



# CONOSCERE PER CRESCERE

LA RIVISTA DEI PEDIATRI ITALIANI PER LA FAMIGLIA

Anno IV - Ottobre 2013



Periodico distribuito gratuitamente

LE ASSOCIAZIONI E LA SCUOLA



# REGALIAMO FUTURO

Un macro progetto di salute globale per le famiglie



**NETW**  **ORK**

**Genitori ● Pediatra ● Scuola**

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



*Ministero della Salute*  
Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione



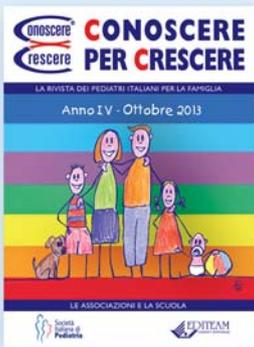
*Ministero dell'Istruzione,  
dell'Università e della Ricerca*

**fimp**  
Federazione  
Italiana Medici Pediatri

 Società  
Italiana di  
Pediatra



**EDITEAM**  
CORPO EDUCATIVI



### DIRETTORE SCIENTIFICO

Marcello Lanari

### DIRETTORE RESPONSABILE

Franca Golisano

### COMITATO DI REDAZIONE

Rino Agostiniani  
Luca Bernardo  
Federico Bianchi di Castelbianco  
Giovanni Corsello  
Tiziano Dall'Osso  
Gianna Maria Nardi  
Marina Picca  
Piercarlo Salari  
Michele Salata  
Maria Grazia Sapia  
Laura Serra  
Paola Sogno Valin  
Maria Grazia Zanelli

[www.sip.it](http://www.sip.it)

### COLLABORATORI ESTERNI

Federica Lanari

### SEGRETERIA DI REDAZIONE

[info@editeam.it](mailto:info@editeam.it)

### AREA COMMERCIALE E PUBBLICITÀ

[editoria@editeam.it](mailto:editoria@editeam.it)

Copyright © 2013

### EDITEAM Gruppo Editoriale

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

Si ringrazia per il contributo la



# Sommario

## Editoriale

- 2** Il controllo del dolore nel bambino e le Cure Palliative pediatriche  
Marcello Lanari

## Investire in salute

*Spazio dedicato allo stile di vita*

- 10** Evitiamo che il cibo sia veicolo di malattie ecco il decalogo della buona conservazione  
Piercarlo Salari
- 18** Internet, CORECOM-SIP-Università di Bologna: Giovani disinvolti ma inconsapevoli
- 22** Sicurezza e nutrizione specializzata per i nostri bambini  
Ruggiero Francavilla, Roberta Moretti, Fabrizio Acquafredda, Valeria Silecchia
- 36** Integratori alimentari  
Il "decalogo" del Ministero per uso informato
- 38** Cure palliative pediatriche: l'isola che c'è  
Laura Serra, Martina Mazzocco

## Conoscere per prevenire

*Spunti di educazione e innovazione sanitaria*

- 4** Proteggiamo i nostri bambini dai... giocattoli  
Laura Serra
- 16** I campi per bambini con diabete  
Un importante momento educativo per bambini e genitori  
Stefano Zucchini
- 20** Igiene orale, alimentazione e stili di vita  
La triade perfetta  
Gianna Maria Nardi
- 32** Circoncisione  
Rituale maschile in Italia: a che punto siamo?  
Rosalia Maria Da Rioli

## La bussola

*Supporto per interpretare sintomi e disagi*

- 6** Mamma ho mal di gola!  
Paolo Bottau, Caterina Bertolini
- 14** Febbre del bambino  
Come affrontarla in maniera efficace e sicura  
Piercarlo Salari
- 34** Il mio bambino ha il reflusso?  
Silvia Salvatore
- 40** Silenziosi, timidi, bizzarri  
I primi segni d'allarme nei disturbi dello spettro autistico  
Paolo Curatolo

## Lavorare con la scuola

*Strategie di intervento comune fra pediatri e insegnanti*

- 30** Dopo colazione... a scuola con la giusta merenda  
Vita Cupertino

## Codice rosso

*Riflessioni e suggerimenti sui comportamenti a rischio*

- 8** Contraccezione d'emergenza in adolescenza  
Maneggiare con cura  
Silvano Bertelloni, Diana Giobbi
- 12** Separazione dei genitori: come gestirla  
Silvia Pepe
- 26** Nuove droghe sintetiche  
Contrastarne la diffusione con il Sistema Nazionale di Allerta Precoce  
Giovanni Serpelloni, Claudia Rimondo, Catia Seri

## Le pagine rosa

*Grand'angolo sulla salute della mamma e del bambino*

- 3** Borse e salute... ma c'è un nesso?  
Federica Lanari
- 25** Allattiamo insieme - il flash-mob della Regione Emilia-Romagna per l'allattamento al seno
- 42** La varicella in gravidanza e nel neonato  
Ilaria Stolfi, Carla Fassi

# Il controllo del dolore nel bambino e le Cure Palliative pediatriche



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

Quando studiavo medicina (non sono giovane, ma neppure in età da pensione) ci veniva insegnato che il dolore era una risposta fisiologica a stimoli "nocicettivi" o ad un danno di un organo o di un tessuto e, come tale, era ineluttabilmente connesso alla malattia, che andava dunque curata nella sua globalità e il dolore sarebbe passato. In realtà questa nozione non è totalmente smentita, ma è avanzata, contestualmente ai progressi della farmacologia e della neurofisiologia (e forse anche ad una visione della vita come non necessariamente positiva, solo se scandita da prove dolorose) il concetto che il dolore vada gestito come tale, indipendentemente dall'evoluzione della malattia. I progressi sempre più accelerati della medicina hanno stravolto in questi ultimi decenni l'evoluzione di molte patologie, e malattie fino a pochi anni fa inguaribili ora lo sono, popolando la nostra realtà di ex portatori di tumori, di malattie congenite ed ereditarie, di ex neonati prematuri... Molte di queste persone tuttavia, pur sopravvivendo restano inguaribili, ma non devono restare incurabili. Non è un gioco di parole, ma la consapevolezza che questi individui, portatori di bisogni speciali connessi alla propria malattia (cura della sofferenza compresa, anche psicologica) hanno diritto a cure ad hoc fino alla fine della loro vita, fornite dai loro curanti, supportati da specialisti e strutture preparati in quelle che si chiamano "cure palliative" (CP).

Quando studiavo pediatria, nessuno dei miei testi trattava del dolore del bambino. Questo è (parzialmente) spiegabile dal fatto che si riteneva che i neonati ed i bambini piccoli, a fronte di una presunta immaturità del sistema nervoso, non provassero dolore come l'adulto. Non riuscendo questi ad esprimerne in modo compiuto l'intensità e le caratteristiche, si riteneva in maniera superficiale e forse anche un po' cinica, che fosse la paura a farli piangere, gridare, ribellarsi alle cure. A questo concorrevano il fatto che poi, per il loro bene, "se si doveva fare, si doveva fare!".

La tenera età e l'inconsapevolezza avrebbero contribuito a far dimenticare l'esperienza dolorosa.

Alla luce delle nuove conoscenze di neurofisiologia e grazie ad una serie di strumenti capaci di misurare il dolore nel bambino, anche se neonato, oggi sappiamo che, secondo un programma evolutivistico che impone al nostro sistema nervoso di sviluppare le facoltà nocicettive in maniera prioritaria, persino il feto o il nato di età gestazionale bassissima percepiscono il dolore intensamente, forse più dell'adulto. Sappiamo anche che stimoli dolorosi e protratti in età evolutiva possono imprimere modificazioni negative ed indelebili al nostro sistema nervoso ed alla nostra psiche.

La dimensione del problema è ampia, poiché si stima che almeno l'80% delle patologie pediatriche che richiedono il ricovero presentino una qualche manifestazione dolorosa e che il dolore si associ frequentemente alle problematiche gestite a livello ambulatoriale. Ciononostante, troppo spesso si è ancora impreparati a trattarlo in maniera efficace ed integrata, specie se cronico ed intenso ed ancor più a gestire eventuali CP, spesso erroneamente demandate ai medici dell'adulto. Il bambino ha peculiarità biologiche, sociali, emozionali, psico-relazionali che lo rendono assolutamente diverso da qualunque individuo adulto, con fabbisogni speciali che si riverberano fortemente sulla famiglia. Può forse suonar strano sentir parlare di CP per il bambino, ma purtroppo, anche se triste, sono una realtà assolutamente necessaria.

Circa la metà delle patologie che necessitano di queste, infatti, originano già nel periodo feto-neonatale (un quarto per esiti di gravi condizioni perinatali e un restante quarto per gravi malformazioni congenite e/o malattie cromosomiche e genetiche complesse). Malattie neurologiche e tumori contribuiscono a determinare la maggior parte dei restanti casi, cui si aggiungono quelli derivanti da una amplissima miscelanea di altre condizioni, per un totale di oltre 1.100 morti/anno. Nel nostro Paese il percorso per il riconoscimento delle CP pediatriche risale al 2006 e ad oggi poche regioni hanno attivato formalmente una rete per la terapia del dolore e le CP pediatriche, presente in 4 Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Basilicata), in via di organizzazione in 5 (Trentino, Marche, Puglia, Campania, Calabria), con un unico Hospice dedicato esclusivamente al paziente pediatrico a Padova ed uno in via di realizzazione a Bologna. Il seme però è lanciato e la cultura all'attenzione ed alla prevenzione del dolore nel bambino, nonché dei suoi bisogni nelle gravi patologie invalidanti ed inguaribili sta rapidamente germogliando.



## BORSE e SALUTE...ma c'è un nesso?

**Federica Lanari**  
*Master in Fashion Design Manchester  
Metropolitan University*

**T**roneggiano sugli scaffali dei negozi, ammiccano dalle vetrine, ci tentano... ma poi, se diventano nostre, grandi e comode o piccole e civettuole, piene di tutto quello che ci serve, di futilità o di utile, le nostre borse ci accompagnano sempre in ogni attività. Complementi indispensabili del nostro abbigliamento, sempre di più hanno funzione di raccogliere ciò che durante la giornata ci serve, dal telefonino al portafoglio, dal trucco... al panino; sì perché le nostre giornate sempre più spesso hanno soste brevi, nelle quali un panino o uno snack consumato sul posto di lavoro partono con noi da casa o sono infilati rapidamente nella borsa, già dal mattino. Nessun problema, se non fosse che l'interno delle nostre borse è paragonabile per presenza di batteri e germi responsabili di infezioni talvolta anche gravi, agli ambienti più sporchi che la nostra immaginazione ci suggerisca, toilette comprese. Possibile?

A dare l'allarme è Claire Powley, brand manager di Mentos & Smint, multinazionale produttrice di caramelle e chewing gum, a seguito di una ricerca commissionata per valutare il livello di contaminazione batterica degli oggetti comunemente presenti nelle borse delle donne. È emerso così che tubetti di creme per le mani, lucidalabbra, telefonini, computer portatili ed altro sono regolarmente contaminati da *Escherichia Coli*, *Streptococchi*, *Pseudomonas*, germi implicati in forme frequenti e talvolta gravi di infezione. Questo dato correla evidentemente con gli altri raccolti dall'indagine, che rappresenta una realtà fatta di scarpe, indumenti usati in palestra, biancheria intima sporca in totale convivenza (sempre nelle nostre borse) con alimenti e caramelle (da cui l'interesse di Mentos), che il 20% degli intervistati dichiara di mangiare, anche se sparsi senza involucro sul fondo della borsa. Dunque che fare, considerando che la borsa ci serve e ci segue in una giornata che è sempre più lunga e che spesso non prevede soste tra lavoro, spuntini, palestra e, ove resti del tempo, sport o eventuale vita sociale? Beh, sicuramente non inserirvi oggetti sporchi, almeno senza opportuni involucri che ne permet-

tano l'isolamento. Contenere poi gli oggetti che vengano a contatto con le nostre mucose o ingeriti ben al riparo da possibili contaminazioni ambientali. Non dimenticare di pulire l'interno della borsa frequentemente, rimuovendo ciò che di sporco possa esservi ma, prima di tutto, essere assolutamente attenti all'igiene delle nostre mani. Nulla di più potenzialmente pericoloso per la nostra salute è ciò che le mani raccolgono toccando tutto ciò che ci circonda, contenuto della borsa compreso e trasmettendolo per contatto attraverso la bocca e le mucose di occhi, naso, genitali. Dunque borse e indumenti puliti sì, ma principalmente attenzione all'igiene delle mani. Questo è ciò che raccomanda con indicazioni forti e supportate da evidenze scientifiche anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che vede nell'attuazione della pulizia accurata e frequente delle mani attraverso lavaggi ripetuti e nell'uso dei gel alcolici igienizzanti, specie nei periodi tipicamente epidemici ed in occasione di momenti quali quello del consumo dei pasti una strategia semplice, economica ed efficace per abbattere i rischi infettivi.

# Proteggiamo i nostri bambini dai... **giocattoli**

Laura Serra  
U.O. Pediatria e Neonatologia,  
Ospedale S. Maria della Scalotta, Imola

Giochi e giocattoli sono strumenti fondamentali per lo sviluppo di un bambino, ma possono risultare pericolosi o dannosi per la salute se non rispettano alcuni requisiti di sicurezza. Le Autorità nazionali ed europee svolgono un ruolo fondamentale nel controllo di tali requisiti per garantire la vendita di giocattoli privi di rischi per la salute. Quando un giocattolo è immesso sul mercato, il fabbricante infatti deve redigere una dichiarazione CE (Conformità Europea) di conformità alle norme contenute nella Direttiva Europea/CE sulla sicurezza dei giocattoli. Inoltre, per proteggere ulteriormente i consumatori europei dai prodotti "non sicuri", esiste il sistema Rapex che informa in maniera rapida sui prodotti non alimentari ritenuti pericolosi. La marcatura CE non implica che il prodotto sia stato costruito entro l'area europea, ma che rispetta la conformità a tutte le disposizioni comunitarie che prevedono il suo utilizzo: dalla progettazione, alla fabbricazione, all'immissione sul mercato, alla messa in servizio del prodotto, alla sicurezza, fino allo smaltimento. La marcatura CE è obbligatoria solo per determinate categorie di prodotti, quali dispositivi medici, ascensori, computer, telefoni cellulari, lampadine... e giocattoli. Purtroppo l'apposizione del marchio CE non elimina tutti i rischi (prova ne sono le notifiche presenti nel sistema Rapex di giocattoli pericolosi,

pur marcati CE). Altri elementi utili nella scelta di un giocattolo sono: l'indicazione della fascia di età del bambino a cui il giocattolo è rivolto; la presenza di avvertenze ed istruzioni nella lingua del Paese d'origine, il nome e l'indirizzo del fabbricante o dell'importatore. E' molto importante non comprare ai bambini di età inferiore a 3 anni giocattoli che contengano parti piccole che possano staccarsi perché queste potrebbero venire accidentalmente o volontariamente ingerite, o inalate con pericolo di soffocamento. E', comunque, importante tenere d'occhio i bambini mentre giocano e quando vengono utilizzati certi tipi di giocattoli come scooter, pattini a rotelle e biciclette, dovrebbero sempre essere indossati il casco e altri equipaggiamenti di sicurezza. Occorre assicurarsi che i bambini non giochino con imballaggi costituiti da fogli in plastica e sacchetti che potrebbero causare soffocamento. E' bene evitare, inoltre, i giocattoli in plastica morbida in quanto possono contenere

additivi pericolosi se ingeriti (ftalati), usati per rendere flessibili i prodotti. Anche i capi di abbigliamento possono risultare pericolosi per i bambini per la presenza di corde e lacci (pericolo di strangolamento) o di bottoni e paillettes (pericolo di ingestione e soffocamento).

## Che cosa è il sistema Rapex?

■ Il Rapex (European Rapid Alert System for non-food consumer products) è un sistema europeo di allerta rapida per i prodotti di consumo pericolosi, grazie al quale le Autorità nazionali notificano alla Commissione

Europea i prodotti che, ad eccezione degli alimenti, dei farmaci e dei presidi medici, rappresentano un grave rischio per la salute e la sicurezza dei consumatori. La Commissione Europea diffonde le informazioni ricevute ai punti di contatto nazionali degli altri Stati membri e pubblica su Internet riepiloghi settimanali dei prodotti segnalati e i provvedimenti adottati per eliminare i rischi (ritiro dal commercio o allerta sui rischi possibili). La quasi totalità degli articoli non conformi ritirati dal commercio è di origine cinese. Oltreché sul sito del Rapex, è possibile consultare l'elenco delle sostanze pericolose, anche nell'archivio dei prodotti pericolosi del portale del Ministero della Salute <http://ec.europa.eu/rapex>.

## Cosa sono gli "Ftalati"?

■ Gli ftalati sono prodotti chimici che vengono aggiunti alle materie plastiche per migliorarne la flessibilità e la modellabilità. Sono sostanze tossiche per la riproduzione, soggette a restrizione europea: il loro utilizzo non è consentito a concentrazioni superiori allo 0,1%, né nei giocattoli, né negli articoli destinati all'infanzia; il motivo della restrizione è dovuto al pericolo di esposizione che può derivare dal masticare o succhiare per lunghi periodi di tempo oggetti che contengono ftalati. Possono contenere ftalati: maschere di carnevale, bambole, anche rettili, insetti o, addirittura innocui animali da fattoria in plastica, articoli di cartoleria per la scuola, accattivanti, colorati, profumati (matite, pennarelli, plastilina colorata, gomme per cancellare, zainetti, astucci, ecc.), giochi da spiaggia, dai braccioli agli animali gonfiabili, attrazioni gonfiabili, oggetto di numerose notifiche nel Rapex anche negli anni passati. La plastica morbida ha concentrazioni di ftalati DEHP persino superiori al 15%.

## Per approfondire:

- Commissione Europea. La sicurezza dei giocattoli. Perché i nostri bambini siano protetti il meglio possibile.
- <http://ec.europa.eu/rapex>
- Elenco dei prodotti pericolosi circolanti in Italia: <http://www.salute.gov.it/sicurezzaChimica/archivioSostanzePericolose.jsp?menu=prodottiPericolosi&lingua=italiano>

# 10 REGOLE

## PER TUTELARE L'INCOLUMITÀ FISICA DEL BAMBINO

- 1. E' fortemente consigliato l'acquisto di giocattoli provvisti di marchio CE.** L'apposizione del marchio CE dovrebbe fornire rassicurazioni sulla sicurezza del giocattolo.
- 2. Giocattoli elettrici: per la maggiore sicurezza del bambino scegliere quelli a batteria.** I giocattoli elettrici (trenini, ferri da stiro, forni, ecc.) devono poter funzionare solo tramite trasformatore esterno con dispositivo salvavita a bassa tensione (massimo 24 Volt). Oltre al marchio CE, deve essere presente quello IMQ dell'Istituto del Marchio di Qualità. In ogni caso, è prudente sorvegliare il bambino durante il gioco.
- 3. Rispettare la fascia di età indicata sulla confezione.** Per le caratteristiche dei materiali e la dimensione dei componenti rimovibili, un giocattolo sicuro per una fascia di età, può risultare molto pericoloso per età inferiori (ad es. piccole parti del giocattolo possono staccarsi ed essere ingerite dai bambini più piccoli provocando gravi sintomi respiratori).
- 4. Attenzione ai materiali utilizzati per la produzione dei giocattoli.** In caso di giocattoli di stoffa o di peluche, oltre al marchio CE, si consiglia di controllare che i materiali siano di alta qualità (peli che non si staccano, occhi e naso fissati in modo anti-strappo, cuciture solide, nastri corti ed imbottitura che non si sbriciola) e che non siano infiammabili.
- 5. Evitare i giocattoli contraffatti.** Sono solitamente di materiale scadente, pericoloso per lesioni alla cute e alle mucose per alcune imperfezioni costruttive e facilmente infiammabili.
- 6. Evitare i giocattoli con bordi o punte taglienti.** Nel caso il materiale costruttivo fosse metallico, verificare che i bordi siano opportunamente "orlati" e che non ci sia ruggine o punti di ruggine e che i giocattoli siano in buon stato di conservazione.
- 7. Verificare che gli ingranaggi dei giocattoli meccanici siano ben protetti e non accessibili al bambino per evitare lesioni della cute.** Le lesioni cutanee ed articolari da "imprigionamento" negli ingranaggi sono molto dolorose e talvolta producono esiti funzionali importanti.
- 8. Le armi-giocattolo devono essere destinate ai bambini di età più elevata e si devono utilizzare solo i proiettili forniti dalla ditta produttrice.** Frecce e dardi devono avere la punta arrotondata, possibilmente di sughero o protetta con una ventosa difficilmente rimovibile (rischio di lesioni oculari).
- 9. Tende e cassette in tela devono essere muniti di un'uscita facilmente apribile dall'interno.** Inoltre i sistemi di sostegno devono essere di plastica, leggeri e facili da montare. La stabilità della cassetta o della tenda deve essere affidabile anche per movimenti bruschi e violenti, come può avvenire durante il gioco.
- 10. Verificare che la confezione sia completata da istruzioni in lingua italiana.** Leggere accuratamente assieme al bambino le istruzioni per il montaggio e l'utilizzo dei giocattoli.

