

note di cultura per il pediatra

# Paìδòs

Anno 16 N.2 Aprile - Giugno 2015  
[www.paidosct.com](http://www.paidosct.com)



Ruggero Francavilla  
*Il reflusso  
gastro-esofageo*



Claudio Romano  
*Alimentazione  
e epigenetica*



# Aptamil<sup>®</sup>

con Pronutra<sup>®</sup>

## Conformil Plus

### Dalla nascita

Alimento dietetico a fini medici speciali  
per lattanti indicato **per il trattamento**  
**dei problemi gastrointestinali minori**  
quali coliche e stipsi



**Arricchito con Pronutra<sup>®</sup>**

- Miscela esclusiva di GOS/FOS
- LCPUFA



**Idrolizzato parziale  
di sieroproteine**



**Ridotto tenore di lattosio**



**Integrato con  $\beta$ -palmitato,  
amido di mais e patata,  
nucleotidi**



# L'uomo è ciò che mangia

di Antonino Gulino

Nel 1862 il filosofo tedesco Ludwig Feuerbach pubblica un saggio dal titolo piuttosto originale: *Il mistero del sacrificio o l'uomo è ciò che mangia*, dove sostiene l'inscindibile relazione tra corpo e psiche.

Oggi questa affermazione non è più espressione di un materialismo radicale ma la semplice conclusione di un percorso scientifico lungo e complesso che ha dimostrato l'influenza dell'alimentazione sul nostro fenotipo. I primi studi condotti su gemelli omozigoti mostravano che nonostante entrambi avessero alla nascita lo stesso patrimonio genetico, nel corso della vita si ritrovavano ad avere geni identici che si comportavano in maniera diversa in risposta a stimoli ambientali e condotte alimentare differenti.

L'epigenetica è lo studio di tutti questi fattori che determinano cambiamenti stabili ed ereditabili, ma reversibili, nell'espressione dei geni senza cambiamenti nella sequenza originale del DNA.

Durante la vita quindi una alimentazione corretta può prevenire la patologia e mantenere la salute, addirittura la stessa dieta della madre nel corso della gravidanza può segnare il destino del nascituro.

Questa lunga premessa serve a sottolineare l'importanza di un corretto approccio alimentare per i nostri piccoli pazienti, è nostro compito fondamentale educare i genitori a non farsi coinvolgere dal piacere fugace di vedere il proprio bimbo tuffarsi dentro una bella torta piena di panna, ma insegnare a guardare oltre il presente e comprendere che alimentazione corretta e buona salute sono un binomio indissolubile.

Oggi gli alimenti di cui disponiamo sono tanti e molti sono i modi per realizzare una dieta salutare: ogni genitore ha ampia possibilità di scelta, dovere del pediatra è dare le giuste raccomandazioni.

Ma il nostro impegno non è sufficiente a modificare i comportamenti alimentari inadeguati, la promozione di uno stile di vita sano, necessita di politiche e interventi mirati.

Molto interessante in tal senso il documento presentato il 15 marzo 2015 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità Europa dal titolo "Using price policies to promote healthier diets", che individua nel prezzo del prodotto alimentare uno dei principali fattori che incidono sulla scelta di un alimento. Un intervento politico ragionato sul costo degli alimenti potrebbe pertanto spostare le scelte dei consumatori da alimenti ricchi di zuccheri e grassi (spesso a basso costo) verso frutta e verdura proposti a prezzi più accessibili rispetto agli attuali.

Chissà che per una volta la politica economica non riesca a coniugarsi con il benessere del singolo individuo ?

## Rivista Paidòs

Direttore responsabile  
Giuseppe Musumeci

Direttore  
Antonino Gulino

Vicedirettore  
Loredana Caltabiano

Comitato Scientifico  
Alberto Fischer  
Francesco De Luca  
Raffaele Falsaperla

Responsabile di redazione  
Francesco Privitera

Comitato di redazione  
Gaetano Bottaro  
Maria Libranti  
Vito Marletta  
Giuseppe Mazzola  
Angelo Milazzo  
Maria Rutella

## Collaboratori

Ruggiero Francavilla  
Sergio Mangiameli  
Giusy Germentia

## C. D. Associazione Culturale Paidòs



Alberto Fischer  
Loredana Caltabiano  
Antonino Gulino  
Maria Libranti  
Vito Marletta  
Giuseppe Mazzola  
Francesco Privitera

## Segreteria e Grafica

Marilisa Fiorino  
Tel 347 7792521  
Fax 095 7571514  
segreteria@paidos.it

## Stampa

Poligrafica Società Cooperativa  
Tel./Fax 095 391391  
Via Rinaudo, 26/28  
Piano Tavola-Belpasso (CT)

Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri

Reg. Tribunale di Catania  
N. 27/2000 del 30/11/2000

## SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 Cortisonici
- 6 Il reflusso gastroesofageo del bambino
- 12 Intervista a Claudio Romeo
- 16 Pillole di... dermatologia
- 19 Abbiamo fiducia
- 20 Flash su cervello e psiche

## RUBRICHE

- 14 Recensioni
- 14 Digiamocelo

Copertina  
(foto F.Privitera)

*I cortisonici, intesi come farmaci sintetici che riproducono effetti del nostro ormone naturale (cortisolo), sono ampiamente diffusi nella nostra pratica quotidiana, e spesso in maniera inappropriata come l'uso che se ne fa nei casi di febbre elevata (scorrettissimo!) Vi è da ricordare che sono ormoni, e che interagiscono con il nostro DNA attraverso un legame con un recettore intracellulare attivando la produzione di proteine che in parte hanno la funzione di riequilibrare meccanismi infiammatori-immunitari e attivare meccanismi metabolici funzionali alle esigenze dell'organismo. L'articolo vuole dare alcune risposte nei casi in cui si attua una terapia steroidea in acuto o in cronico.*



## **CORTISONICI: poche risposte a molte domande**

di Alberto Fischer

**Come sospendere il cortisone.**

Come si sa la somministrazione di preparati steroidei incrementa i livelli ematici di cortisone inducendo con un meccanismo di feedback la riduzione della produzione endogena surrenalica per soppressione dello stimolo ipofisi-surrene. La sospensione brusca di terapia steroidea, nel caso di un utilizzo cronico, può portare a due situazioni: la steroid withdrawal syndrome (sindrome da sospensione) e l'insufficienza surrenalica.

La *sindrome da sospensione*, secondaria ad una brusca riduzione, ma può insorgere anche con riduzioni gradualali, si caratterizza per sintomi aspecifici, ma mistificatori in quanto riconducono alla malattia di base per la quale viene fatta la scelta steroidea. Sintomi più frequenti sono astenia, nausea, vomito, cefalea, artromialgie, calo ponderale, depressione, letargia. La sindrome non ha una chiara patogenesi, anche se sembra legata ad alti livelli di IL-6. In questi

casi, a differenza della insufficienza surrenalica, i livelli di cortisolemia sono normali, o solo tendenti a valori limite.

La *insufficienza corticosurrenalica*, dovuta al controllo feed-back sull'asse ipotalamo-ipofisi-surrene dai livelli di cortisolemia, può precipitare in una grave crisi surrenalica acuta in coincidenza di particolari stress, come traumi, malattie ed interventi chirurgico. Proprio in occasione di un intervento chirurgico necessario e in vicinanza di una recente sospensione di una terapia cronica con cortisone, è bene riprendere la terapia steroidea a preservare il bambino da effetti negativi legati allo stress dell'intervento. I sintomi dell'insufficienza sono purtroppo aspecifici e potremmo esser messi in guardia solo da un test di stimolazione con ACTH. Come sospendere allora un trattamento cronico con cortisone? Anche qui non vi sono linee guida sicure, ma è comunque importante evitare la sospensione brusca. Le indicazioni che ricevono maggiori

consensi sono quelle di ridurre di 2,5 mg ogni 7 giorni fino alla sospensione totale. In questa fase la malattia di base può riprendere ed allora si fa riassumere la dose minima al di sotto della quale è ricomparsa la patologia. La velocità di riduzione della posologia è subordinata alla possibilità di mantenere sotto controllo la malattia di base. Non trova, invece, consensi unanimi la scelta di passare da un trattamento giornaliero ad uno o due giorni alterni per ridurre l'inibizione dell'asse HPA, e peraltro non sempre in armonia con il controllo della malattia di base. E' bene ricordare ancora una volta che per terapie brevi (inferiori ai 10 gg) non è necessaria alcuna gradualità sospensiva.

### Cortisonici e gastroprotettori.

E' frequente l'associazione ad una terapia steroidea cronica di gastroprotettori, e ciò non si fonda su alcuna certezza scientifica. E' stato dimostrato in numerosi studi che il rischio di un'ulcera gastrica in soggetti con trattamento steroideo è pressochè identica a quella di un paziente normale e tale asserzione vale soprattutto per il bambino. L'unico vantaggio è per l'azienda che produce il farmaco.

### Cortisonici e vaccinazioni.

Vien posta spesso la domanda se è necessario sospendere le vaccinazioni in un bambino sottoposto a terapia cronica con steroidi. Val la pena ricordare che il fine che ci si pone nei trattamenti a

lungo termine con steroidi è l'immunosoppressione e se siamo costretti a vaccinare il bambino, per l'età o per altri motivi, possiamo avere una risposta immunogena inadeguata. Inoltre è opportuno rimandare le vaccinazioni con virus vivi attenuati come in tutti i casi di utilizzo di farmaci immunodepressivi (metotrexate, aziatoprina, biologici, ecc.). Tale sospensione va fatta quando vengono somministrati dosi giornaliere di prednisone > 10 mg per più di due settimane. Dosi più basse e per un periodo inferiore ai 14 gg, come terapie topiche o oculari, o infiltrazioni articolari non costituiscono controindicazione alla vaccinazione, come non lo costituiscono terapie sostitutive. Per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale non sembra che sussistano controindicazioni. Non è stato definito un intervallo preciso tra la sospensione del corticosteroide ed il recupero individuale di una normale attività di risposta alla vaccinazione. Le stime disponibili variano da tre mesi ad un anno.

### Cortisonici e dieta.

Conosciamo tutti gli effetti cushingoidi dei cortisonici in terapie croniche, come anche gli effetti dei meccanismi metabolici collegati (iperglicemia, osteoporosi, ipertensione) per cui è importante e necessario porre attenzione alla dieta che deve essere assolutamente priva di sale, e ricca di calcio e vit. D.

