Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale
SIPPS

Giuseppe Di Mauro

Nei tempi antichi i primi navigatori per scegliere la rotta migliore dovevano servirsi soprattutto della luna e delle stelle durante la navigazione notturna, e del sole durante il giorno

L’unico strumento di cui potevano disporre era l’astrolabio

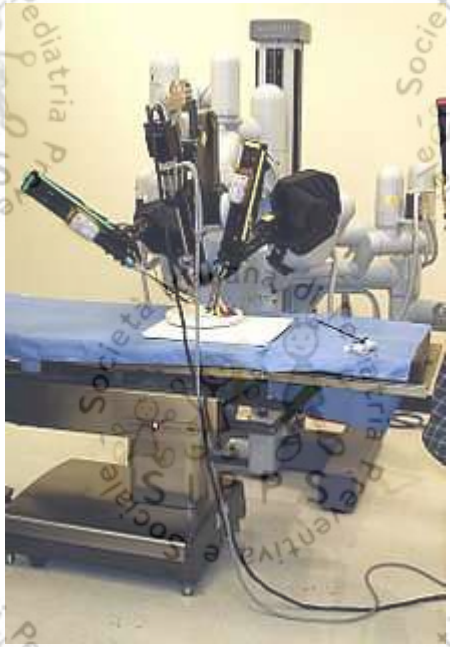
L'invenzione della bussola e in seguito del sestante, fecero fare un balzo in avanti alle tecniche di navigazione consentendo di tracciare finalmente delle rotte più precise

Man mano che la terra veniva sempre più conosciuta, grazie agli esploratori, venivano preparate carte più accurate riuscendo così a tracciare rotte più convenienti per raggiungere le località che avevano come obiettivo

Anche nella medicina ci sono stati periodi in cui si è proceduto a tentoni, non c'erano rotte sicure

Ci sono stati periodi in cui, nonostante gli enormi sforzi, non si è riusciti a sconfiggere molte delle malattie che affliggevano l'umanità

Oggi, la medicina moderna, con le recenti acquisizioni, soprattutto in chiave bio tecnologica ed informatica, sta rivoluzionando il concetto di cura



I Big Data, l'Intelligenza Artificiale, la Realtà Virtuale ed aumentata, la Robotica, i farmaci Biotecnologici, il Web e la Medicina Digitale, consentono di intervenire in modo sempre più preciso e con efficacia sempre maggiore

L'insieme di tutto questo, da un lato, sta migliorando sempre di più l'efficienza e l'efficacia degli strumenti a disposizione, dall'altro, sta sviluppando una visione sempre più passiva del paziente e sta rendendo il resoconto della sua esperienza sempre più irrilevante

Viene compromesso e quasi annullato lo spazio del vissuto

Si privilegia il dato del laboratorio e della diagnostica su quello dell'anamnesi, dell'intuito clinico e dell'interpretazione

Emerge oggi l'esigenza di saper riconoscere e soddisfare i bisogni assistenziali di bambini e adolescenti, a volte peculiari e nuovi, che richiedono competenze e strumenti specifici, anche organizzativi

Trasformazione nell'erogazione delle cure territoriali e ospedaliere

Rafforzamento dell'integrazione tra territorio e ospedale

Miglioramento dell'appropriatezza e della qualità delle cure pediatriche

Per renderle più adeguate all'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione pediatrica del nostro paese

Anche se gli indicatori di salute in Italia per l'età pediatrica si attestano sui livelli dei paesi più avanzati, si assiste ad un sostanziale cambiamento nelle patologie più frequentemente causa di morbosità e mortalità nei bambini e adolescenti

con diminuzione di casi gravi associati a patologie infettive e a malattie respiratorie e gastroenteriche

Di contro, emergono le patologie croniche, le gravi disabilità, i disturbi neuro-evolutivi e della sfera psichica

La pediatria ha il compito di promuovere e di difendere la salute dei bambini e degli adolescenti

Promuoverla quando il bambino è sano

Difenderla quando è malato

Oggi, promuovere la salute significa non soltanto prevenire le malattie con interventi di profilassi, ma significa anche e soprattutto coinvolgere la famiglia nell'adozione di stili di vita salutari e nella cura dell'ambiente in cui il bambino vive la quotidianità

Uno stile di vita sano in un ambiente favorevole è certamente la premessa indispensabile per uno sviluppo psico-fisico ottimale del bambino e dell'adolescente