Fonte: Direzione generale della prevenzione del Ministero della Salute.

# Mamma ho mal di GOLA!

Paolo Bottau, Caterina Bertolini  
U.O. Pediatria e Neonatologia,  
Ospedale S. Maria della Scaletta, Imola

Il "mal di gola" è uno dei principali motivi che spinge i genitori a chiedere un consulto medico per il proprio figlio. Uno dei timori principali è legato alla presenza o meno dello "Streptococco". In realtà, al contrario di quanto si pensi, lo streptococco di gruppo A (SGA) è responsabile solo del 20-30% dei "mal di gola" nei bambini; infatti la maggior parte delle faringiti è legata ad infezioni virali. Questo particolare aspetto epidemiologico impone una diagnosi il più precisa possibile perché, in caso di faringite streptococcica, è utile effettuare la terapia antibiotica, mentre in caso di infezione virale l'antibiotico non serve e può determinare inutili effetti collaterali.

## Quali sono i segni e i sintomi che possono far sospettare una faringite da SGA?

La faringite da SGA avviene più frequentemente ad una età compresa tra i 5 ed i 15 anni e si verifica soprattutto tra la fine dell'au-

Tabella 1  
Sintomi suggestivi di faringite da SGA

- ▶ improvvisa comparsa di faringodinia
- ▶ febbre
- ▶ cefalea
- ▶ nausea, vomito, dolore addominale
- ▶ segni di infiammazione faringotonsillare
- ▶ essudato faringotonsillare
- ▶ petecchie sul palato
- ▶ tumefazione linfonodi laterocervicali
- ▶ esantema scarlattiniforme

tunno e l'inizio della primavera. Molti sono i sintomi che si possono verificare in corso di infezione tonsillare da SGA: mal di gola, rash scarlattiniforme, petecchie sul palato, essudato faringeo, vomito, linfonodi cervicali dolenti, ecc. (Tab. 1). Purtroppo però nessuno di questi può dare la certezza che lo SGA sia la causa scatenante del "mal di gola". La presenza, in associazione alla faringite, di alcuni sintomi come: congiuntivite, tosse, raucedine, rinite, stomatite con afte, esantema e diarrea (Tab. 2) è invece suggestiva di infezione virale. Purtroppo anche in questo caso la diagnosi non può essere basata solo su pattern clinici.

## Come posso far diagnosi di faringite da SGA?

In letteratura sono comparsi vari punteggi clinici legati alla combinazione di più sintomi nel tentativo di standardizzare e rendere attendibile la diagnosi basata sui sintomi e segni clinici. Vari studi hanno fornito dati di accuratezza relativi a 5 punteggi predittivi di faringite streptococcica in pediatria (Breese, Centor, McIsaac, Wald, Attia), ognuno dei quali basato su un diverso insieme di dati anamnestici, segni e sintomi. Nessuno di questi ha raggiunto un rapporto di verosimiglianza tale (ossia una probabilità di malattia >85%) da permettere la diagnosi.

Visti questi dati anche le raccomandazioni di importanti società scientifiche come l'Infectious disease society of America e le Linee Guida italiane per la gestione della faringotonsillite in età pediatrica sono concordi nell'affermare che non esistono regole basate solo su pattern semeiologici che permettano la diagnosi di certezza.

Poiché i segni e i sintomi di faringotonsillite da SGA si sovrappongono con altre cause infettive, si raccomanda di non formulare una diagnosi eziologica basata sui dati clinici.

(Linee Guida Italiane per la gestione della faringotonsillite in età pediatrica).

Questi dati sottolineano la necessità di effettuare la coltura del tampone faringeo o il test rapido per la ricerca degli antigeni dello SGA per porre diagnosi di faringotonsillite da SGA.

Tabella 2  
Sintomi suggestivi di faringite virale

- ▶ congiuntivite
- ▶ rinite
- ▶ tosse
- ▶ diarrea
- ▶ raucedine
- ▶ afte del cavo orale
- ▶ esantema

L'esame colturale non è necessario nella diagnosi di routine, in considerazione dell'elevata concordanza del test rapido con l'esame colturale. In considerazione di questi dati in caso di test rapido positivo non è necessario effettuare la coltura, se il test rapido è negativo e il quadro clinico è fortemente suggestivo potrebbe essere prudente confermare la negatività con l'esame colturale. In ogni caso alla fine del trattamento antibiotico l'esecuzione del tampone (rapido o colturale) non è indicata.

## Quando non effettuare il test rapido?

Il tampone rapido non è generalmente indicato per bambini con faringite acuta associata a sintomi che suggeriscono la presenza di infezione virale, come ad esempio: tosse, rinite, raucedine o stomatite aftosa.

Nei bambini di età inferiore a 3 anni, in considerazione della bassa incidenza sia dell'infezione acuta da SGA che della febbre reumatica acuta l'esecuzione del test rapido non è generalmente indicato (tranne casi particolari). Alcuni autori suggeriscono, inoltre, che in bambini con punteggio di McIsaac di 0 o 1, il test rapido può essere evitato.

## Mc Isaac Score

Assenza di tosse	1
Linfadenite cervicale	1
Temperatura > 38°	1
Ipertrofia/essudato tonsillare	1
Età 3-14 aa	1

## In caso di diagnosi di faringotonsillite da SGA è necessario fare la terapia antibiotica?

Il trattamento antibiotico è indicato perché determina il miglioramento del quadro clinico, previene le complicanze suppurative (ascesso peritonsillare, linfadeniti, mastoiditi, ecc.) e la febbre reumatica, e riduce la contagiosità del soggetto malato. Certamente il precoce inizio della terapia antibiotica determina una riduzione nella durata della sintomatologia clinica, ma bisogna sottolineare come le Linee Guida italiane ricordino che: "un ritardo nell'inizio della terapia antibiotica fino a 9 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi non comporta alcun incremento del rischio di complicanze o di fallimento terapeutico o ricorrenze". La terapia di scelta per la faringotonsillite da SGA è l'Amoxicillina per 10 gg.



# Contracezione d'emergenza in adolescenza

## MANEGGIARE CON CURA

Silvano Bertelloni<sup>1</sup>, Diana Giobbi<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Pediatra, Pisa  
<sup>2</sup>Ginecologa, Ascoli Piceno

L'adolescenza è il periodo in cui si raggiunge la completa maturità riproduttiva e spesso si inizia l'attività sessuale. Negli ultimi 50 anni vi è stata una riduzione dell'età del primo rapporto sessuale con circa il 15-20% dei giovani che ha rapporti completi fin da 13-14 anni, prima che siano pronti a vivere la loro sessualità in modo consapevole. Molti di loro non utilizzano le adeguate protezioni e di conseguenza si richiedono interventi di emergenza.

### Cos'è la contraccezione d'emergenza?

■ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce come **contraccezione d'emergenza**, tutti quei metodi contraccettivi "di supporto" in grado di fornire alla donna un mezzo privo di rischio per prevenire una gravidanza indesiderata

dopo un rapporto sessuale non protetto o solo parzialmente protetto. In età adolescenziale, il metodo ormonale è quello di scelta per la contraccezione d'emergenza.

I contraccettivi d'emergenza orali agiscono mediante interferenza (blocco o ritardo) con i processi dell'ovulazione. Essi non causano aborto, né danneggiano una gravidanza eventualmente in atto.

In Italia, sono in commercio due tipi di contraccezione ormonale d'emergenza, che prevedono la somministrazione di Levonorgestrel in un'unica dose (1,5 mg) entro 72 ore dal rapporto a rischio (*pillola del giorno dopo*) o quella di Ulipristal acetato in un'unica dose (30 mg) da 24 a 120 ore dal rapporto a rischio (*pillola dei 5 giorni dopo*) (Tabella).

La correlazione tra efficacia e precocità di assunzione rende il concetto di emergenza realistico; *il ritardo volontario nella prescrizione da parte di un medico può pertanto assumere connotati medico-legali.*

### Efficacia dei contraccettivi d'emergenza orali disponibili in Italia nel prevenire gravidanze indesiderate

Tempi di assunzione dopo un rapporto non protetto, ore	Efficacia (%)	
	Levonorgestrel (2000)	Ulipristal acetato (2011)
< 24	97,5	99,1
< 72	97,8	98,6
120	97,8	98,7
Gravidanze complessive, n	40/1899* (2,1%)	20/1546* (1,3%)

\*Donne trattate.

### Modalità di vendita

■ I contraccettivi d'emergenza sono venduti con obbligo di ricetta medica non ripetibile. Secondo l'OMS, il Levonorgestrel, non esponendo a rischi clinici significativi, non ha la necessità di esami clinici e/o di laboratorio prima della prescrizione. La prescrizione di Ulipristal acetato è possibile, in Italia, solo dopo presentazione di un test di gravidanza negativo basato sul dosaggio del beta-hCG, per evitarne l'assunzione in donne con gravidanza già in atto.

### Dimensione del problema

■ In Italia, il numero di confezioni di contraccettivi d'emergenza vendute negli ultimi anni è stabile (circa 350.000/anno), di cui circa 11.000 di Ulipristal acetato nel suo primo anno di commercializzazione. L'esatta richiesta di tali prodotti da parte delle adolescenti non è conosciuta.

### Aspetti etici

■ In Italia il diritto all'obiezione di coscienza è concesso per legge solo per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge n. 194/1978); pertanto non riguarderebbe la prescrizione di contraccettivi d'emergenza che hanno un meccanismo d'azione basato su interferenza dell'ovulazione. Tuttavia, secondo un parere del Comitato Nazionale di Bioetica, visto che la contraccezione d'emergenza può avere come conseguenza l'interruzione del processo fecondativo (sia pure a monte dell'inizio della gravidanza in senso clinico), è un diritto del medico scegliere di non prescri-

verla o del farmacista di non venderla (*clausola di coscienza*). Il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) nel riaffermare il diritto del medico alla "clausola di coscienza" (25 ottobre 2008 art. 22, Codice di Deontologia medica, ma non riconosciuto in atti legislativi), ricorda che: "l'equilibrio tra il diritto del medico alla clausola di coscienza e quello della donna alla fruizione della prestazione ... non fa venir meno l'obbligo ... dei medici di

adoperarsi al fine di tutelare l'accesso alla prescrizione nei tempi più appropriati per la maggiore efficacia del farmaco".

Per quanto riguarda le problematiche medico-legali connesse alla prescrivibilità della contraccezione di emergenza a minori, questa è equiparata alla prescrizione di contraccettivi ormonali e quindi giuridicamente regolata dall'articolo 2 della Legge 194/78 senza indicazioni di limiti di età, non richiedendo il coinvolgimento dei genitori o dei legali rappresentanti a patto che venga erogata nelle strutture previste dalla legge; questo a maggior ragione visto che sussiste una situazione di

urgenza.

Tuttavia, nel caso di una minore non assistita né accompagnata dai genitori, spetta al medico un'attenta valutazione sulle condizioni di salute, il grado di maturità psichica, le motivazioni che la inducono a questa scelta e la sua capacità di comprendere appieno le informazioni fornite, prima di procedere alla prescrizione del farmaco contraccettivo.

### Considerazioni pratiche

■ La contraccezione di emergenza, essendo per definizione un metodo "di supporto" (e di prevenzione secondaria), non può e non deve rappresentare il principale mezzo contraccettivo utilizzato dall'adolescente, a cui invece va offerto un qualificato percorso di educazione alla sessualità al fine di adottare i metodi più corretti a ridurre le conseguenze di rapporti non protetti, che non si limitano alle sole gravidanze indesiderate (v. malattie a trasmissione sessuale). Il medico che accetta di prescrivere la contraccezione di emergenza dovrà effettuare, se possibile e/o necessario, un'accurata indagine anamnestica e clinica, dare informazioni chiare e adeguate per l'età, possibilmente scritte, indicando il meccanismo di azione del composto, la posologia, eventuali effetti collaterali ed i successivi controlli medici. In questo modo, il minore potrà prendere una decisione ragionata e consapevole su una contraccezione sicura ed adatta alle sue esigenze.

Il medico che ricorre alla "clausola di coscienza" (art. 22 del Codice di Deontologia Medica 2006) non dovrà limitarsi a rifiutare la richiesta della ragazza, indicando una soluzione alternativa, compresa la possibilità d'indirizzare la giovane ad una struttura corrispondente ai requisiti di legge, che accolga la richiesta nei tempi adeguati all'emergenza della situazione; è opportuno riportare sul foglio della consulenza medica i provvedimenti presi.



Evitiamo che il cibo sia veicolo di malattie

## ecco il **DECALOGO** della **BUONA CONSERVAZIONE**

**Piercarlo Salari**  
Pediatra Consultorio, Milano

Consumo oltre la data di scadenza, conservazione scorretta, manipolazione senza il rispetto delle norme igieniche... Spesso basta davvero poco perché il cibo si trasformi in un insospettabile pericolo per la salute, essendo un potenziale veicolo di microrganismi e/o tossine responsabili di infezioni gastrointestinali che talvolta possono richiedere il ricovero in ospedale.

Si può facilmente intuire come nei bambini tali eventualità possano essere ancor più probabili e temibili: vomito e diarrea, che costituiscono i principali disturbi asso-

ciati alle tossinfezioni alimentari, promuovono infatti la perdita di liquidi e preziosi sali minerali fino a comportare squilibri tali da compromettere la funzione degli organi vitali.

Poiché a livello planetario i casi di malattie alimentari che si possono stimare ogni giorno sono nell'ordine dei milioni e l'estate è la stagione notoriamente più a rischio, a causa di un più rapido deterioramento del cibo e di una più facile contaminazione batterica, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in un poster distribuito in varie lingue, ha elaborato cinque semplici regole, valide peraltro in qualsiasi momento dell'anno: osservare la pulizia, separare i cibi crudi da quelli cotti, cuocere a fondo i cibi, mantenere gli alimenti a temperature sicure, usare

acqua sicura e materiali non trattati. Anche il Ministero della Salute, in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico sperimentale di Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, ha promosso una campagna di informazione sulla corretta modalità di conservazione in frigorifero, formulando appositamente un decalogo. Si tratta di regole semplici ma, per quanto talvolta intuitive e riportate nello stesso libretto di istruzione dell'elettrodomestico, spesso disattese e, come si legge sul sito del Ministero della Salute importanti non soltanto per la salute ma anche per garantire le proprietà organolettiche (sapore, odore, aspetto, consistenza) e nutrizionali degli alimenti stessi. La prevenzione, insomma, passa quotidianamente anche in cucina.

### IL DECALOGO IN SINTESI

- Collocare il frigorifero lontano da fonti di calore, aprirlo soltanto quando necessario e controllare la sua temperatura, mantenendola tra i 4 e i 5 gradi.
- Tenere presente che ogni zona del frigorifero ha una temperatura diversa.
- Verificare e rispettare le date di scadenza degli alimenti.
- Ricordare che ogni alimento ha una propria temperatura di conservazione: carne e pesce vanno posti nella parte più fredda mentre nella parte centrale vanno riposti uova, latticini, dolci a base di creme e panna e gli alimenti da conservare in frigorifero "dopo l'apertura".
- Conoscere le modalità di conservazione di ciascun alimento: frutta esotica, agrumi, pomodori, fagiolini, cetrioli e zucchine, per esempio,

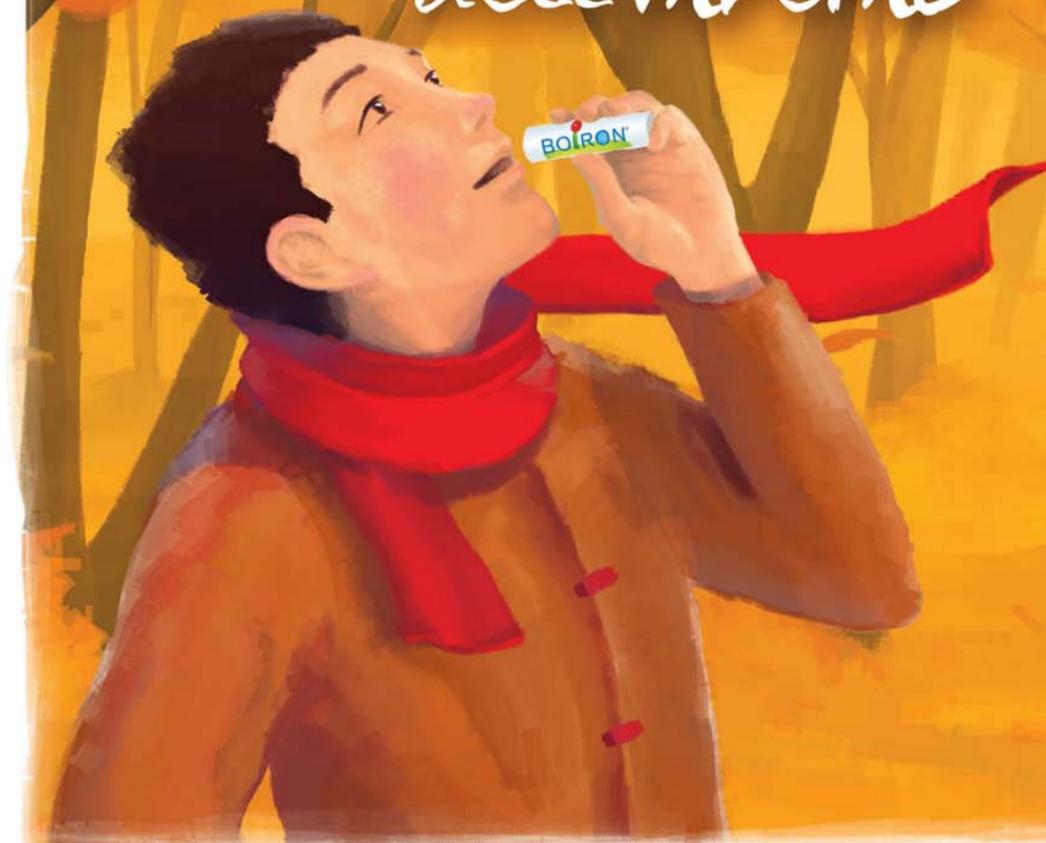
non hanno necessità di refrigerazione e il pane a bassa temperatura diventa raffermo con maggiore rapidità.

- Non riporre in frigorifero alimenti ancora caldi.
- Separare gli alimenti crudi da quelli cotti per evitare contaminazioni crociate.
- Utilizzare contenitori puliti e chiusi.
- Pulire regolarmente l'interno del frigorifero con prodotti specifici oppure acqua e bicarbonato e/o aceto.
- Evitare scorte sovrabbondanti: l'aria deve poter circolare liberamente tra i cibi.



## Sintomi Influenzali

*"Io aiuto il mio corpo ad essere più forte dell'inverno"*



**Quest'anno hai già pensato a proteggerti dai sintomi delle malattie da raffreddamento?**

Ci sono medicinali omeopatici che possono aiutare a proteggere l'organismo dall'influenza e dalle sindromi influenzali. Sono medicinali utilizzati con soddisfazione in tutto il mondo, da milioni di persone.

Grazie alla loro specificità omeopatica, sono indicati per adulti, bambini e anziani.

Sono semplici da usare, pratici e generalmente privi di effetti collaterali.