### Principali farmaci corticosteroidei

Principio attivo	Potenza antinfiammatoria	Potenza sodio-ritentiva	Dose equivalente
Idrocortisone	1	1	20 mg
Cortisone	0,8	0,8	25 mg
Prednisone	4	0,8	5 mg
Metilprednisolone	5	0,5	4 mg
Triamcinolone	5	0	4 mg
Desametasone	25	0	0,75 mg
Betametasone	25	0	0,75 mg



# Il Reflusso Gastroesofageo del Bambino: Linee Guida per la Pratica Quotidiana

di Ruggiero Francavilla

Il Reflusso Gastro-Esofageo (RGE) si verifica in più di due terzi dei bambini altrimenti sani ed è uno dei maggiori argomenti di confronto per i pediatri, racchiude, infatti, un quarto di tutte le visite pediatriche nei primi sei mesi di vita e numerosi accessi nelle strutture di gastroenterologia pediatrica. Il RGE è definito come il passaggio del contenuto gastrico nell'esofago e si distingue dalla malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE), che comprende tutti i sintomi e/o le complicanze associate al RGE. Riuscire a differenziare il RGE dalla MRGE deve rappresentare l'obiettivo di qualsiasi pediatra che valuti un bambino e proprio per la facilitazione di questo compito, nel 2009 la Nord American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, e la European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition hanno stilato delle Linee Guida per definire i percorsi guidati per un approccio al problema basato sulle evidenze. Inoltre, sempre nel 2009 è stata pubblicata una Consensus per le definizioni in tema di RGE. Pertanto, è importante che tutti gli operatori che trattano i bambini con disturbi verosimilmente correlati al RGE siano in grado di identificare e distinguere quei bambini con MRGE, che possono beneficiare di un'ulteriore valutazione e trattamento, da quelli con semplice RGE, per i quali è più appropriata una gestione conservativa.

Le definizioni recentemente proposte ed adottate sono riportate nella tabella 1.

Il RGE è considerato un processo fisiologico, normale, che si verifica più volte al giorno nei neonati sani, bambini ed adulti. Il RGE è generalmente associato a rilassamenti transitori dello sfintere esofageo inferiore indipendenti dalla deglutizione, che permettono il passaggio di contenuto gastrico in esofago. Gli episodi di RGE in

adulti sani tendono a verificarsi dopo i pasti, hanno una durata inferiore ai 3 minuti e solitamente non determinano sintomi. Si conosce meno della normale fisiologia di neonati e lattanti, tuttavia il rigurgito è il sintomo più visibile e tende a verificarsi quotidianamente nel 50 % di tutti i lattanti con un picco di incidenza tra i 4 ed i 6 mesi di vita. Sia nei lattanti che nei bambini, il RGE può anche essere associato al vomito. Rigurgito e vomito possono essere ulteriormente differenziati dalla ruminazione, in cui il cibo appena ingoiato viene rigurgitato in bocca senza sforzo, masticato e re-ingoiato. Sia il rigurgito che il vomito possono essere considerati come una manifestazione non patologica di RGE (se il vomito è occasionale).

I sintomi o le condizioni associate con la MRGE sono classificati dalle nuove linee guida come *esofagei* (tipici) o *extra-esofagei* (atipici). I sintomi esofagei sono: vomito, scarso aumento di peso, disfagia, dolore addominale o retrosternale / retrosternale. I sintomi extra-esofagei fanno riferimento ad organi ed apparati differenti da quello gastroenterico e le associazioni proposte includono: sintomi respiratori, tosse e respiro sibilante, erosioni dentali.

Sebbene la prevalenza riportata di MRGE in pazienti di tutte le età e di qualsiasi parte geografica sia in aumento, è tuttavia molto meno comune rispetto al RGE. Studi longitudinali e di popolazione hanno ipotizzato che a contribuire ad un generale aumento della prevalenza di MRGE contribuisca l'epidemia globale di obesità ed asma: in alcuni di questi casi, la MRGE può essere implicata sia come eziologia sottostante (polmonite ricorrente nel neonato prematuro esacerbata da RGE) che come una causa diretta (obesità) di tali condizioni. Le popolazioni pediatriche ad alto rischio di MRGE sono riportate nella Tabella 2.

TABELLA 1: Definizioni della MRGE in età pediatrica

Rigurgito	passaggio di contenuto gastrico in faringe o nella bocca senza sforzo (non a carattere proiettivo)
Vomito	espulsione violenta di contenuto gastrico attraverso la bocca (risposta autonoma coordinata)
Reflusso Gastro Esofageo (RGE)	passaggio di contenuto gastrico in esofago con o senza rigurgito o vomito (fenomeno frequente, solitamente <3 minuti e dopo i pasti)
Malattia da RGE (MRGE) Ruminazione	Presenza di sintomatologia o complicazioni secondarie al RGE Rigurgito di cibo appena ingoiato senza sforzo in bocca, r-masticazione e re-ingoio
Sindrome da Reflusso Gastro Esofageo	Pirosi retrosternale (bruciore e/o dolore) con/senza rigurgito in bambini con adeguata capacità cognitiva (8-12 anni)

**Tab. 2: Popolazione pediatrica ad alto rischio di MRGE e relative complicanze.**

Compromissione neurologica  
 Malattie genetiche  
     Sindrome di Down  
     Sindrome di Cornelia de Lange  
 Obesità  
 Storia di intervento per atresia esofagea  
 ernia iatale  
 Acalasia  
 Disturbi respiratori cronici  
     Displasia broncopolmonare  
     Fibrosi interstiziale idiopatica  
 Fibrosi cistica  
 Trapianto polmonare  
 Prematurità

**Caratteristiche cliniche della malattia da reflusso gastroesofageo**

Sintomi e complicanze della MRGE pediatrica sono associati a un numero di manifestazioni cliniche tipiche sia nel lattante che nel bambino, a seconda dell'età (tab.3). Il reflusso può verificarsi frequentemente nei neonati pretermine, ma è generalmente non-acido e migliora con la crescita.

Le recenti linee guida hanno distinto le manifestazioni della MRGE nei neonati a termine in base all'età di presentazione se inferiore o superiore ad un anno di vita ed adolescenti. I sintomi più comuni della malattia da reflusso gastroesofageo nei neonati includono il rigurgito o vomito associati con irritabilità, il rifiuto di alimentazione, lo scarso aumento di peso, disfagia (presumibilmente deglutizione dolorosa) ed inarcamento della schiena durante le poppate. Tuttavia, una diagnosi basata solo sulla sintomatologia può essere difficile nel primo anno di vita, soprattutto perché i sintomi della MRGE sono aspecifici e tendono a non distinguersi da quelli relativi ad altre condizioni quali le reazioni avverse alle proteine alimentari. La MRGE nei bambini può anche essere associata a sintomi extra-esofagei quali tosse, apnea, respiro sibilante. L'incidenza del GER tende ad essere inferiore nei bambini allattati al seno.

*Nel lattante* il rigurgito ha un picco di incidenza di circa il 50% a 4 mesi che gradualmente si riduce fino ad interessare solo il 5% dei bambini di età

superiore all'anno. Il rigurgito dopo i 15 mesi di vita deve fare ipotizzare la presenza di un GER patologico.

I sintomi più comuni di MRGE nei *bambini da 1 a 5 anni* di età sono: rigurgito, vomito, dolore addominale, anoressia e rifiuto del cibo. Il rifiuto del cibo è presumibilmente secondario all'associazione tra deglutizione e dolore; infatti, è presente soprattutto in pazienti con una esofagite endoscopica dimostrata. Quest'avversione, combinata con la difficoltà di alimentazione associate a ripetuti episodi di rigurgito, nonché potenziali e sostanziali perdite di nutrienti derivanti dal vomito sono alla base del rallentamento della crescita e dell'eventuale malnutrizione.

*I bambini (<5 anni) e gli adolescenti* hanno più probabilità di avere una presentazione clinica di MRGE più simile a quella dell'adulto e quindi a riferire: piroso gastrico e retrosternale, dolore epigastrico, dolore toracico, sintomatologia notturna, disfagia, sensazione di risalita di acido, tosse notturna, dispnea, polmonite ricorrente, raucedine, laringite o erosioni dentali. E' stato dimostrato che gli adolescenti sono più attendibili rispetto ai loro genitori nel riferire la sintomatologia ed in genere si stima che dopo gli otto anni la sintomatologia riferita dal bambino sia attendibile.

**La diagnostica**

Per la maggior parte dei pazienti pediatrici (soprattutto nel lattante), la storia clinica e la valutazione obiettiva, in assenza di segnali di pericolo, sono sufficienti per diagnosticare in modo affidabile un RGE non complicato ed avviare le strategie di trattamento conservative; in generale, i test diagnostici non sono sempre necessari. L'affidabilità dei sintomi per fare la diagnosi clinica di MRGE è elevata nei bambini di età superiore agli 8 anni, che riferiscono piroso; tuttavia, un'attenta anamnesi clinica e l'esame obiettivo sono essenziali per escludere la presenza di segni di allarme che devono indirizzare ad un approfondimento diagnostico.

Ad oggi, nessun singolo sintomo o gruppo di sintomi può essere considerati attendibili e quindi usato per diagnosticare la MRGE nei bambini o per predire quali pazienti abbiano più probabilità di rispondere alla terapia. Tuttavia, un certo numero

**Tab.3: Sintomi più comuni di presentazione di MRGE nei pazienti pediatrici**

Neonato	Bambino/Adolescente
Vomito ricorrente	Dolore addominale
Rifiuto del cibo	Piroso
Irritabilità	Disfagia
Disturbi del sonno	Tosse cronica
Sintomi del tratto respiratorio	Polmoniti ricorrenti
Rallentamento della crescita ponderale	Raucedine
	Asma (se non responsivo a terapia e notturno)

di questionari basati sui sintomi sono stati studiati senza che tuttavia ci sia un consenso sul loro utilizzo. Unica eccezione è il bambino (età > 8anni) che riferisce una storia di lunga durata di piroso retrosternale con o senza vomito; solo in questo caso, infatti, il medico può fare diagnosi di *Sindrome da Reflusso Gastro Esofageo* e porre indicazione alla terapia.

La strategia di utilizzo di test diagnostici per la diagnosi di MRGE può essere difficile, perché non esiste un singolo test che permetta di raggiungere o escludere la diagnosi. Invece, i test diagnostici devono essere utilizzati in modo ragionato e seriale per documentare la presenza di reflusso del contenuto gastrico nell'esofago, per rilevare le eventuali complicanze, per stabilire una relazione causale tra reflusso e sintomi, per valutare l'efficacia delle terapie ed escludere altre condizioni. I mezzi diagnostici più comunemente utilizzati per valutare i pazienti pediatrici sono: la radiografia con contrasto del tratto gastrointestinale superiore (utile per delineare l'anatomia e documentare un eventuale disturbo della motilità), la pHmetria o pH-impedenziometria delle 24 ore (monitoraggio del pH esofageo) e l'endoscopia del tratto digestivo superiore con biopsia esofagea (visualizzare la mucosa esofagea e possibilità di definizione istologica).

#### **Radiografia con contrasto del tratto gastrointestinale superiore.**

Questo esame comporta la visualizzazione di una serie di immagini fluoroscopiche di bario ingerito fino al raggiungimento e visualizzazione del legamento di Treitz. Secondo le nuove linee guida, l'utilizzo in routine di questo esame per diagnosticare RGE o MRGE non è giustificata, perché, in considerazione della breve durata del-

l'esame non è possibile escludere in maniera adeguata la presenza di reflusso patologico, e l'elevata possibilità che durante l'esame si verifichi un reflusso fisiologico può determinare risultati falsamente positivi. Inoltre, l'osservazione del reflusso di una colonna di bario nell'esofago non è necessariamente correlato con la gravità della MRGE o il grado di infiammazione della mucosa esofagea. L'esame radiologico è utile nello studio del vomito per individuare potenziali anomalie anatomiche del tratto gastrointestinale superiore, ad esempio, in presenza di vomito biliare, può essere utile per porre diagnosi di mal-rotazione o *duodenal web*.