Sappiamo ormai da tempo che lo strumento più efficace per prevenire le malattie "non trasmissibili" – malattie cardiovascolari, malattie croniche polmonari, tumori, diabete, malattie neurodegenerative – è proprio l'adozione di stili di vita salutari

La prevenzione di queste malattie è oggi la principale preoccupazione delle autorità sanitarie internazionali

Le malattie "non trasmissibili" rappresentano la causa principale di malattia e di mortalità in tutto il mondo

Assorbono una quota di risorse talmente elevata da mettere in pericolo la stessa sopravvivenza dei sistemi sanitari

Minano la qualità di vita degli adulti e, soprattutto, degli anziani

Quel che sta emergendo con sempre maggior chiarezza è che gli stili di vita salutari sono tanto più efficaci per la prevenzione quanto più precocemente vengono adottati

Promuovere la salute in gravidanza e in età pediatrica significa anche prevenire malattie che si manifesteranno a decine di anni di distanza e garantire quindi la migliore qualità di vita per gli anziani

Per far ciò occorrono nuove rotte indicate da documenti scientifici validati preferibilmente da più società, poggianti su evidenze solide

Le nuove rotte devono comunque considerare il singolo paziente, le sue esigenze, i suoi bisogni

OCCORRE EVITARE FONDAMENTALISMI

Molti guardano all'EBM con diffidenza, la identificano con le linee-guida , accomunano queste ultime con DRG

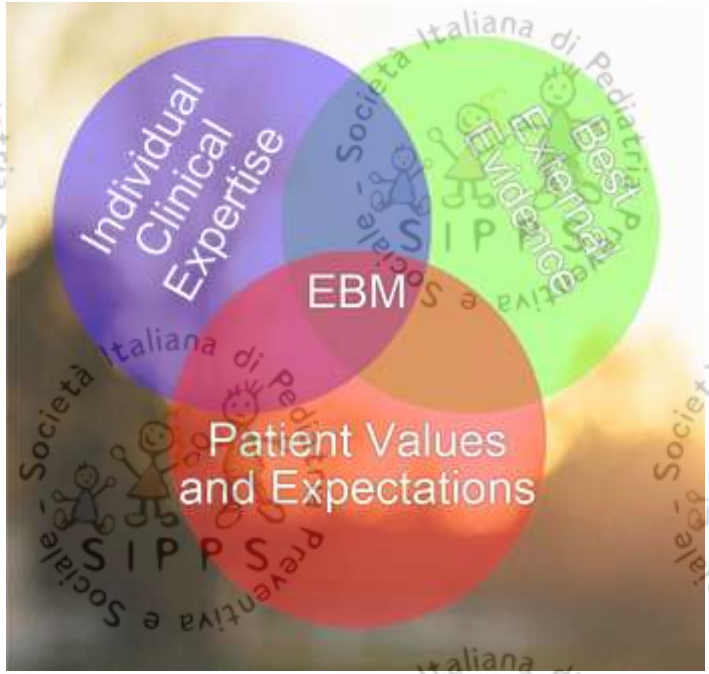
La considerano uno strumento di appiattimento della professione e di sottomissione a una normatizzazione che mortifica la pratica clinica e il rapporto con il paziente

I fondamentalismi non portano vantaggi all'EBM

Qualche anno fa una corrente di pensiero sosteneva che il medico non deve più pensare, perché ci sono le linee-guida per questo

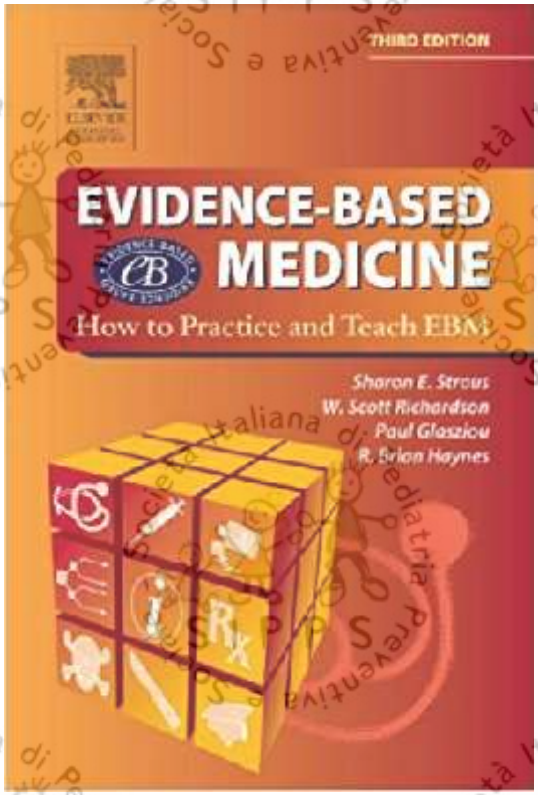
In realtà occorre evitare di intendere le linee-guida come una pura trasposizione nella pratica delle evidenze scientifiche, trascurando la diversità dei pazienti e dei contesti