**Parlane con il tuo Medico e il tuo Farmacista, sapranno prescriverti e consigliarti i medicinali omeopatici adatti.**

Laboratoires Boiron, leader mondiale dell'omeopatia. [www.boiron.it](http://www.boiron.it)



# Separazione dei genitori COME GESTIRLA

**Silvia Pepe**  
Psicologa e Psicoterapeuta Familiare  
Centro Pediatrico "Di Giulio-Casali-De Benedetto-Scarlini" Ostia Lido, Roma

La separazione dei genitori è sempre un momento delicato per l'intera famiglia. Molto tuttavia dipende dal tipo di separazione, la quale può essere più o meno conflittuale. Laddove c'è un alta conflittualità vi è un maggior bisogno d'aiuto poiché i bambini sono coinvolti emotivamente nella separazione dei genitori, più

di quanto si possa immaginare. La forza del conflitto genitoriale può far esperire al bambino la sensazione di essere lacerato, diviso in due ("tra mamma e papà"), combattuto e confuso ("come possono volermi bene se loro si vogliono così male?"), solo e abbandonato (Cancrini L. La cura delle infanzie infelici. Cortina, 2012). In questi casi il bambino ha bisogno di essere aiutato e ascoltato in un spazio neutrale, come ad esempio in un contesto terapeutico.

Tuttavia, anche nei casi meno conflittuali, alcune accortezze e attenzioni da parte dei

genitori nel gestire la situazione possono essere importanti. Ad esempio è opportuno evitare che il bambino sia esposto ai litigi, o che sia "chiamato dentro" gli aspetti della coppia, acquisendo funzioni e ruoli che non gli competono (controllore, decisore, confidente, consolatore, ecc.). Spesso i genitori si domandano come comunicare al bambino la loro decisione di separarsi. Se il clima è di tensione il bambino percepisce che c'è qualcosa che non va e spesso manifesta la tensione familiare con un sintomo (per esempio tramite comportamenti di rifiuto e/o aggressività, ansia, ecc.).

In ogni caso è sempre un momento molto delicato e non facile da accettare. Pertanto sarebbe meglio che fossero entrambi i genitori ad informare il bambino della loro decisione, avendo cura di tenere una comunicazione chiara e adeguata alla sua età, senza drammi (litigare o piangere), lasciando al bambino la possibilità di fare delle domande ed accogliendo le sue emozioni, che spesso potranno essere contraddittorie e manifestarsi anche a distanza di tempo.

## L'importanza del legame di attaccamento con le figure significative

■ Tutti i bambini per crescere in modo equilibrato hanno bisogno di una "base sicura", un legame di attaccamento signifi-

cativo con le figure principali. E' infatti soprattutto nelle situazioni di separazione che la percezione di sicurezza del bambino può vacillare e di conseguenza avere un maggior bisogno di stabilità e sicurezza affettiva.

Il bambino deve essere rassicurato dell'amore che i genitori continueranno ad avere per lui, indipendentemente dalla loro separazione, la quale è e rimane una loro decisione (ciò per evitare i sensi di colpa e i tentativi di riunire la coppia che inevitabilmente il bambino attua o fantastica). Comunicare al bambino come sarà la nuova situazione familiare, inoltre, è utile per stabilire una continuità affettiva (quando e come potrà stare con il genitore non affidatario), cercare di mantenere invariate il più possibile le routine quotidiane (attività scolastiche ed extra, frequentazione dei compagni e dei familiari, ecc.). La fine di un rapporto di coppia, indipendentemente da chi agisce o subisce la separazione, è dolorosa ma spesso la parte che prende il sopravvento è la rabbia per il fallimento del "progetto coppia". Poiché la separazione è a livello coniugale e non genitoriale, e separarsi dall'altro con la convinzione di non avere più nulla a cui spartire è solo un'utopia, occorre che i genitori si impegnino, fin da subito, a stabilire tra di loro un clima di cooperazione e collaborazione. Ciò rappresenta un fattore protettivo e di contenimento dell'impatto che la separazione può avere sui figli. E' opportuno evitare di invischiare il bambino in alleanze e coalizioni che provocherebbero solo un forte disagio emotivo, favorendo al contrario la frequentazione con entrambi i genitori, nutrendo il legame materno e paterno (evitando dunque squalifiche e disconferme tra gli ex coniugi), poiché ogni bambino ha bisogno di entrambi i genitori. E' in gioco il suo equilibrio emotivo presente, ma anche dell'adulto che sarà (del "maschile" e del "femminile" che interiorizza e in cui si identifica) dei legami e delle relazioni che intratterrà ovvero, del modo che apprende di stare in coppia.

Se la madre fuma la figlia corre maggiore rischio di obesità e diabete in età adulta

■ Agli innumerevoli e ben noti danni del fumo, che non risparmia alcun organo o apparato, si può ora aggiungere anche l'aumento del rischio di diabete gravidico e obesità. E' quanto emerge da un recente studio svedese che si è prefissato di valutare le ripercussioni del fumo materno in gravidanza in età adulta. A tale scopo sono stati raccolti ed esaminati i dati relativi a oltre 80mila gravidanze suddividendo le madri in tre categorie: non fumatrici, fumatrici fino a 8 sigarette al giorno e madri fumatrici di oltre 9 sigarette. La comparsa di diabete gestazionale e obesità è risultata aumentata in maniera rilevante nelle figlie che durante la vita fetale erano state moderatamente e pesantemente esposte al fumo rispetto a quelle di madri non fumatrici. L'interpretazione potrebbe basarsi sull'influenza della nicotina sull'appetito, come dimostra l'aumento di peso che spesso si accompagna alla cessazione del fumo, e sull'espressione di alcuni geni che regolano la funzione delle cellule adipose e sono probabilmente coinvolti nello sviluppo di diabete e obesità ■



**easy baby**  
Solo su **sky** | Canale **137**

Un Comitato Scientifico sempre a tua disposizione su [www.easybaby.it](http://www.easybaby.it): una scelta da fare sulla scuola?  
Capricci? Difficoltà a far dormire il tuo bambino?  
Una scelta da fare sulle attività extra-scolastiche?  
L'apprendimento di una seconda lingua?  
Come scegliere la babysitter?

[www.easybaby.it](http://www.easybaby.it)

# Febbre del bambino

## Come affrontarla in maniera efficace e sicura

**Piercarlo Salari**  
Pediatra di Consultorio, Milano

Il trattamento della febbre offre un valido spunto per indurre a riflettere sull'impiego attento dei farmaci, che sono presidi importanti, da non demonizzare ma da gestire nel rispetto di alcuni accorgimenti. Il pediatra è la figura di riferimento, a cui chiedere indicazioni, ma poiché molti farmaci sono di automedicazione e finiscono presto per entrare a pieno titolo nell'armamentario terapeutico quotidiano è sempre consigliabile mantenere un giusto livello di attenzione critica e consultare sempre anche il foglietto illustrativo. Un aspetto importante è innanzitutto non cedere a quella che gli inglesi hanno battezzato "fever phobia", cioè la paura che la febbre possa arrecare danni e debba essere pertanto soppressa subito e a ogni costo.

### Un esempio pratico: due bambini con febbre

■ Durante una classica "epidemia" locale di malattie da raffreddamento ipotizziamo due bambini dello stesso sesso e della stessa età, entrambi con 38,3°C di temperatura corporea ma in condizioni ben diverse: l'uno prostrato, sonnolento e inappetente; l'altro, al contrario, vivace come al solito e senza disturbi associati. Ricorre a una terapia, in un primo momento, potrebbe essere appropriato nel primo caso, ma non nel secondo; una volta deciso se intervenire o rimanere in vigile osservazione, qual è farmaco più appropriato? In apparenza paracetamolo e ibuprofene potrebbe-

ro sembrare intercambiabili. Di fatto, però, non è così, se si considera che il paracetamolo viene indicato dalla letteratura scientifica come prima scelta e, poiché può essere somministrato a digiuno, si può impiegare anche se il bambino si rifiuta di mangiare qualcosa. Anche la posologia e la scelta della formulazione sono di particolare importanza: il dosaggio deve essere sempre determi-

### I FANS: come e perché utilizzarli correttamente

Il meccanismo d'azione degli antinfiammatori non steroidei (FANS) interviene in una tappa chiave del processo infiammatorio, al quale si correlano anche la febbre e il dolore. Blocca però la produzione di sostanze (prostaglandine) che proteggono la mucosa gastrica. Il suggerimento di assumere i FANS dopo mangiato è perciò motivato dal fatto che gli alimenti svolgono un effetto tampone sull'acidità gastrica, mitigandola. Il rischio di gastrite da FANS è più elevato nei bambini piccoli e in caso di terapie prolungate ma può essere contenuto rispettando le corrette modalità di impiego di questi farmaci (somministrazione a stomaco pieno) e associando eventualmente ad essi un preparato gastroprotettore, suggerito dal pediatra in rapporto all'età del bambino.

nato in rapporto al peso del bambino (15 mg/Kg per ogni dose), e la via di somministrazione orale è sempre quella raccomandata, in quanto garantisce un assorbimento costante del principio attivo e un miglior controllo della dose somministrata. Tra l'altro il paracetamolo è indicato anche come analgesico in caso di cefalee, nevralgie, mialgie e altre manifestazioni dolorose di media entità. Il ricorso all'ibuprofene, antinfiammatorio non steroideo (FANS) sarebbe utile in caso di una maggiore componente infiammatoria e di un dolore più accentuato. Inoltre, se assunto a stomaco vuoto, esso può comportare il rischio di irritazione della mucosa gastrica, con mal di stomaco e ulteriore aggravamento della condizione di malessere. Questo aspetto è particolarmente importante in pediatria: numerosi studi, infatti, hanno dimostrato che nel corso degli anni l'utilizzo dei FANS è aumentato in maniera rilevante soprattutto nel trattamento della febbre e avviene spesso in maniera non appropriata. Tuttavia non si deve pensare, che i FANS debbano essere evitati nel bambino: la vera questione, infatti, è come impiegarli al meglio per ottenere il massimo beneficio. Un errore da evitare, per ottenere una riduzione più rapida della febbre, è quello di usare paracetamolo e ibuprofene insieme, senza considerare il sovraccarico di tossicità che il loro smaltimento, se associati insieme, comporta per l'organismo del bambino. Il pediatra deve essere sempre consultato prima di qualsiasi iniziativa, in modo da utilizzare di volta in volta il farmaco più appropriato e secondo un criterio non soltanto di efficacia ma anche di sicurezza.

### Serve una cura appropriata

■ In ambito medico, il termine "appropriatezza" lo si ritrova con sempre maggior frequenza. È bene precisare che non si limita a indicare la correttezza di un atto medico, quale la prescrizione di un'indagine diagnostica o di una terapia, ma esprime l'effettiva pertinenza e adeguatezza di un determinato provvedimento nel singolo individuo, adulto o bambino che sia, e in una precisa circostanza. Un esempio concreto è rappresentato dall'uso dei farmaci per la cura di febbre, dolore e infiammazione. Alla luce dei dati e delle esperienze riportate nella letteratura scientifica, infatti, il loro impiego non può più rispondere alla semplice e per così dire sbrigativa logica di un tempo, secondo cui la presenza del sintomo era sufficiente a giustificare la somministrazione: occorre invece tenere in debita considerazione quei fattori che in un bambino possono produrre e far prevedere un ragionevole beneficio o, al contrario, comportare più rischi di effetti indesiderati che non reali vantaggi.

### Suggerimenti pratici per l'utilizzo dei farmaci antifebbrili

- ▶ Evitare di farsi prendere dal panico: non intervenire sulla febbre in maniera aggressiva soprattutto se il bambino non sembra risentirne in maniera particolare.
- ▶ Il paracetamolo rappresenta l'antipiretico di prima scelta e può essere somministrato anche a digiuno.
- ▶ Rispettare il dosaggio previsto dell'antipiretico, che deve essere determinato in base al peso e non in maniera approssimativa. Per il paracetamolo ogni somministrazione deve essere di 15 mg/Kg di peso (per esempio a un bambino di 20 Kg occorre una dose di 300 mg), pena una ridotta efficacia.
- ▶ Se la febbre non si riduce verificare di aver impiegato la dose corretta di antipiretico, non aumentarne la frequenza di somministrazione ed evitare di ricorrere ad altri farmaci senza prima aver consultato il proprio pediatra.

# I CAMPI PER BAMBINI CON **DIABETE**

## Un importante momento educativo per bambini e genitori

**Stefano Zucchini**

Centro Regionale per la Diabetologia Pediatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola Malpighi, Bologna

**E'** ormai l'ora di cena al campo di Sestola per bambini con diabete e Pietro l'infermiere chiama all'adunata: "E' l'ora della glicemia!". Gli fa eco Alice, una bimba di 9 anni: "Ma io l'ho già fatta prima, ero in ipo!". E in fondo al gruppo Filippo il goloso implora: "Posso mangiare il gelato stasera? Faccio 2 unità in più!". Gli risponde Fiorenza la dietista: "Sì ma stai attento che c'è anche la pizza che contiene molti carboidrati! Ne parliamo poi a tavola". E Giulio, il pediatra diabetologo, replica: "State tutti attenti oggi perché avete camminato molto in montagna, calate tutti 2-3 unità di insulina se no poi andate bassi stasera". Ma che cosa fanno tutte queste persone insieme e come mai questi bambini parlano con termini insoliti come ipo, andare basso, carboidrati nella cena, quasi in gergo? Sono ad un campo educativo per bambini con diabete organizzato per insegnare l'autogestione della malattia. Ma quindi anche i bambini possono avere il diabete?

■ Purtroppo sì: la malattia 'dolce', caratterizzata dal glucosio elevato nel sangue (iperglicemia), non è infatti dovuta solo allo stile di vita sedentario ed al sovrappeso nelle età più avanzate (in questo caso diabete di tipo 2, malattia metabolica, all'inizio non insulino-dipendente), ma può interessare circa un bambino su 500 ed è dovuta, in questo caso, alla rapida distruzione da parte del sistema immunitario delle cellule che producono l'insulina (in questo caso diabete di tipo 1, malattia autoimmune, sempre insulino-dipendente). Anche se molto

più raro del diabete di tipo 2, che ormai affligge oltre il 6% della popolazione adulta, il diabete di tipo 1 colpisce nel giro di poche settimane un bambino fino a quel momento del tutto sano. I numeri stanno crescendo anno dopo anno, anche se più lentamente rispetto all'altra forma di diabete, e la malattia interessa sempre di più bambini molto piccoli, anche con meno di 2 anni di vita. Qualche numero per avere un'idea più precisa: nella regione Emilia Romagna ci sono circa 200.000 persone adulte con diabete di tipo 2 e circa 800 bambini e ragazzi con diabete di tipo 1. Ma da che cosa è causato il diabete nei bambini? Purtroppo la causa è ancora ignota e si sa soltanto che nel giro di pochi mesi o anche poche settimane, il sistema immunitario anziché difenderci da microbi, virus, ecc., distrugge selettivamente le cellule del pancreas che producono insulina. Qual è la conseguenza? Che non è più possibile utilizzare il carburante principale del nostro organismo (il glucosio), il quale ristagna inutilmente nel sangue provocando la notevolissima iperglicemia all'esordio della malattia e non riesce ad entrare nelle cellule che rimangono a corto di energia.

■ Cosa deve fare nella vita quotidiana un bambino con diabete? Cercare di mantenere per quanto possibile i livelli di glucosio (glicemia) entro certi ambiti, diciamo tra gli 80 mg/dl, la glicemia normale, ed i 200, valore non normale, ma tollerabile per alcune ore dal nostro organismo. Tutto ciò misurandosi la glicemia 4-5 volte al giorno, pungendosi il dito con aghi piccolissimi, e somministrando insulina sottocute con 'penne' speciali ad ago sottile anche 4-5 volte al giorno, soprattutto prima dei pasti. E' fondamentale rimanere, attraverso un fine dosaggio dell'insulina (le unità da somministrare), entro i valori raccomandati, per non incorrere in ipoglicemie se le dosi sono state eccessive (le 'ipo' se valori sotto ai 60 mg/dl) che causano sintomi immediati come pallore, stanchezza, tremori e anche perdita di coscienza se la glicemia scende troppo o in iperglicemia che danneggia negli anni gli occhi, i reni e lentamente tutto il nostro organismo. E' pertanto necessario che bambini e famiglie imparino correttamente tutte le nuove regole del cosiddetto autocontrollo della malattia, che consentiranno al piccolo paziente di svolgere una vita il più possibile uguale a quella dei coetanei. Ma a



che età il bambino è in grado di eseguire tutte queste operazioni spesso mini-invasive, cioè a misurarsi la glicemia, eseguire le piccole iniezioni da solo e scegliere la giusta dose di insulina da somministrare in base alla glicemia, al tipo di pasto e all'attività fisica eseguita o programmata successivamente? Generalmente al termine della scuola elementare.

■ I campi educativi per bambini con diabete. Iniziati in Francia cinquant'anni fa e ormai diffusi in tutto il mondo, sono l'occasione in un ambiente vacanziero e lontano dalla famiglia per insegnare ai bambini le tecniche che permetteranno loro negli anni successivi la completa autonomia nell'autogestione del diabete. Il Centro di riferimento regionale per la diabetologia pediatrica di Bologna li organizza, insieme all'Associazione Giovani Diabetici di Bologna e grazie al sostegno economico della regione Emilia Romagna, da oltre 25 anni e porta 20-30 bambini per campo in giro per l'Italia sia in località marine, che in località montane, in quasi tutte le stagioni dell'anno. Rappresenta spesso, inizialmente, un momento di ansia per bambino e genitori che, dopo anni di vita in simbiosi e di notti passate insonni a controllare la glicemia, affidano il proprio fi-

glio ad un'équipe specializzata composta da pediatri diabetologi, infermieri, dietista e a volte anche psicologa. Quest'ultima è di fondamentale importanza per fronteggiare le inevitabili paure dei bambini che per la prima volta si trovano lontani da casa e con il 'fardello' del diabete da gestire in prima persona. Esistono Linee Guida nazionali ed internazionali su come svolgere queste iniziative con bambini generalmente di età tra i 9 ed i 14 anni, ed è ormai noto che solo un team di esperienza e dedicato giorno e notte alla loro assistenza potrà portare a termine con successo gli obiettivi che il campo si prefigge. I bambini, dopo una settimana di questa vacanza istruttiva, avranno imparato ad eseguire le iniezioni da soli, a regolarsi nelle quantità di insulina da somministrarsi in base ai cibi da assumere ed all'attività fisica svolta. L'insegnamento è continuo e 'sul campo', coinvolgendo il bambino attivamente nelle scelte terapeutiche, senza mai forzare le sue capacità reali. Che cosa si fa durante queste iniziative? Fondamentalmente équipe organizzativa e bambini vivono a stretto contatto per una settimana praticando tutte le attività che i bambini svolgono con fatica durante l'anno scolastico e cioè attività ludico-ricreative, giochi di

spiaggia se si è al mare, trekking se si è in montagna d'estate, sci, ciaspolate e snowboard nei campi invernali. La sera è in genere dedicata a incontri di riflessione in cui bambini e operatori si confrontano sulla giornata trascorsa. E di notte? L'équipe organizza i controlli della glicemia mentre i bambini dormono: a questa età è infatti possibile che il livello di glucosio nel sangue scenda a livelli potenzialmente pericolosi senza che il bambino se ne accorga. Esistono anche campi di perfezionamento per adolescenti in cui in genere si abbina un'attività fisica importante (per citarne alcuni: trekking alpinistici, snowboard, trekking a cavallo, sport agonistici), agli aspetti psicologici tipici di questa età.

■ Ma c'è un ultimo risvolto di cui non abbiamo parlato: la socializzazione tra i bambini che permette loro di sentirsi uguali a tanti altri senza l'inevitabile ombra dei genitori. Giacomo al termine del campo ci scrive: "Mi porto a casa nuove amicizie, tanta fatica e tanta felicità", mentre Filippo: "Al campo ho potuto conoscere persone nuove che hanno il mio stesso problema e possono capirmi" e poi ancora Laura: "In questo campo sono riuscita a trovare un nuovo modo di affrontare il mio diabete, con più serenità e la voglia di impegnarmi di più per trovare il mio equilibrio. Ho anche capito che il mio diabete non mi deve condizionare e spero di riuscire a portarlo avanti con serenità. Grazie". Sono parole che rimangono nella memoria degli operatori che con fatica si dedicano a queste iniziative.

■ L'esperienza infine è fondamentale anche per tutta l'équipe che impara a conoscere a fondo tutti gli aspetti che la malattia comporta. Il diabete rappresenta una realtà in cui medici e pazienti spesso si ritrovano al di fuori dell'ambiente ospedaliero, solidarizzando nel cercare di sconfiggere le inevitabili difficoltà che esso comporta. Tutto questo per indirizzare i nostri piccoli pazienti verso una vita serena e di buon controllo metabolico, condizione indispensabile ad allontanare per sempre le temibili complicanze della malattia.