Medesime considerazioni valgono per l'ecografia della giunzione gastro esofagea che è penalizzata da un elevato tasso di false positività (fino al 90%). Tuttavia, questo esame diventa fondamentale in presenza di un vomito persistente e massivo nei primi mesi per escludere una eventuale stenosi ipertrofica del piloro (spessore della parete muscolare pilorica > 3-4 mm; uno spessore di 2-3 mm è da considerare borderline). L'indagine radiologica contrastografica sarà riservata solo in caso di risultati ecografici equivoci.

#### **pHmetria o pH-impedenziometria delle 24 ore**

Il continuo monitoraggio del pH intra-luminale esofageo è usato per quantificare la frequenza e la durata della esposizione acida esofagea durante un periodo di 24 ore. Per definizione un episodio acido in esofago è definito quando il pH scende al di sotto di 4,0; questo valore è stato scelto perché si associa alla sensazione di bruciore retrosternale quando instillato in soggetti adulti. I risultati della lettura della pHmetria esofagea delle 24 ore comprendono i seguenti parametri: a) indice di reflusso (IR) calcolato come percentuale di tempo di esame con pH esofageo inferiore a 4,0; b) numero assoluto di episodi di reflusso rilevati durante l'osservazione; c) numero di episodi più lunghi di 5 minuti e d) episodio più lungo. La tabella 5 riporta i valori di riferimento in base alle età del paziente.

Il reale vantaggio del monitoraggio del pH esofageo è di poter stabilire una relazione temporale tra un sintomo (tipico o atipico) e la presenza di un reflusso acido. Questo parametro è noto con Indice Sintomatico (IS) e mette in correlazione il numero di sintomi che si verificano in corrispondenza di un reflusso gastroesofageo di tipo acido con il numero di sintomi totali, espresso in percentuale. E' considerato suggestivo di associazione causale tra un episodio acido ed un sintomo, la presenza di associazione in almeno il 50% dei casi; maggiore la percentuale di associazione maggiore la potenza di associazione. Limite maggiore del IS è la presenza di pochi eventi da correlare (es tosse) in presenza di numerosi eventi acidi; in questo caso l'associazione potrebbe essere casuale. Per superare questo problema è stata intro-

**Tab. 4: Sintomi e segni di allarme in presenza di vomito**

#### **Vomito biliare**

Vomito violento non biliare suggestivo di stenosi pilorica o di aumento della pressione intracranica

Sanguinamento del tratto gastrointestinale

Ematemesi

Rallentamento/arresto della crescita

Febbre

Letargia

Convulsioni

Epatosplenomegalia

Fontanella tesa/pulsante

Macro / microcefalia

Acidosi in un bambino con vomito persistente può suggerire una malattia metabolica

Addome teso

Sindrome genetica / metabolica accertata o sospetta

Malattia cronica associata



dotta la SAP (Symptom Association Probability) che si basa sull'analisi statistica (tabella di contingenza) costituita da quattro possibili combinazioni di reflusso e sintomi: il valore di  $p < 0,05$  (pari al 95%) è stato proposto come significativo di associazione.

I limiti maggiori della pHmetria sono l'incapacità di rilevare reflussi non acidi o minimamente acidi e di non dare alcuna informazione sul tipo di boli presenti in esofago (liquidi, solidi, gassosi), sulla direzione dei boli (deglutizioni acide possono confondere la valutazione pHmetrica) e sull'altezza del bolo in esofago. L'Impedenza Intraluminal Multicanale (MII) è una tecnologia innovativa che supera i limiti della pHmetria; infatti, è capace di rilevare il movimento dei boli in esofago (anterogrado e retrogrado), di definire l'altezza che raggiungono in esofago, la loro consistenza e di rilevare anche i reflussi non-acidi, fornendo così un quadro più dettagliato degli eventi esofagei. La MII essendo capace di evidenziare un maggior numero di reflussi (tutti quelli non acidi o debolmente acidi) è la metodica di scelta per studiare le possibili associazioni tra RGE e sintomi atipici quali apnea, eventi cardio respiratori e tosse.

### Endoscopia e biopsia esofagea

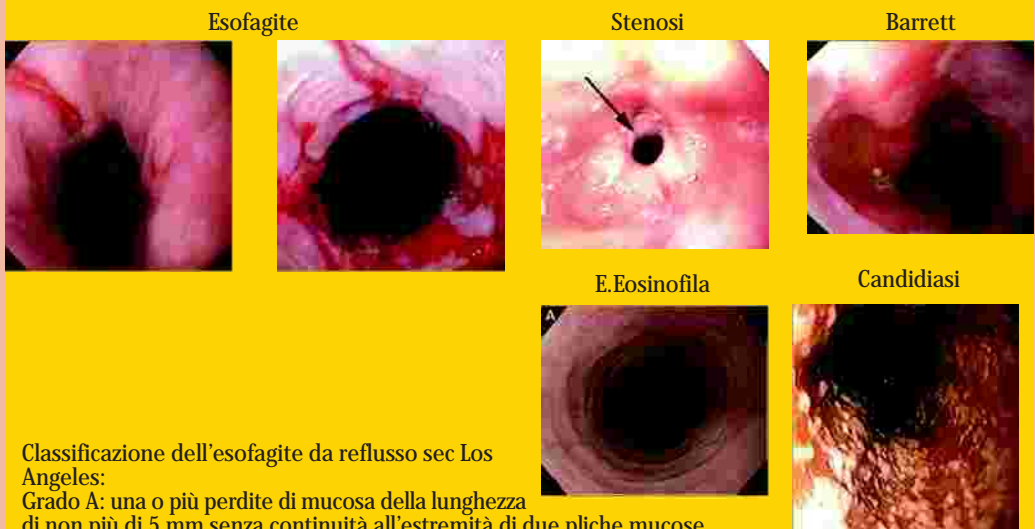
I benefici diagnostici dell'endoscopia del tratto digestivo alto, nei pazienti pediatrici con sospetto di MRGE devono essere valutati rispetto al seppur minimo, ma non del tutto trascurabile, rischio connesso alla procedura. Questo test è indicato

in presenza di i sintomi quali la disfagia. Il dolore toracico, la perdita di peso, l'anemia con positività del sangue occulto nelle feci, o ematemesi e nei pazienti con MRGE che non rispondono alla terapia farmacologica o come parte della gestione iniziale. L'endoscopia permette la visualizzazione diretta della mucosa esofagea, di determinare la presenza e la gravità delle lesioni da reflusso del contenuto gastrico (figura 1) e permette di ottenere le biopsie esofagee utili per valutare l'infiammazione della mucosa esofagea attribuibile a MRGE e soprattutto di escludere altre condizioni associate ad una medesima sintomatologia, che possono mimare MRGE, quali l'esofagite eosinofila o infettiva (figura 2). Un aspetto endoscopico normale della mucosa esofagea in pazienti pediatrici non esclude l'evidenza istologica di esofagite da reflusso. L'endoscopia superiore infine può anche essere utile nella valutazione di altre cause di dolore addominale e vomito nei pazienti pediatrici, come la presenza di anelli esofagei o antrali, l'esofagite di Crohn, l'ulcera peptica, l'infezione da *Helicobacter pylori*, e l'esofagite infettiva.

### La terapia

Le nuove linee guida descrivono le diverse opzioni terapeutiche per il trattamento di lattanti/bambini con RGE e MRGE. In particolare, sono enfatizzati i cambiamenti dello stile di vita, perché possono ridurre efficacemente i sintomi di entrambi neonati e bambini. Per i pazienti che necessitano di farmaci, le opzioni includono agenti tampone,

Figura 1: Quadri endoscopici di esofagite da reflusso, stenosi, esofago di Barrett, esofagite eosinofila ed infettiva.



Classificazione dell'esofagite da reflusso sec Los Angeles:

Grado A: una o più perdite di mucosa della lunghezza di non più di 5 mm senza continuità all'estremità di due pliche mucose.

Grado B: una o più perdite di mucosa della lunghezza superiore ai 5 mm senza continuità all'estremità di due pliche mucose.

Grado C: perdite di mucosa con continuità tra l'estremità di due o più pliche. Ma coinvolgenti meno del 75% della circonferenza esofagea.

Grado D: perdite di mucosa che interessano almeno il 75% della circonferenza esofagea.

soppressori della secrezione acida, e promotori di svuotamento gastrico e della motilità. Infine, l'approccio chirurgico è riservato ai bambini che hanno sintomi intrattabili che non rispondono alla terapia medica o che sono a rischio di complicanze pericolose per la vita.

### Modifiche stile di vita

Le modifiche dello stile di vita per il trattamento della MRGE si basano su una combinazione di modifiche di alimentazione e sulla terapia posizionale. Possono risultare efficaci nella gestione le modifiche alla dieta materna se i bambini sono allattati al seno, il cambiamento della formula in uso, la riduzione del volume del singolo pasto associato ad un aumento della frequenza delle poppate. In particolare, le linee guida sottolineano che l'allergia alle proteine del latte può avere una presentazione clinica simile alla MRGE. Pertanto, nel sospetto si consiglia di intraprendere in ciclo di prova (2 - 4 settimane) con una dieta di esclusione materna (eliminare almeno latte e uova) negli allattati al seno o con una formula a base di idrolizzati estensivi o aminoacidi nei neonati alimentati con latte artificiale. E' importante notare che questa raccomandazione si applica solo ai lattati con MRGE e non in presenza di rigurgito fisiologico.

Una strategia di intervento nutrizionale prevede l'utilizzo di formule ispessite che sono capaci di diminuire il rigurgito. Una recente metanalisi ha dimostrato che le formula anti rigurgito hanno le seguenti funzioni: a) aumentano il numero di lattanti senza più rigurgito; b) riducono il numero di episodi di rigurgito e vomito giornalieri; c) aumentano il recupero ponderale del lattante, d) non modificano tuttavia i dati pHmetrici.

Cambiamenti dello stile di vita includono la posizione completamente eretta o prona; infatti, una serie di recenti studi che hanno utilizzato la pH-impedenziometria hanno confermato la significativa riduzione del GER in posizione prona rispetto alla supina. Tuttavia, le linee guida stabiliscono in modo inequivocabile che *il rischio*

*di sindrome della morte improvvisa infantile nei neonati in posizione prona supera i benefici nella gestione della MRGE* e, quindi, che la posizione prona dovrebbe essere considerata accettabile solo se il bambino è sveglio e sotto osservazione continua. La posizione semisupina, tipico del bambino in un seggiolino auto, può esacerbare il RGE e deve essere evitato quando possibile, soprattutto dopo il pasto.