Occorre non mitizzare l'EBM e riconoscerne limiti e problemi, sia nella fase di produzione che in quella della sua applicazione al singolo paziente



In ogni caso occorre considerare quel paziente

Si stima che anche per patologie relativamente standard una linea-guida basata sull'evidenza può essere applicata nell'80% dei casi



Ciò vuol dire che nel restante 20% caratteristiche del paziente o circostanze di contesto impediscono di poter estendere a quel paziente l'evidenza disponibile

Un aereo per quanto tecnologicamente avanzato e perfetto dal punto di vista della sicurezza, potrebbe schiantarsi se le torri di controllo non funzionano bene e se le piste sono inadeguate

Per costruire rotte sicure dobbiamo rielaborare il concetto di cura ed aggiungere alle 5 P della Medicina di Precisione, Personalizzata, Predittiva, Partecipativa e Preventiva, una altrettante importante P

La P di PERSONA

In questo modo costruiremo rotte sempre più sicure per orizzonti di salute

Tenendo conto che “se si combatte una malattia o si vince o si perde

Se invece si cura una persona, si può più facilmente vincere

SHOT ON MI 9
AI TRIPLE CAMERA

GUIDA PRATICA DI
ODONTOIATRIA PEDIATRICA
RICONOSCERE PER PREVENIRE I PRINCIPALI
QUADRI DI PATOLOGIA ORALE.
PROMOZIONE DELLA CORRETTA SALUTE ORALE
fimp
SIDO
SIOCMF
sisopd
Sintesi

S.I.O.F.

Riconoscere per prevenire i principali quadri di patologia orale.
Promozione della corretta salute orale

Guida intersocietaria con il coordinamento scientifico del dottor Giuseppe Di Mauro

Supervisione scientifica:
Alberto Laino

Coordinamento tecnico:
Michele Fiore, Antonino Gulino, Maria Carmen Verga

Ideazione e cura:
Michele Fiore

I Presidenti

Ersilia Barbato
Paolo Biasci
Claudio Buccelli
Gaetano Ciancio
Giuseppe Di Mauro
Luigi Paglia
Antonella Polimeni

ELENCO AUTORI (ordine alfabetico)

Daniela Adamo	Specialista Ambulatoriale U.O.C. di Medicina Orale Università degli Studi di Napoli " Federico II"
Ersilia Barbato	Prof. Ordinario di Ortognatodonzia, Sapienza Università di Roma, Direttore Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia. Direttore del Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo Facciali
Giulio Michele Barbero	Pediatra di Famiglia. Caraglio, Cuneo
Matteo Beretta	Odontoiatra, Specialista in Ortognatodonzia, libero professionista, Varese
Maurizio Bossù	Prof. Associato – Direttore del Master di II livello "Odontostomatologia in età evolutiva" – "Sapienza" Università di Roma
Claudio Buccelli	Prof. Ordinario di Medicina Legale Università degli Studi di Napoli "Federico II". Presidente SIOF
Claudia Caprioglio	Odontoiatra, specialista in Ortognatodonzia. Libero professionista a Pavia. Prof. a.c. Università degli Studi di Pisa
Margherita Caroli	Specialista in Pediatria. Specialista in scienza dell'alimentazione a indirizzo dietetico, dottore di ricerca in nutrizione dell'età evolutiva
Gaetano Ciancio	Presidente CAO Salerno, Presidente SISOPD – Società Italiana di Stomatologia Odontoiatria e Protesi Dentaria
Sara Colombo	Odontoiatra, Reparto di Odontoiatria Materno-Infantile, Istituto Stomatologico Italiano, Milano
Denise Corridore	Odontoiatra - specialista in Ortognatodonzia - PhD School - "Sapienza" Università di Roma
Paola Cozza	Prof. Ordinario di Ortognatodonzia, Università degli Studi "Tor Vergata" di Roma
Simonetta D'Ercole	Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara - Dipartimento di Scienze Mediche, Orali e Biotecnologiche - Scuola di Specializzazione in Odontoiatria Pediatrica
Stefania De Giorgio	Odontoiatra, Reparto di Odontoiatria Materno-Infantile, Istituto Stomatologico Italiano, Milano
Gianni Di Giorgio	Odontoiatra – Dottore di Ricerca – "Sapienza" Università di Roma
Pierpaolo Di Lorenzo	Prof. Associato di Medicina Legale, Università degli Studi di Napoli "Federico II"
Pietro Di Michele	Dir. UOC di Odontostomatologia e Chirurgia Orale AUSL Modena

