduzione dell'alimento.

La diagnosi di allergia alimentare è essenzialmente clinica e gli esami di laboratorio, pur fornendo utili indizi, devono essere considerati di supporto.

Il gold standard per la diagnosi di reazioni avverse a cibi è rappresentato dal test di provocazione orale o "challenge" con l'alimento sospetto. La sola presenza di IgE rilevate con i prick o con test su sangue (dosaggio delle IgE) non può essere sufficiente per parlare di allergia e per eliminare l'alimento sospettato nella dieta.

Ad oggi il solo provvedimento efficace nell'allergia alimentare certa consiste nella completa eliminazione dalla dieta dell'alimento chiamato in causa.

Tra tutte le allergie alimentari quella alle proteine del latte vaccino è la più frequente nei primi 3 anni di vita e nel 50-60% dei casi è IgE-mediata.



Le intolleranze alimentari fanno parte di un vasto gruppo di disturbi definiti come reazioni avverse al cibo: si parla di intolleranza alimentare o di ipersensibilità non allergica al cibo, quando la reazione non è provocata dal sistema immunitario. Le intolleranze sono più comuni delle allergie.

Esistono diverse tipologie di intolleranze alimentari. Quelle enzimatiche sono determinate dall'incapacità, per difetti congeniti, di

metabolizzare alcune sostanze presenti nel cibo. L'intolleranza enzimatica più frequente è quella al lattosio, una sostanza contenuta nel latte. Le intolleranze farmacologiche si manifestano in soggetti che hanno una reattività particolare a determinate molecole presenti in alcuni cibi (istamina, tiramina, feniletilamina...). In alcuni casi la reazione può essere dovuta ad alcuni additivi aggiunti agli alimenti (anti ossidanti, conservanti, dolcificanti...).

Gli alimenti sono la causa più frequente di episodi anafilattici nell'infanzia (4-6 casi/100.000/anno). In Italia gli alimenti più frequentemente chiamati in causa sono risultati: pesce, latte vaccino, frutta secca e uova.

PREVENIRE LA CARENZA DI IODIO

La carenza di iodio interessa ancora oggi 800 milioni di persone nel mondo, di cui 6 milioni in Italia (pari al 10% della popolazione).

Lo iodio è un micronutriente essenziale presente nell'organismo umano in piccole quantità e concentrato quasi esclusivamente nella tiroide, ghiandola endocrina posta alla base del collo, definita come "centrale metabolica dell'organismo". Questa ghiandola produce due ormoni (tiroxina o T4 e triiodotironina o T3) che contengono iodio nella loro struttura chimica; questi ormoni regolano numerosi processi metabolici nella maggior parte delle cellule e svolgono un ruolo importantissimo nelle prime fasi della crescita e nello sviluppo di diversi organi, in particolare del cervello.

Nel caso di insufficiente assunzione di iodio, la ghiandola tiroide non è in grado di produrre quantità sufficienti di ormoni tiroidei. Questo può portare, in tutte le fasi della vita, a manifestazioni cliniche chiamate nel loro complesso disturbi da carenza iodica. Tali manifestazioni sono più o meno importanti a seconda della gravità della carenza di iodio e del periodo della vita in cui essa si verifica.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda un'introdotazione giornaliera di 90-120 mcg (microgrammi) di iodio nei bambini (50 mcg/die nel primo anno di vita); il fabbisogno giorna-

liero di iodio per un adulto è di 150 mcg/die, mentre aumenta a 200 mcg/die nella donna durante la gravidanza e l'allattamento. Il sale iodato, che contiene 30 mg di iodio per Kg di sale, è l'approccio suggerito dal Ministero della Salute, che dal 1997 ha intrapreso varie campagne informative, l'ultima delle quali caratterizzata dallo slogan "Poco sale ma iodato". Proprio nell'ottica del contenimento dell'elevato consumo di sale giornaliero, che dovrebbe essere dimezzato rispetto alle abitudini attuali della popolazione italiana, e quale soluzione alternativa merita attenzione una strategia innovativa basata su programmi di arricchimento degli alimenti, in particolare ortofrutticoli, che sfruttano la capacità di assimilazione delle piante. Pizzoli S.p.A., Azienda specializzata nei prodotti a base di patate, a seguito dei buoni risultati di arricchimento delle patate con microelementi, già realizzati nei primi anni del 2000, in collaborazione con il Dipartimento di Scienze degli Alimenti dell'Università di Bologna, ha sviluppato e brevettato una tecnica di biofortificazione agronomica che consente un assorbimento autoregolato dalla pianta della patata di quantità rilevanti di iodio. L'apporto di iodio di queste patate è mediamente di circa 15 volte più elevato rispetto alle normali patate: è infatti di 45 microgrammi per 100 grammi di prodotto fresco e dunque corrispondente al 30% della Razione Giornaliera Raccomandata (RDA) definita per lo iodio dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sull'onda dell'importante diffusione del consumo delle patate allo iodio in Italia, il reparto di Ricerca e Sviluppo della Pizzoli S.p.A. ha messo a punto negli anni successivi carote, pomodori ciliegini e insalate allo iodio.

Identikit dello iodio

Identificato casualmente nel 1811 nelle alghe marine, lo iodio è stato così battezzato a causa del colore violaceo ("iodes" in greco) dei suoi vapori. La storia suggerisce però che il suo uso curativo, attraverso spugne marine abbrustolite, risalga già al XIII secolo. Lo iodio è un elemento essenziale per assicurare il normale accrescimento ed il benessere dell'organismo in quanto è indispensabile per la produzione degli ormoni tiroidei che hanno un ruolo chiave nel regolare i processi metabolici cellulari e le funzioni vitali, come l'accrescimento e lo sviluppo di diversi organi, in particolare del sistema nervoso centrale. Da qui l'importanza di una adeguata assunzione di iodio in particolare in gravidanza, durante l'allattamento e nei bambini, per consentire uno sviluppo adeguato.

Il gozzo
Ancora oggi la carenza più o meno grave di iodio è un problema diffuso nel nostro Paese. La manifestazione più frequente è il cosiddetto gozzo, cioè un aumento del volume della tiroide che si ingrossa nel tentativo di produrre quantità sufficienti di ormoni tiroidei. In popolazioni che conducono una dieta povera di iodio il gozzo è una patologia largamente diffusa, e per questo chiamato appunto gozzo endemico.

Benvenuta Iodì. La patata allo iodio.

Il buono della terra, il bene del mare

pizzoli
dal 1926

Lo specialista italiano delle patate



Mamme Adole scenti

A cura di Silvano Bertelloni¹, Eleonora Dati², Diana Giobbi³
¹Medicina dell'Adolescenza, UO Pediatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa
²UO Oncematologia Pediatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa
³Ginecologa dell'Infanzia e dell'Adolescenza, San Benedetto del Tronto (AP)



Pronto soccorso pediatrico, tardo pomeriggio. Sulla lista visite compare: dolori addominali (codice verde). Entra - in barella - una ragazza (15 anni) silenziosa e dolorante con la madre. Alza un po' l'ampio maglione che la riveste e ci fa vedere l'addome, rivelando un avanzato stato di gravidanza. I dolori sono dovuti alle doglie del parto (pretermine) di una gravidanza non comunicata alla famiglia... Stesso mese, mattino. Sulla lista visite compare un altro codice verde: febbre. Si presenta una giovane coppia con un bel bambino di circa 6 mesi. Chiediamo ai genitori da quanto tempo il lattante è febbrile. Risponde, con un sorriso, il padre "il bambino sta bene, la mamma ha la febbre. Ha 17 anni, per cui ci hanno mandato all'ambulatorio pediatrico. Volevamo sapere cosa può prendere e se può allattare il nostro piccolo"... Due episodi, due storie di mamme adolescenti, due modi di affrontare la gravidanza ad un'età precoce.

La rilevanza del fenomeno

■ Secondo l'OMS, nel mondo partoriscono circa 16 milioni di adolescenti, in particolare nei Paesi in via di sviluppo e a basso reddito. In Italia, il più recente rapporto sull'analisi dell'evento nascita dimostra che nell'anno 2009 si sono avuti oltre 8.000 parti in donne di età inferiore ai 20 anni: circa l'1,5 dei nuovi nati. Per il circa il 70%, si tratta di ragazze nubili. Le percentuali più alte riguardano alcune regioni del Sud, in particolare Sicilia, Campania e Puglia. Al Nord, un importante contributo viene da giovani immigrate con valori quasi quadrupli nelle ragazze dell'Europa dell'Est e del Centro-Sud America rispetto a quelle italiane. Tale situazione risulta sostanzialmente stabile a partire dal 2005. Il fenomeno riguarda essenzialmente la fascia 15-19 anni, in quanto il numero di

parti nelle ragazze sotto i 14 anni, anche questo stabile dal 2005, è intorno ai 100 all'anno.

L'evoluzione della gravidanza in un adolescente

■ Fino a pochi anni fa, la gravidanza in adolescenza è stata considerata ad "alto rischio" con possibili ricadute in termini di morbidità e mortalità sulla madre e sul neonato. In realtà, le complicanze di una gravidanza in questa fascia di età sono dovute più a problemi di tipo economico e culturale - quindi all'adeguatezza o meno delle cure e dell'accudimento - che direttamente alla giovane età delle madri. Il suggerimento ai genitori delle giovani mamme è quindi quello di star loro vicini in tutti i modi: affettivamente innanzitutto, e poi dal punto di vista economico e pratico.

Nella maggior parte dei casi la "storia" con il papà del bimbo non prosegue, ma le ragazze che sono state aiutata dalla famiglia riescono usualmente a rifarsi una vita anche affettiva serena. Le adolescenti - se ben assistite dal punto di vista medico e sociale - hanno quindi tutta la probabilità di vivere la gravidanza in modo adeguato e partorire fisiologicamente un figlio del tutto sano. Anche le complicanze ostetriche non sembrano essere maggiori rispetto a quelle della donna adulta. I problemi, se presenti, sono soprattutto di tipo sociale (rapporti di coppia instabili, abbandono scolastico, difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro, minore indipendenza economica, riduzione dei rapporti con i coetanei, ecc.), con il rischio di un arresto nel processo di sviluppo dell'autonomia tipico dell'adolescenza e in quello di acquisizione di una piena identità femminile e quindi anche materna. Si ripropone quindi anche per le adolescenti il più ampio problema del sostegno istituzionale alla gravidanza e alla maternità nel nostro Paese.

La prevenzione

■ Migliorare l'educazione all'affettività e alla sessualità rappresenta la migliore metodologia di prevenzione di gravidanze indesiderate. In questo contesto, il medico deve tenere conto delle caratteristiche dei vari metodi contraccettivi e saper consigliare quello più adeguato all'adolescente o meglio



alla coppia. La consulenza contraccettiva deve avere il duplice scopo di evitare - o ridurre - sia il rischio di gravidanze indesiderate che quello di contrarre malattie a trasmissione sessuale, in particolare proprio in questa fascia di età nella quale i rapporti sentimentali sono meno stabili. Purtroppo, in questo campo le principali informazioni che i ragazzi recepiscono sono quelle che trovano su internet o dagli amici. Molte ragazze non sanno neppure come funziona il ciclo mestruale. Sebbene ogni setting assistenziale, a partire dall'ambulatorio del pediatra di famiglia o del medico di medicina generale, dovrebbe essere in grado di fornire ai giovani un adeguato counselling alla sessualità consapevole, i consultori per adolescenti rappresentano istituzionalmente il luogo preferenziale per affrontare l'argomento in modo autonomo da parte dei minori. Purtroppo, secondo una recente indagine della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, gli stessi Responsabili di queste strutture li percepiscono come poco accessibili, poco funzionali e con un insufficiente numero di operatori. Un ulteriore luogo privilegiato di prevenzione sarebbe la scuola, ma i provvedimenti tesi a favorire l'autonomia scolastica hanno portato a una frammentazione dell'offerta educativa alla salute. Permane dunque un importante vuoto educativo, solo in parte colmato da iniziative di singoli.

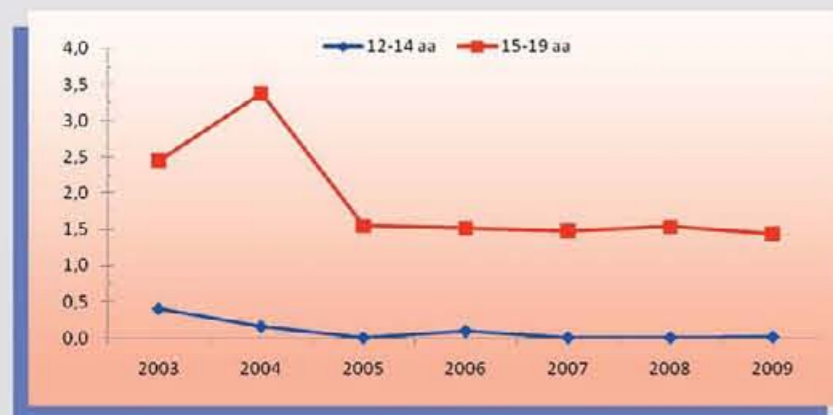
Una riflessione di sintesi

■ A volte, sia come medici sia come adulti, non riflettiamo abbastanza sul fatto che l'adolescenza è il periodo in cui i minori acquisiscono la completa maturità riproduttiva. Accanto a questo, negli ultimi 50 anni si sono verificati almeno tre fenomeni biologici e sociali che hanno determinato un maggiore rischio di gravidanze indesiderate in adolescenza:

- ▶ L'anticipo dello sviluppo puberale con acquisizione più precoce di comportamenti adulti anche in ambito sessuale, peraltro favoriti da un maggior permissivismo familiare e da "modelli mediatici";
- ▶ la riduzione dell'età al primo rapporto sessuale che nei maschi avviene intorno ai 14 -16 anni per circa il 45% e per oltre il 50% delle femmine tra i 17 e i 19 anni, ma alcuni teenagers (circa il 15-20%) hanno rapporti sessuali completi ad età considerevolmente inferiori, cioè a partire da 13-14 anni. Purtroppo il 60% degli adolescenti arriva ancora al primo rapporto senza usare contraccettivi, trascurando il fatto di essere nella fase più fertile della propria esistenza;
- ▶ l'innalzamento dell'età di matrimonio, che attualmente si colloca per le donne intorno ai 31 anni, circa 6 in più rispetto a soli 30 anni fa.

Dunque, è necessario migliorare gli strumenti educativi a disposizione dei giovani, che devono coinvolgere tutti gli attori a partire dalla famiglia dell'adolescente, la quale non può "nascondere la testa sotto la sabbia" facendo finta di non riconoscere i cambiamenti e le necessità dei figli o demandare ad altri le proprie responsabilità. Ma, nel considerare i dati epidemiologici, si deve anche tenere conto della multi-etnicità, che coinvolge il nostro Paese dove convivono circa 190 popolazioni diverse - con 80 diverse lingue e 18 diverse religioni - che possono comportare scelte individuali differenti riguardo la sessualità e la gravidanza in rapporto al contesto culturale, sociale, religioso cui l'adolescente appartiene. Se liberamente adottate, tutte vanno rispettate. Compito dell'adulto è promuovere scelte consapevoli e offrire un adeguato supporto ad ogni tipo di scelta.