Le modifiche dello stile di vita che possono essere di ausilio nella gestione della MRGE nei bambini più grandi ed adolescenti sono più simili alle raccomandazioni dei pazienti adulti, ivi compresa l'importanza della perdita di peso nei pazienti in sovrappeso, la cessazione del fumo, e dell'uso di alcol, caffeina cioccolato, e cibi piccanti.

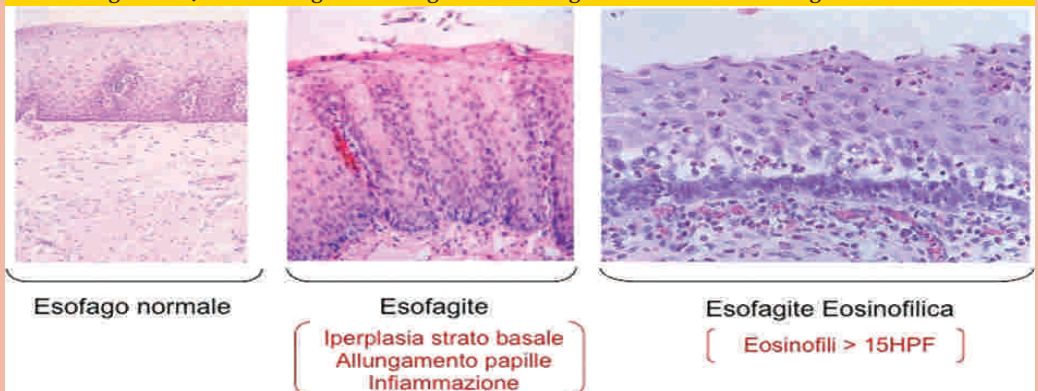
### Gli agenti farmacologici in pediatria.

Diversi farmaci possono essere usati per trattare la malattia da reflusso gastroesofageo nei neonati e nei bambini. Le principali classi di soppressori di acido sono gli antiacidi, gli antagonisti del recettore 2 dell'istamina (H2RAs) e gli inibitori della pompa protonica (IPP). I principi di utilizzo di questi farmaci nel trattamento della MRGE pediatrica sono simili a quelli degli adulti con la differenza che la dose deve essere rapportata al peso.

### Gli antiacidi

Gli antiacidi sono una classe di farmaci che possono essere utilizzati per tamponare direttamente l'acido gastrico in esofago o stomaco e sono utilizzati come sintomatici per ridurre la pirosi e quindi hanno l'indicazione di un utilizzo a richiesta per portare a sollievo dei sintomi (sia neonati che bambini). Anche se gli antiacidi sono generalmente visti come un approccio "tranquillo" per trattare la MRGE in età pediatrica, è importante riconoscere che essi non sono del tutto senza rischi. Una scelta che sia improntata alla sicurezza deve portare a preferire gli alginati di magnesio, a basso contenuto di sodio, eventualmente addizionati con bicarbonato e simeticone.

Figura 2: Quadri istologici di esofago sano, esofagite da reflusso ed esofagite eosinofila.



## **Gli antagonisti del recettore 2 dell'istamina (H2Ras).**

Rappresentano una importante classe di farmaci che ha completamente rivoluzionato il trattamento della MRGE nei bambini. Gli H2RAs diminuiscono la secrezione di acido inibendo il recettore 2 dell'istamina a livello delle cellule parietali gastriche. Studi clinici randomizzati e placebo controllati in età pediatrica hanno dimostrato l'efficacia per il trattamento della esofagite erosiva. Studi di farmacocinetica in bambini suggeriscono che il pH gastrico comincia ad aumentare entro 30 minuti dalla somministrazione di un H2RA e raggiunge concentrazioni plasmatiche di picco 2,5 ore dopo la somministrazione; gli effetti durano circa 6 ore, quindi sono molto efficaci se somministrati 2 o 3 volte al giorno. I limiti di questa classe di farmaci sono la veloce induzione di tachifilassi che può svilupparsi già entro 6 settimane dall'inizio del trattamento, limitandone l'uso a lungo termine. Inoltre, gli H2RAs sono meno efficaci degli IPP nel sollievo dei sintomi e nei tassi di guarigione di esofagite erosiva.

### **Inibitori della pompa protonica (IPP)**

Più di recente, gli IPP sono emersi come la classe più potente di soppressori di acido dimostrando ripetutamente una efficacia superiore rispetto agli H2RAs. Gli IPP riducono la secrezione acida mediante inibizione della pompa idrogeno nel canalicolo delle cellule parietali gastriche e sono in grado di inibire la secrezione acida indotta dal pasto e con una capacità di mantenere il pH gastrico  $> 4$  per un periodo di tempo più lungo rispetto agli H2RAs. Queste proprietà contribuiscono a tassi di guarigione più elevati e più rapidi nei casi di esofagite erosiva. A differenza degli H2RAs, gli IPP non danno tachifilassi. Al fine di garantire la migliore efficacia, i pediatri devono essere diligenti ad educare i loro pazienti nella somministrazioni PPI; idealmente, devono essere assunti circa 30 minuti prima dei pasti. E' utile ricordare che il metabolismo degli IPP differisce nei bambini rispetto agli adulti per una tendenza ad una emivita più breve, necessitando quindi di una maggiore dose per chilogrammo di peso per ottenere una concentrazione efficace: ad esempio, l'intervallo di dosaggio efficace dell'omeprazolo può variare tra 0,7 e 3,3 mg / kg al giorno. L'indicazione principale è la terapia della esofagite erosiva del bambino ed il trattamento della esofagite refrattaria alla terapia con H2RAs.

Come negli adulti, gli IPP sono considerati sicuri e generalmente ben tollerati con pochi effetti collaterali: cefalea, diarrea, stipsi e nausea sono stati descritti in circa il 10% dei bambini. Tuttavia, le nuove linee guida consigliano molta cautela prima di intraprendere la terapia con IPP considerando il drammatico aumento negli ultimi anni del numero di prescrizioni che certamente non sono secondarie ad un aumento dell'incidenza

della MRGE quanto ad una diagnosi erronea. Gli IPP hanno come maggiore effetto collaterale quello di aumentare il rischio di malattie del tratto respiratorio inferiore e di gastroenterite.

L'abuso o l'uso improprio degli IPP nei bambini è fonte di preoccupazione; infatti, recenti studi clinici controllati con placebo nei bambini non hanno dimostrato la superiorità degli IPP rispetto al placebo per la riduzione dei sintomi per i quali spesso sono prescritti nel lattante (irritabilità, rifiuto del cibo, pianto e rigurgito) a fronte di un aumentato rischio di forme infettive nei trattati con IPP.

### *Gli agenti procinetici*

Gli effetti farmacologici desiderati dagli agenti procinetici includono il miglioramento della motilità del corpo dell'esofago, l'aumento della pressione dello sfintere esofageo inferiore, e della velocità di svuotamento gastrico. Fino ad oggi, gli sforzi per progettare un agente procinetico con benefici superiori agli effetti negativi si sono dimostrati vani. La metoclopramide, l'agente procinetico più comune ancora disponibile ha recentemente destato attenzione per i suoi effetti negativi. Infatti, sono stati riportati effetti indesiderati fino al 30% dei pazienti trattati, tra cui sonnolenza, agitazione, e reazioni extrapiramidali. Per questo motivo non deve essere utilizzato al di sotto dei 16 anni di età. Altri farmaci di questa categoria comprendono Betanecolo, cisapride (non più disponibile commercialmente in molti paesi tra cui l'Italia), il baclofene, e l'eritromicina. Ciascuno funziona come procinetico utilizzando un meccanismo diverso. Tuttavia, dopo un'attenta revisione, le linee guida inequivocabilmente affermano che non vi sono prove sufficienti per sostenere l'uso di routine di questi agenti procinetici per il trattamento della MRGE nei bambini.

### **L'intervento chirurgico per la MRGE Pediatrica**

Diverse procedure chirurgiche possono essere utilizzati per la RGE nei bambini. La funduplicazione è una procedura in cui il fondo gastrico è avvolto intorno all'esofago distale, aumentando la pressione basale dello sfintere esofageo inferiore, diminuendo il numero rilassamenti di transitori dello sfintere esofageo inferiore, aumentando la lunghezza dell'esofago intra-addominale, accentuando l'angolo di His e riducendo un'ernia iatale se presente. L'attenta selezione dei pazienti è una delle chiavi per il successo dell'intervento. Sono candidati i bambini che non hanno risposto al trattamento farmacologico e quelli a grave rischio di aspirazione del contenuto gastrico come nel caso dei pazienti con disturbi neurologici. Prima dell'intervento dovrebbero essere attentamente escluse condizioni cliniche quali vomito ciclico, ruminazione, gastro-paresi, ed esofagite eosinofila perché sono suscettibili di peggioramento dopo l'intervento chirurgico.



## Intervista a Claudio Romano

L'incontro con Claudio Romano, responsabile sezione di gastroenterologia ed endoscopia digestiva, UOC di genetica ed immunologia pediatrica, dell'Università di Messina ci ha permesso di chiarire alcuni aspetti estremamente interessanti sul ruolo dell'alimentazione per il futuro benessere del bambino.

di Antonino Gulino

*Gulino: Alimentazione nei primi 3 anni di vita può incidere sul futuro del bambino?*

**Romano:** La salute a lungo termine e la vitalità di intere nazioni dipende dal benessere della popolazione pediatrica. Questa importante affermazione evidenzia come l'investimento sulla nutrizione nella prima infanzia ha effetti di ampia portata: la nutrizione nella prima infanzia tutela la salute ed aumenta la produttività economica di una nazione. La nutrizione ottimale nella prima infanzia supporta la crescita e lo sviluppo di tutte le potenzialità del bambino, può anche avviare e rafforzare le abitudini alimentari sane che contribuiscono alla salute generale e il benessere, e può estendersi in tarda infanzia e oltre. Nella prima infanzia una nutrizione ottimale determina una adeguata crescita fisica, sviluppo visivo e cognitivo, e maturazione del sistema immunitario e dell'apparato neurologico. Nel primo anno di vita, latte materno e/o la formula sono fonti primarie del neonato. Anche se la dieta del bambino gradualmente inizia a includere evolutivamente alimenti complementari appropriati/solidi, il latte materno e/o la formula rimangono la sua principale fonte di nutrimento. I momenti critici sono rappresentati dalla fase dello svezzamento che deve essere avviato tra 6-8 mesi, così come l'introduzione del glutine. Non vi sono evidenze che l'introduzione tardiva del glutine, anche in famiglie "a rischio", possa ridurre il rischio della celiachia. E' confermato che dopo il 10° mese di vita è utile offrire alimenti anche di gusto "forte" (legumi, pomodoro etc) che possono consentire ad un precoce adattamento con riduzione del rischio di sviluppare un disordine del comportamento alimentare come quello della "neofobia" (mancata accettazione dei nuovi sapori) e della "selettività" (assunzione solo degli stessi alimenti). L'assunzione di latte a 12 mesi non dovrebbe superare i

200-250 ml (2 tazze), così come il latte vaccino non dovrebbe essere inserito dopo i 12 mesi. Un "moderno" svezzamento è un momento di fronte al quale qualsiasi rigidità, qualsiasi schema preconfezionato può essere non solo poco utile ma anche controproducente. E' scientificamente dimostrato che il gusto, la scelta di un alimento piuttosto che di un altro, è legato per la metà alla genetica, per l'altra metà all'ambiente: nel caso particolare, all'abitudine, e specialmente alle abitudini precoci, gestazione, allattamento, svezzamento. L'approccio alla moderna scienza dell'alimentazione applicata al bambino deve contenere quindi un connubio di spunti di tipo scientifico ed antropologico. Questi aspetti sono ampiamente approfonditi nelle linee guida della American Academy of Pediatrics, del American Dietetic Association, e dell'American Academy of Family Physicians.