# Internet, CORECOM-SIP-Università di Bologna: GIOVANI DISINVOLTI MA INCONSAPEVOLI

## COMPORTAMENTI A RISCHIO SOPRATTUTTO IN PASSAGGIO DA MEDIE A LICEO

Adolescenti e "media" un binomio inscindibile. Questa conferma derivante da una ricerca promossa dal CORECOM Emilia-Romagna e sviluppata dal Dipartimento di Psicologia (Università di Bologna) in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria (SIP) sulle abitudini dei ragazzi in termini di utilizzo dei media, nella quale sono stati coinvolti circa 3.000 adolescenti dei quali circa 1.000 della scuola secondaria di primo grado e circa 2.000 della secondaria di secondo grado, attraverso questionari compilati online durante l'orario scolastico. Dall'indagine, orientata a far luce sui loro stili di vita e comportamenti a rischio (uso di sostanze, alcolici, fumo diete e abitudini sessuali) e 'cyberbullismo' è emerso che essi si servono delle nuove tecnologie con dimestichezza, proprio perché con queste si sentono liberi di esprimersi. Al contempo, però, non riflettono attentamente sulle conseguenze o sui pericoli in cui possono incorrere, fidandosi delle loro sensazioni personali. Inoltre, si descrivono "come competenti per quanto riguarda le scelte in tema di salute anche se emerge una percentuale residuale, ma degna di attenzione, con comportamenti problematici in relazione all'uso o abuso di alcol, droghe e tabacco. Un dato del quale bisogna tener conto, per eventuali interventi di prevenzione - spiega Marcello Lanari della SIP - è che il maggior numero di comportamenti a rischio si riscontra principalmente nel passaggio dal primo al secondo grado della scuola secondaria e coinvolge più i maschi e gli studenti stranieri". Nell'approfondire gli stili di vita la ricerca ha evidenziato che "numerosi studenti hanno seguito una dieta per dimagrire e una dieta per aumentare la massa muscolare. Nel primo caso questo ha interessato in prevalenza le ragazze della scuola secondaria di secondo grado e nel secondo caso i maschi".

Un altro tema analizzato mette in luce che un "8% di adolescenti di genere maschile intrattiene incontri erotici on line con persone sconosciute e questo interessa maggiormente gli stranieri". Il cyberbullismo è un fenomeno "diffuso tra gli adolescenti della Regione Emilia-Romagna - si legge nella ricerca - e cresce in misura rilevante nel passaggio dalla scuola secondaria di primo grado a quella di secondo grado. Questo - sottolinea Lanari - si caratterizza per essere trasversale, in quanto accomuna i generi, le tipologie di scuole e gli studenti sia italiani che stranieri. Viene attuato con una varietà di comportamenti che si caratterizzano dall'attaccare qualcuno in rete o con il cellulare, diffondere maldicenze

on line e foto o video compromettenti, escludere dai social network, violare l'account di un altro o crearne uno falso, attaccare qualcuno in un gioco on line. Viene pertanto in evidenza l'importanza che rivestono gli interventi di prevenzione e di contrasto".

Fra queste azioni, oltre quelle realizzate dalle scuole e dalla Polizia postale, già estremamente attiva nel contrastare gli eventi con possibili risvolti penali e nell'attuare informazione nelle scuole, vi sono quelle messe in atto dal CORECOM per aumentare la consapevolezza con cui devono essere utilizzati i mezzi di comunicazione, da quelli più tradizionali al web. E ancor prima viene in luce quanto continui ad essere primaria una buona comunicazione fra genitori e figli, per far comprendere ai ragazzi come devono essere costruite quotidianamente le relazioni off line e on line.

I ricercatori del Dipartimento di Psicologia hanno analizzato in specifico il benessere/disagio in adolescenza che emerge dall'indagine, rilevando come l'esperienza di benessere che riguarda vari aspetti, quali valutazioni positive dell'autostima, relazioni interpersonali e successo scolastico, conviva quotidianamente con quella di malessere per la presenza di problemi rivolti all'interno della persona (connessi a emozioni come paura, ansia, tristezza e depressione, ecc.) ed esternalizzanti (cioè comportamenti rivolti verso l'ambiente esterno, caratterizzati da aggressività, impulsività, difficoltà di attenzione, iperattività, azioni di tipo delinquenziale). Emerge una "crescita di questo disagio con il passaggio dalla scuola secondaria di primo grado a quella di secondo grado, con particolarità riguardanti i disturbi internalizzanti delle ragazze". Infine i risultati dello studio evidenziano anche una "maggiore difficoltà dei ragazzi stranieri, nella scuola secondaria di secondo grado, caratterizzati da problemi comportamentali, rapporti difficili con i pari e problemi psicologici".

La ricerca è disponibile sul sito del CORECOM: <http://www.assemblea.emr.it/corecom> nell'apposita sezione dedicata alle ricerche.



News

## Miopia in aumento

La colpa è anche delle nuove tecnologie



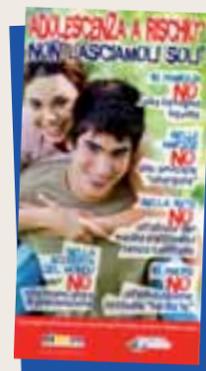
Lo schermo televisivo, quello del computer, del tablet o dello smartphone, pur senza emanare radiazioni o campi elettromagnetici pericolosi per gli occhi, possono creare alcuni

problemi alla vista, a partire dall'affaticamento con bruciore e arrossamento. Uno studio fatto a Taiwan su 11 mila studenti ha infatti dimostrato che l'80% erano miopi. D'altra parte la miopia che trent'anni fa colpiva il 20% della popolazione europea ha raggiunto oggi il 35%. Questo aumento è dovuto innanzitutto allo sforzo di messa a fuoco a cui l'occhio è sottoposto nel guardare lo schermo e in secondo luogo dalla riduzione della frequenza dell'ammicciamento, responsabile di un'alterazione cronica del film lacrimale. L'uso ragionato dei dispositivi elettronici è quindi fondamentale, ma è importante ricordare anche il ruolo protettivo che alcuni antiossidanti, quale la luteina, possono svolgere sulla retina, il tessuto sensibile dell'occhio che esposto alle conseguenze immediate dell'esposizione a immagini certamente ad alta definizione ma luminose e a elevato carico energetico

## Adolescenti e sessualità

Non lasciamoli soli

Servono nuove campagne per l'educazione a una sessualità sicura e responsabile per non lasciare soli gli adolescenti di oggi, quanto mai bisognosi di attenzione. Questo è lo spunto suggerito da una recente indagine condotta nel riminese su sette scuole, sottoponendo un questionario anonimo a circa 1.400 ragazzi d'età compresa tra 15 e 25 anni. Un intervistato su cinque ha dichiarato di avere avuto il primo rapporto prima dei 14 anni, un dato pari al doppio delle stime del 2012, che avevano registrato punte del 10%, mentre soltanto il 12% ha ammesso di voler attendere un'età più matura. E' poi preoccupante che il 73% dei giovani non conosce nemmeno cinque delle principali malattie a trasmissione sessuale, uno su tre ritiene la loro incidenza trascurabile e quasi nove su dieci non saprebbero a chi rivolgersi per un controllo. Il vero nemico da combattere è dunque la disinformazione, attraverso iniziative già a partire dalla scuola media volte a spiegare i comportamenti a rischio, promuovere la vaccinazione HPV e incentivare le visite di controllo dal medico, a cui risulta sottoposti entro i 18 anni soltanto il 23% delle ragazze e il 46% dei ragazzi



# Tosse?

## grinTuss

Protegge la mucosa, calmando la tosse



Gli sciroppi GrinTuss creano un film protettivo a "effetto barriera" che calma la tosse secca e produttiva proteggendo le prime vie aeree. Sono formulati per aderire alla mucosa e limitarne il contatto con agenti esterni irritanti. **Promuovono inoltre l'idratazione della mucosa e del muco favorendone l'espulsione.** Gli estratti liofilizzati di Plantaggine, Grindella ed Elicriso presentano proprietà mucoadesive e protettive grazie all'azione di sostanze vegetali quali mucillagini, gomme e resine. Il Miele svolge un'azione protettiva ed emolliente conferendo un gusto gradevole, completato dall'azione rinfrescante degli oli essenziali.



LEVOLUZIONE DELLA FITOTERAPIA

SONO DISPOSITIVI MEDICI CE 0373

Aut. Min. del 05/07/2013  
Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni per l'uso

Aboca S.p.A. Società Agricola - Sansepolcro (AR)  
[www.aboca.com](http://www.aboca.com)

# IGIENE ORALE, ALIMENTAZIONE E STILI DI VITA

## La triade perfetta

**Gianna Maria Nardi**  
Ricercatrice presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

La salute orale dei neonati e dei bambini nella prima infanzia dipende dai corretti stili di vita dei genitori, a cominciare dalla nutrizione attraverso l'allattamento al seno, la scelta corretta di biberon, succhiotti, tettarelle, dentaruoli e sussidi personalizzati per l'igiene orale del neonato.

I genitori devono trasferire corrette abitudini che condizioneranno la salute del sorriso per tutta la vita e intervenire anticipando i bisogni di salute orale del bambino a seconda dell'età, delle fasi di crescita e di sviluppo. Lo sviluppo dei denti ha inizio già dalla 6ª settimana di vita embrionale, con la comparsa delle elementari strutture degli archi dentali che ospiteranno i 20 denti da latte chiamati decidui. Dal 4° mese comincia nell'utero la calcificazione, e alla nascita la maggior parte dei denti da latte sono già calcificati. I denti da latte hanno questo nome poiché sono destinati a cadere (latifoglia).

I dentini erompono gradualmente attraverso le gengive e tendono a spuntare verso il sesto mese di vita. Normalmente, i primi denti da latte ad erompere sono i due incisivi centrali inferiori; gli altri dentini seguono via via secondo una cronologia abbastanza definita, anche se la

dentizione di ogni neonato è un caso unico. Basti pensare, ad esempio, che alcuni bambini nascono già con un dentino (in genere, un incisivo inferiore), mentre altri devono attendere anche 7-8 mesi prima che un dente da latte faccia la sua comparsa. E' solito che l'eruzione dei primi dentini possa arrecare qualche fastidio al piccolo che, non riuscendo ad esprimersi con le parole, manifesta il suo malessere con il pianto e con i capricci. Le gengive, gonfie ed infiammate, sono motivo di disagio e prurito: il bambino, infatti, tende a mordere proprio a causa dei dentini che stanno spingendo la gengiva per fuoriuscire.

La dentizione neonatale, inoltre, stimola la produzione di saliva: non a caso, durante questa

fase, il bambino tende a sbavare molto più abbondantemente. Ricordiamo che la dentizione neonatale costituisce una fase difficile e delicata per il bambino; pertanto, si raccomanda di essere particolarmente disponibili e pazienti verso il piccolo. La saliva è il più importante sistema di difesa della salute orale, essa protegge i denti fungendo da lubrificante, eliminando i residui di cibo e controllando l'attività dei batteri nella bocca, fornendo nutrienti come calcio, fosfato e fluoro ai denti, e infine neutralizzando gli attacchi degli acidi con il suo pH basico, favorendo un'utilissima funzione "dilatante". Se la saliva è inadeguata, tutte queste funzioni sono compromesse. La saliva può essere infatti considerata linfa filtrata: la sua composizione è legata in parte all'alimentazione che ne influenza direttamente la composizione. Questo indica che l'alimentazione e l'igiene orale sono gli stili di vita primari per la salute del sorriso.

Il bambino alla nascita ha il cavo orale non ancora del tutto colonizzato dai batteri che vivono sulle mucose orali ma, nei seguenti giorni di vita, lo diviene immediatamente. E' stato dimostrato che la flora batterica all'interno della cavità orale è formata circa da 700 specie batteriche. L'igiene del cavo orale del neonato può essere fatta o con una garzina sterile inumidita, o è meglio usare un guantino in microfibra, comodo per essere indossato dalla mamma per pulire la bocca del neonato dopo l'allattamento. Il guantino strofina delicatamente il cavo orale (le arcate dentarie prive di denti, il palato, la lingua) per eliminare il biofilm batterico e residui alimentari.

**Quando iniziare l'igiene con lo spazzolino?**

■ Sarà la mamma a usare per prima lo spazzolino sui primi dentini

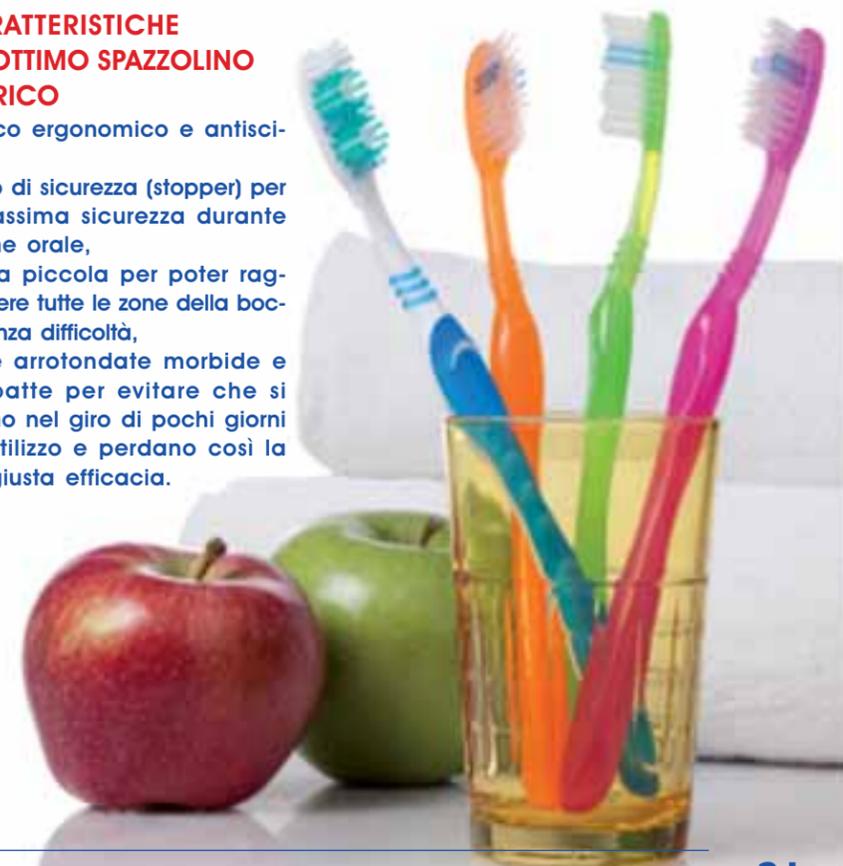
spuntati in bocca del proprio bimbo. Avrà circa un anno di età, a meno che non sia molto precoce nella dentizione.

E' consigliabile utilizzare il set formato da due spazzolini (Learn To Brush Set) che è stato appositamente pensato per permettere ai genitori di guidare il bambino nella pulizia del cavo orale. Lo spazzolino più grande viene utilizzato dalla mamma che orienta il bambino nell'esplorazione dei primi dentini e ne guida il movimento; il bimbo a sua volta, utilizzando lo spazzolino piccolo, con l'apposito anello di sicurezza, diventa giorno dopo giorno sempre più indipendente. L'apprendimento di questa nuova conquista sarà divertente e stimolante; il manico antimosso, morbido e gommoso permetterà anche ai più piccoli di familiarizzare con questo nuovo oggetto.

### LE CARATTERISTICHE DI UN OTTIMO SPAZZOLINO PEDIATRICO

- ▶ manico ergonomico e antiscivolo,
- ▶ anello di sicurezza (stopper) per la massima sicurezza durante l'igiene orale,
- ▶ testina piccola per poter raggiungere tutte le zone della bocca senza difficoltà,
- ▶ punte arrotondate morbide e compatte per evitare che si aprano nel giro di pochi giorni dall'utilizzo e perdano così la loro giusta efficacia.

Già da prima dell'eruzione dei primi denti e non oltre un anno d'età, può essere utile una prima visita dal dentista per intercettare eventuali rischi di salute orale ed essere informati da un igienista dentale come esaminare la bocca dei lattanti e dei bambini per imparare a gestire il controllo della placca batterica, attraverso un efficace spazzolamento con strumenti adeguati ai tessuti delicati duri e molli del bambino. La carie è un processo lento e progressivo che conduce alla letterale distruzione del dente, che provoca dolore e richiede uno specifico trattamento di odontoiatria (otturazione) anche quando attacca un dente da latte: un dentino cariato e non curato può anticipare la caduta fisiologica del dente, ponendo così le basi per un futuro mal allineamento dentale. Inoltre i batteri della carie di un dentino non curato vanno in circolo e inficiano la salute di altri organi.



# SICUREZZA E NUTRIZIONE specializzata per i nostri bambini

Ruggiero Francavilla,  
Roberta Moretti,  
Fabrizio Acquafredda,  
Valeria Silecchia  
Clinica Pediatrica "Trambusti"  
Università degli studi di Bari

La nutrizione dei piccoli è fondamentale per la crescita di un adulto sano, ed è proprio sotto i 3 anni che vanno gettate le basi per stili di vita corretti, perciò in questa fase l'intervento nutrizionale può condizionare la salute del futuro adulto. Il tema dell'alimentazione nei primi tre anni di vita è strettamente legato a due aspetti fondamentali: quello della correttezza

**I "pesticidi"** sono prodotti chimici utilizzati in agricoltura a protezione delle colture da parassiti o insetti; nel mondo ne è stato sintetizzato un numero enorme e le quantità utilizzate oggi in agricoltura sono impressionanti. I pesticidi si possono trovare in gran parte degli ambienti in cui viviamo (case, scuole, luoghi di lavoro, ecc.), in alimenti quali frutta e verdura, nelle acque sotterranee e potabili. I bambini, in particolare, sono suscettibili di esserne maggiormente esposti. Secondo una ricerca svolta dall'Environmental Working Group i bambini che consumano regolarmente cibi con residui di pesticidi corrono un rischio circa dieci volte maggiore rispetto agli adulti di contrarre neoplasie. Anche le mamme che allattano dovrebbero evitare di consumare cibi con residui di pesticidi, perché queste sostanze passano nel latte materno. Di recente, però l'Environmental Health Perspectives ha pubblicato una ricerca sui rischi per il feto legati all'esposizione della madre ai pesticidi; secondo lo studio, produrrebbero sul nascituro gli stessi rischi associati al fumo di tabacco.

nutrizionale, che deve essere adeguata per rispondere ai fabbisogni specifici di questa fascia d'età e quello della sicurezza alimentare ovvero la disponibilità di cibo sicuro sotto il profilo igienico e sanitario.

Il problema della sicurezza alimentare è particolarmente rilevante nel bambino che rappresenta un soggetto vulnerabile per diverse peculiarità che lo caratterizzano. Infatti un bambino non deve essere immaginato come un piccolo adulto. I bambini hanno esposizioni particolari a volte uniche ai contaminanti ambientali e possono avere una capacità molto più alta di assorbimento per contatto cutaneo e a livello intestinale rispetto agli adulti; hanno una aspettativa di vita più lunga, quindi più tempo per manifestare una malattia con un lungo periodo di latenza, hanno sistemi immaturi di detossificazione che determinano "finestre di vulnerabilità critiche" capaci di creare rischi specifici in presenza di particolari contaminanti. Un chiaro esempio è relativo ai sistemi di detossificazione di alcuni pesticidi da parte di enzimi epatici la cui attività dipende dall'età: essi sono praticamente assenti in età fetale e quasi 5 volte meno attivi fino ai 10 anni di vita.

Gli alimenti possono rappresentare una fonte di contaminazione, essi infatti possono veicolare:

a) sostanze usate nelle pratiche agricole quali i fitofarmaci, vale a dire insetticidi, erbicidi, fungicidi, ormoni, additivi; b) contaminanti ambientali di origine naturale (micotossine) e di origine ambientale (metalli pesanti, diossine,

idrocarburi policiclici aromatici, ecc.), batteri, virus; c) sostanze usate nelle pratiche zootecniche come quelle utilizzate nell'ambito della profilassi o la cura delle patologie (ad esempio antibiotici); d) sostanze usate per il confezionamento o la trasformazione degli alimenti.

Ad oggi sono 3.000 i potenziali "nemici" da tenere sotto controllo.

Tra essi particolare importanza è data dalle micotossine e dai pesticidi (vedi BOX).