Distribuzione dei parti nelle adolescenti per fascia di età (anni 2003-2009, in % del totale dei parti dell'anno considerato)



La Medicina di Genere

Uomo e donna diversi anche nelle malattie



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

Obesità, diabete di tipo 2, allergie, malattie neurologiche e degenerative, solo per citare qualche esempio, richiedono un approccio diversificato in base al sesso perché cambiano non soltanto in funzione dell'età ma anche se chi ne è affetto è un uomo o una donna. La Medicina di Genere si occupa proprio di queste differenze: è una nuova e affascinante branca di ricerca che trae spunto dalla consapevolezza che uomini e donne non differiscono soltanto per l'apparato riproduttivo e sta suscitando un crescente interesse in ambito scientifico. Ecco perché sarà destinata a influenzare sempre più la pratica clinica. Se fino a poco tempo fa ciò che valeva per gli uomini ritenuto automaticamente applicabile alle donne, oggi ci sono sempre più dimostrazioni di quanto condizioni di rischio, manifestazioni, modalità di decorso e conseguenze di numerose malattie siano particolarmente influenzate dal sesso dell'individuo. E di conseguenza stanno aumentando le conoscenze su come prevenzione, diagnosi e terapia debbano essere necessariamente differenziate per gli uomini e per le donne.

Dilemmi da risolvere

■ Numerose questioni restano però ancora prive di risposta. Le donne, per esempio, vivono più a lungo, ma negli ultimi anni sembra che l'aspettativa di vita stia crescendo più rapidamente per gli uomini: probabilmente questo fatto si spiega con la diffusione di comportamenti inadeguati

tra le donne, come l'abitudine al fumo, che è in continuo aumento. Ulteriori considerazioni riguardano l'ambito oncologico: il sesso femminile risulta più suscettibile agli effetti tossici del tabacco per quanto riguarda i tumori del polmone, mentre i melanomi e i tumori mammari sembrano avere un'evoluzione peggiore nei maschi.

Dai fondamenti agli obiettivi

■ La necessità di una Medicina basata sul "genere" nasce anche dal fatto che molti degli studi sui farmaci vengono di solito svolti considerando come fruitore il solo sesso maschile, perché ritenuto fisiologicamente più stabile, senza considerare in questo modo il diverso assetto ormonale delle donne. La Medicina di Genere permette quindi di evidenziare anche nel campo della ricerca le diverse risposte all'assunzione dei farmaci tra gli uomini e le donne che sembrano tra l'altro maggiormente predisposte all'insorgenza di reazioni avverse. Sarebbe pertanto auspicabile una maggior attenzione in questa direzione, anche perché il consumo di farmaci da parte degli uomini è percentualmente inferiore a quello delle donne, nelle quali è peraltro più elevato il tasso di malattie cronico-degenerative come ipertensione, artrosi e allergie e più gravoso l'impatto di queste ultime sulla qualità di vita. La Medicina di Genere rappresenta perciò un esempio di ricerca interdisciplinare che considera il sesso di appartenenza come un fattore determinante la salute, al pari della provenienza etnica e dell'età, e guarda al futuro proponendo strategie di cura elaborate sempre più in funzione delle caratteristiche del singolo individuo anziché dei sintomi delle malattie che, anche a parità di gravità e durata, non possono e non devono essere considerate semplicisticamente "uguali" in due individui affetti. A maggior ragione se di sesso opposto.

...perchè il genere fa la differenza!

Per lungo tempo si è creduto che il cuore delle donne fosse più forte di quello degli uomini e che l'universo femminile fosse al riparo dalle malattie cardiovascolari. Invece anche il cuore femminile ha le sue fragilità e ci è voluto un passaggio ulteriore per comprendere che il genere fa la differenza: le patologie cardiache femminili richiedono approcci e cure diversi da quelli da sempre dedicati ai loro compagni. Tenere conto della stretta relazione tra differenza di sesso e medicina di genere è diventato l'assunto di partenza per la ricerca scientifica anche in campo cardiologico.

Il miglior attacco è la difesa!

Rafforza le difese naturali e favorisce il recupero dell'organismo.

ImmunoMix PLUS

Per le difese naturali dell'organismo



Opercoli
Adatto per adulti

Sciroppo
Ideale per bambini

NUOVE FORMULAZIONI con Sambuco

ImmunoMix Plus, grazie alla sinergia dei suoi estratti vegetali, svolge un duplice meccanismo d'azione:

- a livello delle mucose, prima barriera di difesa del nostro organismo, grazie al contenuto di polisaccaridi (presenti nell'estratto Echina-2LMF) coadiuvati, nello sciroppo, anche dalle mucillagini liofilizzate di Malva;
- a livello generale, grazie al contenuto di Echinacoside (presente nell'estratto Echina-2LMF) e alle sostanze funzionali contenute nei frutti di Sambuco. La formulazione in opercoli è completata dai principi attivi del concentrato totale di Uncaria.

ImmunoMix Plus è indicato anche per favorire il recupero dell'organismo, grazie alle antocianine dei frutti di Sambuco.



L'EVOLUZIONE DELLA FITOTERAPIA

www.aboca.com



Vaccinazione anti rosolia

Un'opportunità da non perdere!

A cura di Tiziana Lazzarotto
Microbiologia, Università di Bologna
Marcello Lanari, Pediatria, Imola

Recentemente, il Ministero della Salute ha approvato, in accordo con gli obiettivi previsti dalla Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015. L'obiettivo di questo piano, da raggiungere entro il 2015, è di eliminare i casi di rosolia endemica e ridurre l'incidenza dei casi di rosolia congenita a meno di 1 caso ogni 100mila nati vivi.

Come?

Attraverso ben precise strategie di vaccinazione contro la rosolia.

Il responsabile della rosolia è il rubivirus, un virus che si trasmette principalmente attraverso le gocce di saliva emesse da una persona infetta quando parla o starnutisce o attraverso il contatto diretto con le sue secrezioni nasofaringee.

La malattia ha un'incubazione di due-tre settimane. Il periodo di massima contagiosità va da una settimana prima della comparsa dell'esantema cutaneo fino ad una settimana dopo.

Ma perché questo sforzo organizzativo ed economico da parte del Ministero per abbattere i casi di rosolia? Non è forse una malattia benigna dell'infanzia?

La rosolia è una malattia virale autolimitante, tipica dell'infanzia, caratterizzata per lo più da esantema, rialzo febbrile, spesso modesto e rare complicazioni. Tuttavia, se è vero che la rosolia è una malattia pressoché innocua o talvolta addirittura asintomatica (nel 20-50% dei casi), diventa molto rischiosa se contratta durante la gravidanza, in particolare durante il primo trimestre di gestazione per l'elevato rischio di trasmissione del virus della rosolia dalla madre al feto. Secondo l'OMS se una donna contrae la rosolia nelle prime 12 settimane di gravidanza ha il 90% di probabilità di trasmettere

il virus al feto che, nella metà dei casi, manifesterà la rosolia congenita (CRS), malattia molto severa, caratterizzata da ritardo psicomotorio, difetti visivi, fino alla cecità, sordità e talvolta difetti cardiaci.

Ma nelle nostre realtà la rosolia non è una malattia superata? Esistono ancora casi di rosolia congenita?

Molti pensano che si tratti di una malattia superata. In buona parte, grazie alle Campagne vaccinali già attuate da molti anni, i casi di rosolia sono ridotti. Tuttavia, ancora oggi in Europa e in Italia annualmente si registrano molti casi di nati affetti da CRS (e sicuramente vi è una sottostima!). L'OMS riporta che nell'emisfero occidentale annualmente e durante periodi non epidemici circa 20.000 bambini nascono affetti da CRS e la sua incidenza aumenta da 1 a 4 ogni 1.000 nati vivi durante i periodi epidemici. In Italia, secondo studi epidemiologici aggiornati, fra il 2005 e il 2008 si sono verificati 110 casi di rosolia in gravidanza e cinque feti hanno contratto la CRS.

Dunque è importante vaccinarsi contro la rosolia?

Assolutamente sì. Per evitare efficacemente di contrarre l'infezione da rosolia è sufficiente vaccinarsi. In Italia è disponibile un vaccino trivalente, cioè contemporaneamente rivolto contro la rosolia, il morbillo e la parotite ed è offerto gratuitamente a tutti i bambini (maschi e femmine) entro i 15 mesi di età e con un richiamo entro i 6 anni. La vaccinazione non è obbligatoria ma fortemente raccomandata per la sua quasi totale efficacia nell'immunizzarci e dunque prevenire l'infezione e la trasmissione materno-fetale del virus. Serve inoltre, se vi è una percentuale ampia di popolazione vaccinata, a creare quella

che viene definita "immunità di gregge", ovvero un'immunità nei confronti del virus, tale da ridurre progressivamente la circolazione, fino a farla davvero scomparire. Nelle nostre realtà questo è, ad esempio, già avvenuto per la poliomielite. Purtroppo, secondo l'OMS nel mondo a partire dal 2008 solo il 40% dei bambini riceve il vaccino della rosolia attraverso programmi nazionali di vaccinazione. In particolare le regioni che ancora non hanno introdotto il vaccino sono le regioni dell'Asia e dell'Africa. L'offerta della vaccinazione è estremamente variabile non solo a livello internazionale, ma anche nazionale, con realtà cosiddette "a macchia di leopardo", con regioni virtuose ed altre meno. Un'ultima raccomandazione: se una neo-mamma sa di non essere immune per la rosolia, chiedi al suo medico di essere subito vaccinata. Infatti la vaccinazione non è assolutamente controindicata nel puerperio ed in allattamento e in quel periodo sicuramente non contrarrà una nuova gravidanza, escludendo così i rischi possibili per il feto dovuti alla vaccinazione.



Anche nel nostro Paese, dove la vaccinazione è praticata, è bene per una donna che programmi una gravidanza sottoporsi ad un semplice esame di laboratorio (Rubeo test) per definire se è immune per la rosolia e dunque non a rischio di trasmetterla al feto.

Nel caso in cui non fosse immune, dovrebbe rapidamente vaccinarsi ed attendere almeno un mese prima di restare incinta, per evitare rischi potenziali per il feto.

Se invece è già in gravidanza e non ha effettuato o non ricorda di aver effettuato la vaccinazione, deve più precocemente possibile (entro le prime settimane di gestazione) sottoporsi ai test di screening per la rosolia eseguiti presso i laboratori di Microbiologia. Questi test prevedono la ricerca nel sangue degli anticorpi IgG ed IgM virus specifici. In Italia questi esami sono dispensati gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale a tutela della maternità.

In caso di sospetta infezione in atto il laboratorio di Microbiologia può offrire l'esecuzione di altri test di livello superiore (test di avidità delle IgG ed IgG-IgM immunoblot) che chiariscono rapidamente se il sospetto è concreto, cioè se la donna gravida è andata incontro nella prima parte della gravidanza ad una infezione primaria da virus della rosolia e quindi è ad elevato rischio di trasmettere il virus al feto, con possibilità di malattia grave congenita. Questi test di conferma assumono un valore diagnostico elevato solo se condotti entro le prime 8-10 settimane di gestazione.

L'essere in grado, però, di identificare le infezioni primarie materne non è risolutivo perché è importante poter proporre alle donne gravide con accertata o sospetta infezione primaria, previa informazione dei rischi-benefici delle indagini, metodiche di diagnosi prenatale invasive (funicolocentesi) e non (ecografia morfologica di II livello). Sui prelievi di liquido amniotico e sangue fetale, il laboratorio di Microbiologia esegue la ricerca del virus infettante. Nei campioni di sangue fetale sono ricercate anche le IgM virus specifiche. Se tutti gli esami di laboratorio e strumentali condotti durante la diagnosi prenatale sono negativi, la diagnosi/prognosi fetale è molto favorevole escludendo l'infezione fetale da rosolia. La donna può quindi proseguire con serenità la gravidanza.



Merende per bambini idee ed errori da evitare

Prof. Andrea Vania, pediatra

Sono pasti "minori", ma non per questo vanno trascurati o somministrati con scarsa attenzione: merende e spuntini contribuiscono a una giusta distribuzione delle calorie e dei nutrienti nell'arco della giornata, aiutando a spezzare la fame e a mantenere un peso equilibrato nel bambino. L'appetito è infatti una conseguenza diretta del calo della glicemia, che è tanto più importante quanto più è distante nel tempo l'ultimo pasto effettuato. Mangiare spesso aiuta quindi a tenere sotto controllo l'appetito e a non esagerare durante i pasti principali. Sì, allora, a due merende nell'arco della giornata, a metà mattina e a metà pomeriggio, anche per i bambini con problemi di obesità e sovrappeso. Per rendere gli "spezza-fame" davvero utili a una corretta alimentazione è però necessario che siano adottati alcuni fondamentali accorgimenti: ne parliamo con il professore Andrea Vania, responsabile del Centro di Dietologia e Nutrizione pediatrica dell'Università La Sapienza di Roma e presidente dell'ECOG, l'European Childhood Obesity Group.

Professor Vania, perché è importante fare merenda?

"Suddividere gli apporti nutrizionali della giornata in 5 parti, aggiungendo ai tre pasti principali **uno spuntino a metà mattina e uno a metà pomeriggio**, è decisamente utile per tenere sotto controllo non solo il peso, ma anche la fame. Il bambino, che spesso ha un metabolismo più vivace dell'adulto, va più facilmente incontro ai cali glicemici che provocano la fame. Se la glicemia resta più costante e il bambino ha fame in modo meno violento, anche per il genitore sarà più facile gestire la giornata alimentare".

Quale apporto nutrizionale deve essere fornito con le merende?

"Il pranzo dovrebbe apportare intorno al 40% delle calorie e la cena un altro 25 o 30%. Il resto è da suddividere tra la colazione - che però deve avere un impatto calorico superiore alle merende - e i due spuntini. Questi ultimi, quindi, dovrebbero fornire tra il **5 e il 10% delle calorie giornaliere**".

Cosa offrire per merenda al proprio bambino?

Meglio il dolce o il salato?

"Meglio variare: la cosa più importante da fare per una corretta alimentazione è evitare che il bambino si fissi su un singolo tipo di spuntino. Se si riesce a mantenere una variazione notevole tra gli spuntini nell'arco della settimana, qualunque possibile errore nella composizione della merenda verrà diluito dalla varietà. Anche se il bambino accetta solo le merende dolci o solo quelle salate, si può passare **dalla frutta alla fetta di pane e marmellata**, dal dolce fatto in casa alla merendina confezionata".



La merenda è un'occasione per fare concessioni alimentari come merendine, snack e patatine?

"Sì, almeno per quanto riguarda la merendina, mentre sulle patatine andrei un po' cauto: si tratta di **alimenti sbagliati in sé, perché molto ricchi di sale e di grassi di bassa qualità**".

Come rendere gustosa la merenda quando arriva il caldo estivo?

"Un ottimo alimento è il **gelato**, che normalmente piace molto ai bambini. Anche in questo caso però bisognerebbe fare attenzione, effettuando una suddivisione non tanto tra il gelato artigianale e quello industriale, quanto sui gusti da cui è composto: se un bambino ha già problemi di peso cercherei di non utilizzare le varietà cremose ma **i gusti alla frutta**, che sono meno calorici e meno grassi, e sempre a patto che si rispetti la regola del "non tutti i giorni".

Parliamo di bimbi obesi e sovrappeso: ci sono accorgimenti particolari da adottare per una merenda sana?