*G.: Quali componenti degli alimenti sono potenzialmente dannosi ed essi sono frutto dell'inquinamento o di una "cattiva" agricoltura?*

**R.:** Non esistono con certezza componenti di alimenti che sono dannosi nel bambino in fase di sviluppo. Un certo interesse nel corso degli ultimi decenni ha portato la ricerca clinica a cercare di correlare alcune patologie di tipo neuropsichiatrico con alcuni componenti della dieta. Gli additivi alimentari sono sostanze deliberatamente aggiunte ai prodotti alimentari per svolgere determinate funzioni tecnologiche, ad esempio per colorare, dolcificare o conservare. Gli additivi che figurano più comunemente sulle etichette alimentari sono gli antiossidanti (per prevenire il deterioramento da ossidazione), i coloranti, gli emulsionanti, gli stabilizzanti, gli agenti gelificanti, gli addensanti, i conservanti e i dolcificanti. La sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD, *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*) è un disturbo del comportamento caratterizzato da inattenzione, impulsività e iperattività motoria che rende difficile e in alcuni casi impedisce il normale sviluppo e integrazione/adattamento sociale dei bambini. La nostra esperienza in ambito gastroenterologico evidenzia come sia frequente la richiesta di consulenza per bambini con questa condizione o con disordini dello spettro autistico per eventuali indicazioni dietetiche (eliminazione del glutine, del latte etc). Il legame tra alimentazione e disturbi del comportamento ha avuto maggiore interesse dopo la pubblicazione di una ricerca di un gruppo inglese sull'autorevole *The Lancet*. Questo lavoro ha messo in evidenza gli effetti peggiorativi degli additivi alimentari sui sintomi di iperattività in un campione di bambini di varie fasce di età cui era stato somministrato o un semplice succo di frutta o una bevanda costituita da un mix di coloranti e conservanti che corrispon-



devano a una quantità mediamente assunta quotidianamente da un bambino inglese. Al di là della necessaria conferma su campione più numeroso di pazienti, tale dato conferma una volta di più l'importanza di un'alimentazione sana e naturale per la salute psicofisica dei bambini e per il loro rendimento a scuola. In tal senso i pediatri ed i genitori devono svolgere un importante ruolo educativo stimolando abitudini che prevedano meno "junk food", anche se gustativamente ed esteticamente molto appetibili, e più vitamine e minerali nella dieta dei bambini.

*G.: Il glutine e la celiachia, quanto è cambiato nelle nostre conoscenze ?*

**R.:** Il potenziale spettro dei disordini glutine-correlati, oltre la celiachia e la dermatite atopica, è stato ampliato nel corso degli ultimi anni con l'identificazione di altre entità quali l'allergia al glutine, l'anafilassi glutine-dipendente indotta da sforzo fisico e la sensibilità al glutine non celiaca (NCGS, Non Celiac Gluten Sensitivity). Per la prima volta, nel 2011, è stato proposto il termine di "gluten sensitivity", ma dopo 1 anno (meeting di Oslo e Monaco, 2012) è stato coniato il termine di NCGS, allo scopo di differenziare tale condizione dalla celiachia. Un moderno inquadramento dei disordini glutine-correlati comprende le allergie (allergie alimentari, anafilassi, anafilassi grano-dipendente indotta da sforzo, asma di Baker, dermatite da contatto), i disordini autoimmuni (celiachia, dermatite erpetiforme, atassia da glutine) ed i disordini non allergici e non autoimmuni (sensibilità non celiaca al glutine). La NCGS può essere sospettata in pazienti con intolleranza al glutine che non sviluppano anticorpi come nella celiachia o nell'allergia IgE mediata, e che non presentano lesioni della mucosa duodenale. La tipica presentazione clinica della NCGS è la risultante di una combinazione di sintomi e tipiche manifestazioni di tipo GI e simil colon irritabile (diarrea, dolori addominali, nausea, stipsi, flatulenza e gonfiore addominale) o cutanee (eczema ed eritema) o sistemiche (cefalea, dolori muscolari, stanchezza cronica) e comportamentali (depressione, ansia, iperattività, atassia). La prevalenza segnalata in letteratura varia dallo 0,5% - 6% e le categorie a maggiore rischio sembrano essere i giovani adulti e le donne. Il limite nella identificazione reale di questa condizione è correlato al possibile "overlap" con condizioni cliniche quali la Sindrome del Colon Irritabile e/o Sindromi Psicomatiche. Non vi sono dati epidemiologici riguardo l'età pediatrica anche se la descrizione del primo caso pediatrico è relativamente recente. Un ulteriore variabile è costituita dalla tendenza, specie tra i giovani adulti, all'"autodiagnosi" con spontanea eliminazione del glutine dalla dieta senza indagini o valutazioni specialistiche ("...ho eliminato il glutine ed i derivati e non ho più la pancia gonfia..."). E'

compito del Pediatra, in questo ambito, mantenere una attenta sorveglianza verso le "auto-diagnosi" di NCGS specie nel bambino in fase di crescita e sviluppo puberale, allo scopo di limitare il rischio di diete ristrette e non giustificate senza glutine e derivati.

*G.: Epigenetica ed alimentazione, una nuova frontiera o un falso allarme ?*

**R.:** L'epigenetica è una scienza che studia come l'espressione genica di un organismo, anche in termini di rischio di malattia, possa essere modificata, da fattori ambientali, attraverso cambiamenti della struttura della cromatina senza alterazioni nella sequenza del DNA, tra metilazione del DNA e modifiche del rimodellamento della cromatina. Nelle ultime decadi, gli studi epigenetici si sono concentrati sullo sviluppo embrionale, l'invecchiamento e il cancro. Attualmente, l'epigenetica ha trovato molto interesse in ambiti come l'infiammazione, obesità, insulino-resistenza, diabete mellito tipo 2, le malattie cardiovascolari, le malattie neurodegenerative e le malattie del sistema immunitario. Le modificazioni epigenetiche possono essere ormai considerate come un meccanismo importante nella eziologia sconosciuta di molte malattie. Nel campo nutrizionale, l'epigenetica è eccezionalmente importante, perché nutrienti e componenti alimentari bioattivi possono modificare l'espressione genica. Durante la nostra vita, alcune sostanze nutrienti possono modificare, attraverso meccanismi epigenetici, l'espressione e la funzione di alcuni geni. La modulazione di questi processi attraverso la dieta o specifici nutrienti può prevenire le malattie e mantenere la salute. Tuttavia, è molto difficile delineare l'effetto preciso di sostanze nutritive o componenti alimentari bioattivi su ogni modulazione epigenetica e le loro associazioni con i processi fisiologici e patologici nel nostro corpo, perché le sostanze nutrienti interagiscono anche con i geni, altri nutrienti, e altri fattori di stile di vita. Inoltre, ogni fenomeno epigenetico interagisce anche con gli altri, aggiungendo una certa complessità del sistema. Le nostre conoscenze in materia di epigenetica nutrizionali è ancora limitata. In particolare, gli effetti di sostanze nutritive o componenti alimentari bioattivi (acido folico e Vit. B12) sulla metilazione dell'istone o complessi di rimodellamento della cromatina sono in gran parte sconosciuti. In futuro, abbiamo bisogno di indagare meglio la composizione di sostanze nutritive o composti alimentari bioattivi per trovare quelli più utili per la nostra salute. Comprendere il ruolo delle sostanze nutritive o di alimenti bioattivi nel modificare i modelli epigenetici aiuterà la nostra capacità di trovare un modo migliore per mantenere la nostra salute attraverso la modulazione nutrizionale che potrebbe essere più fisiologica rispetto a qualsiasi altra forma di farmacoterapia.



## DI GIAMOCELO...

**M**ai come in questi ultimi anni l'alimentazione è diventata un argomento centrale nella vita di tutti noi. La prova più evidente di questa crescente popolarità è rappresentata dal ruolo di protagonista che il cibo e tutto ciò che vi ruota attorno ha conquistato nelle serie televisive e cinematografiche, con un crescendo che non sembra volersi arrestare.

L'alimentazione, sin dalle origini, è stata il fulcro dell'attenzione per gli uomini; ma se prima la difficoltà di procacciare il cibo era il grave problema da risolvere, data anche la sua difficile reperibilità, negli ultimi decenni il benessere e l'offerta esponenziale di una gran varietà di pietanze e bevande ipercaloriche hanno provocato un'epidemia di obesità che coinvolge l'intero pianeta. Le dimensioni e i rischi per la salute che vi sono connessi rendono addirittura il fenomeno più preoccupante di quello legato alla scarsità di cibo nei paesi in via di sviluppo.

L'Italia alimentare è sempre più alla deriva. Le statistiche riportano che il 50% circa dei genitori di bambini in sovrappeso ritengono che il proprio figlio non abbia un problema di questo tipo e sottovalutano la quantità di cibo che consumano i loro pargoli. Anzi, *digiamocela*, provare a non introdurre o a togliere qualche biscotto dal biberon di quei neonati che hanno più pieghe di uno Shar Pei, provoca una levata di scudi da parte di mamme e nonne indignate da tanta "crudeltà".

Scegliere, come spesso avviene, cosa mettere nel piatto lasciandosi guidare solo dagli spot televisivi significa adottare una dieta a dir poco squilibrata. Se dovessimo seguire una dieta basandoci solo sui cibi reclamizzati dalle principali tv, in fasce orarie importanti come quelle della prima serata o dei cartoni animati, introdurremmo nel nostro corpo 25 volte le razioni giornaliere di zucchero raccomandate e 20 volte quelle di grasso ma meno della metà delle razioni di verdura, frutta e latticini.

I cibi reclamizzati forniscono un eccesso di grassi saturi, colesterolo e sale,

tutti elementi correlati alle malattie metaboliche, mentre sono carenti di nutrienti con effetto protettivo come fibre, vitamine A, E e D, calcio e potassio. Gli USA continuano a proporre vane linee guida sulla pubblicità che le aziende alimentari dovrebbero seguire. Ormai anche in Italia non c'è una azienda produttrice di snack per bambini che non inviti a visitare il sito web per giocare e continuare ad acquistar-

## Media ed alimentazione: le ragioni del conflitto.

di Maria Libranti

lo. Forse la strada potrebbe essere proprio questa: incentivare le multinazionali, con politiche ad hoc, a produrre alimenti più salutari attenendosi alle quantità consigliate di zuccheri, grassi saturi e sale. A giudicare dal comportamento delle aziende alimentari sembra proprio una battaglia persa. Un esempio? Il sale, uno dei fattori più dannosi per la salute, è contenuto a livelli superiori di quelli raccomandati in tutti gli snack in commercio, prime fra tutte le patatine. Inoltre è accertato che il consumo di tali merende è associato ad un maggior consumo di bibite gassate e zuccherate.