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS

Lucia Diaferio	Università di Bari. Azienda Ospedaliero/Universitaria Policlinico-Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" Bari
Gianmaria Fabrizio Ferrazzano	Odontoiatra, Cattedra UNESCO in Medicina Università degli Studi di Napoli "Federico II" - Vicepresidente SIOI
Paola Festa	Odontoiatra, Specialista in Ortognatodonzia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma
Michele Fiore	Pediatra di Famiglia ASL3 "Genovese", Genova
Silvia Friuli	Reparto di Odontoiatria Materno-Infantile, Istituto Stomatologico Italiano, Milano
Angela Galeotti	Odontoiatra, Specialista in Ortognatodonzia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma
Roberto Gatto	Odontoiatria Pediatrica Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità pubblica, Scienze della Salute e dell'Ambiente, Università degli Studi de L'Aquila
Luigi Greco	Pediatra di Famiglia ATS della Provincia di Bergamo. Bergamo
Novella Guicciardi	Dir. UOC di Radiologia Ospedale di Mirandola - AUSL Modena
Vincenzo Gueli	Odontoiatra, Specialista in Ortognatodonzia. Catania
Antonino Gulino	Pediatra di Famiglia ASP 3 Catania. Catania
Gaetano Ierardo	Ricercatore, "Sapienza" Università di Roma
Aniello Ingenito	Prof. Ordinario e Direttore Scuola Specializzazione in Odontoiatria Pediatrica. Università degli Studi di Napoli "Federico II"
Alberto Laino	Professore Associato Docente di "Materiali Dentari" e "Ortognatodonzia" Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche Scuola di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Napoli "Federico II"
Giuliana Laino	Odontoiatra, Specialista in Ortognatodonzia e Pedodonzia
Luigi Laino	UOC di Odontostomatologia e Chirurgia Orale AUSL Modena
Barbara Ladniak	Odontoiatra - Specialista in Ortognatodonzia - PhD School - "Sapienza" Università di Roma
Valeria Luzzi	Ricercatore, "Sapienza" Università di Roma
Lorenzo Mariniello	Pediatra di Famiglia ASL Caserta, Lusciano (CE)
Gian Luigi Marseglia	Direttore della Clinica Pediatrica dell'Università degli Studi di Pavia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
Giuseppe Marzo	Prof. Ordinario, Direttore della Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia, Università degli Studi dell'Aquila - Dipartimento Mesva

Michele Davide Mignogna	Professore Ordinario e Direttore UOC di Medicina Orale Università degli Studi di Napoli "Federico II"
Angelo Milazzo	Pediatra di Famiglia ASP Catania. Catania
Vito Leonardo Miniello	Responsabile Unità Operativa di Nutrizione. Azienda Ospedaliero/ Universitaria Policlinico-Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" Bari
Francesca Nucci	Odontoiatra, Ortodontista, Università degli Studi di Milano
Livia Ottolenghi	Prof. Ordinario. "Sapienza" Università di Roma. Presidente del Corso di Laurea magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria
Luigi Paglia	Reparto di Odontoiatria Materno-Infantile, Istituto Stomatologico Italiano, Milano
Michela Paglia	Reparto di Odontoiatria Materno-Infantile, Istituto Stomatologico Italiano, Milano
Filomena Palma	Pediatra di Famiglia, Battipaglia, ASL Salerno
Giovanni Petrazzuoli	Pediatra di Famiglia, ASL CE 203, Caserta
Nicoletta Petrazzuoli	Odontoiatra – Specializzanda in Odontoiatria Pediatrica – "Sapienza" Università di Roma
Antonella Polimeni	Prof. Ordinario Malattie Odontostomatologiche, Direttore Scuola di Specializzazione in Odontoiatria Pediatrica, Preside Facoltà di Medicina e Odontoiatria "Sapienza" Università di Roma
Vincenzo Quinzi	Odontoiatra, libero professionista, Specialista in Ortognatodonzia, Prof. a.c. Scuola di Specializzazione in Odontoiatria Pediatrica, Università degli Studi dell'Aquila, Dipartimento MeSVA
Rinaldina Saggese	Odontoiatra, Specialista in Ortognatodonzia, libera professionista, Pisa
Alexandra Semjonova	Medico Pediatra, libero professionista, Bolzano
Gian Luca Sfasciotti	Medico Specialista in Odontostomatologia, Prof. Associato - "Sapienza" Università di Roma
Valter Spanevello	Pediatra di Famiglia - Azienda ULSS 8 "Berica", Vicenza
Roberto Scavone	UOC di Odontostomatologia e Chirurgia Orale AUSL Modena
Immacolata Scotese	Pediatra di Famiglia. ASL Salerno. Campagna (SA)
Gianfranco Tajana	Ordinario di Istologia ed Embriologia. Napoli