"Un primo errore consiste nell'esagerare con le quantità. Un altro errore che capita spesso è quello di utilizzare la merenda come compensazione per pasti carenti o saltati: non è infrequente, infatti, che il bambino con problemi di peso abbia un ritmo di alimentazione sbagliato. Ad esempio, se salta la colazione e la merenda di metà mattina, è evidente che a pranzo avrà molta fame e mangerà molto. Data l'estrema sazietà, salterà anche la merenda pomeridiana ma avrà fame prima di cena. Se a quel punto gli viene offerto qualcosa, il bambino arriverà a cena con poco appetito, e di conseguenza non mangerà a sufficienza, ma si ritroverà con la fame dopo cena. Questo completo sovvertimento di una distribuzione corretta dei pasti contribuisce all'aumento di peso anche quando l'eccesso di calorie in sé non è particolarmente marcato, perché tutte le **calorie introdotte in quantità eccessiva** rispetto all'uso che se ne fa **vengono immagazzinate in forma di grasso**".

Ci sono altri errori da evitare?

"Un momento a cui bisogna stare attenti è quello della **merenda dopo lo sport**: l'errore più frequente, in questo caso, è dare uno spuntino di 200 calorie quando, con l'attività fisica, il bambino non ne ha spese più di 50 o 60. Dato che frequentemente lo sport si fa a metà pomeriggio, spesso questa merenda si fa molto tardi, togliendo l'appetito per la cena. Inoltre, spesso tutto questo dà al genitore l'impressione che il bambino non mangi molto, perché non si guarda agli spuntini come a dei pasti. Questo è un ulteriore errore da evitare".

VUOI UN'ALIMENTAZIONE EQUILIBRATA PER TUO FIGLIO?



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



L'alimentazione del bambino dalla nascita ai 3 anni

Gli **ERRORI** più comuni e come evitarli

A cura di **Claudio Maffei**
Dipartimento di Scienze della Vita e della Riproduzione dell'Università di Verona

L'evidenza che un numero sempre crescente di bambini che vivono nei Paesi industrializzati sviluppa sovrappeso ed obesità (in Italia, a 9 anni, un bambino su tre è sovrappeso o obeso) e che alcuni fattori di rischio per il manifestarsi di questa condizione sono presenti già nelle primissime età della vita (vita fetale e primi anni di vita), ha stimolato la ricerca a identificare questi fattori e a trovare strategie efficaci per limitarne l'effetto. Infatti, la grande capacità di autoregolazione tra fame e sazietà propria dell'organismo umano viene perfezionata progressivamente dopo la nascita e questo processo è fortemente influenzato dalle esperienze nutrizionali che il piccolo vive in queste età. I suoi effetti tendono peraltro a persistere nelle età successive. Di conseguenza, la nutrizione delle prime età costituisce uno strumento potenzialmente molto efficace per modulare i fattori di predisposizione all'obesità e quindi per ridurre il rischio del suo sviluppo. Quali sono quindi gli errori più comuni che sarebbe meglio evitare? Ecco qui di seguito alcuni esempi:

ERRORE 1 Dare troppe proteine

Le proteine sono costituite da catene di molecole, chiamate aminoacidi. Il susseguirsi nella catena di aminoacidi differenti e la lunghezza della catena, sono proprie di ciascuna proteina. Le proteine sono una componente fondamentale per la vita. Sono necessarie alla sintesi di componenti essenziali al funzionamento e alla difesa dell'organismo: elemen-

ti strutturali di tutte le cellule, enzimi, ormoni, recettori, anticorpi, ecc. Il fabbisogno proteico varia con l'età e con il sesso (grafico). Oltre alla quantità delle proteine è fondamentale anche la loro qualità, in quanto alcune (quelle di origine animale e la soia) hanno una composizione in aminoacidi più completa rispetto ad altre (proteine di origine vegetale).



Numerose ricerche hanno dimostrato come il bambino italiano assuma in media più proteine di quanto consigliato dalle raccomandazioni nazionali (LARN: Livelli di Assunzione Raccomandata di Alimenti) e questo sin dal secondo semestre di vita. L'eccesso di proteine comporta un maggior lavoro metabolico per il fegato e per il rene oltre a favorire l'incremento di peso. In particolare, è stato dimostrato che un elevato apporto di proteine, soprattutto nel corso nel secondo anno di vita, predice la condizione di eccesso ponderale all'età di 7 anni. Per mantenere la quota proteica entro le raccomandazioni è bene allattare al seno o con latte formulato quando l'allattamento al seno non è possibile, usando formule a contenuto proteico controllato. È opportuno con lo svezzamento, controllare con il pediatra l'apporto proteico complessivo della dieta e dopo l'anno equilibrare bene la quota di latte assunta nella giornata ed il tipo (latte intero o latte crescita) con quella degli altri alimenti.

ERRORE 2 Introdurre il latte vaccino prima dei 12 mesi

L'OMS e l'ESPGHAN suggeriscono di non introdurre il latte vaccino nella dieta del bambino prima dell'anno. Il latte vaccino ha una composizione ben diversa del latte materno, tra cui un contenuto più che triplo in proteine. Pertanto, sicuramente nel primo anno ma anche dopo i 12 mesi, l'assunzione di latte vaccino espone ad un elevato rischio di assumere troppe proteine rispetto alle raccomandazioni e quindi di promuovere il sovrappeso. Il latte di crescita ha un contenuto proteico inferiore del 50% rispetto al latte vaccino, e la sua assunzione facilita la costruzione di una dieta giornaliera più aderente alle raccomandazioni.

ERRORE 3 Introdurre alimenti solidi prima dei 4 mesi

Il solo latte materno è di per sé sufficiente a garantire tutte le necessità di energia e nutrienti del bambino fino ai sei mesi. Pertanto, da un punto prettamente metabolico, non è necessario introdurre altri alimenti prima di quella data. Inoltre, è stato dimostrato

che vi è un maggior rischio di sviluppo di sovrappeso e obesità nei bambini che hanno iniziato ad assumere alimenti solidi prima dei 4 mesi.

ERRORE 4 Iniziare lo svezzamento dopo i 6 mesi

Dopo i sei mesi il latte materno non è più sufficiente a soddisfare l'appetito del bambino e le sue richieste metaboliche, quindi è necessario introdurre altri alimenti nella sua alimentazione che la completino. Inoltre, al fine di ridurre il rischio della comparsa di allergie e di celiachia, sebbene l'argomento sia tuttora ampiamente dibattuto, è consigliabile iniziare ad introdurre alimenti semisolidi tra il quarto ed il sesto mese.

ERRORE 5 Non considerare la composizione del cibo degli adulti quando somministrato al piccolo

La costruzione di qualsiasi schema alimentare prevede la conoscenza della composizione degli alimenti che verranno assunti. Pertanto, vista la grande variabilità in composizione degli alimenti disponibili per l'adulto, è necessario avvalersi dell'aiuto del pediatra per allestire uno schema dietetico corretto ed evitare il rischio di carenze o eccessi di nutrienti ed energia nella dieta del piccolo.

ERRORE 6 Non considerare la composizione media della dieta giornaliera e settimanale

L'elevata velocità di crescita dei primi anni impone l'assunzione di cibo almeno ogni 3 ore (ore diurne) cioè almeno 5 pasti al giorno. L'ideale è che vi sia un certo equilibrio nella composizione dei diversi pasti (cioè nel rapporto tra i vari nutrienti: proteine, carboidrati, grassi) per ottimizzare sia la digestione che l'utilizzazione dei nutrienti per la crescita ed il metabolismo. Anche a livello settimanale vale lo stesso principio, cioè che vi sia equilibrio tra gli apporti in energia e nutrienti nelle diverse giornate. Ad esempio alternare i cibi ricchi in proteine come pesce, latticini, carne, o legumi nei pasti principali delle diverse giornate, accompagnando queste variazioni a modifiche nel tipo e nella quantità di cereali, in modo che non vi siano quindi squilibri vistosi tra un giorno e l'altro nell'assunzione dei vari nutrienti.

ERRORE 7 Non abituare al consumo adeguato di frutta e verdura

La densità energetica della dieta, cioè il rapporto tra le calorie assunte per grammo di cibo consumato è associato allo sviluppo ed al mantenimento dell'obesità: maggiore la densità energetica del cibo, maggiore il rischio di incrementare il grasso corporeo (per esempio cibi ad elevata densità energetica sono i cibi grassi). Inoltre, una minor densità energetica del cibo consente, a parità di peso di cibo assunto, di raggiungere la sazietà con meno calorie. Pertanto, se il bambino viene abituato sin da piccolo ad assumere frutta e verdura, oltre ad altri benefici legati a questi alimenti, ridurrà il rischio di diventare sovrappeso.

ERRORE 8 Usare il cibo come premio o consolazione

Una cattiva abitudine è premiare o consolare i bambini dando del cibo. Impareranno così che quando si riesce o al contrario si fallisce in una attività, il cibo è il premio o il

consolatore finale. Questo dà un valore al cibo ben diverso di quello di nutrire, che è il suo scopo primo. E impedisce l'apprendimento che altre forme di gratificazione, preferibilmente di tipo immateriale, ad esempio fare con loro un gioco divertente, andare a fare una gita tutti insieme, preparare un regalo per la mamma o il papà ecc., sono quelle che contano veramente a livello educativo.

ERRORE 9 Insistere perché mangi

Moltissimi bambini apparentemente inappetenti da piccoli sono poi diventati obesi. È la più chiara delle dimostrazioni che insistere a far mangiare contro voglia un bambino è sbagliato. Se un bambino non mangia è necessario indagare con il pediatra le cause di questo comportamento, che possono essere varie, senza mai dimenticare un'attenta valutazione dell'accrescimento staturale-ponderale (che non va mai fatta ad occhio ma sempre riferendosi alle tabelle di riferimento per sesso ed età), vera immagine sintetica dell'adeguatezza della sua nutrizione.

ERRORE 10 Preferire bevande zuccherate all'acqua

L'acqua è l'alimento liquido per eccellenza per il bambino, a parte il latte che, comunque, non va mai inteso come bevanda ma come alimento vero e proprio. Purtroppo tanti piccoli riducono l'assunzione del latte e anche degli altri alimenti, quando assumono in eccesso bevande zuccherate. Le bevande diverse dall'acqua, specialmente se zuccherate, vanno quindi limitate perché non necessarie. Nei primi mesi durante l'allattamento esclusivo al seno non è necessario integrare il latte con nessun altro liquido.

In conclusione, alimentare correttamente il bambino è un dovere che possiamo assolvere facilmente con un po' di attenzione e l'aiuto del pediatra.



Droghe e alterazioni del cervello

A cura di Giada Zoccatelli¹, Franco Alessandrini¹, Claudia Rimondo², Giovanni Serpelloni³

¹Servizio di Neuroradiologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Borgo Trento, Verona

²Sistema Nazionale di Allerta Precoce Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

³Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

Introduzione

Le più importanti funzioni del cervello e le capacità sociali, come saper dare dei giudizi, controllare il proprio comportamento e prendere decisioni, rappresentano capacità tipiche dell'uomo di sapersi adattare all'ambiente circostante. Un'adeguata capacità mentale è strettamente collegata al buon funzionamento delle strutture cerebrali che stanno alla base dei normali processi fisiologici del cervello. L'uso di sostanze come droghe o alcol può alterare in maniera anche permanente il corretto funzionamento del cervello deviandolo dal normale sviluppo, e causando anomalie anche gravi del funzionamento neuro-psichico dell'individuo. Ciò risulta ancor più evidente se l'uso di droghe avviene in una persona di giovane età il cui cervello è ancora in fase di sviluppo. Il cervello, infatti, comincia la sua formazione a partire dalla na-

scita, ma completa tale processo tra i 20 e i 21 anni con importanti varianti per ogni individuo. La figura sotto riportata illustra le diverse fasi di sviluppo del cervello; i colori giallo, verde e arancione rappresentano le aree che ancora si stanno formando a partire dai primi anni di vita e che via via completano il loro sviluppo attorno ai 20 anni (rappresentate dal colore blu-viola). Come è comprensibile, durante questo processo le cellule del cervello sono particolarmente sensibili e la loro fisiologia e naturale sviluppo possono venire facilmente alterati e modificati dagli stimoli esterni quali quelli prodotti dalle droghe e dall'alcol. Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha attivato una serie di studi nell'ambito delle neuroscienze delle dipendenze finalizzati a studiare gli effetti delle droghe sul cervello attraverso

moderne tecniche di neuroimmagine che rappresentano uno strumento utile per individuare le alterazioni del cervello nei soggetti che fanno uso di droghe.

La Risonanza Magnetica cos'è e come funziona

La Risonanza Magnetica (RM) permette di visualizzare con altissima precisione e dettaglio anatomico evidenti malattie, come lesioni o danni del cervello, ma anche alterazioni legate ad un errato funzionamento delle cellule nervose. Nello specifico, con le moderne apparecchiature di RM si possono ottenere informazioni specifiche sullo stato di salute di diverse parti del corpo. Per lo studio del cervello si usano sequenze di studio particolari che formano immagini precise di tutte le aree cerebrali, mostrando sia com'è fatto il cervello, sia come esso funziona.

Gli studi con Risonanza Magnetica

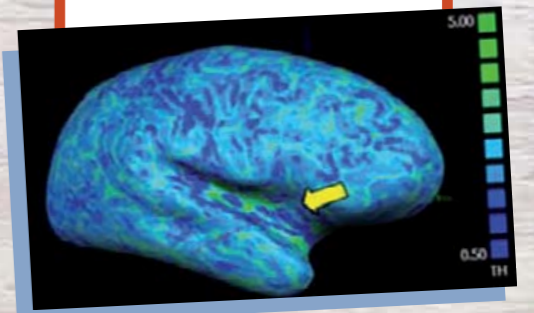
La Risonanza Magnetica (RM) rappresenta una tecnica sicura e non invasiva che sfrutta le proprietà di un campo magnetico, con cui è possibile dimostrare quali effetti negativi provochi l'uso di droghe sullo sviluppo e sul funzionamento delle funzioni del cervello. Lo studio del funzionamento cerebrale permette, grazie all'utilizzo di tecniche avanzate di Risonanza Magnetica funzionale (fMRI), di vedere come funziona ed è strutturato il cervello e di verificare la presenza di alterazioni.