Sono proprio le bevande zuccherate ad essere in prima fila sul banco degli imputati nel processo all'obesità. Piuttosto recente è la censura dell'ultima campagna della Coca-Cola: non deve essere bevuta tutti i giorni - come provo a spiegare nel paese in cui lavoro - e non è la "formula della felicità!" Nella pubblicità si invitavano i consumatori a bere Coca-Cola durante i pasti, lasciando intendere che si tratta di una vecchia tradizione italiana. Ma quando mai? Speriamo solo di non vedere più questo spot demenziale.

Purtroppo non esistono al momento in Italia, con l'unica eccezione per le bevande alcoliche, divieti alla reclamizzazione di prodotti alimentari durante le trasmissioni destinate ai bambini. Esiste solo un codice di autoregolamentazione a cui aderiscono alcune aziende su base esclusivamente volontaria. Una ricerca condotta dalla Coop, in collaborazione con l'Università di Roma, ha rilevato che qualsiasi bambino italiano che guarda tre ore di tv al giorno nella fascia oraria 16.00-19.00 sarà costretto a subire uno spot alimentare ogni 5 minuti per un totale di 32.850 pubblicità in un anno: un autentico bombardamento! Del resto quando saremo ingrassati saranno sempre le multinazionali, questa volta quelle farmaceutiche, a prendersi cura di noi: ogni settimana, specie in questa stagione, sulle diverse reti televisive vengono proposti circa 1800 spot pubblicitari dedicati a prodotti dimagranti. A tutt'oggi, in barba a tutti gli slogan, non esiste la "pillola miracolosa" e noi pediatri di trincea siamo impegnati giornalmente a combattere contro i messaggi dei mass media, nel tentativo di orientare il bambino e la sua famiglia a scelte alimentari salutari e alla portata di tutti. I cardini della dieta mediterranea, da noi esportata in tutto il mondo, sono validati a livello internazionale: quest'ultima insieme ad un'attività fisica moderata ma costante sono i semplici criteri che, sorprendentemente, sembrano così difficili da divulgare e praticare.

L'OMS ha già lanciato l'allarme e tutti gli Stati hanno ben chiaro cosa accadrà in termini di spesa sanitaria quando gli effetti di questa epidemia d'obesità si abatteranno su fasce di popolazioni sempre più giovani. Le strategie sono facilmente pianificabili, occorre però la volontà politica che non sempre, ahimé, si produce in scelte illuminate: controllare la pubblicità scorretta ed incentivare quella educativa potrebbe essere il primo passo, aumentare il costo del cibo "spazzatura" ed abbassare quello di frutta e verdura potrebbe essere il secondo. In attesa di strateghi illuminati non ci resta che continuare a svolgere il nostro ruolo con energia: la posta in gioco è alta e gli adulti di domani sono nelle nostre mani!

## recensioni



**RE VALDO  
E IL DRAGO**  
di Peter Bently ed  
Helen Oxenbury  
ed. Il Castoro bam-  
bini  
euro 13.50

di Giusi Germania

Un albo illustrato "vecchio stile", edito da "Il castoro bambini" ripropone un momento di lettura e di immersione nelle illustrazioni a tutta pagina che ricostruiscono, a cavallo tra realtà e fantasia, una atmosfera di piccolo grande gioco.

"Re Valdo e il drago" di Peter Bently ed Helen Oxenbury ci racconta di tre "eroi" (uno ancora fornito di inseparabile ciuccio) pronti a costruirsi un castello da cui andare a combattere i draghi e i mostri e vivere tutte le avventure che si presenteranno sulla loro strada: così vecchie scatole, innocue armi, un vecchio piumino scucito e poi fantasia e tanta voglia di giocare possono inventare mille occasioni per affermare la propria forza, lottare la paura, essere invincibili. Fino al momento in cui mamma e papà riportano alla realtà i piccoli avvolgendoli nel loro sicuro abbraccio.

Le illustrazioni morbide, delicate della Oxenbury giocano un ruolo determinante nella lettura e accompagnano conmatite e colori lievi, la tenera innocenza dei personaggi le buffe "spaventose" fantasie dei nostri piccoli improvvisati eroi.

Affiora tra le pagine l'affermazione forte di mondi bambini, di tempi dedicati ad un gioco fantasioso e stimolante alternata al caldo abbraccio dell'accudimento, della tenerezza e della sapiente presenza degli adulti.

Dedicato ai bambini invincibili, agli irriducibili oppositori del sonno, che vivono nei giochi anche i più semplici, la giusta voglia di fare i grandi.

Un libro (il consiglio è scontato) da leggere insieme mentre si combatte contro il "mostro" sonno che porta i bimbi lontano dalle loro fantasie a ricaricare le pile dei loro giorni assetati di avventure e quando anche gli adulti si riprendono, a mezzo di una semplice lettura, il momento di contatto con i piccoli, a godere del flusso di affetto di cui il libro si fa catalizzatore.



Pillole di...  
dermatologia

## VITAMINA D: rachitismo...ma non solo!



di Francesco Privitera  
Referente Endocrinologia  
FIMP Sicilia

*La vitamina D, scoperta nel 1922, come fattore anti-rachitismo, viene identificata nel 1936 ed i meccanismi d'azione scoperti circa 70 anni dopo. Nell'ultimo decennio si sono moltiplicate le ricerche sulle azioni genomiche non classiche della vit. D, come le azioni sull'immunità, sull'auto-immunità, sulla oncogenesi, sul SNC, sulle malattie allergico/atopiche e sull'apparato cardiovascolare anche se spesso i risultati di*

*queste ricerche sono contrastanti.*

La vit. D è da sempre conosciuta come la vitamina che regola, mediante il PTH, l'omeostasi del calcio. La sua carenza porta al rachitismo, con le classiche manifestazioni cliniche. Quindi essa viene consigliata in profilassi soprattutto nel bambino allattato al seno. Come si vede in tab. 1 non sono univoche le raccomandazioni degli apporti raccomandati nei vari paesi.

A settembre 2014 è stata pubblicata l'ultima posizione dell'AAP (tab. 2)

La vit. D nel 90% viene prodotta tramite l'esposizio-

ne al sole da un precursore cutaneo, che poi viene idrossilato per due volte (la prima a livello epatico e la seconda a livello renale) nella sua forma attiva e cioè l'1-25(OH)<sup>2</sup>-coleciferolo. Il restante 10% viene introdotto con la dieta.

A noi tutti viene spontaneamente da pensare che l'Italia, per la posizione geografica che occupa e quindi per la esposizione alla luce solare, sia un paese dove il deficit di vit. D dovrebbe essere raro. Invece da studi effettuati si è visto che l'incidenza dell'ipovitaminosi D si aggira intorno al 44% nella popolazione fino a 18 anni di età. Infatti l'Italia si

Tabella 1. Apporti raccomandati di vitamina D (UI/die) durante l'età evolutiva

Età	Italia, SINU 1996 (11)	Regno Unito, 1998 (8)	Francia, 2005 (9)	ESPE-Bone Club 2002 (12)	Canada, 2007 (7)	Stati Uniti, AAP, 2003 (14)	Stati Uniti, AAP, 2008 (6)	Stati Uniti IOM, 2010 (13)
0 - 6 mesi	400 - 1000	340	800 - 1000	200 - 800	400 <sup>a</sup>	200 <sup>e</sup>	400 <sup>a</sup>	400 <sup>d</sup>
6 - 12 mesi	400 - 1000	280	800 - 1000 <sup>a</sup>	200 - 800	400 <sup>a</sup>	200 <sup>e</sup>	400 <sup>a</sup>	400 <sup>d</sup>
1 - 3 anni	400	280	-	0 - 400	400 <sup>b</sup>	200 <sup>d</sup>	400	400 <sup>a</sup> - 600 <sup>b</sup>
4 - 10 anni	0 - 400	-	-	0 - 400	400 <sup>b</sup>	200 <sup>d</sup>	400	400 <sup>a</sup> - 600 <sup>b</sup>
11 - 18 anni	0 - 600	-	-	0 - 1000	400 <sup>b</sup>	200 <sup>d</sup>	400	400 <sup>a</sup> - 600 <sup>b</sup>



TABLE 2 Calcium and Vitamin D Dietary Reference Intakes

Age	Calcium		Vitamin D	
	RDA (mg/d) (Intake That Meets Needs of ≥97.5% of Population)	UL (mg/d) <sup>a</sup>	RDA (IU/d) (Intake That Meets Needs of ≥97.5% of Population)	UL (IU/d) <sup>a</sup>
Infants				
0-6 mo	200 <sup>b</sup>	1000	400 <sup>b</sup>	1000
6-12 mo	260 <sup>b</sup>	1500	400 <sup>b</sup>	1500
1-3 y	700	2500	600	2500
4-8 y	1000	2500	600	3000
9-13 y	1300	3000	600	4000
14-18 y	1300	3000	600	4000

<sup>a</sup> Upper limit (UL) indicates level above which there is risk of adverse events. The UL is not intended as a target intake; no consistent evidence of greater benefit at intake levels above the RDA.

<sup>b</sup> Reflects adequate intake reference value rather than RDA. RDAs have not been established for infants.

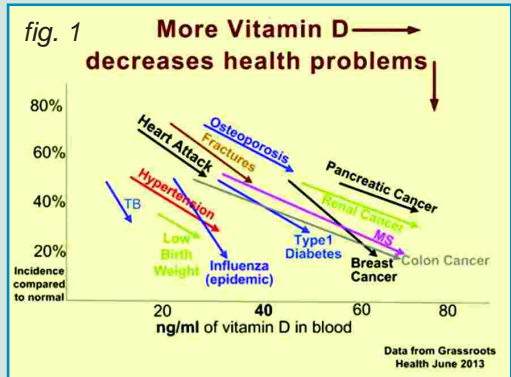
trova al di sopra del 37° parallelo nord, considerato limite della “zona vit. D winter”, cioè la zona d’inverno della vit. D. Altre cause, oltre la carente esposizione al sole, possono causare deficit di vit. D, come ad esempio insufficienze epatiche e renali, la pigmentazione scura della pelle, l’assunzione di alcuni farmaci (anticonvulsivanti, cortisonici, ecc.), scarso apporto con la dieta, malassorbimento e gravidanza.