Giovanna Tezza	Pediatria, Ospedale Franz Tappeiner, Merano (BZ)
Domenico Tripodi	Prof. Associato Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti
Andrea Vania	Responsabile Centro di Dietologia e Nutrizione Pediatrica, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma
Giulia Vallogini	Odontoiatra, Specialista in Ortognatodonzia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma
Leo Venturelli	Pediatra, Garante dell'Infanzia e Adolescenza, Bergamo
Giuliana Verdicchio	Odontoiatra, San Prisco (CE)
Maria Carmen Verga	Pediatra di Famiglia ASL Salerno, Vietri sul Mare (SA)

Si ringraziano i **Consigli Direttivi** e i **Presidenti** delle seguenti società scientifiche

	FIMP - *Federazione Italiana Medici Pediatri.* *Presidente: Paolo Biasci*
	SIDO - *Società Italiana di Ortodonzia.* *Presidente: Ersilia Barbato*
	SIOF - *Società Italiana di Odontoiatria Forense.* *Presidente: Claudio Buccelli*
	SIOI - *Società Italiana di Odontoiatria Infantile.* *Presidente: Luigi Paglia*
	SIOCMF - *Società Italiana di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale.* *Presidente: Antonella Polimeni*
	SIPPS - *Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale.* *Presidente: Giuseppe Di Mauro*
	SISOPD - *Società Italiana di Stomatologia Odontoiatria e Protesi Dentaria.* *Presidente: Gaetano Ciancio*

GUIDA PRATICA DI ODONTOIATRIA PEDIATRICA

RICONOSCERE PER PREVENIRE I PRINCIPALI QUADRI DI PATOLOGIA ORALE. PROMOZIONE DELLA CORRETTA SALUTE ORALE

INDICE

PRESENTAZIONE 10

Capitolo 1 - Brevi cenni di anatomia e di clinica 13
Gaetano Cianciio, Giuseppe Marzo, Vincenzo Quinzi, Rinaldina Saggese, Margherita Caroli, Andrea Vania, Maria Carmen Verga, Michele Fiore
- *Occlusione Fisiologica di I Classe in dentatura decidua, mista e permanente* 13
- *Tempi medi di eruzione e formula dentaria OMS* 19
- *Osservare l'occlusione del piccolo paziente per intercettare molto precocemente i possibili problemi* 23
- *La masticazione* 30

Capitolo 2 - Esame obiettivo della cavità orale. Cosa deve sapere il Pediatra 34
Antonella Polimeni, Ersilia Barbato, Giovanna Tezza, Antonino Gulino, Valter Spanevello
- *Prevenzione e promozione della salute orale in età pediatrica* 34
- *Il bilancio di salute orale orto-pedodontico nella pratica ambulatoriale pediatrica* 47

Capitolo 3 - La radiologia diagnostica in odontoiatria pediatrica. Linee guida e protocolli clinici 55
Novella Guicciardi, Pietro Di Michele, Roberto Scavone, Maria Carmen Verga, Luigi Laino

Capitolo 4 - Difetti congeniti: principali quadri e malformazioni 62
Angela Galeotti, Paola Festa, Giulia Vallogini, Antonino Gulino

Capitolo 5 - La patologia cariosa e metodiche di prevenzione 80
Maurizio Bossù, Gianni Di Giorgio, Nicoletta Petrazzuoli, Alexandra Semionova, Maria Carmen Verga
- *Introduzione* 80
- *La fluoroprofilassi* 84