La legge tollera la presenza di ridotte quantità di micotossine, metalli pesanti e pesticidi. Ma distingue tra adulti e bambini (da 0 a 3 anni) imponendo per questi ultimi limiti molto più ristrettivi vicini allo zero analitico. L'osservanza di questi limiti di legge fa sì che i prodotti specificamente dedicati all'infanzia (baby food), siano più tutelanti da un punto di vista di presenza di micotossine, metalli pesanti e pesticidi. È stato rilevato che i prodotti per adulti possono superare anche di 100 volte il limite massimo dei pesticidi consentiti dalla legge per l'infanzia (EC Directives 2006/125/CE AND 2006/141 vs EC Regulation 396/2005 for common foods), fino a 5 volte il limite massimo di micotossine definiti dalla Commissione europea per la prima infanzia. Tuttavia la crisi

economica che tutti i Paesi stanno vivendo sta condizionando fortemente l'abitudine al consumo, gli acquisti delle famiglie e le proposte delle aziende.

## Ecco alcuni accorgimenti per ridurre l'esposizione a pesticidi e a contaminanti dei nostri bambini

1. Controllo della dieta del bambino da parte del pediatra che deve informare la famiglia sulle condotte alimentari più sicure.
2. Utilizzare prodotti destinati all'infanzia che sono conformi alla legge garantendo il rispetto di bassi limiti massimi consentiti per "contaminanti" ed i pesticidi (prevenzione dei rischi).
3. Se si opta per frutta e verdura fresche è bene variarne il tipo e il negozio dove le si acquista.
4. Scegliere sempre frutta di stagione, preferendo la provenienza italiana.
5. Informarsi su quali sono i vegetali e la frutta più contaminati e la presenza di multiresidui.

6. Lavare bene frutta e verdura prima di consumarla ed evitare quei frutti che hanno un aspetto deteriorato.

## Fabbisogni nutrizionali dei nostri bambini

Per quanto riguarda l'aspetto nutrizionale va ricordato che i bambini hanno esigenze specifiche; un bambino nell'arco dei primi tre anni di vita ha una crescita davvero incredibile e unica, basti pensare che in questo periodo raddoppia la sua altezza, il suo peso aumenta di circa cinque volte ed il suo cervello si accresce alla velocità di circa due grammi al giorno. Quindi è facile capire perché ha fabbisogni sia energetici che nutrizionali differenti, rispetto a mamma e papà: un bambino di 1-3 anni, ad esempio, ha un fabbisogno di ferro, minerale importante per lo sviluppo delle sue normali capacità cognitive, che in proporzione al suo peso è fino a 4 volte superiore a quello di un adulto.

**Le Micotossine** sono composti tossici prodotti da diversi tipi di funghi, appartenenti principalmente ai generi *Aspergillus*, *Penicillium* e *Fusarium*. In particolari condizioni ambientali, quando la temperatura e l'umidità sono favorevoli, questi funghi proliferano e possono produrre micotossine. Generalmente entrano nella filiera alimentare attraverso colture contaminate destinate alla produzione di alimenti e mangimi, principalmente di cereali. La presenza di micotossine negli alimenti e nei mangimi può essere nociva e può causare effetti avversi di vario tipo. Alcune micotossine sono inoltre immunosoppressive e riducono la resistenza alle malattie infettive.

A fronte di questi incredibili fabbisogni il bimbo ha capacità fisiologiche limitate, non riesce a masticare, deve imparare a deglutire, il suo sistema digerente così come l'apparato renale sono ancora immaturi. La dieta del bambino deve sempre tenere conto di tutti questi aspetti, quindi per esempio è bene evitare alimenti con eccessivo contenuto di sodio e troppo ricchi di proteine che possono caricare eccessivamente i reni; anche per questo il latte vaccino viene sconsigliato nei primi 12 mesi di vita e possibilmente anche fino ai 2 anni. Il latte vaccino è sconsigliato anche perché povero di ferro che, come abbiamo visto, gioca un ruolo importante nella crescita psicofisica. Esistono in commercio valide alternative rappresentate dai lattini di crescita che, all'interno di una dieta diversificata, possono contribuire a fornire un adeguato apporto di ferro. L'alimentazione è uno dei fattori ambientali che intervengono nel definire l'espressione del patrimonio genetico di ogni individuo, e proprio i primi tre anni rappresentano una finestra d'intervento importante; eccessi o carenze nutrizionali in questa fase, più che in altri periodi della vita, possono influenzare l'espressione o meno di un gene con effetti sul medio e

lungo periodo. La prima infanzia è inoltre fondamentale per impostare corrette abitudini alimentari. E' quindi importante che la nutrizione del bambino sia su misura per lui per riuscire ad avere un impatto positivo non solo sul suo corretto sviluppo ma anche sulla salute dell'adulto che sarà.

### Ecco alcuni suggerimenti pratici per migliorare la nutrizione dei nostri bambini

1. Il Pediatra è il punto di riferimento più sicuro per impostare correttamente la dieta, anche dopo l'anno è importante confrontarsi con lui per evitare errori.
2. Continuare ad allattare al seno durante lo svezzamento e anche oltre l'anno, ed evitare l'introduzione del latte vaccino prima dell'anno, meglio fino al secondo.
3. Garantire la giusta varietà nella dieta introducendo alimenti appartenenti a tutti i gruppi alimentari: cereali, carne, pesce, latte e latticini, legumi, frutta e verdura.

4. Scegliere alimenti adatti a loro che possono aiutare a bilanciare gli apporti nutrizionali sia di macronutrienti (proteine, carboidrati, grassi) che di micronutrienti (vitamine e minerali). Gli alimenti per l'infanzia possono avere profili nutrizionali più adeguati rispetto ai cibi confezionati destinati agli adulti (ad es. merendine).
5. Prestare attenzione alle porzioni e alle consistenze, anche in questo caso gli alimenti per l'infanzia possono aiutare fornendo porzioni misurabili e bilanciate, permettendo di avere consistenze adeguate e differenti secondo l'età del bambino.
6. L'esempio dei genitori è fondamentale per insegnare ai bambini corrette abitudini alimentari. Ad esempio se mamma e papà mangiano frutta e verdura sarà più facile che il bimbo impari a mangiarle.



### ALCUNI ESEMPI DEI LIMITI MASSIMI STABILITI DALLE NORMATIVE APPLICABILI SUI PRODOTTI PER L'INFANZIA E SU PRODOTTI DI USO CORRENTE

	BABY FOOD	ADULTI
<b>CONTAMINANTI</b>	Valori massimi ammessi per legge	Valori massimi ammessi per legge
<b>Pesticidi</b> (µg/kg)	<b>10 (per la maggior parte delle sostanze pari allo zero analitico)</b>	<b>Residui trovati variabili e maggiori fino a 100 volte</b>
<b>Nitrati</b> (mg/kg)	<b>200</b>	<b>2500 (per la lattuga)</b>
<b>Stagno</b> (mg/kg)	<b>50</b>	<b>100 (bevande in lattina) 200 (cibi in scattola)</b>
<b>Aflatossina B1</b> (µg/kg)	<b>0,1</b>	<b>2</b>
<b>Aflatossina M1</b> (µg/kg)	<b>0,025</b>	<b>0,05</b>
<b>Ocratossina A</b> (µg/kg)	<b>0,5</b>	<b>3</b>
<b>Patulina</b> (µg/kg)	<b>10</b>	<b>50 (per nettari di frutta)</b>
<b>Deossivalenolo</b> (µg/kg)	<b>200</b>	<b>750 (pasta secca) 500 (pane e prodotti da forno)</b>
<b>Zearalenone</b> (µg/kg)	<b>20</b>	<b>50 (pane e prodotti da forno)</b>
<b>Fumonisine</b> (µg/kg)	<b>200</b>	<b>800</b>

# "Allattiamo Insieme" sabato 5 ottobre il *flash-mob* della Regione Emilia-Romagna per l'allattamento al seno

"Allattiamo insieme", flash-mob per sostenere l'allattamento al seno. Appuntamento sabato 5 ottobre in tante piazze dell'Emilia-Romagna per promuovere una pratica importantissima per la salute delle mamme e dei bambini. E l'invito è: "Indossa una maglietta bianca e vieni anche tu ad allattare!".

L'iniziativa, promossa dalla Regione Emilia-Romagna (Assessorato politiche per la salute e Assessorato politiche sociali) in collaborazione con le Aziende sanitarie, gli Enti locali e i Gruppi di sostegno, si inserisce nell'ambito delle manifestazioni legate alla **Settimana mondiale dell'allattamento materno**, in programma dall'1 al 7 ottobre.

Quest'anno, la Settimana si concentra sull'importanza del sostegno fra pari e all'interno della comunità, dalla famiglia, dai mariti, dai compagni, da amiche che sono a loro volta madri, da operatori sanitari qualificati, da consulenti professionali, per aiutare le mamme ad avviare e continuare l'allattamento al seno.

Tante mamme, il 5 ottobre, si troveranno insieme per allattare e sarà anche un'opportunità di confrontarsi con gli operatori dei Consultori familiari e dei Punti Nascita e con i volontari dei Gruppi locali di sostegno dell'allattamento al seno. Il tema è molto sentito: capita infatti che anche quando c'è un buon avvio dell'allattamento, poi questo venga sospeso prima dei sei mesi di età del bambino (come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'allattamento esclusivo).

Per promuovere l'iniziativa, la Regione Emilia-Romagna ha realizzato una locandina (il titolo "Allattiamo insieme" è proposto anche in inglese, ucraino, portoghese, arabo, francese, cinese, rumeno, russo) e una pagina web di approfondimento sul portale del Servizio Sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, [www.saluter.it](http://www.saluter.it) e dell'Assessorato Politiche sociali



<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/>, con la lista dei luoghi, provincia per provincia, dove si svolgono i flash-mob di sabato 5 ottobre.

## Allattamento al seno: obiettivo prioritario della Regione Emilia-Romagna

L'allattamento al seno è il modo naturale di alimentare il neonato, offre il cibo migliore e la protezione di cui ha bisogno per la crescita e lo sviluppo. Allattare al seno favorisce il contatto tra la madre e il neonato.

**Secondo l'ultima indagine svolta in Regione Emilia-Romagna**, l'allattamento al seno completo in Emilia-Romagna viene praticato dal 55% delle donne a tre mesi e dal 37% a cinque mesi. **Dal 1999 al 2011 il tasso è aumentato del 3% a tre mesi e del 15% a cinque mesi. Il tasso dei bambini non allattati è in calo: -4% a tre mesi, -7% a cinque mesi. Dal 1999, attraverso indagini regionali a cadenza triennale, ne viene monitorata la diffusione a 3 e 5 mesi di vita del bambino. Nel 2005 è stato avviato un percorso rivolto agli operatori sanitari per favorire il cambiamento nelle pratiche assistenziali in modo da rendere più efficace il loro lavoro di promozione e sostegno alle mamme. Dal 2008 la Regione inoltre finanzia corsi di formazione per gli operatori.**



# NUOVE DROGHE SINTETICHE

## contrastarne la diffusione con il Sistema Nazionale di Allerta Precoce

**Giovanni Serpelloni<sup>1</sup>,  
Claudia Rimondo<sup>2</sup>, Catia Seri<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Dipartimento Politiche Antidroga,  
Presidenza del Consiglio dei Ministri  
<sup>2</sup>Sistema Nazionale di Allerta Precoce,  
Dipartimento Politiche Antidroga,  
Presidenza del Consiglio dei Ministri

“Incensi”, “profumatori ambientali”, “sali da bagno”, “fertilizzanti per bonsai”, sono solo alcune delle denominazioni comuni, usate per etichettare l’innumerabile quantità di nuove droghe che circolano attraverso il web, negli “smart shop” e nel mercato da strada, che rappresentano un’importante problematica sanitaria globale. Anche l’Italia non è rimasta immune a questo fenomeno che tuttavia è attentamente monitorato dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, anche su disposizioni europee in materia di contrasto alle tossicodipendenze.

### Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce: come funziona

Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce si pone l’obiettivo di monitorare il fenomeno droga sia rispetto alla comparsa di nuove sostanze psicoattive sul territorio, sia a nuove modalità di consumo e di intervenire con azioni concrete, finalizzate a prevenire problematiche sanitarie correlate. Per fare questo, si avvale della collaborazione di tre coordinamenti specifici: l’Istituto Superiore di Sanità per le problematiche biosicologiche, il Centro Antiveleeni di Pavia per gli aspetti clinico-tossicologici e il Dipartimento

delle Dipendenze della ULSS 20 di Verona che funziona da coordinamento operativo del Sistema. I tre coordinamenti lavorano in stretta sinergia per raccogliere informazioni, valutare e processare eventuali segnalazioni di nuove droghe o nuove modalità di consumo e condividere i risultati del monitoraggio con le Forze dell’Ordine, laboratori di analisi, centri antiveleeni, pronto soccorso, ovvero con tutte quelle strutture che potrebbero incontrare problematiche simili, al fine di facilitarne il riconoscimento.

### Il fenomeno “droghe sintetiche” in Italia

Le cosiddette “nuove droghe sintetiche” disponibili sul mercato sono numerose e di tipologia varia. Dal 2009 in Europa, così come in Italia, si è registrata la circolazione di numerosi prodotti venduti in negozi specializzati denominati “smart shop” e su Internet, commercializzati come profumatori ambientali o incensi, ma promozionati come delle vere e proprie droghe. Si tratta di bustine colorate, con disegni accattivanti e nomi esotici. “Spice”, “Forest Green”, Bon-

*Bustine di miscele di erbe o polveri commercializzate attraverso Internet o smart shop, risultate contenere cannabinoidi sintetici o catinoni sintetici in Italia.*

zai”, “Jungle Mystic Incense” sono alcuni dei nomi tra le centinaia di confezioni intercettate dal Sistema di Allerta, grazie alla collaborazione con le Forze dell’Ordine, che hanno effettuato sequestri in tutta Italia, e grazie al lavoro dei laboratori che collaborano con il Sistema e che hanno consentito di individuare queste nuove droghe, altrimenti non riconoscibili ai normali controlli di routine. I prodotti sono risultati contenere miscele di erbe (in inglese “herbal blend” o “herbal incense” come riportato in etichetta), nelle quali



viene “spruzzata” una soluzione contenente droghe sintetiche. Si tratta specificatamente di cannabinoidi sintetici, così denominati in quanto sintetizzati in laboratori chimici, non autorizzati. Sono molecole con strutture spesso molto diverse dal THC (il principio attivo della cannabis), ma che agiscono sugli stessi siti nel cervello, producendo effetti simili e spesso di potenza maggiore a quelli provati con la cannabis. Gli effetti nocivi di questi prodotti sono tali da aver fatto registrare ad oggi, in Italia, 41 casi di intossicazione acuta con urgente ricovero in pronto soccorso, subito dopo aver fumato queste miscele di erbe, sotto forma di “spinello”. Le età dei consumatori sono risultate variabili, anche se l’attenzione va rivolta alla fascia giovanile in quanto 27 dei ricoverati erano al di sotto dei 21 anni, con casi di intossicazione registrati anche in ragazzi di 14 anni. I principali sintomi osservati dopo assunzione di cannabinoidi sintetici sono tachicardia, agitazione, confusione, dilatazione della pupilla fino a casi gravi di coma, convulsioni e allucinazioni.

Il monitoraggio effettuato dal Sistema di Allerta ha documentato la diffusione anche di un’altra tipologia di droghe, i catinoni sintetici, che sono stati riscontrati in prodotti venduti con modalità analoghe ai cannabinoidi sintetici, ma denominati prevalentemente “sali da bagno” (“bath salts” in inglese) o “fertilizzanti per piante” e contenenti polveri cristalline che i consumatori riportano assumere per via orale, sniffo o addirittura per via iniettiva o anale. Sono droghe estremamente potenti con casi di intossicazione registrati anche in Italia per l’azione stimolante e la forte agitazione che producono fino a portare in alcuni casi, a comportamenti aggressivi. Spesso vengono circolarizzate in forma di pasticche facilmente scambiabili per ecstasy (un noto derivato amfetaminico). La diffusione di droghe al posto di altre fa sì che spesso nemmeno i ragazzi sanno cosa assumono veramente, tanto che di 87 soggetti che avevano dichiarato l’as-

sunzione di una determinata droga (“herbal blend”, cannabis, cocaina, ecstasy o altro), per più della metà gli esami tossicologici in sangue o urine avevano evidenziato la presenza di altre sostanze rispetto a quelle dichiarate.

### La collaborazione con il Ministero della Salute

Molte di queste molecole, sono state velocemente inserite nella lista delle sostanze stupefacenti in Italia (Tabella I DPR 309/90), attraverso la stretta collaborazione con il Ministero della Salute che, sulla base delle evidenze e della documentazione scientifica, supportata dal parere favorevole del Dipartimento Politiche Antidroga, ha condotto a 5 decreti emanati tra il 2010 e il 2012 che hanno reso illegali numerose nuove droghe di origine sintetica.

### Il monitoraggio del fenomeno droga passa anche attraverso il web

L’identificazione precoce delle nuove droghe sintetiche - sia da un punto di vista tossicologico, che attraverso un attento monitoraggio del pronto soccorso mediante il Sistema di Allerta - si sta dimostrando molto efficace nella prevenzione della diffusione di queste pericolosissime sostanze. Il monitoraggio è stato esteso anche alla rete Internet, con una unità del Sistema di Allerta dedicata, che si occupa proprio del monitoraggio dei siti web che commercializzano droghe illegali. Tra le sostanze illegali individuate online, numerosi sono stati proprio i cannabinoidi sintetici (JWH-018; JWH-073 sono solo alcune delle sigle che li descrivono) e i catinoni sintetici (mefedrone, MDPV, butilone

tra i più comuni), ma anche ketamina e le più “tradizionali” cocaina, ecstasy, marijuana, eroina. I siti sono accessibili a tutti, pertanto anche ai più giovani che spesso passano molte ore sul web, spesso senza la supervisione dei genitori. Il monitoraggio Internet ha permesso in circa un anno di attività (agosto 2011 - settembre 2012) di individuare 43 siti web in lingua italiana e di segnalare 356 offerte commerciali di queste sostanze illecite alle Forze dell’Ordine, segnalazioni che nella maggior parte dei casi hanno condotto alla rimozione dell’annuncio o alla chiusura della pagina web. Ciò significa che gli annunci sono stati interdetti alla consultazione web e resi inaccessibili ai potenziali acquirenti, riducendo l’offerta e dunque diminuendo le possibilità che eventuali utenti possano essere esposti all’uso di questi prodotti. I risultati del monitoraggio del web rappresentano un ulteriore traguardo nella lotta alla droga - come riportato dal dott. Serpelloni, Capo del Dipartimento Politiche Antidroga - che permetterà finalmente di interrompere il nuovo mercato delle cosiddette “droghe sintetiche” che fino a poco tempo fa era riuscito ad evitare i divieti imposti dalla legge e a generare oltre che molti danni alla salute anche forti redditi per questi nuovi tipi di spacciatori.