La vitamina D da qualche tempo non viene considerata una semplice vitamina, ma un vero e proprio ormone; infatti sono stati scoperti dei recettori (VDR) in moltissimi tessuti del nostro organismo. Questi Vitamin D Receptor fanno parte di una superfamiglia di recettori nucleari per gli ormoni steroidei ad alta affinità deputati a modulare l’espressione genica delle cellule. L’1-25 (OH)<sub>2</sub> colecalciferolo, si lega specificatamente ad essi essere stato trasportato all’interno del nucleo tramite un carrier. La vitamina D quindi, oltre ad avere le classiche azioni conosciute da tempo, ne possiede molte altre, dette non clas-

siche, che comprendono: a) il sistema immunitario per quel che riguarda la resistenza alle infezioni (tbc, influenza, infezione delle vie respiratorie); b) l’autoimmunità (diabete, artrite reumatoide, sclerosi multipla, morbo di Crohn); c) le malattie allergiche o atopiche (asma, dermatite atopica); d) la genesi tumorale (mammella, colon, pancreas, prostata ecc.); e) le malattie cardiovascolari e l’ipertensione; f) la sindrome metabolica. Molti studi sono stati eseguiti su queste patologie ma spesso con risultati contrastanti, per cui necessitano ulteriori approfondimenti per avere una visione più chiara delle molteplici funzioni della vit. D. Anche sul tasso ematico, espresso come 25 (OH) colecalciferolo (è la forma più affidabile di dosaggio della vit. D) non ci sono univoche vedute, anche se in linea di massima i

quindi sull’osso, sembrano sufficienti valori da 20 a 30 ng/ml, mentre gli effetti protettivi della vit. D sulle altre espressioni non classiche si esplicano su valori ematici più alti. Come si può notare dalla fig. 1 le malattie non classiche scendono di frequenza all’aumentare del tasso ematico di vit. D fig. 1.

Importante il periodo fetale



le perché la carenza di vit. D può creare, da sola o assieme a fattori ambientali, modificazioni epigenetiche tramite reazioni di metilazione del DNA e di modifica dell’istone, che alterano il cosiddetto “fetal programming”.

Possiamo concludere questa breve chiacchierata sulla vit. D, immaginando che la sua azione sull’omeostasi del calcio e sul metabolismo osseo, accertata ormai da tempo, è solo la punta di un iceberg. Ulteriori studi ci permetteranno di far venire a galla tutto il sommerso sulle molteplici funzioni di questa vitamina.

tab. 3 SERUM 25(OH)D LEVELS

DEFINITION	ng/mL	nmol/L
Severe Deficiency	<10	<25
Deficiency	10-19	25-49
Insufficiency	20-29	50-74
Optimal	30-60	75-150
Intoxication	>100	>250

dona il tuo  
per mille  
all'IBISCUS **5**



**Nella dichiarazione  
dei redditi metti  
una firma  
ed il codice**

**93018710876**

**IBISCUS ONLUS**

**LEGA PER LA RICERCA ED IL TRATTAMENTO  
DELLA LEUCEMIA E DEI TUMORI DEL BAMBINO**

**www.ibiscusonlus.org - C/C Postale n. 13676952**

**oppure al C/C Bancario IBAN:**

**IT 83 0 02008 16918 000300339755**

**Lega Ibiscus Onlus**

**Via S. Sofia, 78 - 95125 Catania  
Tel. e Fax 095.330636 - info@ibiscusonlus.org**



**Biovit3<sup>®</sup>**  
TRE

**SCIROPPO**

- RINFORZA IL SISTEMA IMMUNITARIO
- NELLE INFEZIONI I.R.R.
- POTENZIATO CON LATTOFERRINA



**GOLA**

- SOLLIEVO E PROTEZIONE DELLA GOLA E DEL CAVO ORALE

**RINOSPRAY**

- LIBERA E IDRATA LE MUCOSE NASALI



**FLACONCINI**

- ANTIASTENICO
- PROENERGETICO



**AR FITOFARMA S.r.l. - Via Anguissola, 2 - 20146 Milano**  
[www.arfitofarma.com](http://www.arfitofarma.com)



# Abbiamo fiducia

di Sergio Mangiameli

Alla premiazione dei vincitori della prima edizione del concorso “Storie sotto il vulcano”, ideato e condotto da Maimone Editore per i ragazzi delle scuole medie e superiori del territorio etneo, in occasione del proprio trentennale di attività, la scrittrice Maria Attanasio, presidente di giuria letteraria, si è espressa individuando due sensi attuali di comunicazione scritta – quella orizzontale che arriva subito, fatta di messaggi sms, WhatsApp e social network, e quella verticale, approfondita, che si trova nella narrativa. Non dubitando, nei ragazzi di oggi, dell’uso e forse dell’abuso nel primo caso, la Attanasio si è detta piacevolmente meravigliata di aver ritrovato in loro anche il secondo caso. Perché al loro debutto letterario, questi ragazzi dagli undici ai diciott’anni hanno aderito in più di ottocento, in nome di venti istituti scolastici di appartenenza!

E questo è un dato straordinario, oggi, in cui pare che non abbia valore niente e tutto debba avere i connotati di immediato consumo. Che i nostri ragazzi di Castiglione, di Trecastagni, di San Giovanni la Punta o di Mascali siano stati i finalisti, o comunque abbiano partecipato così numerosi a quest’appello, credo significhi che non tutto è perduto. La famiglia con i nonni, la natura con gli animali, la tradizione con i miti – perché questi sono stati i temi dei migliori lavori –, sono ancora qui a testimoniare che questa nostra società *catanisi matelica*, istintivamente avversa ai codici di legge, teatralmente sbruffona e quotidianamente sgangherata, conserva nonostante tutto nel 2015 un noc-

ciolo di sostanza, forse quel motivo di valore che i *furasteri* ancora ci riconoscono, e per il quale abbandonano i paradisi disumani dell’efficienza e del lavoro competitivo come Londra, la Svizzera o la Scozia per vivere qui, tra l’Etna e lo Ionio. In quest’umanità che accoglie, che tollera tutto o quasi, che sa inventarsi e conservare, che tiene ai figli come ai padri, c’è ancora speranza, che si legge negli ottocento racconti di questi meravigliosi ragazzi etnei – ha ragione la Attanasio.

Io non so se mai accadrà ai parchi cittadini di “Librino” o al “Falcone e Borsellino” quello che è accaduto l’altro pomeriggio in un giardino pubblico in Via Gonin a Milano, dove un gruppetto di ragazzini ha preso a sassate una coetanea con qualche ritardo mentale, per il gusto di divertirsi. Io non so se mai accadrà alla Pluchinotta di Sant’Agata li Battiati o all’Ercole Patti di Trecastagni, come è invece accaduto in una scuola media di Forlì, che un insegnante sequestrò il telefonino dell’alunno che naviga su siti porno in classe, e che poi il genitore spuntò a scuola con l’avvocato, in nome del reato di furto commesso dall’insegnante.

Io so che questi fatti qui, tra l’Etna e lo Ionio, non sono ancora accaduti e mi basta questo per continuare a sperare che non abbiamo sbagliato del tutto con i nostri ragazzi. E credo abbia ragione Giuseppe Maimone, che commosso, l’altro giorno alle Ciminiere, ha pronunciato una parola vecchissima ai mille ragazzi che lo hanno applaudito: vi diamo *fiducia*.

## Le novità del DSM V, rispetto al DSM IV.

La sigla DSM serve per indicare il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*.

La quinta edizione è stata edita nel maggio 2013 negli USA e nel 2014 in Italia, a distanza di circa 20 anni dalla quarta edizione. Sono stati coinvolti per tanti anni oltre 1500 esperti di tutto il mondo. Più di ogni altra pubblicazione scientifica, il Manuale è stato oggetto di discussioni, critiche, revisioni, compromessi. La critica più frequente che viene mossa consiste nell'accusa di aver ampliato le condizioni da considerare psico-patologiche, ampliando così la possibilità di ricorso a psicofarmaci o ad altri approcci terapeutici. Tale processo di medicalizzazione espone inoltre ad abusi in campo medico-legale, fornendo possibilità di invocare patologie, anche quando vengono commessi semplici crimini.

Per quanto riguarda l'età evolutiva nella realtà italiana, una più ampia classificazione dei *Disturbi dello spettro autistico e dei Disturbi dell'apprendimento* sta già provocando, a livello scolastico, una tendenza alla medicalizzazioni di troppi casi, che, come è stato autorevolmente notato, sono: "troppo numerosi, per essere veri".

Nella nuova edizione è stato rimosso il sistema multiassiale. Il numero dei disturbi classificati è approssimativamente invariato, rispetto alla precedente edizione. Il DSM V è suddiviso in tre sezioni: introduzione con istruzione; diagnosi categoriali suddivise in 20 capitoli; condizioni psicopatologiche che necessitano di ulteriori studi. In ogni caso, è mia personale convinzione che sia stato fatto un grande passo avanti nella classificazione delle patologie più complesse: quelle neuropsichiatriche.

**Disturbi del neurosviluppo.** Il termine *disabilità intellettiva* sostituisce il termine: ritardo mentale.

**Disturbi dello spettro autistico.** Incorpora diverse diagnosi comprese nel DSM IV: autismo, sindrome di Asperger, disturbo della comunicazione- interazione sociale, disturbo dello sviluppo non altrimenti classificato.

**Disturbi specifici dell'apprendimento:** è stata creata una categoria omnicomprensiva.

**Schizofrenia.** E' stata rimossa l'attribuzione di un peculiare significato ai deliri bizzarri e alle allucinazioni, sancendo che uno solo di questi sintomi non è sufficiente per porre la diagnosi. Sono stati eliminati i sottotipi di schizofrenia,

soprattutto per il loro scarso valore predittivo.

**Disturbo bipolare.** Il capitolo è stato distinto da quello dei disturbi depressivi. E' stato posto l'accento su una maggiore accuratezza diagnostica sul *cambiamento dell'attività e dell'energia*, oltre che sul *tono dell'umore*. Il termine episodio misto viene sostituito con *manifestazioni miste*, applicabile agli episodi, sia depressivi, sia maniacali.

**Disturbi depressivi.** Viene introdotto il *Disturbo da disregolazione dell'umore*, per arginare la sovradiagnosi di disturbo bipolare, in età evolutiva. E' stata introdotta la *Sindrome disforica premestruale*, come entità diagnostica indipendente. Il *lutto* viene riconosciuto come fattore di forte rischio, per la comparsa di depressione. La distimia viene definita come: *Disturbo depressivo persistente*. Sono stati specificati i disturbi depressivi con: *caratteristiche miste; rischio suicidario, coesistenza di sintomi ansiosi*.

**Disturbi d'ansia.** Sono distinti dai disturbi ossessivo-compulsivi e dai disturbi post-traumatici. Sono distinte le diagnosi di *Agorafobia* e di *Disturbi di panico*, che possono tuttavia coesistere. Per l'attacco di panico si enfatizza la differenziazione tra *attacchi attesi ed imprevisti*. Vengono inseriti il *mutismo selettivo* e il *disturbo d'ansia di separazione*. *Fobia specifica e disturbo d'ansia sociale* vengono contemplati anche al di sotto dei 18 anni.

**Disturbo ossessivo-compulsivo**

E' distinto dai disturbi d'ansia. Viene posta attenzione agli specificatori, quali il grado di *insight* e la presenza di *tic motori e verbali*. Vengono compresi: la *tricotillomania*, il *Disturbo da escoriazione e da accumulo*.