Droghe e alterazioni cerebrali

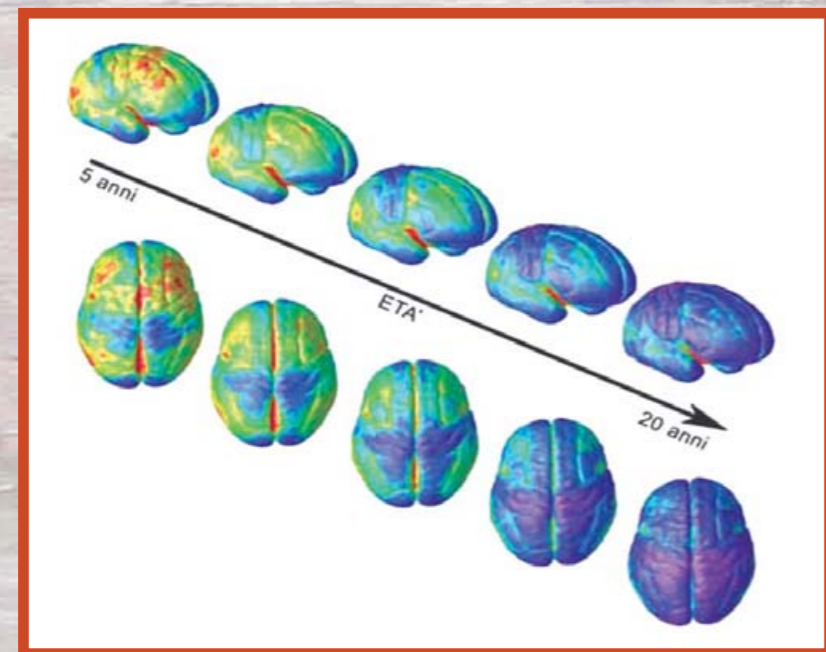
È stato ampiamente dimostrato come l'uso di droghe sia associato ad un'anomala e alterata organizzazione delle funzioni del cervello. Nell'ambito delle ricerche, ad esempio, è stato studiato come funziona il cervello in soggetti che fanno uso di **cocaina**. Scopo dello studio era trovare in quali zone del cervello si scateni il forte desiderio che porta il soggetto ad assumere la cocaina e come fosse possibile controllare l'impulso di assumere nuova droga. I dati mostrano che i pazienti capaci di resistere al desiderio di assumere cocaina attivano precocemente le aree del cervello utili al controllo degli impulsi, mentre i pazienti che avevano uno scarso controllo e presentano continue ricadute non attivano quelle specifiche zone del cervello. In un campione di adolescenti che fanno abitualmente uso di **cannabis ed eroina** inalata, è stata invece riscontrata la riduzione di una importante molecola cerebrale, il glutammato, necessaria perché permette la capacità di giudizio e di scelta. La riduzione del glutammato causa quindi anomalie del ragionamento. Tali anomalie rappresentano un indice di alterato meccanismo di sviluppo che può avere conseguenze sulla buona conduzione degli impulsi nervosi tra le diverse aree cerebrali, che si manifestano poi sulla condotta comportamentale e sociale del ragazzo, con difficoltà scolastiche, di apprendimento e di giudizio (scarso rendimento scolastico, difficoltà nella socializzazione e d'integrazione nel gruppo dei pari, impulsività, comportamenti a rischio). Gli adolescenti che consumano abitualmente **cannabis** hanno mostrato una significativa riduzione del volume del cervello, indice questo di atrofia simile a quella riscontrata in patologie degenerative come l'Alzheimer, in aree adatte alla capacità di apprendere e memorizzare. L'effetto tossico

della droga porterebbe quindi ad una riduzione del volume di materia grigia cerebrale in zone del cervello necessarie per memorizzare le informazioni e consentirne l'apprendimento. Le regioni affette da atrofia sono inoltre coinvolte nell'elaborazione delle emozioni. I giovani consumatori di cannabis potrebbero quindi manifestare problemi legati alla sfera delle emozioni, con crisi di aggressività oppure apatia, in una fase delicata dell'adolescenza dove l'emotività ricopre un ruolo estremamente importante.

Immagine del cervello di adolescenti che fanno uso di cannabis (età media 17 anni). Le zone blu corrispondono alle aree cerebrali con ridotto volume di materia grigia (indicate dalla freccia gialla).



Risulta chiaro, quindi, come un approfondimento ed un orientamento verso le neuroscienze, anche nel campo delle tossicodipendenze, possa aiutare l'operatore sanitario nel quotidiano rapporto con i pazienti per meglio comprendere e curare l'uso di droghe. Sapere infatti quali funzioni e strutture cerebrali vengano coinvolte e alterate con l'uso di droghe aumenta il grado di autoco-scienza nel paziente e nel terapeuta, per una più corretta ed efficace gestione del problema.



Le vulvo vaginiti nelle bambine: un problema da non sottovalutare

A cura di Alberto Marsciani, Annalisa Pedini
U.O. Pediatria - AUSL Rimini

Le vulviti e le vulvo vaginiti sono tra le più frequenti cause di consultazione ginecologica in età pediatrica e rivestono quindi un ruolo importante nella sorveglianza dello stato di salute delle bambine. Le infiammazioni vulvo vaginali della bambina in età pre-pubere presentano delle peculiarità che le diversificano sotto molti aspetti dalle vulvo vaginiti in età adolescenziale, molto più simili alla patologia tipica della donna adulta. La gestione iniziale di questo disturbo è frequentemente del pediatra di famiglia, che si avvale del consulente endocrinologo pediatra o ginecologo pediatra solo nei casi più complicati, ricorrenti o in caso di insuccesso terapeutico. Nelle bambine spesso l'infezione inizia a livello vulvare per poi interessare secondariamente i tessuti vaginali: per tale motivo i termini vulvite e vulvo vaginite sono spesso usati indifferentemente.

I FATTORI DI RISCHIO

La bambina in età pre-pubere è particolarmente vulnerabile a contrarre questo tipo di infezione: la vicinanza della vulva alla regione anale, le ridotte dimensioni delle piccole e grandi labbra, l'assenza della peluria pubica, la sottigliezza della mucosa vulvo

vaginale, l'assenza di muco cervicale e il pH vaginale neutro sono tutti fattori che espongono più facilmente la regione ad agenti irritanti, infiammatori o infettivi. Ma altrettanto importanti sono alcuni aspetti ambientali e comportamentali tipici di questa fascia di età, come la scarsa igiene delle mani, il frequente contatto con terriccio e sabbia, la curiosità crescente verso il proprio corpo, l'utilizzo di indumenti intimi troppo attillati e non traspiranti, l'utilizzo di detergenti intimi inappropriati. Non va da ultimo dimenticato che l'infezione vulvo vaginale può essere conseguenza di un'infezione a carico delle vie respiratorie, così frequenti in questo periodo della vita, della presenza di un corpo estraneo in vagina o spia di una condizione di estrema gravità a cui può essere stata sottoposta la bambina, quale l'abuso sessuale.

COME RICONOSCERLA

La sintomatologia è caratterizzata nella maggior parte dei casi dalla presenza nelle mutandine della bambina della "leucorrea", secrezione di colorito ed intensità variabile e tanto più evidente quanto più l'infiammazione interessa la vagina; alla leucorrea si accompagna spesso un arrossamento delle mucose della vulva e della cute circostante, associato a intenso prurito che può favorire la presenza di lesioni da grattamento.

Meno frequentemente sono presenti bruciore alla minzione, dolore e leucorrea ematica. Nel fondato sospetto di un'infezione vulvo vaginale occorre procedere ad una accurata valutazione ginecologica, che nella bambina può essere fonte di paura e rifiuto: per tale motivo tale momento richiede un approccio calmo e rilassato, in ambiente tranquillo; alla bambina, specie se più grandicella, è bene spiegare, assieme al genitore, semplicemente la manovra e l'innocuità della stessa. E' consigliabile procedere all'ispezione della regione vulvare nella posizione più adatta alla visita, che nella bambina molto piccola o spaventata può essere effettuata sulle ginocchia della mamma, mentre nelle età successive è preferibile la posizione così detta a rana, vale a dire in decubito supino con le gambe flesse sulle cosce e divaricate: per meglio visualizzare la vulva, l'imene e l'introito vaginale è utile effettuare una lieve trazione laterale e verso il basso delle grandi labbra.

DIVERSI QUADRI CLINICI

Possiamo schematicamente distinguere alcuni quadri clinici caratteristici:

1. Vulvo vaginiti aspecifiche: sono sicuramente le più frequenti, rappresentando secondo le varie casistiche fino al 75% dei casi, e sono caratterizzate dal fatto che con le indagini colturali non viene isolato alcun germe patogeno, essendo presente unicamente la normale flora microbica (Tab. 1). L'irritazione aspecifica, può essere dovuta a scarsa igiene, con possibile contaminazione di materiale fecale, all'utilizzo di bagnoschiuma, saponi o shampoo non idonei, oppure all'uso di indumenti

TABELLA 1

VULVO VAGINITI ASPECIFICHE: NORMALE MICROFLORA MICROBICA		
BATTERI ANAEROBI	Gram Negativi	Veillonella
	Gram Positivi	Bacteroides Fusobacteria Gram negative cocci Actinomyces Bifidobacteria Peptococcus Peptostreptococcus Propionibacterium
BATTERI AEROBI	Gram Positivi	Staphylococcus aureus Streptococcus viridans Enterococcus faecalis Corynebacteria o Diptheroides

intimi troppo attillati o inadatti per tipo di fibra: fattore favorente può essere inoltre la concomitante presenza di patologie dermatologiche, quali la dermatite atopica, il lichen scleroso, la psoriasi. Nella vulvo vaginite aspecifica generalmente la leucorrea è scarsa, non purulenta, mucosa ed inodore; prevale il prurito e l'arrossamento della regione vulvare e perineale con frequenti lesioni secondarie da grattamento.

2. Vulvo vaginiti specifiche: meno frequenti delle precedenti, sono causate da germi patogeni trasmessi attraverso il sangue, la cute o tramite gli apparati urinario e intestinale. In questo caso l'interessamento vaginale è più frequente e per tale motivo la leucorrea risulta spesso di maggiore entità, di colore variabile e spesso maleodorante; concomitano quasi sempre lesioni da grattamento, iperemia della mucosa vulvare ed eritema cutaneo.

Tra i germi più frequentemente in causa è bene ricordare lo streptococco β emolitico di gruppo A, di

cui è spesso documentabile una recente infezione faringo-tonsillare o cutanea, e l'*Enterobius vermicularis* (i cosiddetti ossiuri) in cui concomitano, prevalentemente nelle ore notturne, dolori addominali e intenso prurito nella regione perianale e vulvare. E' invece in netta riduzione la vulvo vaginite da *Haemophilus influen-*

zae, una delle principali cause fino a non molti anni fa, presumibilmente in seguito all'introduzione del vaccino.

Da sottolineare infine che la presenza di alcuni germi (Tab. 2) è altamente sospetta se non probante di abuso sessuale, di cui l'infezione vulvo vaginale può essere a volte l'unico segno: è bene infatti ricordare che in oltre il 50% dei casi di abuso sessuale, soprattutto se ricorrenti e ad impatto meno violento, non sono presenti all'ispezione evidenti lesioni traumatiche o sanguinamenti della regione ano-genitale e i segni clinici di sospetto abuso possono essere del tutto aspecifici quali, oltre alla vulvo vaginite, dolori in regione pelvica o addominale e cambiamenti del comportamento e del carattere.

3. Vulvo vaginiti ricorrenti: sono caratterizzate dalla mancata risoluzione dell'infezione o dalla comparsa di possibile recidive. Una causa frequente e di comune riscontro in epoca pre-pubere, in concomitanza con la fisiologica carenza estrogenica, è la sinechia delle piccole labbra, vale a dire la

TABELLA 2

REPERTI MICROBIOLOGICI E PROBABILITA' DI ABUSO SESSUALE	
GONOCOCCO	Probante (se età >2aa)
TREPONEMA PALLIDO	Probante (esclusa trasmissione verticale)
HIV	Probante (esclusa trasmissione verticale)
HERPES GENITALE	Altamente sospetto (se tipo 2 senza altre localizzazioni)
CHLAMIDIA	Altamente sospetto (se età >3aa)
TRICHOMONAS VAGINALE	Altamente sospetto (se età >1aa)
PAPILLOMA VIRUS	Sospetto (se età >2aa in assenza di verruche cutanee)
MYCOPLASMA	Non specifico
GARDENELLA	Non specifico
CANDIDA ALBICANS	Non specifico

loro coalescenza lungo la linea mediana: il processo irritativo e flogistico si può manifestare e persistere soprattutto nei casi in cui la sinechia è pressoché completa. Non va inoltre dimenticato che patologie dermatologiche, quali il lichen scleroso, la dermatite atopica o seborroica e la psoriasi, se non correttamente diagnosticate ed adeguatamente trattate, possono favorire la persistenza di uno stato flogistico irritativo: in questi casi prevale abitualmente il prurito e l'intenso eritema, con associate lesioni da grattamento, mentre è ridotta o del tutto assente la leucorrea. Leucorrea persistente o ricorrente, muco-ematica e spesso maleodorante può essere invece la spia di un'altra importante condizione patologica, quale la presenza di un corpo estraneo all'interno della vagina: tale situazione può essere indotta dalla bambina involontariamente per autoinoculo di frammenti di salviette igieniche utilizzate dopo la defecazione o la minzione, ma è possibile anche l'inoculo volontario degli oggetti più svariati, favorito dalla curiosità e dall'esplorazione verso il proprio corpo tipica di questa fase dello sviluppo. Non dimentichiamo che purtroppo la presenza di corpo estraneo vaginale può essere anche conseguenza di esperienze sessuali inappropriate a cui la bambina è stata sottoposta, configurabile in tutto e per tutto in un abuso sessuale.

PER UNA CORRETTA DIAGNOSI

Nel sospetto di una vulvo vaginite l'iter diagnostico, dopo una corretta e completa ispezione dei genitali esterni, si può avvalere di in-

dagini batteriologiche del secreto vaginale, raccolto direttamente tramite l'utilizzo di un tampone o dopo l'immissione in vagina e successiva aspirazione, attraverso un piccolo catetere, di soluzione fisiologica: utile può inoltre rivelarsi la copro coltura e l'esame parassitologico della feci, nei casi in cui è fondato il sospetto di germi di provenienza intestinale, o l'esame delle urine e l'urinocoltura laddove prevalgano sintomi urinari, quali disuria e stranguria (dolore alla minzione).

In presenza di leucorrea sierosematica, di forme recidivanti oppure se qualche elemento anamnestico risulta suggestivo per corpo estraneo, diventa indispensabile il ricorso alla vaginoscopia, esame strumentale che permette l'osservazione della cavità vaginale.

QUALE TERAPIA

Di fronte ad una vulvo vaginite presumibilmente aspecifica, in cui prevalgono il prurito e l'arrossamento della regione vulvare e la leucorrea è modesta, è necessario consigliare un'attenta igiene e detersione dopo la defecazione, la minzione a gambe divaricate ed un frequente lavaggio delle mani. Occorre inoltre utilizzare indumenti intimi comodi, non attillati, in fibra naturale e vanno evitati tutti i possibili agenti irritanti quali deodoranti, bagnoschiuma o gel detergenti: possono risultare invece utili dei lavaggi esterni con disinfettanti liquidi diluiti con acqua, quali prodotti a base di benzidamina o iodopovidone, eventualmente associati a creme emollienti e blandamente disinfettanti prima di dormire. In caso di concomitante dermatosi (lichen scleroso, dermatite atopi-

ca o seborroica, psoriasi, ecc.) va inoltre instaurata una terapia specifica antinfiammatoria, mentre la presenza di sinechia delle piccole labbra necessita di trattamento con estrogeni topici e di trazione meccanica solo in caso di coalescenza pressoché completa e di evidente sintomatologia infiammatoria associata.

Diverso il discorso in presenza di vulvo vaginiti specifiche o ricorrenti, caratterizzate da leucorrea di maggiore entità, di colore variabile e spesso maleodorante: in questi casi è importante impostare il trattamento, sia sistemico che locale, sulla base dell'esame batteriologico. Sarà il curante a suggerire il più appropriato. Infine il corpo estraneo in vagina, quando presente, deve essere asportato tramite la vaginoscopia, dopo opportuna sedazione della bambina.



ALCUNI ACCORGIMENTI PER UNA CORRETTA IGIENE LOCALE QUOTIDIANA

- Lavarsi frequentemente le mani.
- Minzione a gambe divaricate.
- Indossare indumenti intimi comodi, non attillati, in fibra naturale.
- Evitare l'utilizzo di possibili agenti irritanti quali deodoranti, bagnoschiuma e gel detergenti.
- Detersione esterna in senso antero posteriore con disinfettanti liquidi diluiti con acqua, quali prodotti a base di benzidamina o iodopovidone.
- Eventuale applicazione serale di creme emollienti e blandamente disinfettanti.