Capitolo 6 - Le malocclusioni dento-scheletriche 91
Antonella Polimeni, Ersilia Barbato, Gian Luigi Marseglia, Paola Cozza, Angelo Milazzo
- *Le abitudini orali ed il loro monitoraggio* 91
- *Respirazione ed OSAS* 92
- *Le malocclusioni e il timing di intervento* 98
- *Novità in tema di terapia* 99
- *Bruxismo in età pediatrica* 100

Capitolo 7 - I traumi dentali. Come prevenirli e trattarli correttamente 102
Aniello Ingenito, Giuliana Verdicchio, Giuliana Laino, Claudio Buccelli, Pierpaolo Di Lorenzo, Michele Fiore, Alberto Laino
- *Implicazioni cliniche, prevenzione e trattamento di primo soccorso* 102
- *Implicazioni medico-legali nel primo soccorso* 111

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS

Capitolo 8 - Corrette abitudini alimentari e prevenzione delle patologie del cavo orale 120
Luigi Paglia, Roberto Gatto, Silvia Friuli, Michela Paglia, Gianmaria Fabrizio Ferrazzano, Matteo Beretta, Sara Colombo, Stefania De Giorgio, Luigi Greco
- *Assunzione di zuccheri in eccesso: malattia cariosa nel bambino e implicazioni sistemiche future nell'adulto* 120
- *Il ruolo delle sigillature nella prevenzione della carie dentale* 126

Capitolo 9 - I bambini con bisogni speciali (special needs) 130
Gian Luca Sfasciotti, Valeria Luzzi, Gaetano Ierardo, Rinaldina Saggese, Francesca Nucci, Antonino Gulino
- *I bambini "special need"* 130
- *Sedazione cosciente in odontoiatria* 132

Capitolo 10 - Gravidanza e salute orale 135
Livia Ottolenghi, Denise Corridore, Barbara Ladniak, Giovanni Petrazzuoli

Capitolo 11 - Il laser in odontoiatria pediatrica: come, quando e perché 142
Claudia Caprioglio, Giulio Michele Barbero

Capitolo 12 - Il microbiota orale e intestinale 155
Domenico Tripodi, Gianfranco Tajana, Simonetta D'Ercole, Lucia Diaferio, Vito Leonardo Miniello
- *Microbiota orale* 155
- *Microbiota intestinale* 163

Capitolo 13 - L'epigenetica del cavo orale 168
Gianfranco Tajana

Capitolo 14 - Quadri clinici di frequente riscontro nell'ambulatorio del Pediatra 174
Antonino Gulino, Vincenzo Gueli, Angelo Milazzo, Daniela Adamo, Michele Mignogna
- *Le gengiviti nell'età evolutiva* 174
- *Stomatite aftosa ricorrente* 175
- *Macchie e discromie del cavo orale* 177
- *Le patologie della mucosa orale di origine virale* 179

Capitolo 15 - La comunicazione con le famiglie 191
Luigi Paglia, Leo Venturelli, Filomena Palma, Immacolata Scotese, Stefania De Giorgio, Lorenzo Mariniello, Michele Fiore

APPENDICE 201

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS

Oggetto: Re: GUIDA PRATICA DI ODONTOIATRIA PEDIATRICA
Data: Fri, 18 Oct 2019 12:33:36 +0200
Mittente: Francesco Tancredi <francesco.tancredi@gmail.com>
A: Presidenza SIPPS <presidenza@sipps.it>

Caro Pino,
ho ricevuto la Guida d Odontoiatria Pediatrica e ti ringrazio.
In questi giorni l'ho letta e valutata con l'attenzione che merita.
Non ti nascondo che le presentazioni che erano state fatte nelle nostre riunioni non mi avevano pienamente convinto ed ero rimasto scettico circa l'effettiva utilità della guida per i pediatri.
Sbagliavo e, non mi vergogno ad ammetterlo, non poco.
Vederla stampata, con una stupenda iconografia, con un testo chiaro e facilmente comprensibile anche da uno come me completamente ignorante della materia, con richiami e tabelle quanto mai esplicative mi ha aperto un nuovo mondo e mi ha appassionato.
Il mio grazie più sincero va a tutti quelli che hanno collaborato alla realizzazione ,in particolare ad Alberto, Michele, Antonino e Maria Carmen.
Il mio plauso più grande va a teche con intelligenza, caparbietà e determinazione sai scegliere e sai realizzare!
Un abbraccio,
Franco Tancredi