*Georeferenziazione dei casi di intossicazione acuta con ricovero in Pronto Soccorso dopo aver fumato cannabinoidi sintetici, registrati attraverso il Sistema Nazionale di Allerta Precoce in Italia.*

# I grassi tropicali.

## Olio di palma, olio di palmisto, olio di cocco

Gli oli tropicali sono indicati per la nostra salute e per quella del pianeta? In effetti, la questione è molto più complessa di quanto non si creda a causa degli enormi interessi economici che vi girano intorno. Gli oli tropicali, infatti, sono posti al centro di una disputa tra la potente industria che li produce, il mondo scientifico che ancora cerca di definirne con certezza tutte le implicazioni per la salute e le principali organizzazioni, incluse quelle deputate alla protezione dell'ambiente, che dettano le linee guida internazionali che **continuano a raccomandare severe limitazioni nell'uso di questi grassi.**

Iniziamo con il dire che il termine "tropicale" definisce sostanzialmente 3 oli differenti:

- **l'olio di palma**, estratto attraverso la spremitura dei frutti denocciolati e cotti della palma, appunto. L'olio filtrato ha un colore rossastro grazie all'alto contenuto di carotenoidi ed è solido a temperatura ambiente. Dopo la raffinazione per bollitura, acquista un colore biancastro (ma perde i carotenoidi) ed è così utilizzato nell'industria alimentare anche in considerazione dei suoi bassi costi. **Il contenuto di grassi saturi è pari al 48%.** Va detto che l'olio di palma rosso, usato come tale nei paesi d'origine, è molto più salutare dell'olio di palma raffinato (incolore), per via dei molti antiossidanti in esso contenuti tra cui beta-carotene, squalene, vitamina A e E.
- **l'olio di palmisto**, ottenuto dai semi della palma essiccati, macinati e filtrati. Il prodotto grezzo è solido e brunastro e acquista un colore biancastro, dopo raffinazione. Viene utilizzato nell'industria dolciaria in particolare per glasse e farciture. **Il contenuto in grassi saturi è quasi doppio (82%) rispetto all'olio di palma.**
- **l'olio di cocco**, derivato dalla pressatura della polpa essiccata della noce di cocco. Molto versatile, è ampiamente utilizzato nella cosmesi come nell'industria alimentare (resiste alle alte temperature e non irrancidisce). **Presenta un'elevatissima percentuale di grassi saturi pari a circa il 90%.**

Veniamo ora alla questione salute, sulla quale sia l'Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità) che l'Aha (American Heart Association), così come le maggiori entità legiferanti in ambito di sicurezza degli alimenti, si sono pronunciate, consigliando, come detto, **un consumo limitato di questi oli, principalmente per l'alta percentuale di grassi saturi e la conseguente tendenza ad alzare i livelli di colesterolo e aumentare così il rischio di patologia cardiovascolare.**

Dott. Federico Mordenti  
Medico Specialista  
in Scienza dell'Alimentazione

Dalla letteratura scientifica più recente, di contro, **emergono evidenze interessanti che si oppongono ai dogmi delle grandi associazioni**, ma ancora gli studi non sono conclusivi, sebbene in fervente incremento. Importante peraltro osservare che gli oli tropicali subiscono vari processi di raffinazione per essere più duttili nell'industria alimentare (ma anche cosmetica, dei detersivi e dei biocombustibili), ma **queste trasformazioni chimiche comportano un'alterazione dei componenti base**, non solo rappresentata dalla perdita dei fondamentali antiossidanti succitati (che veicolano benessere attraverso la riduzione del rischio cardiovascolare e carcinogeno, come evidenziato in recenti ricerche), ma anche dalla produzione di differenti molecole i cui effetti sulla salute sono ancora da indagare.

**Un'altra questione va però affrontata parlando dei grassi tropicali: quella ecologica**, come sottolineano le maggiori associazioni ambientaliste che denunciano la distruzione della foresta pluviale in Indonesia e Malesia (e in modo minore in Uganda e Costa d'Avorio) per ottenere territori sempre più ampi per la monocoltura di palme da olio e soddisfare così la crescente richiesta legata anche all'utilizzo come biocarburante dei prodotti derivati (basti pensare che la produzione di olio di palma è passata dai 23 ai 43 milioni di tonnellate/anno tra il 2004 e il 2009). **Gli effetti in termini di emissioni di anidride carbonica e di riduzione della biodiversità animale** (per esempio, il rischio estinzione degli oranghi in Borneo) **e vegetale sono disastrosi.**

Detto ciò, e fatte le rispettive scelte personali da consumatori responsabili e informati, ci troviamo di fronte all'annoso problema che non sempre, nell'etichetta dei prodotti alimentari, troviamo specificamente segnalata la presenza di questi oli, spesso nascosti sotto la generica definizione di "oli vegetali". La buona notizia è che dal 14 dicembre 2014, in ottemperanza al regolamento 1169/11 dell'Unione Europea, **i produttori saranno obbligati a indicare specificamente la natura degli oli impiegati**, pertanto, tutti i consumatori attenti potranno da allora fare acquisti più consapevoli. Nel frattempo ci permettiamo di consigliare di scegliere gli alimenti prodotti dalle industrie più sensibili che già spontaneamente dichiarano nei particolari il tipo di grassi vegetali utilizzati.

# 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.



# DOPO COLAZIONE...a Scuola con la GIUSTA MERENDA

Vita Cupertino

Responsabile U.O. Pediatria di Comunità  
ASP Cosenza - DS Valle Crati

**E'** fondamentale, soprattutto nel bambino, iniziare la giornata con un'adeguata prima colazione.

Un carburante necessario a fornire l'energia per "partire", anche in funzione del rendimento scolastico.

Sono sempre tante le famiglie che la **trascurano**, in un'età in cui le abitudini alimentari continuano a strutturarsi facilitando, verosimilmente, il mantenimento di cattive abitudini in età adulta.

Mancanza di tempo, messaggi sbagliati, conoscenze inadeguate. Spesso la convezione di rimediare con una **merenda di metà mattina particolarmente "nutriente"** è quasi consequenziale, aggravata a volte con un'altra diffusa errata abitudine: accompagnare la merenda con un succo di frutta al posto dell'acqua.

Questa la fotografia che emerge da varie osservazioni effettuate nella scuola primaria nel corso di indagini finalizzate a contrastare **errati stili di vita, che interagendo con fattori genetici, culturali, ambientali sono importante causa dell'epidemia di obesità che in molti bambini condiziona la buona salute nelle età successive.**

Non esiste una ricetta valida per tutti, tuttavia intervenire precocemente significa fare leva sulla famiglia, motivando, coadiuvando la funzione educativa, agendo in sintesi su tutte quelle figure che a vario titolo si occupano del bambino.

I nonni, le babysitter, ma soprattutto quale migliore sinergia può essere auspicabile se non tra **genitori, pediatri ed insegnanti**, in un **setting privilegiato come la scuola**, abitata da figu-

re che conoscono ed adottano il metodo pedagogico.

Se è vero che imporre o proibire un alimento fa scaturire il desiderio del "proibito", che i bambini hanno il senso di appartenenza al gruppo e si sentono derisi se utilizzano cibi "diversi", proprio nel tempo scolastico un genitore può affidare importanti strategie educative agli Insegnanti, a loro volta coadiuvati dal pediatra.

E' importante ricordare come il bambino debba scandire la giornata distribuendo gli alimenti in **cinque pasti giornalieri**:

due pasti principali, la prima colazione e due piccole merende (una a metà mattinata ed un'altra a metà pomeriggio) supportati da un'adeguata distribuzione di quantità e qualità dell'apporto energetico.

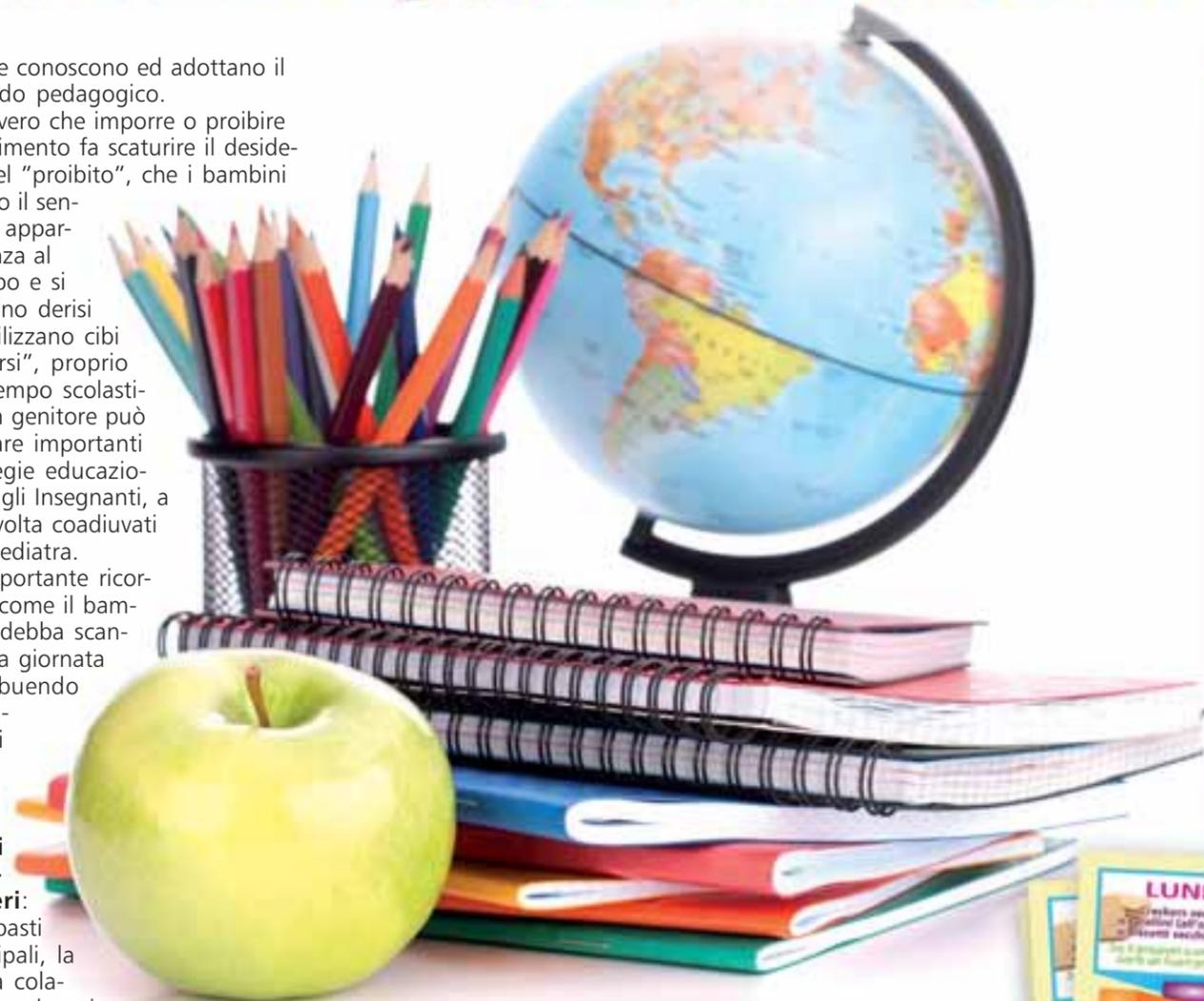
E' universalmente riconosciuto che il bambino che si reca a scuola (quasi mai a piedi!) in rapporto al suo fabbisogno, deve assumere il **15-20%** delle calorie nella prima colazione e **solo il 5%** nella merenda di metà mattinata.

Quest'ultima, spesso troppo abbondante, può diventare un importante momento di condivisione, anche ludico, per tutti i bambini, compresi quelli che non uti-

lizzano la mensa. Il fine è scongiurare un elevato introito calorico che, se perdura nel tempo, può condurre ad un eccesso ponderale.

E' possibile enfatizzare per rendere **giusta** la merenda "l'educazione tra pari", mettere in moto un processo di socializzazione ed un vero e proprio "laboratorio del gusto".

Le mamme devono sentirsi parte attiva in questo percorso virtuoso, per la scelta e la preparazione di spuntini sani da concordare col pediatra e/o la maestra, che resta sempre un importante punto di riferimento per il bambino.



**"Mangiar bene conviene... in Calabria"**

**DOPO COLAZIONE...a Scuola con la GIUSTA MERENDA**

All'interno del macro progetto "Regaliamo Futuro" si è sviluppato nel Territorio dell'ASP di Cosenza nell'anno scolastico 2012-2013 il Modulo Regionale **"Mangiar bene conviene... in Calabria"**.

Attori dell'alleanza educativa: la Pediatria di Comunità - ASP Cosenza DS Rende-V.C. con la Responsabile Dott.ssa Vita Cupertino come direzione e coordinamento scientifico, l'ambito Regionale delle Società scientifiche SIP e SIP-PS, Editeam quale coordinamento scientifico-redazionale, le famiglie e gli educatori.

Il progetto pilota ha visto coinvolti 7 Istituti scolastici di scuola primaria della Provincia di Cosenza (1 di Cosenza, 3 di Rende, 3 dei Paesi limitrofi: Castrolibero, S. Pietro in Guarano, Rose), n° 2.195 bambini della scuola primaria, 112 classi e 176 insegnanti.

In occasione degli incontri è stato presentato un Kit didattico per la Classe

intitolato **"Merendiamo!"**, gioco-laboratorio collettivo di natura educativo-motivazionale per i bambini, la Guida **"Allarme Obesità"** e la Rivista **"Conoscere per Crescere"** per gli insegnanti e le famiglie che le scuole continueranno a ricevere in abbonamento gratuito per tutti i bambini.

In alcune scuole la merenda è stata preparata e condivisa con le maestre, nei giorni in cui sono stati preparati prodotti tipici del territorio.

Contestualmente all'avvio del progetto le Autorità scolastiche degli Istituti che hanno aderito hanno provveduto ad eliminare i distributori automatici di alimenti e bevande zuccherate.

Si sta valutando la possibilità di coinvolgere altri partner inserendo Istituzioni ed Associazioni che possono costituire un valore aggiunto importante, per proseguire verso questo percorso virtuoso, estendendo questa esperienza in tutta la Calabria.



Sarà importante proporre la frutta di stagione, snack a base di cereali e piccole quantità di proteine, spuntini che richiamino le tradizioni locali all'insegna del Modello Alimentare Mediterraneo, globalmente riconosciuto come il migliore dal punto di vista nutrizionale.

Si potrà variare la merenda rendendola più possibile gradevole ed adeguata ai gusti, evitando che il bambino mangi fuori orario. Se si usano snack confezionati sarà importante controllare bene la loro composizione. Unica bevanda dovrà essere rappresentata dall'acqua.

Così la scuola può essere vista come agenzia promotrice di salute, con le Autorità Scolastiche impegnate nel far osservare le regole di una corretta alimentazione anche quando intervengono i distributori dei prodotti da forno o vengono utilizzati i distributori automatici.

# CIRCONCISIONE RITUALE MASCHILE IN ITALIA: A CHE PUNTO SIAMO?

**Rosalia Maria Da Riol**  
Segretario Gruppo di Studio GLNBI-SIP  
Centro Coordinamento  
Regionale Malattie Rare FVG,  
Azienda A-O SSM, Udine

La circoncisione rituale maschile (CRM), pratica poco conosciuta nella cultura italiana, ha assunto particolare rilievo nel nostro Paese negli ultimi decenni, in seguito all'aumento di famiglie straniere che la eseguono usualmente per motivi religiosi e/o culturali.

La circoncisione maschile (CM) consiste nell'asportazione totale o parziale dell'anello prepuziale maschile finalizzata a determinare una scoperta permanente del glande. La parola "circoncisione" deriva dal latino *circum* (attorno) e *caedere* (tagliare).

Gli antropologi, a tutt'oggi, non concordano sulle origini della CRM; è presumibile che abbia avuto inizio, agli albori della storia, contemporaneamente in più culture (Antico Egitto, popoli camitici e neri dell'Africa, musulmani del Sud-Est Asiatico, aborigeni dell'Australia) e che sia stata praticata prevalentemente:

- per ragioni igieniche, specialmente considerando lo stato delle popolazioni nomadi in zone desertiche prive di acqua;
- ai fini di una "purificazione" individuale e della società, attraverso la riduzione del piacere sessuale;
- come rito iniziatico e di passaggio destinato, soprattutto nelle popolazioni africane, a segnare l'ingresso in una nuova condizione di vita (stato di adulto e/o guerriero, appartenenza al clan o alla tribù);
- per motivi religiosi, dagli ebrei, dai musulmani e da alcune chiese cristiane copte dell'Egitto e dell'Etiopia.

La CRM, per gli ebrei, è formalmente prescritta dalle Scritture (Lev. 12,3 - Gen. 17,17) e, come tale, condizione assoluta e irrinunciabile per entrare a far parte del popolo eletto; per i musul-

mani, non è menzionata nel Corano, non riveste carattere di prescrizione formale ma è una "sunna mu'aqqadah", vale a dire fortemente consigliata dal Profeta. La CM eseguita per motivi profilattici, è particolarmente diffusa negli Stati Uniti (54,7% dei maschi americani è circonciso, MMWR, 2010) e supportata da ampia letteratura scientifica che la indica come strumento di prevenzione della trasmissione dell'HIV e di altre malattie sessualmente trasmesse (MST). L'Accademia Americana di Pediatria (AAP) si è ripetutamente espressa al riguardo; nell'agosto 2012, in base alle più recenti evidenze scientifiche, ha affermato che i benefici per la salute del bambino determinati dalla CM (riduzione delle infezioni delle vie urinarie e balanopostiti) superano i rischi di complicanze e giustificano l'accesso a questa procedura per quelle famiglie che la richiedono. Tali affermazioni sono state in seguito confutate da varie pubblicazioni scientifiche che riportavano complicanze della CM, rilevanti sia per la salute, sia per la futura vita sessuale del bambino. Il dibattito sull'utilità profilattica

della CM è quindi tuttora aperto. Per quanto riguarda gli aspetti etici, giuridici ed economici dell'esecuzione della CRM, in Italia nel 1998, il Comitato Nazionale per la Bioetica, ha concluso che:

- la CRM è lecita e "i popoli o le comunità che, per la loro specifica cultura, praticano la CRM meritano pieno riconoscimento della legittimità di tale pratica" (per gli ebrei "(...) in conformità della legge n. 101/89 che ha approvato l'intesa stipulata fra lo Stato italiano e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane, il 27.02.87");
- "sarebbe auspicabile che fosse eseguita da un medico privato, ovvero in ospedali pubblici (...) ma non a carico della collettività".

In effetti, al momento, l'esecuzione della CRM è una prestazione non rimborsabile dal S.S.N. italiano; sono le singole Aziende Ospedaliere o Strutture Sanitarie private e/o convenzionate a stabilire il costo dell'intervento, che spesso si rivela molto alto (anche 1.200 Euro/prestazione).

Questo comporta una discriminazione tra bambino e bambino nel nostro Paese, perché i figli di genitori ebrei e/o statunitensi trovano nell'ambito della loro comunità un supporto socio-sanitario adeguato all'esecuzione "sicura" di tale pratica, mentre i bambini di famiglie straniere, non appartenenti a tali comunità e che non possono sostenere il costo dell'intervento in ospedale, sono costretti a scegliere tra:

- non essere circoncisi, andando incontro a problemi di esclusione rispetto alla propria cultura e/o religione di appartenenza;
- essere circoncisi in strutture private non adeguate o da "circoncisori tradizionali", con grave rischio di complicanze, a volte fatali.

Alcune regioni italiane (Liguria, Toscana, FVG) hanno cercato di risolvere il problema con progetti pilota e/o altri tipi di percorsi sanitari ma, a tutt'oggi, in Italia tale discriminazione purtroppo permane e richiede risposte istituzionali. Serve un confronto ampio tra operatori sanitari e sociali, dirigenti amministrativi, associazioni di mi-

granti e referenti religiosi, dove il diritto all'uguaglianza e alla salute del bambino (sancito dalla nostra Costituzione e dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia) venga sempre e comunque riconosciuto e tutelato.

In molti Paesi Europei (Regno Unito, Olanda, Norvegia, ecc.) la CRM è eseguita in ospedale, previo pagamento di un ticket congruo alle possibilità economiche dei genitori; nello specifico, il Parlamento tedesco, nel dicembre 2012, ha emanato una legge che regola l'esecuzione della CRM e che, pur con certi limiti, tiene conto del diritto alla salute del minore. La complessità dell'argomento è comunque testimoniata dal fatto che, in questi stessi Paesi, alcune sentenze abbiano recentemente condannato l'esecuzione della CRM, indipendentemente dalla comunità religiosa di appartenenza, "in quanto violazione del diritto all'integrità fisica del soggetto minore che non può prestare il proprio consenso", innescando un dibattito giuridico, etico e religioso sull'eventualità di una legislazione che vieti la CRM per "tutti" i minori di anni 15/18.



Conoscere per prevenire

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



**SENSODYNE**

www.sensodyne.it

\*se usato due volte al giorno.

# Il mio bambino ha il reflusso?

**Silvia Salvatore**  
Ricercatore Universitario di Pediatria  
Università dell'Insubria  
Ospedale "F. Del Ponte", Varese



## Come si presenta?

■ Nel lattante, spesso quando assume troppo latte o troppi liquidi, il RGE è molto comune e determina rigurgiti, cioè fuoriuscita di latte (o altro liquido) dalla bocca, e saltuariamente vomiti, cioè espulsione del contenuto dello stomaco con sforzo e a distanza dal corpo. Normalmente i rigurgiti sono molto più frequenti nei primi mesi di vita, possono esserci in quantità variabile anche a distanza di ore dal pasto e più volte al giorno, si riducono dopo l'inizio delle pappe e ancor di più attorno all'anno. Si possono associare a pianto, disturbi di alimentazione o del sonno, inarcamenti della schiena, singhiozzo e agitazione. Nel bambino più grande il RGE può causare raramente rigurgiti e più spesso dolore o bruciore (pirosi) al torace (retro sternale). A qualsiasi età il RGE si può associare a problemi respiratori (tosse o disturbi del respiro).