Immun-Up D₃

NATURALMENTE PROTETTI

DA OGGI
ANCORA DI PIÙ

Echinacea

β -glucano

Zinco e Vitamina C

Vitamina D₃ **NOVITÀ**

Attività immunomodulante
Coadiuvante nel mantenimento della normale struttura ossea

Utile per favorire le naturali difese dell'organismo



Con misurino dosatore
Senza glutine



Ottima palatabilità
Senza glutine



A scuola con PEDIBUS

EDUCARE LE CITTÀ ALLA MOBILITÀ SOSTENIBILE



re a scuola al mattino, guadagnando in autonomia, divertimento e salute e con grande attenzione alla sicurezza dei nostri figli.

In Italia le esperienze di questo tipo si stanno diffondendo rapidamente. Aziende sanitarie ed Amministrazioni Comunali, spesso coadiuvate da Associazioni di volontariato, organizzano itinerari pedonali casa-scuola, dotati di vere e proprie fermate, da cui i bambini delle scuole primarie partono per recarsi a scuola, accompagnati a turno da genitori o volontari, che fungono da "autista" (colui che guida il gruppo) e da "controllore" (colui che chiude la fila).

Per i bambini è un gioco divertente, che rafforza progressivamente l'equilibrio psicologico e incremen-

ta il senso di responsabilità nei confronti di se stessi, del gruppo e della città nella quale si vive.

Camminando insieme i bambini socializzano, imparano ad apprezzare il movimento, scoprono la propria città e divengono testimoni di uno stile di vita sano e volto alla mobilità sostenibile. Il valore educativo però è anche per gli adulti, che devono organizzarsi in turni per accompagnare i bambini in questa piccola avventura quotidiana, regalando tempo ai propri figli e ai loro compagni e abbandonando l'amata auto in garage.

Dal punto di vista dell'organizzazione, poi, nulla deve essere lasciato al caso. Gli itinerari pedonali vanno puntualmente veri-

ficati da esperti in mobilità, in modo da correggere ogni passaggio stradale rischioso per i pedoni, garantendo la massima sicurezza del tragitto e dotando di apposita cartellonistica le diverse fermate del PediBus. Inoltre i bambini devono essere facilmente visibili e riconoscibili: per questo solitamente viene

fornita loro una apposita pettorina catarifrangente, utile anche a dare maggiore visibilità all'iniziativa.

E se si abita lontano dalla fermata del PediBus? Semplice! Basta scegliere la fermata più comoda e arrivarci in auto o pullman, evitando così di aumentare il traffico nei pressi della scuola.



A PIEDI E IN BICI A SCUOLA CON GLI AMICI



ATTIVITÀ MOTORIA E MOBILITÀ SOSTENIBILE NELLE SCUOLE PRIMARIE DI IMOLA

Ad Imola il progetto del PediBus nasce nel 2009 sotto l'egida del Piano per la Salute ed il Benessere Sociale del Nuovo Circondario Imolese. Gruppi di lavoro, coadiuvati da un pedagogo e da rappresentanti dall'Ausl e della Polizia Municipale hanno coinvolto corpo docente, alunni e i genitori di un Istituto comprensivo cittadino, garantendo formazione specifica agli insegnanti, attività didattiche e laboratori scolastici sulla mobilità sostenibile ed interventi strutturali sugli

elementi di rischio dei percorsi casa-scuola, effettuati con il contributo delle opinioni rilevate tra le famiglie dei ragazzi. Il successo della prima esperienza pilota ed il coinvolgimento diffuso ha garantito al progetto una continuità negli anni scolastici successivi, grazie ai genitori che si sono autogestiti nell'organizzazione del "PediBus" scolastico. Oggi i PediBus attivati nel Circondario Imolese coinvolgono le scuole di sei dei dieci Comuni presenti in questo territorio.



“Mangiar bene conviene”

Una nuova Campagna Nazionale dei Pediatri italiani per vincere l'obesità infantile con un gioco di squadra

Non c'è più tempo da perdere: pediatri e genitori devono allearsi e combattere insieme una vera e propria epidemia, subdola ma molto pericolosa per il futuro di bambini e ragazzi: l'obesità. Il suo preoccupante aumento, soprattutto in età evolutiva, non risparmia alcun Paese occidentale: in Europa è mediamente sovrappeso o obeso un bambino su cinque, uno su tre nella fascia d'età tra i 6 e i 9 anni e in Italia il problema interessa oltre un milione di bambini, candidati a soffrire da grandi di numerose malattie croniche tra cui diabete e ipertensione. Proprio con l'obiettivo di contrastare questa realtà è stato creato il "Network GPS" (Genitori-Pediatra-Scuola), una triade virtuosa e strategica a supporto di una Campagna Nazionale di Educazione Nutrizionale denominata "Mangiar bene conviene".

Grazie a una serie di materiali di supporto appositamente realizzati i genitori potranno contare su nuovi strumenti che consentiranno loro di seguire più da vicino l'alimentazione dei propri figli, orientandoli verso uno stile di vita corretto, e di interagire più strettamente con il proprio pediatra, promotore e garante di questa importante Campagna. "Mangiar bene conviene" è un progetto congiunto della Società Italiana di Pediatria (SIP) e della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) che persegue obiettivi condivisi a favore delle famiglie italiane.



Le scuole che volessero aderire alla Campagna potranno chiedere informazioni a:

info@editeam.it

A cura di Alice Bonoli
Responsabile Ufficio Stampa
AUSL Imola

Cosa c'è di meglio di un bus gratuito, che fa bene ai bambini, ai genitori e all'aria delle nostre città? Ed ecco allora il PediBus, un modo nuovo di anda-

Il lavaggio nasale

TRA BENESSERE E PREVENZIONE

Con l'arrivo dell'autunno/inverno il naso, che normalmente è il primo organo a contatto con tutti i componenti presenti nell'aria (fumo, vapori, particelle inquinanti), diventa un bersaglio ancora più esposto alle insidie ambientali, se si pensa agli innumerevoli batteri e virus responsabili di malattie quali raffreddore, influenza, otiti e bronchiti, talvolta gravate da complicazioni. Questo vale soprattutto nei bambini piccoli, che hanno spesso un sistema difensivo non ancora preparato ad affrontare prontamente le aggressioni micro-

biche e hanno difficoltà a espellere il muco e di conseguenza a mantenere deterse le fosse nasali. Ecco allora una soluzione quanto mai preziosa ed efficace per prevenire le infezioni della stagione fredda: il lavaggio nasale. Il muco costituisce un meccanismo di difesa naturale in quanto consente di intrappolare ed eliminare i germi: è questa la ragione per cui la sua produzione aumenta in caso di irritazione delle vie aeree ma anche il motivo per cui, in caso di accumulo, esso può diventare un terreno di coltura per i microrganismi. Tale eventualità è più frequente in neonati, lattanti e bambini piccoli, sia perché non sono in grado di soffiarsi il naso sia perché sono maggiormente predisposti alle complicazioni dovute al naso chiuso, tra cui l'otite, e hanno mucose estremamente delicate.

Il lavaggio nasale è dunque la strategia più semplice, sicura ed effi-

cace per prevenire le infezioni delle alte vie aeree e l'otite e offre una serie di vantaggi importanti: mantiene idratata la mucosa, favorisce la rimozione delle secrezioni, agevola la respirazione, concilia il sonno e promuovere una condizione di benessere. Per il lavaggio sono disponibili diverse soluzioni, ma quelle a base di acqua di mare desalinizzata, come Physiomer®, hanno una marcia in più in quanto possiedono proprietà lenitive e curative della mucosa grazie ai preziosi sali minerali e oligoelementi presenti nell'acqua marina. Physiomer® è disponibile sia in flaconcini sia in spray e viene giustamente definito "siero di mare": la sua tecnologia produttiva brevettata consente infatti di ridurre la concentrazione dell'acqua marina mantenendo inalterato il contenuto in oltre ottanta elementi minerali, di cui è particolarmente ricca l'acqua prelevata sulle coste di Saint-Malo, in Francia.

Praticato in maniera regolare (per esempio 2-3 volte al giorno o più, se necessario) sin dai primi giorni di vita, il lavaggio nasale non comporta rischi né tantomeno controindicazioni, e può essere effettuato sia in condizioni di benessere, a scopo di prevenzione, sia in caso di malattia da raffreddamento già in atto. Proprio come il lavaggio delle mani.

Gli effetti vantaggiosi del lavaggio nasale

- **Prevenzione delle infezioni respiratorie, in particolare nella stagione fredda, grazie alla diluizione ed eliminazione degli eventuali agenti patogeni rimasti "intrappolati" nel muco.**
- **Azione decongestionante e antinfiammatoria sulla mucosa nasale.**
- **Attenuazione dei sintomi in caso di raffreddore già in atto.**
- **Prevenzione della crostificazione, che costituisce in sé un ulteriore fattore irritativo per la mucosa nasale.**
- **Miglioramento della respirazione e quindi del benessere complessivo e della qualità del sonno del bambino.**

Come effettuare il lavaggio nasale

Il lavaggio nasale è semplice, tanto che i bambini più grandicelli sono in grado di praticarselo da soli. I più piccoli vanno distesi con la testa inclinata su un lato, per poi introdurre il beccuccio dello spray nella narice superiore, premendo l'erogatore per 2-3 secondi e asciugando con un fazzoletto (o rimuovendo con apposito aspiratore) l'eventuale fuoriuscita di soluzione. Sollevare quindi il bambino girando la testa dal lato opposto per ripetere l'operazione nell'altra narice.



OMEGA PHARMA

PHYSIOMER®
Baby



Perché Physiomer

Perché Physiomer, grazie ad un processo produttivo particolare, riesce a **sterilizzare e desalinizzare l'acqua di mare**, rendendola fisiologicamente adatta alle mucose nasali, **senza diluirla**: nasce così il "Siero di Mare", che conserva tutta la **concentrazione dell'acqua marina in più di 80 elementi minerali**.



Il **nasino chiuso** è un piccolo grande problema per il tuo bambino. Ma oggi puoi contare su una risposta delicata: **Physiomer**, il "Siero di Mare" che **libera il nasino**, riporta il benessere e **mantiene la concentrazione di elementi minerali presenti nell'acqua marina**, conservandone così tutta la ricchezza.



PHYSIOMER®

TUTTO IL MEGLIO DEL MARE PER RESPIRARE BENE

Iperattivi, impulsivi, disattenti

Quando preoccuparsi?

A cura di Paolo Curatolo, Direttore U.O.C. Neuropsichiatria Infantile, Policlinico Universitario "Tor Vergata" Roma

La sigla "ADHD" sta per Attention/Deficit/Hyperactivity Disorder, ossia disturbo da deficit d'attenzione/iperattività, che interessa in Italia l'1% di tutti gli individui d'età compresa tra 6 e 18 anni (in età scolare il 3-5% dei bambini) con predilezione per i maschi, colpiti fino a 3-4 volte in più rispetto alle femmine. Complessivamente si possono stimare in 75mila i casi di ADHD in Italia, ma è opportuno sottolineare che soltanto 3mila, pari al 4%, sono i casi realmente diagnosticati, rispetto al 17% della Francia e al 59% della Spagna. Da questi dati si evince, quindi, che nel nostro Paese l'ADHD viene correttamente identificato in una esigua minoranza di casi. Si tratta di un disturbo neurobiolo-

gico, prevalentemente ereditario, che si può presentare con tre sottotipi: un disturbo con disattenzione prevalente, un disturbo con iperattività prevalente oppure una "forma combinata" con disattenzione, iperattività e impulsività. L'origine dell'ADHD è legata alla modalità con cui la parte frontale del cervello funziona e risponde agli stimoli ambientali.

Le manifestazioni

■ I sintomi possono essere presenti già in età prescolare e vengono generalmente osservati prima dei 7 anni di età, ma tendono a modificarsi in maniera rilevante durante la crescita del bambino, influenzandone lo sviluppo. I bambini con ADHD commettono errori di distrazione, hanno difficoltà ad organizzare le attività, passano frequentemente



carico dei circuiti cerebrali che stanno alla base dell'inibizione e dell'autocontrollo, alle quali contribuisce probabilmente uno squilibrio di due neurotransmettori, la dopamina e la noradrenalina.

Va tuttavia precisato che la comparsa dell'ADHD non è influenzata dalle relazioni con i genitori né dallo stile di vita né, tantomeno, da fattori dietetici (per esempio additivi alimentari).

Come si fa la diagnosi

■ Il processo diagnostico è complesso e la valutazione può richiedere molto tempo, anche per escludere altre patologie neuropsichiatriche eventualmente associate. Occorre identificare i segni chiave: il bambino dovrebbe presentare sintomi di iperattività, impulsività, disattenzione molto più evidenti rispetto alla sua età cronologica. Tali sintomi dovrebbero essere presenti in almeno due contesti (casa, scuola, attività ludiche) e dovrebbero avere un impatto negativo nel funzionamento cerebrale del bambino, tanto da determinare uno scarso rendimento scolastico nonostante l'intelligenza nella media. Il bambino può essere sottoposto a test e questionari, indispensabili per una corretta diagnosi e per valutare la sua attenzione e il suo comportamento. In particolare sono due gli strumenti utilizzati: una pubblicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Classificazione Internazionale delle Malattie, X edizione) e il Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali (DSM, IV edizione). Se non diagnosticato tempestivamente e trattato in modo adeguato, il disturbo può portare nell'adolescenza e nell'età adulta a complicanze quali tossicodipendenza, alcolismo, disturbo bipolare (caratterizzato da alternanza di fasi depressive e fasi maniacali, cioè di euforia e disinibizione comportamentale) e grave disadattamento sociale e relazionale.

Il ruolo dei vari professionisti nel processo di valutazione e di diagnosi

■ Il pediatra è la prima figura alla quale solitamente i genitori si rivolgono quando pensano che il loro bambino abbia l'ADHD. Il pediatra può valutare la presenza di alcuni sintomi di base e, se ha un fondato sospetto sulla presenza del disturbo, può indirizzare il bambino allo specialista di riferimento, il neuropsichiatra. Il neuropsichiatra infantile è, infatti, l'unico in grado di validare una diagnosi di ADHD in base alle informazioni raccolte durante i colloqui con bambini e genitori in aggiunta a quelle emerse dai questionari compilati dagli insegnanti. Una volta confermata la diagnosi il neuropsichiatra infantile pianifica la gestione dell'ADHD, sia a casa che a scuola, con un piano di aiuto globale che prenda in considerazione le varie strategie terapeutiche. Dal 2007 il Ministero della Salute ha nominato dei Centri di Rife-

rimento per l'ADHD in tutto il territorio nazionale, reperibili nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) al seguente link: www.iss.it/adhd/

Come si cura l'ADHD

■ La scelta del trattamento per l'ADHD è complessa in quanto deve tenere in considerazione le caratteristiche di ciascun individuo, ed essere fatta in base all'età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla situazione familiare e sociale. Le possibili strategie, eventualmente combinate, comprendono una terapia comportamentale e/o psicologica, consigli educativi a genitori e insegnanti e, quando strettamente necessario, il trattamento farmacologico. Questo approccio personalizzato è il più efficace, perché è più probabile che soddisfi le specifiche esigenze dei singoli, tenendo conto di una varietà di fattori nel tempo.