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS

Supplemento al Numero 3 - 2019
ANNO XIV
ISSN 1970-8165

SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

PRESIDENTE
Giuseppe Di Mauro
VICE PRESIDENTI
Gianni Bona, Vito Leonardo Miniello
CONSIGLIERI
Salvatore Barberi, Simonetta Bellone, Elena Chiappini, Salvatore Grosso, Attilio Varricchio
SEGRETARIO
Maria Carmen Verga
TESORIERE
Emanuele Miraglia del Giudice
REVISORI DEI CONTI
Daniele Ghiglioni, Giovanna Tezza
RESPONSABILI RAPPORTI CON ENTI E ISTITUZIONI
Luca Bernardo
RESPONSABILI EDUCAZIONE ALLA SALUTE E COMUNICAZIONE
Lorenzo Mariniello, Leo Venturelli
JUNIOR MEMBERS
Lucia Diaferio, Pietro Falco

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE
ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ
DIRETTORE RESPONSABILE
Giuseppe Saggese
DIRETTORE
Giuseppe Di Mauro
COMITATO EDITORIALE
Salvatore Barberi, Luca Bernardo, Sergio Bernasconi, Gianni Bona, Annamaria Castellazzi, Elena Chiappini, Giuseppe Di Mauro, Lucia Diaferio, Pietro Falco, Ruggiero Francavilla, Daniele Ghiglioni, Paola Giordano, Lorenzo Mariniello, Gianluigi Marseglia, Vito Leonardo Miniello, Emanuele Miraglia del Giudice, Giuseppe Saggese, Giovanna Tezza, Attilio Varricchio, Leo Venturelli, Maria Carmen Verga

Registrazione Tribunale di Parma – N. 7/2005
Sede SIPPS
Via Salvatore Di Giacomo, 14 - 81031 Aversa (CE)
Tel. 3356357051
E-mail: presidenza@sipps.it

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

Atti XXXI Congresso Nazionale SIPPS
Rotte sicure per orizzonti di salute

Editoriale. Rotte sicure per orizzonti di salute
Di Mauro G. 17

RELAZIONI 19

La dermatologia ambulatoriale attraverso casi clinici vissuti
Ruggiero G. 20

Una visita otorino insieme: l'orecchio
Doria M., Chiappini E, Paola Marchisio P. 28

Una visita otorino insieme: l'orecchio
Varricchio A. 30

Prevenzione primaria dei disturbi del neurosviluppo e dello spettro autistico
Burgio E., Lucangeli D. 33

Corticosteroidi inalatori in età evolutiva
Cerimoniale G., Duse M., Bechenicci P., Verga MC., Di Mauro G., Indirniniro L., Villani A., Tozzi M., Marseglia GL., Bacci P., Doria M., Peroni D., Piacentini G., Lubrano R., Pozzebon G. 36

Consensus intersocietaria corticosteroidi inalatori in età evolutiva
Varricchio A. 45

Sport per tutti: diffusione dello sport in Italia e benefici per la salute
D'Antona G, Calella D. 50

Sport, crescita e malattie croniche: luci e ombre
Bellone S, Savastio S, Lombardo F, Passanisi S, Salzano G, Degrandi R, Bona G. 52

Integratori per i giovani sportivi: necessità e leggende metropolitane
Cicero AFG. 54

Il neonato a termine dimesso che "non sta bene": non sarà infetto, metabolico o cardiopatico?
Castoldi F. 58

Il neonato a termine: latte materno e quale altro latte?
Gianni ML. 59

Il neonato late preterm: quali controlli e fabbisogni nel primo anno di vita?
Agosti M. 61

Enuresi: le domande da porre e da porsi
D'Alessio A. 63

Il pediatra italiano e la vitamina D: risultati del questionario
Di Mauro G. 66

D-ventare grandi: la vitamina D nella seconda e terza infanzia
Vierucci F, Vaccaro A. 76

Prevenire le infezioni respiratorie ricorrenti e possibili esiti: quale ruolo hanno i lisati batterici?
Peroni D. 79

Bifido-genesi e microbiota del latte
Cavecchia I. 80

La vaccinazione anti Meningococco B: nuove opportunità per il calendario vaccinale della vita
Bona G. 81

Pruritus in pediatric patients with atopic dermatitis: multidisciplinary approach. Summary document of an Italian expert group. La gestione del prurito in dermatologia
Dello Iacono I., De Ranieri C., Giancristoforo S. 83

I modificatori della reattività biologica: aspetti pratici di medicina traslazionale.
Santamaria F. 88

I probiotici: dalle linee guida alla pratica
Verduci E., Vizzari G. 90

La pelle del neonato e del bambino, questa sconosciuta. Il punto di vista del neonatologo.
Wagner P, Agosti M. 92