## Ma come si capisce se c'è la malattia (MRGE)?

■ Nel lattante nessun sintomo o insieme di sintomi è specifico della MRGE ed il rigurgito (anche abbondante e/o con pianto) non è necessario né sufficiente per etichettare la malattia. Se i sintomi associati al RGE sono molto frequenti e persistono anche dopo variazioni dietetiche e posturali e/o in presenza di segnali di allarme (per esempio anemia, scarsa crescita, alterazioni neurologiche o altre anomalie riscontrate alla visita del pediatra) è consigliata l'esecuzione di esami particolari. Questi servono per distinguere il RGE dalla MRGE e per individuare eventuali altre cause di RGE (RGE secondario). Nel bambino più grande ed in grado di spiegare i sintomi, la presenza di pirosi, specialmente se disturbante e frequente, è sufficiente per la diagnosi di MRGE.

## Perché il RGE può diventare MRGE?

■ Diversi fattori possono favorire il passaggio da RGE a MRGE. In particolare frequenti rilasciamenti inappropriati (cioè non dovuti a deglutizione) dello sfintere esofageo inferiore (o LES) (che è una sorta di valvola alla fine dell'esofago) facilitano la risalita del contenuto gastrico in esofago. Inoltre giocano un ruolo importante nel determinare la MRGE sia la sensibilità sia la resistenza (individuale) della mucosa (tessuto) esofagea, la durata e la frequenza dei RGE, oltre a fattori ormonali, chimici, motori, infiammatori, genetici ed ambientali.

## Ci sono bambini più a rischio di MRGE?

■ I bambini con malattie neurologiche, operati per malformazioni congenite (atresia) dell'esofago, con fibrosi cistica hanno un rischio aumentato di MRGE che spesso è anche più grave e più resistente alla terapia. La presenza di ernia iatale voluminosa (cioè con un'estesa parte dello stomaco dislocata nel torace), di familiarità per grave MRGE e di obesità sembrano aumentare la probabilità di MRGE. Non così chiara è l'associazione tra MRGE e nascita prematura. Da notare poi che non necessariamente la presenza di MRGE nel primo anno di vita, in bambini per altro sani, predispone alla MRGE in anni successivi o in età adulta.

## Quali esami si possono fare?

■ Nessun esame del sangue o delle feci può svelare la MRGE. Nemmeno gli esami radiologici (radiografia con mezzo di contrasto o ecografia) riescono a distinguere il RGE dalla MRGE ma sono utili nell'evidenziare eventuali malformazioni. La pH-metria (e pH-impedenzometria) registra gli episodi di RGE

(solo quelli acidi nella pH-metria) per 24 ore tramite un sondino flessibile molto sottile (2 mm) inserito dal naso, posizionato in esofago ed attaccato esternamente ad un registratore portatile. Serve per valutare se il numero o la durata degli episodi di RGE sono superiori ai valori ritenuti normali per età ("RGE patologico") ed ancor di più se gli episodi di RGE in esofago si associano significativamente ai sintomi. L'endoscopia o esofagogastroduodenoscopia (EGDS) consiste nel visionare l'esofago (lo stomaco e la prima parte dell'intestino) attraverso un tubo flessibile di pochi millimetri che passa dalla bocca e, grazie alle fibre ottiche, può mostrare la presenza di alterazioni (erosioni, ulcere, stenosi) nell'esofago (e/o stomaco e/o duodeno). Inoltre permette di effettuare microscopiche biopsie in tutti i tratti esplorati. L'EGDS serve particolarmente nel dubbio di MRGE per valutare la presenza, il tipo e il grado di un'eventuale esofagite (infiammazione dell'esofago). Nel caso in cui si sospetti un RGE secondario ad altre patologie (allergie alimentari, malattie metaboliche, neurologiche, epatiche o renali) verranno eseguiti altri esami specifici.

## Come si cura il RGE e la MRGE?

■ Per ridurre il RGE è spesso sufficiente evitare la sovra-alimentazione e posizioni che lo facilitano. Il fianco sinistro e il rialzo della testa nel sonno sono spesso consigliate per ridurre i reflussi. Alimenti come il cioccolato, i fritti, la menta, le bibite gasate, i succhi di frutta possono favorire il RGE e sono spesso mal tollerati anche se in modo variabile da persona a persona. Nel lattante che rigurgita spesso o abbondantemente possono essere utili variazioni dietetiche con riduzione del volume dei pasti, utilizzo per qualche settimana di

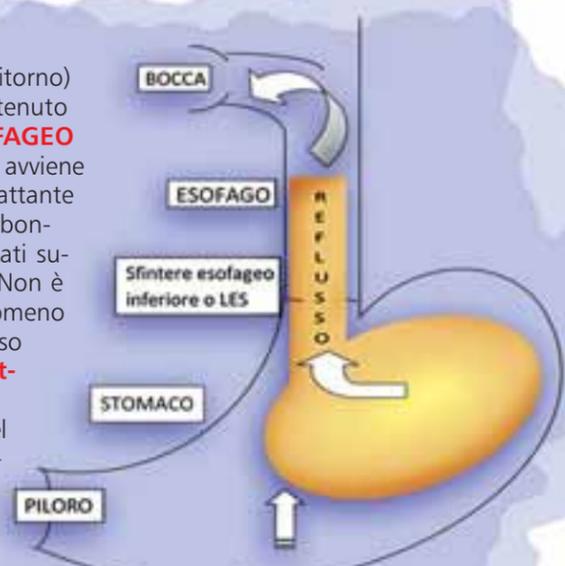
latte speciali (ispessiti/addensati o idrolisati cioè con proteine già digerite).

In presenza di pirosi frequente o provata MRGE da acido (esofagite da RGE, pH-metria o pH-impedenzometria patologica) i farmaci più efficaci sono gli inibitori dell'acidità gastrica (dalla ranitidina soprattutto nel lattante ai più potenti inibitori di pompa protonica o PPI quali omeprazolo, esomeprazolo, lansoprazolo, pantoprazolo, rabeprazolo). Non è raccomandata nel bambino piccolo una terapia empirica (cioè solo sulla base dei sintomi) con questi farmaci sia per l'alta probabilità di RGE fisiologico sia per l'importanza dell'acido nella digestione (specialmente delle proteine) e nella barriera naturale difensiva (dalle infezioni).

La durata della terapia per MRGE è di 8-12 settimane con sospensione graduale e con possibilità di ripetizione dei cicli terapeutici (ma necessità di approfondimento diagnostico in caso di non risposta). La terapia chirurgica è attualmente indicata solo in una piccolissima percentuale di pazienti con gravi complicanze (specialmente respiratorie) resistenti alla terapia medica. Altri farmaci quali l'alginato o l'idrossido di magnesio possono essere impiegati occasionalmente per ridurre meccanicamente il RGE o lievemente e temporaneamente l'acido ma non sono efficaci nella (grave) MRGE.



■ Il **REFLUSSO** (= ritorno) **GASTRO-** (= di contenuto dello stomaco) **ESOFAGEO** (= in esofago) (**RGE**) avviene frequentemente nel lattante specie dopo pasti abbondanti o se posti sdraiati subito dopo un pasto. Non è quindi per sé un fenomeno patologico ed è spesso confuso con la **Malattia da RGE (MRGE)** che si verifica solo nel caso in cui il RGE determini problemi o complicanze.



# integratori alimentari

## IL "DECALOGO" DEL MINISTERO PER USO INFORMATO

Data la crescente richiesta di questi prodotti da parte dei cittadini il Ministero della Salute ha pubblicato un opuscolo contenente 10 semplici regole per un loro utilizzo sicuro ed utile sul piano fisiologico.



La richiesta di benessere da parte dei consumatori spinge verso un uso crescente degli integratori alimentari, che oggi coinvolge circa la metà della popolazione italiana. Gli integratori alimentari sono prodotti presentati in piccole unità di consumo come capsule, compresse, fialoidi e simili, a base di nutrienti o altre sostanze ad effetto nutritivo o fisiologico, ideati e proposti per favorire il regolare svolgimento delle funzioni dell'organismo senza alcuna finalità di cura. L'impiego di tali prodotti deve avvenire in modo consapevole e informato sulla loro funzione e le loro proprietà per risultare sicuro e utile sul piano fisiologico, senza entrare in contrasto con la salvaguardia di abitudini alimentari e comportamenti corretti nell'ambito di un sano stile di vita.

In tal senso, il Ministero della Salute ha elaborato e messo a disposizione questi 10 utili consigli:

- 1 Ricorda che una dieta varia ed equilibrata fornisce in genere tutte le sostanze nutritive di cui l'organismo ha bisogno. Nel contesto di uno stile di vita sano e attivo, è fondamentale per tutelare e promuovere la tua salute e il tuo benessere. Per questo segui l'avvertenza, riportata nell'etichetta di tutti gli integratori, di non usarli come sostituti di una dieta varia ed equilibrata.
- 2 Ricorda che un integratore alimentare non può "compensare" i comportamenti scorretti. All'occorrenza invece può complementare una dieta varia ed equilibrata, quando gli effetti fisiologici riportati in etichetta rispondono alle tue specifiche esigenze di ottimizzazione della salute e del benessere.
- 3 Consulta sempre preventivamente il medico se: non sei in buona salute o sei in trattamento con farmaci per essere sicuro che non ci siano controindicazioni o la possibilità di interazioni; pensi di usare più integratori in associazione; l'impiego è destinato a fasce di popolazione vulnerabili, come i bambini e le donne durante la gravidanza e l'allattamento.
- 4 Non assumere integratori per periodi prolungati senza consultare periodicamente il tuo medico se ne fai uso per condizioni dell'organismo "cronicamente" ai limiti della norma, come ad esempio la pressione arteriosa o il livello di colesterolo nel sangue.
- 5 In caso di effetti indesiderati o inattesi sospendi l'assunzione dell'integratore. Anche gli integratori a volte possono provocare tali effetti per le sostanze fisiologicamente attive

che contengono. In questi casi informa tempestivamente il medico o il farmacista (possibilmente portandogli la confezione impiegata), che potranno segnalare l'evento al sistema di fitovigilanza.

6 Leggi sempre per intero l'etichetta dell'integratore che stai per assumere. Presta particolare attenzione alle modalità d'uso e alle modalità di conservazione, agli ingredienti presenti in considerazione anche di eventuali allergie o intolleranze, alle proprietà indicate e a tutte le avvertenze.

7 Non assumere integratori alimentari in dosi superiori a quelle indicate in etichetta, stabilite per svolgere effetti fisiologici. L'uso di integratori in quantità eccedente può provocare conseguenze svantaggiose per la tua salute, soprattutto se si prolunga nel tempo.

8 Ricorda che per ridurre il sovrappeso e smaltire il grasso in eccesso devi diminuire l'apporto calorico alimentare con una dieta adeguata e, nel contempo, aumentare la spesa energetica dell'organismo con un buon livello di attività fisica. L'uso di qualunque integratore alimentare può essere solo secondario e accessorio. Non seguire diete ipocaloriche a lungo, oltre le tre settimane, senza sentire il parere del medico per valutarne l'adeguatezza in funzione delle tue specifiche esigenze. Ricorda che per mantenere il risultato raggiunto devi modificare stabilmente le tue abitudini alimentari e seguire uno stile di vita attivo.

9 Anche se fai sport, con una dieta varia ed equilibrata in linea generale puoi soddisfare le esigenze nutrizionali del tuo organismo. L'eventuale impiego di integratori alimentari deve tener conto del tipo di attività svolta, delle effettive esigenze individuali e delle indicazioni riportate in etichetta. L'assunzione di integratori a dosi superiori a quelle consigliate, che squilibrano in eccesso l'apporto dietetico di nutrienti e di altre sostanze fisiologicamente attive, è irrazionale e può comportare conseguenze svantaggiose sulla condizione fisica, sul rendimento e, se prolungata, anche sulla tua salute. Diffida di integratori pubblicizzati per proprietà ed effetti mirabolanti o come soluzioni "miracolose" dei tuoi problemi. Gli integratori, come tanti altri prodotti, oggi sono reperibili anche al di fuori dei comuni canali commerciali, quali ad esempio la rete internet. Sul portale del Ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)) trovi il Registro nazionale degli integratori alimentari, che puoi consultare per verificare quali sono i prodotti regolarmente notificati per l'immissione sul mercato italiano.

## News



### Giornata Mondiale del diabete

Il 9 e 10 novembre la Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) e le associazioni di volontariato parteciperanno alla Giornata Mondiale del Diabete che si organizza in Italia ormai da oltre dieci anni sotto il coordinamento mondiale della International Diabetes Federation e nazionale di Diabete Italia. Dal 2007 avviene anche sotto l'egida delle Nazioni Unite. E' probabilmente la più grande manifestazione del Volontariato in Italia nel campo della salute. Quasi tutte le 350 Associazioni fra persone con diabete e moltissimi tra i 600 Team diabetologici italiani, insieme a Volontari della Croce Rossa Italiana e di altri sodalizi organizzano in 400 città e cittadine d'Italia almeno 500 eventi. L'elenco degli eventi e tutte le informazioni nel sito [www.giornatadel diabete.it](http://www.giornatadel diabete.it)

Il classico evento è la cosiddetta "glicemia in piazza" ovvero la misurazione gratuita della quota di glucosio nel sangue e di altri parametri che consentono di scoprire casi di diabete non diagnosticato e di valutare il rischio di svilupparlo nei prossimi 5 anni. Quest'anno la "Giornata" ha un taglio anche "politico". Il Ministero della Salute in accordo con le Regioni ha infatti disegnato nel Piano Nazionale Diabete un modello avanzato di assistenza alla persona con diabete. Nelle piazze le persone interessate saranno invitate a firmare una "cartolina all'Assessore" che invita la Regione a riconoscere formalmente e a implementare il Piano. La seconda novità riguarda la Diabetologia Pediatrica. La SIEDP e le Associazioni di genitori organizzeranno la loro presenza nelle "piazze" (si prevede in almeno 50 città) con una Campagna parallela di sensibilizzazione per la diagnosi precoce del diabete di tipo 1. "Per la prima volta la SIEDP, in pieno accordo con il Volontariato partecipa in modo attivo alla Giornata Mondiale del Diabete", spiega Stefano Tumini, Pediatra Diabetologo presso il Policlinico di Chieti e referente della SIEDP presso il Comitato Direttivo di Diabete Italia, "con una sua specificità ma in piena sinergia con quanto fatto da tutti gli altri volontari". L'adozione del Piano interessa a tutte le persone con diabete di tipo 1 e non solo. Verrà posta grande enfasi alla diagnosi precoce del diabete in particolare nelle scuole poiché la prevenzione della chetoacidosi diabetica rimane uno dei principali obiettivi di salute nella cura del diabete del bambino viste le gravi conseguenze di una diagnosi ritardata ■

100% LATTE MOLISANO  
SOLO DA MUCCHE CHE CONOSCIAMO BENE



120 mucche  
nate e cresciute in  
allevamenti del Molise  
ci forniscono  
ogni giorno il latte  
per i nostri prodotti  
100% LATTE MOLISANO



GRUPPO  
SASSANO

[www.caseificiosassano.it](http://www.caseificiosassano.it)

# CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: *l'isola che c'è*

Laura Serra, Martina Mazzocco\*  
UOC di Pediatria, Ospedale S. Maria della  
Scaletta, Imola  
\*Clinica Pediatrica, Università degli Studi,  
Ferrara

Il progresso medico e il miglioramento generale dell'assistenza hanno permesso la sopravvivenza di neonati, bambini ed adolescenti portatori di malattie altrimenti letali, senza tuttavia consentirne sempre la guarigione. I dati ISTAT rilevano che sono circa 11.000 i minori affetti da patologie incurabili; ogni anno muoiono, in Italia, circa 1.100-1.200 soggetti di età compresa tra 0-17 anni affetti da malattia inguaribile-terminale (circa 400/anno per patologia oncologica). L'assistenza a questi pazienti è stata, finora, erogata, nella maggior parte dei casi, in regime di ricovero ospedaliero, frequentemente in reparti di terapia intensiva. Il minore con patologia cronica severa senza possibilità di guarigione e/o con disabilità rilevante e/o terminale rappresenta un paziente elettivo per le cure palliative che ancora, da molti, vengono erroneamente identificate con le cure terminali, ovvero quelle erogate in fase terminale di malattia. In Italia il percorso per il riconoscimento istituzionale delle Cure Palliative (CP) pediatriche è abbastanza recente. Risale al 2006 la stesura del Documento Tecnico "Cure Palliative rivolte al neonato, bambino e adolescente"; ma solo la Legge 38 del 15 marzo 2010 ha garantito anche al bambino il diritto di accesso alle CP e alla terapia del dolore, intendendo, per CP, in accordo alla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, "l'insieme di interventi diagnostico-terapeutici, diagnostici ed assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nu-

cleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da una inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici", che vanno molto oltre alle cure terminali. Sono state identificate 4 diverse categorie di condizioni cliniche pediatriche che potrebbero beneficiare di CP (BOX) e, quindi, in rapporto allo stadio di malattia, di: controllo del dolore, supporto respiratorio, supporto riabilitativo, nutrizione artificiale, supporto psicologico e sociale. Circa metà delle situazioni che necessitano di CP originano già nel periodo neonatale (un quarto

per esiti di gravi condizioni neonatali e un restante quarto per gravi malformazioni congenite e/o malattie cromosomiche e genetiche complesse); i tumori, le malattie neurologiche, in particolare quelle degenerative e quelle metaboliche, contribuiscono in misura pressoché analoga a determinare la maggior parte dei restanti casi, a cui si aggiungono quelli derivanti da un'ampissima miscellanea di altre condizioni. L'esigenza di ricorrere a cure palliative può presentarsi già alla diagnosi o rendersi necessaria nel decorso della malattia. L'assistenza a tali pazienti richiede un ampio approccio multidisciplinare e integrato tra varie figure profes-

sionali: infermiere domiciliare, pediatra di libera scelta o medico di medicina generale, pediatra e/o specialista ospedaliero di riferimento (neuropsichiatra, anestesista, fisiatra, ortopedico...), fisioterapista, assistente sociale, psicologo. Il requisito fondamentale, ben esplicitato nella Legge 38 e successivamente nell'elaborato della Conferenza Stato-Regioni (luglio 2012) è l'istituzione di una rete integrata tra territorio (assistenza domiciliare, pediatri di libera scelta e medici di medicina generale, associazioni di volontariato...) ospedale e strutture residenziali (Hospice), in grado di soddisfare al meglio le esigenze del bambino e della sua famiglia. Risulta sicuramente più complessa, rispetto all'adulto, l'individuazione nel bambino dei criteri di eleggibilità per l'accesso alle cure palliative, sia per la variabilità delle patologie, sia per l'approccio terapeutico che si modifica in base all'accrescimento ed alla peculiarità del periodo evolutivo. La cura prestata a domicilio (organizzata o come ospedalizzazione a domicilio o come assistenza domiciliare integrata sociale e sanitaria) resta per l'età pediatrica l'obiettivo principale da raggiungere, tuttavia esistono momenti del percorso assistenziale, come la dimissione protetta da reparti di terapia intensiva oppure particolari condizioni transitorie della famiglia, che richiedono una soluzione residenziale (Hospice) o il ricovero in ospedale.

## 4 CATEGORIE DI CONDIZIONI CLINICHE PEDIATRICHE

**GRUPPO 1:** minori con patologie per le quali esiste un trattamento specifico, ma rimane probabile il fallimento. Le CP intervengono durante i periodi di prognosi incerta e quando il trattamento curativo fallisce (ad es. neoplasie).

**GRUPPO 2:** minori con patologie in cui la morte prematura rimane probabile, ma cure appropriate possono prolungare e assicurare una buona qualità di vita (ad es. fibrosi cistica).

**GRUPPO 3:** minori con patologie progressive, per le quali il trattamento è quasi esclusivamente palliativo e può essere esteso anche per molti anni (ad es. malattie neuromuscolari). In questi casi il bambino è sempre più dipendente dall'assistenza dei genitori.

**GRUPPO 4:** minori con patologie irreversibili, ma non progressive, che causano disabilità severa e morte prematura (ad es. disabilità multipla da danni cerebrali e/o midollari).