Dai sintomi alla diagnosi

La diagnosi di ADHD, per una valutazione accurata del bambino o adolescente, deve essere condotta da specialisti della salute mentale dell'età evolutiva, con specifiche competenze nella diagnosi e terapia dell'ADHD. In Italia la diagnosi viene effettuata dal neuropsichiatra infantile o dallo psichiatra dell'adulto, sulla base della presenza di specifici criteri quali:

- ▶ persistenza di disattenzione e/o iperattività-impulsività, più frequente e severa rispetto ai soggetti con un analogo livello di sviluppo;
- ▶ durata dei sintomi per almeno 6 mesi;
- ▶ comparsa dei sintomi prima dei 7 anni di età;
- ▶ presenza dei sintomi contemporanea in due o più ambiti (per esempio scuola, lavoro e casa);
- ▶ compromissione significativa della funzionalità sociale, scolastica, occupazionale;
- ▶ assenza di altri disturbi o malattie psichiatriche a cui si possano attribuire i sintomi osservati.

da un'attività all'altra, perdono le loro cose, hanno difficoltà ad aspettare il loro turno e a rispettare le regole, agiscono senza pensare, sono irrequieti, disturbano gli altri, non portano a termine compiti che richiedono uno sforzo mentale prolungato e un'attenzione protratta. Alcuni studi recenti, grazie a tecniche di genetica molecolare e di diagnostica per immagini, hanno dimostrato che i bambini affetti da ADHD presentano importanti alterazioni funzionali di specifiche regioni del sistema nervoso centrale, in particolare

BAMBINI DIFFICILI

I disturbi del comportamento nell'età evolutiva



Un Corso FAD su Tablet, Smartphone e PC per i Pediatri

web www.bambinidifficili.it
email info@bambinidifficili.it



con il patrocinio

con il supporto non condizionato



ACONDROPLASIA

c'è qualcosa di grande in ognuno di noi

A cura di Guido Cocchi
Ambulatorio Malattie Rare
U.O. Neonatologia
Università di Bologna

Cos'è l'acondroplasia?

■ E' un disordine genetico che si caratterizza per anomalie delle dimensioni e della forma degli arti, del tronco e del cranio e che interferiscono con la normale crescita ossea. L'acondroplasia (ACP) è la più frequente delle displasie scheletriche (OCD), un gruppo eterogeneo di condizioni costituzionali che riconoscono una diversa età di insorgenza, frequentemente già evidente alla nascita, una variabile modalità di alterazione genetica ed un grave difetto strutturale finale, non sempre prevedibile perché influenzato da variabili sia eredo-familiari sia ambientali. La stima è di 1 bambino affetto da ACP ogni 20.000 nati, mentre se si considera l'intero gruppo di condizioni, l'incidenza sale ad 1 ogni 10.000. In Italia quindi si attende la nascita, ogni anno, di 25-30 bambini ACP e di altri 30-35 con quadri variabili di OCD. L'ACP insieme con le altre OCD, rappresentano una condizione che rientra nel capitolo delle Malattie Rare (MR).

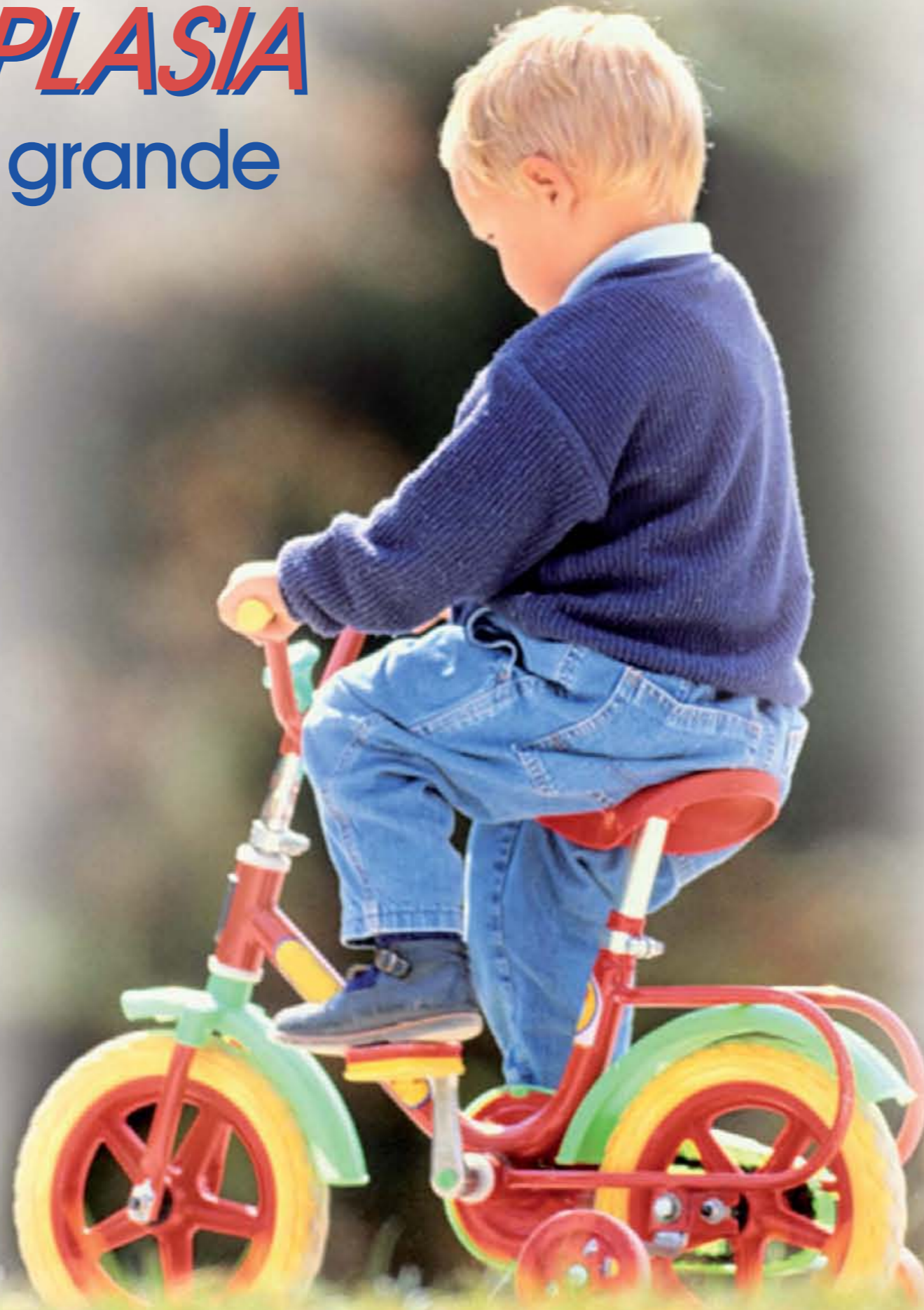
Cosa sono le malattie rare?

■ Si considerano MR, quelle condizioni con una incidenza inferiore di 1 su 2.000 abitanti. La bassa prevalenza nella popolazione non significa tuttavia

che le persone interessate nel complesso siano poche. Le MR, infatti, interessano in Italia direttamente alcune centinaia di migliaia di persone, ma se riportate in ambito familiare il numero di persone che condividono la MR sale ad oltre il milione. Del resto il numero di Malattie Rare conosciute e diagnosticate è compreso tra 7.000 ed 8.000. Parlare di MR nel loro complesso e non come singole malattie, ha lo scopo di evidenziare problematiche trasversali in ambito assistenziale e di definire interventi di sanità pubblica che accomunano gruppi di popolazioni al di là degli specifici bisogni.

Come si fa diagnosi di acondroplasia?

Diagnosi clinica: i bambini affetti da ACP presentano in modo più o meno accentuato, le note presenti nelle forme di nanismo: dismorfismi cranio-facciali, come testa grande e brevità degli arti che appaiono tozzi e corti rispetto al corpo. Già alla nascita si possono osservare oltre all'aspetto del volto (macrocefalia, bozze frontali accentuate e radice del naso infossata), mano con dita corte "a tridente", ed a livello del dorso in regione toraco-lombare, un'accentuata curvatura in avanti (lordosi) cui si associa cifosi dorsale. A livello delle articolazioni è presente inoltre un'accentuata lassità legamentosa. Utile il controllo radiologico.



Diagnosi genetica: La conferma diagnostica si basa sulla identificazione di una mutazione di uno specifico gene, localizzato nel cromosoma 4, che contiene il "codice" per la produzione di una proteina chiamata "recettore del fattore di crescita dei fibroblasti di tipo 3" o più semplicemente FGFR3. L'alterazione di questo gene colpisce soprattutto le cellule della cartilagine di accrescimento che perdono la capacità di moltiplicarsi, condizione necessaria per l'allungamento/sviluppo delle ossa. Nel 99% dei bambini affetti da ACP, si riscontra la stessa mutazione (G380R), quindi si osserva lo stesso "errore" in posizione 380, con sostituzione di una unica base nucleotidica. 9 bambini su 10 affetti da ACP, nascono da genitori assolutamente normali, per l'alterazione del gene FGFR3, che avviene nei gameti del padre o della madre. In questo caso la possibilità di avere un altro figlio affetto è identica a quella di qualsiasi altra coppia. L'ACP si trasmette secondo modalità autosomica dominante, questo significa che ogni affetto ha una probabilità di trasmetterla nel 50% dei casi.

C'è una cura?

■ Non esistono ad oggi, terapie in grado di guarire dall'ACP. La possibilità per migliorare la qualità della vita dei pazienti con ACP è il trattamento chirurgico ortopedico di allungamento degli arti, che tuttavia va attentamente considerato, secondo modalità e tempi che richiedono soprattutto il coinvolgimento diretto e partecipe del paziente. Fondamentale risulta invece la presa in carico del bambino per la sua "cura" globale: di rilievo è la diagnosi precoce per pianificare controlli longitudinali presso un Centro specialistico competente nella "gestione globale" del bambino affetto. L'approccio multispecialistico deve tener conto che se da un lato questi bambini sono dotati di una intelligenza del tutto normale, possono dall'altro però presentare problematiche di vario grado tali da richiedere specifici provvedimenti. Possono insorgere problemi respiratori o neurologici legati ad alterazioni a carico del base-cranio, situazioni quindi che sono trattabili se tempestivamente riconosciute. Provvedimenti riabilitativi e specifici devono tener conto di lassità legamentosa, paramorfismi, e delle possibili alterazioni a vari livelli. La statura adulta è mediamente 124 cm nelle femmine e di circa 131 nei maschi.

Sintesi informazioni sull'acondroplasia

Frequenza	1:20.000 nati
Gene mutato	FGFR3, G380R
Cromosoma coinvolto	4
Ereditarietà	Autosomica dominante
Diagnosi prenatale	Possibile
Consulenza genetica	Consigliata
Statura definitiva (cm)	M:131±6 F:124±5,5



Febbre, dolore, infiammazione: CHE FARE?

A cura di **Piercarlo Salari**
Pediatra di Consultorio Milano

Febbre, dolore e infiammazione sono tre aspetti strettamente legati tra loro, anche se nel bambino il più delle volte è l'aumento della temperatura corporea ad attirare maggiormente l'attenzione. In tali circostanze paracetamolo e ibuprofene sono i due farmaci di più largo impiego, ma è importante conoscere le loro prerogative per impiegarli in maniera appropriata. Il paracetamolo è il farmaco di elezione per il trattamento della febbre e dello stato di malessere che a questa si associa ed è caratterizzato anche da una notevole attività antidolorifica, sfruttabile nel caso di condizioni di entità lieve-moderate, come per esempio il dolore da trauma, il dolore di crescita, il mal di testa, il dolore addominale e il mal di gola. L'ibuprofene rappresenta invece il farmaco di scelta nel trattamento degli stati infiammatori dolorosi di alcune malattie, come per esempio l'otite, ed è l'unico antinfiammatorio autorizzato per l'uso nei bambini di età inferiore a 6 anni.

IL BAMBINO CON FEBBRE

La febbre è spesso motivo di ansia e preoccupazione da parte dei genitori e la sua cura deve essere mirata a procurare sollievo al bambino e a migliorare le sue condizioni generali (appetito, sonno, idratazione, umore).

Il paracetamolo è il farmaco di prima scelta nella febbre ed è l'unico che può essere utilizzato, ove necessario, sin dai primi giorni di vita. È importante dunque rispettare la posologia corretta: per il controllo della febbre, se la somministrazione avviene per bocca (sciroppo, gocce, compresse, bustine), il dosaggio raccomandato è di 10-15 mg ogni Kg di peso del bambino, da ripetere ogni 4-6 ore. Se il bambino ha la febbre alta si consiglia di partire con una dose di 15 mg per ogni Kg di peso. Va poi osservato che spesso il bambino con febbre è inappetente e al momento della somministrazione dell'antipiretico si ritrova a digiuno: anche in queste circostanze è consigliato l'impie-

go del paracetamolo, che può essere assunto anche se il bambino non ha mangiato, a differenza dell'ibuprofene, che deve essere invece assunto, preferibilmente, a stomaco pieno.

Una prassi purtroppo diffusa è quella di affrontare la febbre, soprattutto se elevata e persistente, con l'impiego associato oppure alternato di paracetamolo e ibuprofene.

Tale approccio è assolutamente da evitare, sia perché non offre alcun vantaggio sia perché può soltanto aumentare il rischio di effetti indesiderati: il suggerimento è quindi di utilizzare nella febbre un farmaco unico, facendo eventualmente riferimento al pediatra di fiducia.

IL DOLORE NEL BAMBINO

È da sfatare la convinzione secondo cui il bambino, anche se neonato, non provi dolore oppure non lo percepisca con le stesse modalità dell'individuo adulto. Non è affatto così: il bambino sente dolore e ne conserva anche la memoria. Lo dimostra il fatto che un dolore non trattato, soprattutto nel neonato, lo rende progressivamente più sensibile a questo sintomo, peggiorando la sua qualità di vita. Ogni condizione associata a dolore nel bambino merita quindi di essere trattata, se pure in maniera diversa a seconda del caso specifico, come di seguito illustrato.

IL BAMBINO CON OTITE

L'otite è un'infiammazione dell'orecchio medio, che riconosce in un'elevata percentuale di casi una causa infettiva. La corretta gestione di questa patologia, oltre al suo generale inquadramento clinico, deve prevedere la valutazione

Se il bambino ha: dolore alla testa, alla gola, è caduto, avverte crampi, sente dolore a livello dell'addome, delle gambe (dolore di crescita) oppure è in fase di dentizione e piange perché ha male, si tratta di **dolore senza infiammazione**. In tutti questi casi, il **paracetamolo** rappresenta la soluzione di prima scelta per il sollievo dal dolore e la più usata in età pediatrica perché efficace e sicura. È importante che la terapia sia continuativa, a dosaggi adeguati, calcolati sempre in funzione del peso (15 mg per Kg di peso), e ripetuti nel tempo (ogni 6 ore).

del dolore e la sua immediata cura, indipendentemente dalla prescrizione di antibiotici. L'ibuprofene, in ambito pediatrico, è il farmaco di scelta per la cura del **dolore associato a infiammazione**, come per l'appunto nel caso di otite. Il dosaggio di ibuprofene raccomandato è di 10 mg per ogni Kg di peso del bambino, da somministrare ogni 6-8 ore.