**Disturbi legati al trauma ed allo stress.** Vengono specificate le condizioni di *esperienza diretta, o indiretta, o come testimone*. Viene incluso il *Disturbo dell'adattamento*, mantenendo i sottotipi: *con umore depresso, con stati ansiosi, con disturbi del comportamento*.



Disturbi dissociativi. Viene definito il *Disturbo unico di depersonalizzazione-derealizzazione*. Viene riformulato il *disturbo da identità dissociata*, considerato a prescindere da eventi traumatici.

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati. Sono stati rimossi i disturbi di: somatizzazione, ipocondria, dolore algico e somatoforme indifferenziato. Viene enfatizzato il *vis-suto maladattivo legato alla sintomatologia somatica*. L'ipocondria viene definita come *Disturbo da ansia per le malattie*. Nel *Disturbo da conversione* viene ribadita l'importanza dell'esame neurologico.

Disturbo del comportamento alimentare. Per l'*anoressia* non è più essenziale il criterio di amenorrea. Viene introdotto il *Binge eating Disorder*. *Pica* e *Disturbo da ruminazione* vengono contemplate a tutte le età. Nell'età evolutiva viene previsto il *Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo*.

Disturbi dirompenti, da discontrollo degli impulsi e della condotta. Vengono contemplati anche oltre l'età evolutiva i disturbi: *provocatori, della condotta, da comportamento dirompente, piromania, cleptomania, disturbo esplosivo intermittente*

Disturbi di dipendenza e correlati. Abuso

e dipendenza non vengono più considerati indipendenti. Vengono considerati: *craving, astinenza da cannabis, astinenza da cocaina, tossicodipendenza da tabacco, poli-drug abuse, dipendenza comportamentale*, comprendente anche il *Gioco d'azzardo patologico*. Infatti una condotta ripetitiva stimola il sistema cerebrale del *reward*, come avviene con le sostanze d'abuso.

Disforia di genere. Viene enfatizzato il fenomeno dell'*incongruenza di genere*, con criteri diagnostici differenti, nelle varie età.

Disturbi neurocognitivi. Sono compresi: *Demenza, Disturbo amnesico, Disturbi neurocognitivi lievi*. Viene specificato il sottotipo, basato sull'eziopatogenesi, ad esempio: *frontotemporale, con corpi di Lewy*, ecc..



## GelENTERUM

TANNATO DI GELATINA

### La Diarrea Acuta ha le ore contate.

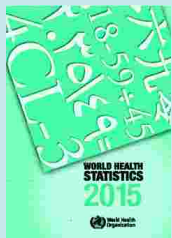
Efficace, rapido, sicuro.

- Gelenterum, grazie alla formazione di un **biofilm protettivo**:
1. corregge l'alterazione della barriera intestinale prevenendo l'insorgere di uno stato infettivo e infiammatorio. <sup>1</sup>
  2. controlla e riduce i sintomi delle manifestazioni diarroiche di varia etiologia entro 12 ore.
  3. favorisce il ripristino della normale funzionalità intestinale. <sup>2</sup>



1. Bueno L et al. Undissociated gelatin tannate reduces intestinal leakiness and mucosa inflammation by forming a protective biofilm: results from in-vitro and in-vivo studies. UEG Week 2013 OP219. United European Gastroenterology Journal October 2013; 1 (Suppl 1): A75-A76  
2. Gasbarrini A. La barriera intestinale: nuove acquisizioni e possibilità terapeutiche. Congresso "Probiotics, Prebiotics and New Food", Roma, 12 settembre 2011. Congress report in Journal Health Science 10(6): 3-7, marzo 2012.





## Suvvia!!!...un po' di orgoglio!!!

Il pediatra è anche un progettista: più accurato e lungimirante è il progetto, più sicure le fondamenta e i materiali di costruzione che sceglie, maggiori le attenzioni ai bisogni futuri dell'edificio, migliore sarà il risultato.

La sanità italiana, nonostante i tagli di spesa e la ferrea burocratizzazione cui negli ultimi anni è stata sottoposta, mantiene altissimi standard di qualità come testimoniato dalla WHO nel suo rapporto annuale 2015 (<http://www.who.int/publications/en/>). Inoltre a ben leggere qualche tabella il progresso nei risultati nell'ultimo decennio è addirittura il migliore al mondo! Insomma alla faccia della "malasanità" prendiamoci i nostri meriti, almeno tra noi!

A conferma che siamo bravi ho estrapolato dal manuale WHO alcuni dati che ci permettono di "stare sereni"...

### Life expectancy and mortality

Member State	Life expectancy at birth (years)						Life expectancy at age 60a (years)					
	Both sexes		Male		Female		Both sexes		Male		Female	
	1990	2013	1990	2013	1990	2013	1990	2013	1990	2013	1990	2013
Japan	79	84	76	80	82	87	23	26	20	23	25	28
Sweden	78	82	75	80	81	84	21	24	19	23	23	25
Switzerland	78	83	74	81	81	85	22	25	19	24	24	27
<b>Italy</b>	<b>77</b>	<b>83</b>	<b>74</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>85</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>27</b>
Germany	76	81	72	79	79	83	20	24	18	22	22	25
United States of America	75	79	72	76	79	81	21	23	19	22	23	24
Russian Federation	69	69	63	63	74	75	18	17	15	14	20	20
Sierra Leone	38	46	38	46	38	46	11	13	11	12	11	13

Member State	Healthy life expectancy at birth* (years)	Neonatal mortality rate (per 1000 live births)*		Infant mortality rate (probability of dying by age 1 per 1000 live births)*			Under-five mortality rate* (probability of dying by age 5 per 1000 live births)			Adult mortality rate* (probability of dying between 15 and 60 years of age per 1000 population)			
	Both sexes	Both sexes		Both sexes			Both sexes			Male		Female	
	2013	1990	2013	1990	2000	2013	1990	2000	2013	1990	2013	1990	2013
Japan	75	3	1	5	3	2	6	5	3	109	81	53	42
Sweden	72	4	2	6	5	2	7	4	5	114	89	66	45
Switzerland	72	4	3	7	5	4	8	6	4	126	86	82	40
<b>Italy</b>	<b>73</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>129</b>	<b>69</b>	<b>60</b>	<b>38</b>
Germany	71	4	2	7	4	3	9	5	4	157	92	77	50
United States of America	69	6	4	9	7	6	11	8	7	173	128	91	78
Russian Federation	61	15	5	22	20	9	28	23	10	318	339	117	126
Sierra Leone	39	57	44	158	141	107	266	232	161	525	444	512	423

### Health expenditure

Member State	Health expenditure ratios							
	Total expenditure on health as % of gross domestic product		General government expenditure on health as % of total expenditure on health		Private expenditure on health as % of total expenditure on health		General government expenditure on health as % of expenditure on total government expenditure on health	
	2000	2012	2000	2012	2000	2012	2000	2012
United States of America	13.1	17.0	43.0	47.0	57.0	53.0	16.8	20.0
Germany	10.4	11.3	79.5	76.7	20.5	23.3	18.3	19.3
Switzerland	9.9	11.4	55.4	65.8	44.6	34.2	15.4	22.1
Sweden	8.2	9.6	84.9	81.3	15.1	18.7	17.6	15.0
Japan	7.6	10.3	80.8	82.1	19.2	17.9	15.9	20.0
<b>Italy</b>	<b>7.9</b>	<b>8.2</b>	<b>74.2</b>	<b>77.3</b>	<b>25.8</b>	<b>22.7</b>	<b>12.7</b>	<b>14.0</b>
Russian Federation	5.4	6.5	59.9	51.1	40.1	48.9	12.7	8.9
Sierra Leone	13.8	10.9	28.7	17.9	71.3	82.1	14.2	9.5

- La spesa sanitaria del nostro paese è aumentata in 12 anni solo dell'1,30%.
- La aspettativa di vita in 23 anni è aumentata di 6 anni.
- In 8 anni i redditi degli operatori sanitari hanno perso il 13,2% della retribuzione "reale".

### Selected infectious diseases

Member State	MALATTIE INFETTIVE - NUMERO DI CASI RIPORTATI (in grassetto i valori maggiori)													
	Malaria	Cholera	Diphtheria	Typhoid	Acute meningitis	Leishmaniasis	Leptospirosis	Measles	Mumps	Scarlet fever	Polio	Polio (non-polio)	Polio (wild)	Polio (non-wild)
Italy	58 809		5 847				6 715 223	88 361	10 109				1 327	1 327
D.R. of Congo	26 244							52 452						
Nigeria														1 9
India		3 133		1 076			126 913							2 814
Indonesia		775								31 089				1 243 905
China			2 178				26 881		3 27 759				17 580	482
Viet Nam			234											847 176
Syrian Arab Republic					72 026				1 744					
Ethiopia						4 374								223
Japan*									40 899					
Pakistan										327				89
Romania											45			
Poland												38 546		
Uganda														2 928
* (base comparata aspettativa di vita)														
Italy	2				83						0			3 019
European Region					1 654			26 385		35 075	27 830	0	48	39 814



## INCONTRI PAIDOS 2015

- 19 settembre: Alla (ri)scoperta della vitamina D.
- 10 ottobre: News in pediatria
- 7 novembre: Alimentazione e nutrizione.

Sede degli incontri Hotel Nettuno Catania

N.B.: Le date e gli argomenti degli eventi possono subire variazioni verificabili sul sito della Paidos al seguente indirizzo:

<http://www.paidosct.com> - info: [segreteriapaidos@libero.it](mailto:segreteriapaidos@libero.it)



# Actiuss®

## sedativo della tosse



SENZA ALCOOL

**Protegge e idrata le mucose, calma l'irritazione e seda la tosse**

Efficace per il trattamento della tosse secca. Favorisce un'azione mucolitica fisiologica. Particolarmente utile nei bambini sotto i 2 anni, dove vengono sconsigliati i mucolitici.

### POSOLOGIA

- Bambini da 1 a 4 anni: 5 ml 2 - 3 volte die
- Bambini oltre i 4 anni: 10 ml 2 - 3 volte die
- Adulti: 10 ml al bisogno

Altheae  
officinalis

Plantago  
lanceolata

Miele  
d'Eucalipto  
monofiore  
25%

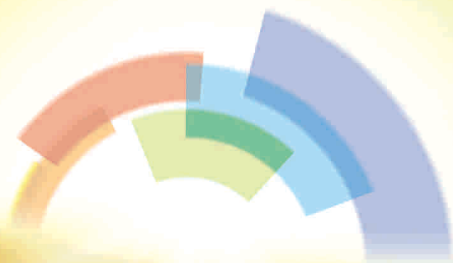




# Bifiderm



Da oggi,  
un nuovo aiuto  
per il **benessere della pelle**



#### LEGGERE LE AVVERTENZE

a base di microrganismi probiotici in grado di favorire l'equilibrio della microflora intestinale, spesso alterata a causa di fattori organici ed alimentari. Quando la microflora intestinale risulta alterata a causa di fattori alimentari, organici o in seguito ad assunzione di antibiotici, può risentirne il benessere della pelle.