## Che cos'è l'Hospice?

L'Hospice è una struttura residenziale dedicata al ricovero e alla degenza dei malati che necessitano di cure palliative, garantendo la presenza dei parenti. L'assistenza in Hospice è fornita da un'équipe multidisciplinare specializzata in cure palliative, che garantisce assistenza medica ed infermieristica 24 ore su 24, in un ambiente il più possibile simile a quello domestico. Partecipano al piano assistenziale le seguenti figure professionali: psicologa, assistente sociale, fisiatra, fisioterapista, assistente spirituale, volontari formati. L'Hospice costituisce l'ambiente di assistenza più adatto in alcuni momenti della malattia:

- quando il malato necessita di cure che non possono più essere erogate al domicilio,
- quando l'impegno assistenziale diventa troppo difficile e gravoso per la famiglia,
- quando la sintomatologia correlata alla malattia risulta di difficile gestione a casa,
- quando il malato vive in condizione abitative inadeguate o con scarsi aiuti familiari.

In questi casi il malato può essere indirizzato all'hospice, anche solo per un ricovero temporaneo e/o di sollievo per i familiari. L'équipe multidisciplinare dell'Hospice è in contatto continuo con l'Unità di Cure Palliative Domiciliari, integrandone l'attività e assicurando la continuità dell'assistenza ai malati ed ai loro familiari, nell'eventualità di una successiva dimissione.

# Silenziosi, timidi, bizzarri

## I primi segni d'allarme nei disturbi dello spettro autistico

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

### Cosa sono i Disturbi dello Spettro Autistico?

■ I Disturbi dello Spettro Autistico rappresentano una categoria di disordini neurobiologici ad esordio precoce, clinicamente caratterizzati da difficoltà comportamentali nelle aree dell'interazione sociale e della comunicazione verbale e non verbale, e dalla presenza di interessi ripetitivi e stereotipati, che nella maggior parte dei casi permangono per tutta la vita. I Disturbi dello Spettro Autistico ricorrono in circa 1 su 110 individui, con una maggior prevalenza nei maschi che sono colpiti dal disturbo 3-4 volte più delle femmine. Le manifestazioni cliniche si collocano all'interno di uno "spettro" o "continuum" di gravità, che vede da un lato bambini in cui è assente qualsiasi forma di reciprocità sociale e di comunicazione (forma "classica" di autismo) e dall'altro bambini che presentano una minor severità sintomatologica (Sindrome di Asperger), in cui il linguaggio verbale è preservato ed il funzionamento adattivo generale è meno compromesso.

### Quali sono le cause?

■ In circa il 20% dei casi i disturbi dello spettro autistico sono secondari a condizioni mediche note, quali Sclerosi Tuberosa, Sindrome dell'X-Fragile, anomalie cromosomiche e malattie metaboliche o mitocondriali. Nel restante 80% dei pazienti è stata ipotizzata un'etiologia di tipo multifattoriale, in cui sarebbero implicati più di 100 loci di

vulnerabilità genetica che interagiscono con fattori ambientali (esposizione intrauterina ad agenti infettivi, complicanze pre-perinatali e anomalie del sistema immunitario materno e/o fetale). Le principali alterazioni neurobiologiche si configurano durante l'epoca pre- o postnatale precoce e sono rappresentate da anomalie nello sviluppo citoarchitettonico e morfologico di alcune strutture cerebrali (cervelletto, ippocampo e amigdala, corteccia cerebrale) importanti per lo sviluppo emotivo e sociale del cervello.

### Quali sono i sintomi precoci?

■ Nella maggioranza dei casi, i sintomi iniziano a palesarsi con maggior evidenza tra il 10° e il 20° mese di vita: il bambino non risponde se chiamato per nome, presenta una comunicazione verbale povera e/o assente con un utilizzo minimo della comunicazione gestuale coordinata con lo sguardo.

Ad un anno di vita, risultano predominanti la povertà del contatto oculare e del sorriso sociale.

A due anni, le difficoltà nell'attenzione congiunta, la mancan-

za di risposta al proprio nome e l'assenza del gioco di finzione risultano essere i segnali maggiormente caratterizzanti; altre volte il bambino mostra una perdita delle abilità comunicative e sociali già acquisite, in particolare una regressione del linguaggio.

A tre anni, risultano discriminanti per una diagnosi di autismo la mancanza del gesto indicativo, l'assenza dell'utilizzo spontaneo e regolare di parole significative, la difficoltà di comprensione del linguaggio e

la presenza di stereotipie motorie e comportamenti ripetitivi nell'attività ludica.

### Come viene effettuata la diagnosi?

■ La diagnosi prevede un processo articolato e complesso, basato su un'osservazione standardizzata del comportamento del bambino (ADOS) e un'intervista strutturata con i genitori (ADI-R), insieme ad una valutazione delle competenze cognitive, linguistiche e motorie. Un corretto work-up medico è indi-

spensabile per un completo inquadramento eziologico. I principali esami strumentali da effettuare nei bambini con autismo sono: indagini audiometriche, indagini genetiche e metaboliche, elettroencefalogramma di veglia/sonno e neuro-immagini, da indirizzare sulla base della storia clinico-anamnestica di ogni singolo bambino.

### Qual è il ruolo dei pediatri nel processo d'identificazione precoce e diagnosi?

■ La maggior parte dei bambini riceve ancora oggi una diagnosi solo attorno ai 3-4 anni, ben oltre due anni dalla comparsa dei primi sintomi. I pediatri di famiglia hanno un ruolo fondamentale nella identificazione precoce del disturbo e possono utilizzare la M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*). I bambini a rischio di autismo devono essere tempestivamente segnalati ad uno specialista in Neuropsichiatria Infantile, al fine di validare l'ipotesi diagnostica e preparare un piano d'aiuto globale.

### E' possibile curare i Disturbi dello Spettro Autistico?

■ Attualmente non esiste una cura definitiva per l'autismo. I principali obiettivi terapeutici sono pertanto da riferirsi al miglioramento della qualità di vita e al raggiungimento dell'indipendenza funzionale, minimizzando la disabilità legata ai sintomi nucleari del disturbo. Gli interventi psicoeducativi, in una fase precoce del neurosviluppo in cui le strutture encefaliche sono in fase di attiva maturazione e differenziazione, sembrano in grado di apportare significativi miglioramenti nelle aree della comunicazione e dell'interazione sociale. L'approccio farmacologico deve essere riservato al trattamento dei comportamenti problematici o delle eventuali condizioni psichiatriche associate (ADHD, disturbi d'ansia e/o alterazioni dell'umore, disturbi del sonno).

# La VARICELLA in GRAVIDANZA e nel NEONATO

**Ilaria Stolfi, Carla Fassi**  
U.O. Pediatria e Neonatologia,  
Azienda Ospedaliera Policlinico "Umberto I",  
Roma

La varicella è una malattia acuta esantematica, causata dal virus varicella-zoster (VZV), altamente contagiosa, che si trasmette da persona a persona attraverso il contatto diretto con il liquido delle vescicole, per via aerea attraverso le goccioline respiratorie diffuse dal malato con la tosse e gli starnuti ed anche, durante la gravidanza, dalla madre al feto. Un soggetto affetto da varicella è contagioso da 1-2 giorni prima della comparsa delle prime lesioni (rash), fino alla scomparsa di tutte le vescicole.

Il periodo di incubazione dopo contatto con un soggetto infetto varia da 10 a 21 giorni. Il rash della varicella compare prima nella parte superiore del corpo (volto, torace, schiena). Si estende poi all'intera superficie corporea, inclusa bocca, occhi, zona genitale. La malattia dura mediamente 5-10 giorni. Possono essere presenti febbre, stanchezza, prurito intenso, disidratazione da vomito o diarrea, mal di testa, infezioni batteriche da grattamento, peggioramento di patologie respiratorie o complicanze gravi come la polmonite. Alcuni gruppi di persone, tra cui i neonati, sono a maggior rischio di sviluppare forme gravi di malattia, con complicanze che possono coinvolgere il sistema nervoso centrale (encefalite). Complicanze gravi includono infezioni batteriche di cute, sottocute, osso, polmone, articolazioni e sangue. Complicanze

dovute direttamente al virus includono polmonite virale, disturbi della coagulazione, encefalite. L'infezione da VZV durante la gravidanza è un evento abbastanza raro, tuttavia le gravide che contraggono la varicella sono a rischio di complicanze, anche gravi. VZV può essere trasmesso in utero per via transplacentare oppure durante il parto. Le conseguenze variano da una nascita pretermine, all'insorgenza di anomalie congenite, ad un'infezione asintomatica, a seconda dell'età gestazionale in cui la madre contrae il virus.

Se una gravida contrae la varicella nel primo trimestre di gravidanza o all'inizio del secondo (rischio massimo entro le 20 settimane) il neonato può essere asintomatico alla nascita. Alcuni di questi tuttavia sviluppano un'infezione da VZV postnatale (anche entro i 2 anni di età), mentre pochi (0,4-2%) presentano la "sindrome da varicella congenita o fetale", con basso peso alla nascita, cicatrici cutanee, alterazioni dello sviluppo degli arti, anomalie oculari e del sistema nervoso centrale e autonomo. La mortalità in questi casi è elevata (30%). La conseguenza di una varicella materna in prossimità del parto è un'elevata incidenza di varicella neonatale, a causa della mancanza dell'effetto protettivo degli anticorpi materni anti-varicella, che non hanno il tempo di essere trasmessi al nascituro e dell'imaturità del sistema immunitario neonatale. I neonati le cui madri sviluppano il rash della varicella da 5 giorni prima a 2 giorni dopo il parto (altri esperti estendono tale periodo da 7 giorni prima a 7 dopo il parto) possono sviluppare la varicella neonatale.



Due terzi sono infetti e la metà sviluppano sintomi, quali lesioni cutanee, necrotiche o emorragiche e/o malattia diffusa a vari organi e apparati. La mortalità è di circa il 20-30% di questi casi.

Il nato da madre che sviluppa la varicella in prossimità del parto deve essere attentamente osservato in ambiente clinico, valutata la somministrazione di immunoglobuline specifiche e opportuna terapia con antivirali in caso di varicella neonatale, sotto controllo medico. In caso di febbre l'unico farmaco consigliato è il paracetamolo.

## Prevenzione

■ Per prevenire la varicella in gravidanza e nel neonato, è fondamentale sapere se una donna in età fertile è protetta verso la ma-

lattia (ha avuto la varicella o è stata vaccinata). Nel caso in cui non lo sia, la donna va vaccinata contro la varicella, rimandando la possibilità di intraprendere una gravidanza per almeno 3 mesi. Poiché non è possibile somministrare il vaccino in gravidanza, se la gravida non è protetta, deve evitare il contatto con persone affette da varicella e un intervento preventivo utile potrebbe essere quello di vaccinare i conviventi e i contatti stretti che non hanno avuto la malattia.

Se una donna in gravidanza è esposta ad una persona affetta da varicella è necessario effettuare i dosaggi degli anticorpi specifici. Se i risultati sono negativi è raccomandata la somministrazione di immunoglobuline anti-varicella-zoster (VZIG) entro 72-96 ore dall'esposizione.

Le gravide che sviluppano la varicella devono essere informate delle possibili conseguenze per loro e per il feto, del rischio di trasmissione al feto e delle possibilità di diagnosi prenatale (amniocentesi, ecografie, risonanza magnetica). Sono raccomandati periodici e dettagliati esami ecografici per monitorare la comparsa di segni caratteristici della patologia del neonato. L'uso di farmaci antivirali in gravidanza (acyclovir) è ancora dibattuto. Ad oggi è indiscusso l'utilizzo in caso di varicella materna grave (polmonite), vi è un largo consenso circa l'uso se la varicella compare in una fase avanzata della gravidanza, mentre è controverso l'uso nelle prime fasi della gravidanza o come profilassi post esposizione.

Il figlio di madre con varicella perinatale dovrebbe essere ricoverato e ricevere le immunoglobuline VZIG entro 72 ore dal parto o dalla malattia materna, in singola dose.

Se il neonato viene trattato con VZIG non è necessario separarlo dalla madre affetta, né sospendere l'allattamento al seno.

Anche se non c'è univocità di consensi, nel caso di neonato esposto alla varicella, specie se sotto i 28 giorni di vita, alcuni autori consigliano la profilassi farmacologica con acyclovir.

Le attuali raccomandazioni del Ministero della Salute, contenute nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014, prevedono la vaccinazione anti-varicella per gli

adolescenti, che non hanno avuto la malattia e non sono stati vaccinati prima, tra gli 11 e i 18 anni, con due dosi di vaccino a distanza di un mese l'una dall'altra.

- Documentare lo stato immunitario prenatale di tutte le gravide verso la varicella con: 1. storia di precedente infezione da varicella o da herpes zoster; 2. pregressa vaccinazione contro la varicella; 3. positività delle IgG sieriche anti varicella-zoster.
- La vaccinazione contro la varicella è raccomandata per tutte le donne non immuni che stanno programmando una gravidanza, almeno 3 mesi prima del concepimento.
- Se una gravida non è protetta contro la varicella, poiché non va somministrato il vaccino in gravidanza, potrebbe essere utile immunizzare i conviventi e i contatti stretti che non hanno avuto la malattia.
- Le gravide non immuni non devono stare a contatto con persone affette da varicella.
- Se una gravida non immune è esposta ad una persona affetta da varicella deve immediatamente consultare il proprio medico.
- In caso di una possibile esposizione alla varicella di una gravida di cui non è noto lo stato immune, è necessario effettuare i dosaggi degli anticorpi specifici. Se i risultati sono negativi o non disponibili, è raccomandata la somministrazione di immunoglobuline anti-varicella-zoster (VZIG) entro 72-96 ore dall'esposizione.
- Le donne che sviluppano varicella in gravidanza devono essere informate delle possibili conseguenze per loro e per il feto, del rischio di trasmissione al feto e delle opzioni disponibili per la diagnosi prenatale (amniocentesi, ecografie, RMN).
- Periodici e dettagliati esami ecografici sono raccomandati per tutte le donne con varicella in gravidanza, per monitorare la comparsa di segni caratteristici della patologia del neonato.
- L'uso di farmaci antivirali in gravidanza (acyclovir) è ancora dibattuto. Attualmente è indiscusso l'utilizzo in caso di varicella materna grave con sintomi respiratori (polmonite), vi è un largo consenso circa l'uso se la varicella compare in una fase avanzata della gravidanza, mentre è controverso l'uso nelle prime fasi della gravidanza o come profilassi post esposizione.
- Il figlio di madre con varicella perinatale dovrebbe ricevere le immunoglobuline anti-varicella-zoster il prima possibile (entro 72 ore dal parto o dalla malattia materna), in singola dose.
- Se il neonato viene trattato con VZIG non è necessario separarlo dalla madre affetta, né sospendere l'allattamento al seno.
- Anche se non c'è univocità di consensi, nel caso di neonato, specie se sotto i 28 giorni di vita, esposto alla varicella alcuni autori consigliano la profilassi farmacologica con acyclovir.
- Le attuali raccomandazioni del Ministero della Salute, contenute nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014, prevedono che la vaccinazione anti-varicella sia offerta agli adolescenti suscettibili (che non hanno avuto la malattia e non sono stati vaccinati in precedenza) tra gli 11 e i 18 anni, con due dosi di vaccino a distanza di un mese l'una dall'altra.

# "Mangiar bene conviene..."

con le ricette dello Chef Natale Giunta



Chiamato il "Maestro dei fornelli" Natale Giunta è diventato famoso al grande pubblico soprattutto grazie a "La Prova del Cuoco" su Rai1, oltre che per il suo ristorante omonimo a Palermo

*Natale Giunta*

## Nasello al rosmarino

### Ingredienti per 4 persone

400 g di filetti di nasello (anche surgelati)  
500 g di patate  
3-4 pomodorini  
1 spicchio di aglio  
Rosmarino  
Sale  
Pepe  
2 g di olio di oliva  
Pangrattato q.b.

### Preparazione

Tagliate le patate a rondelle molto sottili. Sul fondo di una pirofila mettete 1 cucchiaio d'olio e un po' di acqua. Distribuitevi le patate, i filetti di nasello e i pomodorini interi. Salate e cospargete il tutto con il trito e l'aglio. Cospargete il pangrattato e condite con l'olio di oliva. Cuocete in forno a 180° per 30 minuti.



## Sformatini dell'orto

### Ingredienti per 4 persone

2 zucchine medie  
1 uovo  
2 cucchiaini di farina  
2,5 dl di latte  
2 cucchiaini di parmigiano grattugiato  
Pangrattato q.b.  
Sale

### Preparazione

Lavate le zucchine e tagliatele a fette. Lessatele per 5 minuti in acqua salata. Sgocciate bene e frullatele con l'uovo. Stemperate la farina in poco latte; poi, incorporate il latte caldo rimasto e fate condensare su fiamma moderata. Appena la besciamella sarà pronta conditela con un pizzico di sale e il parmigiano; quindi, incorporatela alla crema di zucchine e distribuite il preparato in stampini imburrati e spolverizzati di pangrattato. Cuocete a bagnomaria in forno a 180°, per circa un quarto d'ora.

### Varianti

Nello stesso modo potete preparare sformatini di finocchi, carciofi o spinaci. Con l'aggiunta di prosciutto cotto tagliuzzato la preparazione può essere proposta come secondo piatto.



## "Mangiar bene conviene..."

la Campagna di Educazione Nutrizionale dei Pediatri italiani promossa dal Network GPS (Genitori-Pediatra-Scuola) avvia una vivace collaborazione con i grandi Chef italiani per trasformare le nostre cucine in un "Laboratorio del Gusto"

**NETW**  **ORK**

**Genitori** ● **Pediatra** ● **Scuola**

Associazione Nazionale  
Pediatriche e Pediatriche

Associazione Nazionale  
Pediatriche e Pediatriche

**fimp**

**Genitori e  
Pediatri**

**EDITEAM**

**EDITEAM**

Per informazioni: [info@editeam.it](mailto:info@editeam.it)

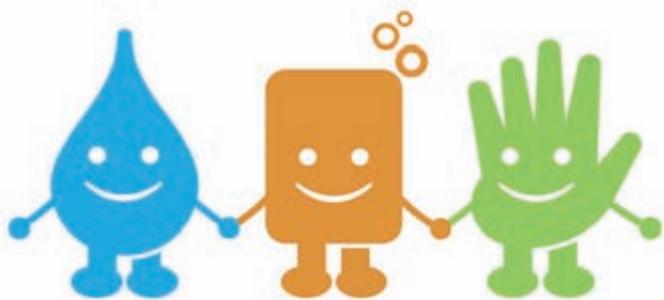
# Cresce e si diffonde LA SALUTE DI MANO IN MANO

Un percorso didattico per promuovere l'igiene delle mani e sensibilizzare i bambini alla prevenzione attraverso corretti stili di vita

Il 15 Ottobre si è celebrata la **"Giornata Mondiale della pulizia delle mani"** indetta dall'Unicef, per promuovere l'igiene delle mani, universalmente considerata come il più semplice intervento per ridurre la trasmissione delle infezioni in ospedale, nei luoghi di lavoro, nella scuola e nella famiglia.



La promozione dell'igiene delle mani nelle scuole determina una riduzione significativa delle assenze per malattia sia dei bambini che dei loro insegnanti, che entusiasti del progetto, ci hanno chiesto di affrontare anche il tema delle "infezioni domestiche". Per questi motivi la proposta didattica 2013-2014 si arricchisce di nuovi spunti educativi dedicati all'igiene degli alimenti e dell'ambiente.



Global Handwashing Day  
October 15

Numerose le scuole arruolate grazie all'attività del Network GPS Genitori, Pediatra, Scuola, un patto educativo dei Pediatri italiani a favore dell'educazione alla salute dei nostri bambini, che si avvale del patrocinio del Ministero della Salute e del Ministero della Pubblica Istruzione.

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

Ministero della Salute  
Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione

Ministero dell'Istruzione  
nell'Università e della Ricerca

fimp  
Federazione Nazionale Pediatri

Società Italiana di Pediatria

EDITEAM  
EUROPEO EDUCATIVO



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

**NETW**  **ORK**

**Genitori ● Pediatria ● Scuola**

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



*Ministero della Salute*

Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione



*Ministero dell'Istruzione,  
dell'Università e della Ricerca*

**fimp**  
Federazione Italiana Medici *Pediatr*

 Società Italiana di **Pediatria**



**EDITEAM**  
GRUPPO EDITORIALE