I tempi dell'ortodonzia

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

L'Ortodonzia è quella branca della Odontoiatria che studia le occlusioni dentali non corrette (malocclusioni) o, più diffusamente, le alterazioni dalla norma dell'organo della masticazione nei suoi componenti: denti, ossa, muscoli, articolazione temporo-mandibolare, legamenti, sistema nervoso, ecc., suggerendo i mezzi terapeutici atti alla correzione o al raggiungimento del compromesso funzionale migliore e più stabile nel tempo, tenendo conto dei problemi di sviluppo e crescita e degli stretti rapporti che tale organo contrae con le altre parti del corpo. E' quindi un settore dell'Odontoiatria che si occupa della prevenzione e della cura dell'intero complesso stomatognatico e dell'aspetto estetico del paziente.

Quando effettuare i controlli odontoiatrici?

■ Si consiglia di effettuare la prima visita odontoiatrica tra i 3 e i 6 anni e comunque all'inizio della caduta dei primi denti da latte (permuta dentale): lo scopo di essa è il controllo dello stato di salute generale del cavo orale e del corretto percorso di crescita dento-scheletrico del bambino. E' molto importante infatti comprendere che il maggiore problema odontoiatrico del bambino in fase di accrescimento è il corretto sviluppo delle ossa mascellari: esse devono crescere secondo precisi parametri ed eventuali anomalie devono essere diagnosticate il più precocemente possibile per consentirne una efficace correzione. Indipendentemente dall'età è comunque indicato portare il bambino ad un controllo odontoiatrico-ortodontico in caso di: perdita precoce di denti decidui; difficoltà masticatorie o di chiusura della bocca; problemi respiratori (respirazione orale); abitudine protratta dopo i 3-4 anni a succhiare il dito, il ciuccio, le labbra, coperte o si-

mili; presenza di affollamento dentale e di denti mal posizionati; mascellari che deviano nella chiusura; difficoltà a parlare o nella pronuncia di alcune lettere; denti molto sporgenti; trauma masticatorio delle guance o del palato; presenza di disarmonia facciale; serramento o digrignamento dentale prolungato; rumori dell'articolazione temporo-mandibolare. Dai 6 anni in poi il bambino presenta una dentizione mista, nella quale sono presenti sia denti da latte che denti permanenti, che si protrarrà fino al completamento della dentatura permanente, che avviene intorno ai 12-14 anni. In questo periodo è importante continuare i controlli odontoiatrici periodici al fine di diagnosticare precocemente eventuali anomalie di crescita ossea o di posizione dei denti permanenti. In questo periodo di età è anche necessario il massimo controllo dello spazio presente nelle arcate dentali, considerato che i denti da latte svolgono anche il ruolo di mantenitori di spazio per i denti permanenti: una perdita precoce di uno di essi, per carie, di pri-

maria importanza l'individuazione e la eventuale risoluzione, in funzione dell'età della permuta, della lesione cariosa, o altre patologie dentali, può provocare una malocclusione dentale.

Nel caso di diagnosi di malocclusione cosa fare e perché?

■ La terapia precoce o intercettiva (fra i 6 e i 12 anni di età) è finalizzata a prevenire l'instaurarsi di anomalie della crescita delle ossa mascellari (le cosiddette *malocclusioni scheletriche*) intervenendo su alcuni fattori di disturbo della loro armonia di sviluppo, fra i più comuni dei quali si evidenziano il succhiamento del pollice, l'uso prolungato del ciuccio, la respirazione orale e la deglutizione atipica. Queste situazioni possono essere responsabili di alterazioni funzionali che cambiano l'equilibrio neuro-muscolare della crescita delle ossa mascellari e il danno che possono provocare dipende dalla loro intensità e durata. Sono quindi responsabili dell'instaurarsi

del difetto di crescita ossea o dell'aggravamento della stessa. La precocità nell'intervento, unita alla collaborazione fra più specialisti, è certamente la condizione più favorevole alla prevenzione e all'intercettazione della malocclusione e di tutte le patologie consequenziali correlate. Durante questa fase possono essere utilizzate apparecchiature puramente ortodontiche, apparecchiature ortopediche fisse o rimovibili e apparecchiature funzionali che agiscono sulla crescita ossea sfruttando forze naturali di natura meccanica o la modifica di specifici equilibri neuro-muscolari. Il periodo più favorevole per l'intervento ortopedico è l'inizio della fase di crescita prepuberale

(corrispondente al *picco di crescita scheletrica*): per tale motivo è indispensabile che il bambino venga visitato con la opportuna costanza e frequenza dall'Odontoiatra nella fascia di età compresa tra i 6 e gli 8 anni.

L'età compresa fra i 6 e i 12 anni risulta fondamentale per la correzione delle anomalie di crescita delle strutture scheletriche del complesso cranio-facciale perché la crescita delle ossa mascellari rallenta notevolmente o termina generalmente al compimento dei 13-14 anni. Oltre queste età gli eventuali veri difetti di crescita delle ossa mascellari potranno probabilmente essere risolti solamente con compromessi sulla posizione dei denti o con interventi di chirurgia maxillo-facciale ortognatodontica.

A volte comunque la terapia precoce intercettiva può non essere sufficiente a risolvere completamente la malocclusione risultando così necessario prevedere e programmare una terapia più tardiva che porti alla correzione definitiva in dentatura permanente (dopo i 12-14 anni).

Una corretta impostazione diagnostica primaria fa sì che l'eventuale terapia ortodontica in dentizione permanente possa essere più semplice ottimizzando i risultati e riducendo le tempistiche della terapia.

Allo stesso modo può non essere necessario nessun intervento precoce se il bambino non presenta nessuna anomalia di crescita ossea: in tal caso, nell'ipotesi della comparsa di un disallineamento dentale, la risoluzione di questo

può essere posticipata fino al completamento della permuta denti da latte-denti permanenti (intorno ai 12-14 anni di età). Nel caso di permuta dentale e crescita scheletrica ultimata le malocclusioni risolubili con terapia ortodontica sono *puramente dentali* e sono legate alla presenza di affollamenti dentali più o meno severi; alla risoluzione di morsi profondi o morsi aperti residui; alla terapia di posizioni dentali non idonee alla realizzazione di successive riabilitazioni protesiche (denti inclinati o estrusi nella sede di denti mancanti) e la correzione di patologie occlusali come possibili concause di disfunzioni dell'articolazione temporo-mandibolare.

Non esiste una regola scritta che codifichi l'età e la tipologia dell'intervento correttivo, ma solo un accurato approccio diagnostico può essere di ausilio nella scelta dell'epoca, della metodica e della tipologia di apparecchiatura ortodontica da utilizzare.

Risulta altresì importante evidenziare che in tutti i momenti sopracitati, in particolar modo nelle fasi più precoci, sia sempre indispensabile una stretta collaborazione multi-specialistica fra Odontoiatri, Otorinolaringoiatri, Ortopedici, Logopedisti e Pediatri al fine di intercettare precocemente quelle condizioni che se adeguatamente corrette evitano l'instaurarsi di quadri malocclusivi o scheletrici complessi, in un secondo tempo più difficilmente, e a volte non più, risolubili.

SENSODYNE®



7 AZIONI PER IL TUO BAMBINO IL NUMERO PERFETTO PER LA VITA

COSA VUOL DIRE ESSERE GENITORIPIÙ?

Voi genitori siete i protagonisti della salute dei vostri figli: a partire dal momento in cui avete scelto di concepirli, giorno dopo giorno durante la gravidanza, passo dopo passo nei suoi primi anni. In ogni momento della vita del vostro bambino, la cura, che solo un genitore attento e informato può dargli, è un bene prezioso. Per questo abbiamo scelto di promuovere 7 azioni per la salute del bambino: 7 azioni di fondamentale importanza per voi, ma soprattutto per lui. Ognuna di queste azioni lo protegge da più di un problema. Tutte insieme costituiscono un capitale di salute per la sua vita futura. Voi genitori potete fare davvero molto: quello che fate ha più forza se ogni azione è sostenuta insieme alle altre. Un esempio importante? Le vaccinazioni: un modo semplice, efficace e sicuro per proteggere i vostri bambini, contro pericolose malattie per le quali non esiste una terapia efficace. Vaccinare i vostri bambini significa proteggere la salute di tutti i bambini, ma è necessario l'impegno di tutti per poter godere dei benefici di questa azione. Essere genitori più, quindi, vuol dire essere genitori protagonisti del benessere del proprio figlio. Ma vuol dire anche utilizzare al meglio il Servizio Sanitario: ci siamo impegnati nella promozione delle 7 azioni per offrire, insieme a voi, più salute, più protezione e più sicurezza ai vostri bambini e alla comunità. Il Ministero promuove le 7 azioni attraverso gli operatori dei servizi ed è impegnato da tempo per garantire a tutti i bambini la protezione offerta dalle vaccinazioni attraverso la collaborazione tra i servizi vaccinali e i pediatri di famiglia.

È UNA CAMPAGNA DEL



Ministero della Salute

www.genitoripiù.it

REGIONE CAPOFILIA:



Con il patrocinio di: **ACP, AICPAM, ASNAS, FNCO, IPASVI, SIGO, SIN, SIP, SITI**

Il progetto GenitoriPiù è nato nel 2006 come Campagna di Comunicazione Sociale nel Veneto in occasione della sospensione dell'Obbligo Vaccinale. Tra il 2007 e il 2009 diventa Progetto Nazionale promosso dal Ministero della Salute; oggi prosegue nella Regione Veneto come Programma all'interno del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012. Oggi oltre alle sette azioni promuove anche la Sicurezza in casa e l'astensione dall'uso di bevande alcoliche in gravidanza e durante l'allattamento.

Se vuoi saperne saperne di più vai al sito: www.genitoripiù.it

In collaborazione con:



Coordinamento Campagna: Azienda ULSS 20 Verona

POUR ÊTRE DES MÉGA-PARENTS, SEPT SIMPLES ACTIONS SUFFISENT. SEPT SIMPLES ACTIONS QUI POURTANT VALENT UNE VIE ENTIÈRE

- PRENEZ DE L'ACIDE FOLIQUE À L'AVANCE**
Ayez soin de votre enfant, même avant de le concevoir: l'acide folique est une vitamine, et si elle est consommée avant la conception et pendant les premiers trois mois de grossesse, elle peut prévenir d'importantes malformations. Elle n'a pas d'effets secondaires. Demandez plus d'information à votre médecin de confiance.
- NE FUMEZ PAS PENDANT LA GROSSESSE**
Protégez votre enfant du tabac: en fumant pendant la grossesse, vous mettez en péril la santé de votre enfant. Le tabagisme passif est tout particulièrement dangereux lorsqu'il est encore petit: ne permettez pas que l'on fume à la maison ou en proximité de votre enfant. Demandez plus d'informations à votre médecin de confiance ou à votre sage-femme.
- ALLAITEZ-LE AU SEIN**
Allaitiez votre enfant au sein. L'allaitement au sein est un geste très naturel et le lait de la mère est l'aliment le plus complet: au cours de premiers six mois de vie, votre enfant n'a besoin de rien d'autre. Allaitiez votre enfant même après la première année de vie: le lait de la mère le protège de nombreuses maladies, non seulement quand il est tout petit. Et cela fait du bien même à sa mère. N'hésitez pas à en parler avec votre famille et avec les opérateurs de santé.
- LE COUCHER SUR LE DOS**
Mettez votre enfant au lit toujours sur le dos, c'est la position la plus sûre. À côté de l'allaitement et à la protection de la fumée de tabac, cette pratique aide à prévenir la «mort subite» (SMSN). Il est également important de garder la température de son environnement aux alentours de 20 degrés et de ne pas le couvrir de façon excessive.
- PROTÉGEZ-LE DANS LA VOITURE AVEC LE SIÈGE DE BÉBÉ**
Dans la voiture, employez toujours le siège d'enfant, même pour des courts voyages. Prenez soin à ce que le siège soit conforme aux normes, qu'il ait des mesures adéquates et qu'il soit fixé correctement. Assurez-vous qu'il ait le label européen ECE R44/03.
- LE SOUMETTRE À TOUS LES VACCINS CONSEILLÉS**
Les vaccins assurent la protection de votre enfant et des autres enfants dans son entourage de maladies contagieuses. Certaines sont très dangereuses et on peut les contrôler justement grâce aux vaccins. Pour d'autres informations, consultez le cahier des vaccinations du bébé et adressez-vous à votre pédiatre ou bien aux opérateurs des services vaccins.
- LISEZ-LUI UN LIVRE**
Trouvez du temps pour lire avec votre enfant: il aimera votre voix lisant un livre et cela va stimuler son développement cognitif et social. Vous pouvez le faire à partir de l'âge de 6 mois. Demandez à votre pédiatre des renseignements sur le parcours à suivre pour le faire.

QU'EST-CE QUE ÇA VEUT DIRE, MEGA-PARENTS?

Vous les parents êtes responsables de la santé de votre enfant: à partir du moment où vous avez décidé de les concevoir, jour après jour, pendant la grossesse, petit à petit au cours de ses premières années de vie. Dans tout moment de la vie d'un enfant, les soins d'un parent attentif et bien informé sont un bien précieux. Voilà pourquoi nous avons décidé de mettre en avant sept actions pour la santé de l'enfant: sept actions d'importance cruciale pour vous, mais surtout pour lui. Chacune de ces actions le protégera d'une menace, et de plus d'une. Ensemble, elle représentent un investissement dans sa santé pour l'avenir. Vous les parents pouvez vraiment beaucoup faire: vos soins seront plus efficaces si vous mettez en pratique chacune de ses actions. Voilà un bon exemple: les vaccins, une façon simple et privée de risques pour protéger vos enfants de maladies dangereuses contre lesquelles aucune thérapie efficace n'existe. Vacciner vos enfants, ça veut dire protéger la santé des autres enfants également, mais il faut de l'engagement de la part de tout le monde pour pouvoir jouir des bénéfices de cette action. Méga parents, ça veut dire être des parents de premier plan pour le bien-être de son enfant. Mais cela veut dire également mieux utiliser l'Assistance médicale: nous nous sommes engagés pour promouvoir 7 actions dans le but d'offrir plus de santé, plus de protection et plus de sécurité pour vos enfants et toute la communauté. Le Ministère soutient ces 7 actions à travers les opérateurs de santé et il s'engage depuis longtemps pour garantir à chaque enfant la protection des vaccins par le biais de la collaboration avec les pédiatres et les services préposés.

www.genitoripiù.it/francese

在育儿过程中, 只需做到这简单的七件事, 你们就可以成为优秀父母。 孩子将会受益终生

- 尽早服用叶酸**
如果决定想要孩子, 在受孕前就可以开始服用叶酸: 叶酸是一种维生素, 最好是怀孕前和怀孕后头3个月孕 娠这段时间内服用, 可以预防小儿先天性畸形, 因为服用叶酸是非常重要的。同时, 服用叶酸是安全保险的, 你也可向家庭医生咨询。
- 在怀孕期间和在儿童面前 禁止吸烟**
保护你的孩子不要受到吸烟的污染: 在怀孕期间吸烟 对身体健康极为不利, 特别是孩子 还在很小的时候, 如果被被动地吸入烟旁将会严重影响其身体健康: 因此禁止在家中吸烟或在孩子附近吸烟。还可向你的家庭医生或产科医师作有关的咨询。
- 母乳喂养**
尽可能地对婴儿进行母乳喂养, 它不仅可增加母子亲 情, 而且也是一种最自然的行为了。是宝宝最适合的天然营养食品, 含有婴儿需要的各种营养素, 对宝宝而言容易消化吸收和利用, 在婴 儿最初的6个月生命中, 可完全母乳喂养, 不需添加任何其他的食物和饮料。之后在添加其他食物时仍 可继续喂奶直到1岁多。母乳不仅营养丰富还具抗体作用, 可保护婴儿不受多种疾病感染, 还可预防儿童 期疾病, 母乳喂养大的孩子一般身体体质都比较健康, 同时母乳喂养对母亲也有利处。如有疑惑处, 可直接与家人和医护人员交谈。
- 将婴儿肚朝上仰面而睡**
要将宝宝肚朝上仰面而睡: 这种睡势对刚出生的宝宝 而言比较安全。母乳喂养和保护孩子不受吸烟者烟雾 的污染可降低婴儿期各年龄婴儿之 “婴儿猝死症”(SIDS)。另外, 重要的是保持宝宝房间环境的温度在 20°C 左右, 不要将宝宝盖的太多。
- 车内婴儿座椅安全保护措施**
当婴儿在汽车内时, 一定要将婴儿安置在婴儿安全座 椅上并系上安全带, 即使是很短的路程也要使用安全 座椅。要检查儿童安全座椅质量是否符合规定的要 求: 尺寸和承重量要合适, 安装要正确。检查安全座 椅的品牌是否有欧洲共同体ECE R44/03合格检查 证。
- 接受医生建议的预防接种**
给你的孩子进行预防接种意味着保护你的孩子及其他 的孩子不受传染病的感染。有些传染病是非常危险的, 而正是因为有了预防接种, 这些危险性的传染病才得以控制。如想了解更多有关预防接种的情况, 可参阅有关儿童预防接种宣传本, 也可直接向你的家庭 儿科医生或卫生局预防针办公室工作人员咨询。
- 接受医生建议的预防接种**
给你的孩子进行预防接种意味着保护你的孩子及其他 的孩子不受传染病的感染。有些传染病是非常危险的, 而正是因为有了预防接种, 这些危险性的传染病才得以控制。如想了解更多有关预防接种的情况, 可参阅有关儿童预防接种宣传本, 也可直接向你的家庭 儿科医生或卫生局预防针办公室工作人员咨询。

成为“优秀父母”意味着什么?

首先从怀孕的那一刻开始, 随着胎儿在母亲怀中一天一天长大及出生后宝宝 天天的成长, 父母在宝宝最初 的成长过程中扮演着主要角色和起着关键作用。要知道, 在宝宝成长过程中, 只有掌握 一定育婴知识的的 合格父母才能给予宝宝更好地照料和教育, 这对宝宝 来说是至关重要的。为了宝宝健康成长, 我们向父母推荐7项正确育婴方式: 这7项重要的育婴行为方式不仅对父母很重要, 对宝宝 而言更为重要, 因为父母的每一个正确行为方式都可以避免在育儿过程中出现多种问题, 为此, 正确的养 育行为方式不仅可以给宝宝一个健康身体还可以给孩子一个美好的未来。的确, 父母在孩子的成长过程中 可以做很多很多: 在此, 每个育儿行为方式都很重 要, 但父母如果能做到所有的这七件事, 那么可获得 最佳效果。举一个重要的例子, 给孩子进行预防针接种, 是一项 既简单又可有效地保护孩子的身体健康措施, 接种可 预防一些危险的, 目前还未有有效地治疗手段的传 染性疾。给孩子进行预防接种, 不仅意味着保护所有 孩子们的健康, 同时也是让孩子们享受预防接种 益处的必要行为。成为一个 “优秀父母”, 既成为宝宝健康成长过程中的护航人, 同时也是更好地利用医疗卫生局为家庭提供 的服务: 工作人员为父母准备这7 项正确的育儿行为 常识, 与父母 一起, 为你们孩子健康成长及儿童群体 提供更安全地保障。长期以来, 通过卫生局预防针部门医护人员和儿科医 生共同合作, 推广这七项重要的育儿常识和行为, 来 保证所有儿童都能享受国家卫生局提供的预防接种服 务。

www.genitoripiù.it/cinese

PENTRU A FI MAI MULT DECÂT PĂRINTE, SUNT SUFICIENTE 7 ACȚIUNI. 7 ACȚIUNI SIMPLE CE VĂ LOREAZĂ CÂT O ÎNTREAGĂ VIAȚĂ

- LUAȚI DIN TIMP ACIDUL FOLIC**
Gândiți-v la copilul dumneavoastră încă înainte de al concepe: acidul folic este o vitamină care poate fi administrată înainte de concepție și pe parcursul primelor 3 luni de sarcină, poate preveni importante malformații. Administrarea lui este sigură. Consultați medicul de familie.
- NU FUMAȚI ÎN TIMPUL SARCINII ȘI ÎN FAȚA COPILULUI**
Protejați-vă copilul de fumul țigării; fumatul în timpul sarcinii supune riscului sănătatea copilului. Pentru copilul mic, inclusiv fumatul pasiv este dăunător: nu permiteți să se fumeze în casă și în apropierea lui. Consultați medicul de familie sau medicul obstetrician.
- ALĂPTAREA LA SÂN**
Alăptați copilul la sân. Alăptarea la sân este gestul cel mai natural posibil, iar laptele matern este alimentul cel mai complet: în primele șase luni de viață copilul dumneavoastră nu are nevoie de nimic altceva. Continuați să îl alăptați până la un an sau chiar mai mult. Laptele matern protejează de foarte multe boli, atât în primii ani de viață cât și la varste mai mari. Li face bine chiar și mamei. Nu ezitați să vorbiți cu familia și cu cadrele medicale.
- AȘEZAȚI-L SĂ DOARMĂ PE SPATE**
Așezați copilul să doarmă întotdeauna pe spate; este poziția cea mai sigură. Împreună cu alăptarea și protejarea de fumul de țigară, ajută la prevenirea “morții subite” (SIDS). Este importantă și menținerea temperaturii camerei în jurul a 20 de grade C și nu-l acoperiți prea mult.
- PROTEJAȚI-L ÎN MAȘINĂ PUNÂNDU-L ÎN SCAUNUL PENTRU COPII**
În mașină utilizați scaunul de siguranță, chiar și pentru deplasări scurte. Asigurați-vă că este conform normelor legale: adaptat greutateii sale, de dimensiuni apropiate și corect montat. Verificați dacă are marca europeană ECE R44/03.
- FACEȚI TOATE VACCINURILE RECOMANDATE**
Vaccinarea copilului dumneavoastră înseamnă protejarea lui și a altor copii de foarte multe boli infecțioase. Unele sunt foarte periculoase, dar datorită vaccinărilor astăzi sunt tinute sub control. Pentru mai multe informații consultați carnetul de vaccinuri din copilărie și adresați-vă medicului pediatru sau cadrelor medicale responsabile cu vaccinarea.
- CITIȚI-I O CARTE**
Găsiți timp pentru a citi o carte împreună cu copilul dumneavoastră, cu voce tare. Ii va plăcea foarte mult și îi va stimula dezvoltarea cognitivă și relațională. Puteți începe încă de la vârsta de șase luni. Consultați medicul pediatru pentru indicațiile privind etapele ce trebuie urmate.

CE ÎNSEAMNĂ SĂ FII MAI MULT DECÂT PĂRINTE

Voi părinții sunteți protagoniștii sănătății copiilor dumneavoastră: din momentul în care ați decis să îl concepeți, în fiecare zi a sarcinii, la fiecare pas în primii săi ani de viață. În fiecare moment al vieții copilului dumneavoastră grija, pe care doar un părinte atent și informat o poate oferi, este un bun prețios. Datorită acestui fapt am ales să promovăm 7 acțiuni pentru sănătatea copilului, 7 acțiuni de importanță fundamentală pentru voi, dar mai presus pentru el. Fiecare dintre aceste acțiuni oferă protecție pentru mai mult decât o singură problemă. Toți împreună constituie un capital de sănătate pentru anii ce vor urma în viața sa. Voi părinții puteți face cu siguranță mult în acest sens: ceea ce faceți are mai multă putere dacă fiecare acțiune este susținută de ceilalți. Un exemplu important? Vaccinările: un mod simplu, eficient și sigur de a vă proteja copiii împotriva unor boli periculoase, pentru care nu există terapie eficientă. Vaccinarea copiilor dumneavoastră înseamnă protejarea sănătății tuturor copiilor, dar este necesară implicarea tuturor pentru a putea beneficia de efectele acestei acțiuni. Să fii mai mult decât părinte înseamnă să fii părintele, protagonistul bunăstării copilului tău. Dar mai înseamnă și folosirea la maxim a Serviciilor Medicale: suntem implicați în promovarea celor 7 acțiuni pentru a oferi împreună cu voi mai multă sănătate, mai multă protecție și mai multă siguranță copiilor dumneavoastră și comunității. Ministerul promovează cele 7 acțiuni cu ajutorul cadrelor medicale implicate de multă vreme, pentru a garanta tuturor copiilor protecția oferită prin vaccinare cu ajutorul colaborării între serviciile medicale responsabile cu vaccinarea și medicii pediatri.

www.genitoripiù.it/rumeno

La morte in culla

A cura di Raffaele Piumelli¹, Giulia Liccioli², Ada Macchiarini³

¹ Responsabile Centro Regionale di Riferimento per lo Studio e la Prevenzione della SIDS AOU-Meyer/Firenze

² Dipartimento per la salute della Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer

³ Presidente Associazione Genitori "Semi per la SIDS-Onlus"

La Sindrome della Morte Improvvisa del Lattante (Sudden Infant Death Syndrome-SIDS), conosciuta comunemente come "morte in culla", è un fenomeno noto fin dall'antichità, tant'è vero che nel I Libro dei Re del Vecchio Testamento si narra come re Salomone avesse giudicato la morte improvvisa di un bambino che condivideva il letto con la madre, non un infanticidio ma un decesso dovuto al rotolamento della madre stessa sul bambino durante il sonno. Il soffocamento accidentale si può quindi considerare la prima delle innumerevoli ipotesi che si sono succedute nel corso dei secoli nel tentativo di trovare una spiegazione plausibile a questa tragica evenienza. La SIDS è ancora tra le principali cause di morte nell'età compresa tra il primo e il dodicesimo mese di vita nei Paesi industrializzati ed è definita come la "morte improvvisa ed inattesa di un lattante di età inferiore ad un anno, che si verifica apparentemente durante il sonno e che rimane inspiegata dopo una indagine accurata, comprendente l'autopsia completa,

l'esame approfondito delle circostanze del decesso e la revisione della storia clinica del caso".

Dal punto di vista scientifico, sono molti gli interrogativi che suscita, in particolare per quanto riguarda la comprensione delle sue cause. In questo specifico settore di ricerca, negli ultimi vent'anni, si sono fatti passi da gigante grazie al contributo fornito dagli studi relativi alla fisiologia ed alla fisiopatologia del sonno, alla genetica ed all'anatomia patologica. Mettendo insieme i risultati scaturiti da queste ricerche è stato possibile formulare il modello del "triplice rischio" secondo cui la SIDS si verificherebbe poiché, nell'età critica (2-4 mesi), alcuni fattori di rischio ambientali eserciterebbero la loro azione su bambini che presentano una labilità dei cosiddetti "meccanismi di sopravvivenza" (autoranimazione) durante il sonno, normalmente controllati da particolari strutture cerebrali che hanno sede nel tronco dell'encefalo. In sintesi la SIDS colpisce bambini predisposti che, in un periodo di particolare vulnerabilità, vengono esposti a fattori di rischio in grado di innescare una progressiva compromissione dell'attività cardiaca e respiratoria che porta a morte durante il sonno. Se non è eludibile la finestra temporale di vulnerabilità, né tantomeno sono identificabili i bambini a maggior rischio attraverso screening di massa, è invece pos-

sibile evitare la loro esposizione ai fattori di rischio.

Gli studi epidemiologici su ampia scala condotti negli ultimi venti anni hanno consentito di individuare numerose condizioni associate ad un maggior rischio di SIDS: sesso maschile, nascita pretermine e/o basso peso alla nascita, posizione prona o di fianco durante il sonno, eccessiva copertura della testa, esposizione ad elevate temperature ambientali ed esposizione al fumo di sigaretta sia durante la gravidanza che dopo la nascita. L'uso del succhiottino durante il sonno e la condivisione della stanza con i genitori (room-sharing) riducono il rischio di SIDS. La condivisione del letto (bed-sharing) al contrario ne aumenta il rischio, specialmente se si dorme su un divano o un sofà, se i genitori sono fumatori e/o fanno uso di farmaci sedativi e/o di alcolici e se il bambino ha una età inferiore a 3 mesi.

Alcuni dei fattori di rischio che abbiamo descritto sono "eliminabili" e ciò ha permesso di riscrivere la storia naturale della sindrome. Nei Paesi dove vengono attuate le campagne di riduzione del rischio basate su una capillare trasmissione delle norme per un corretto accudimento dei bambini nei primi mesi di vita, l'incidenza della SIDS si è infatti ridotta di oltre il 50%, aggirandosi attualmente intorno allo 0,5‰.

Nel nostro Paese lo strumento comunicativo che dovrebbe essere utilizzato nelle Campagne informative è rappresentato dall'opuscolo "Per Loro è Meglio" elaborato dal Gruppo Tecnico Interregionale SIDS insediato presso il Coordinamento Commissione Salute nel 2007. L'opuscolo, che contiene le semplici "regole d'oro" per la riduzione del rischio di SIDS, è stato tradotto in sei lingue ed ha ottenuto l'approvazione del Ministero della Salute, della Società Italiana di Pediatria, della Società Italiana di Neonatologia, della Federazione Italiana Medici Pediatri e dei Collegi delle Ostetriche della Regione Toscana.

E' importante ribadire che le Campagne di riduzione del rischio rappresentano ad oggi lo strumento più efficace nella lotta alla SIDS: i dati provenienti dalla regione Toscana sono in tal senso confortanti, poiché la mortalità complessiva per Morti Improvvise ed Inattese nel primo anno di vita, negli ultimi due anni, non ha superato lo 0,3‰. Ciò è stato possibile grazie all'impegno congiunto delle varie componenti che ruotano intorno al percorso nascita: Assessorato per il Diritto alla Salute e alle Politiche Sociali della Regione Toscana, Centro Regionale SIDS dell'Ospedale Meyer, Associazione Genitori Semi per la SIDS, pediatri di famiglia, pediatri dei punti nascita, personale infermieristico e ostetriche.



La tranquillità di saperlo protetto.



ARMANDO TESTA

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

www.amuchina.it



AMUCHINA è con te.



Cari Lettori,

stiamo entrando nel quarto anno di pubblicazione di **"Conoscere per Crescere"**, rivista voluta dai Pediatri della Società Italiana di Pediatria per intrattenere con Voi un dialogo costruttivo attraverso la divulgazione di informazioni e consigli autorevoli in tema di salute, benessere e prevenzione.

La rete distributiva è in costante ampliamento: Pediatri, scuole, consultori, ospedali, Ginecologi, Dentisti, ma il vostro Pediatra sarà sempre il diffusore raccomandato a cui chiedere i tre numeri della rivista, offerti senza alcun costo.

Potrete trovare i numeri precedenti di **"Conoscere per Crescere"** anche on line, all'indirizzo www.sip.it e www.editeam.it

Grazie per l'attenzione e buona lettura.