"Guida alle porzioni per gruppi di alimenti"
Gentilucci M. 93

Colazioni e merende
Mariotti L. 94

Quante volte dobbiamo mangiare in un giorno
Pirola M. 96

La dietoterapia dell'allergia alle proteine del latte vaccino: le nuove LG DRACMA
Martelli A, Atzeri F, Sernadori L, Veronelli E. 97

Anemia da carenza di ferro in bambini d'età 6-36 mesi: sondaggio nazionale con i pediatri di famiglia
Zuccotti GV, Penagini F. 99

Vitamine del gruppo B: i principali contesti di utilizzo
Bona G, Savastio S. 100

Deve fare un intervento chirurgico, ma... è allergico
Diaferio L, Miniello VL. 103

Le punizioni corporali
Nigri L. 105

Emangiomi infantili: quando trattare e quando non trattare
Orangles T, Romanelli M, Filippeschi C. 106

Febbre e dolore in età pediatrica: appropriatezza prescrittiva e compliance
Miraglia del Giudice M. 108

Benefici e limiti del succhietto: raccomandazioni per l'uso corretto
Levrini L. 109

La pediatria della disabilità: una nuova sfida per il pediatra"
De Paoli A., Parma B., Cianci P., Mariani M., Favuzza F., Bonetti C., Meroni F., Tajè S., Sellcorni A. 111

Progetto tandem: diamo i numeri
Cornelli MG., Venturelli L. 115

ABSTRACT 135

L'approccio odontoiatrico ai Disturbi Respiratori del Sonno nel bambino e all'OSAS pediatrica.
Balian A., Malerba A., Strohmenger A. 136

Trend decennale dello stato nutrizionale in bambini calabresi: la diffusione dell'eccesso ponderale
Vita Cupertino V., Bartoletti S., Biasi M. 137

Un lattante troppo pallido
Gianolio L., Pandolfi M., Giordano L., Scalora L., Bernardo L. 139

Un nuovo strumento educazionale per bambini della scuola dell'infanzia
Spiezia C., Lattanzi G., Dugo L., De Gara L., Khazrai Y.M. 140

Bambini e adolescenti obesi figli di genitori operati di chirurgia bariatrica.
Sticco M., Cuccurullo L., Giacomelli P., La Rocca A., Mobilia S., Buongiovanni C., Franzese A. 141

Inchiesta alimentare in pazienti con obesità pediatrica: impatto del ruolo del nutrizionista
Sticco M., Cuccurullo L., Giacomelli P., La Rocca A., Mobilia S., Buongiovanni C., Franzese A. 142

Ipertensione nei pazienti pediatrici obesi e parametri del rischio cardiovascolare
Sticco M., Cuccurullo L., Giacomelli P., La Rocca A., Mobilia S., Buongiovanni C., Franzese A. 143

Quando tutto è come sembra, ma niente va come dovrebbe
Arancio R., Sottili V., Tota E., Banderali G. 144

ABSTRACT
NAPULE È... LUCI OMBRE ABBAGLI - 25-28 aprile 2019 145

I livelli plasmatici di MKRN3 nelle bambine con pubertà precoce centrale prima e durante la terapia bloccante
Aiello F. 146

Aumento isolato della frequenza minzionale nel bambino: prevalenza, diagnosi e trattamento
Capalbo D. 147

Ostruzioni respiratorie in età pediatrica: un caso di inalazione di corpo estraneo.
Iavarone S. 148

L'Infermiere pediatrico e l'ostetrica negli interventi di prevenzione per la prima infanzia: multiskilling strategy per le Home Visiting
Pani C. 149

I molteplici aspetti della vitamina D
Del Tufo E. 150

PEDIATRIA
PREVENTIVA & SOCIALE
ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE
CONSENSUS INTERSOCIETARIA
L'uso dei corticosteroidi inalatori in età evolutiva
Supplemento al numero 3 - 2019

CONSENSUS INTERSOCIETARIA

L'USO DEI CORTICOSTEROIDI INALATORI IN ETÀ EVOLUTIVA

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS

CONSENSUS INTERSOCIETARIA

L'USO DEI CORTICOSTEROIDI INALATORI IN ETÀ EVOLUTIVA

SOMMARIO

GRUPPO DI LAVORO C4

ELENCO DEGLI ACRONIMI C7

INTRODUZIONE C9

STRUTTURA DEL DOCUMENTO C9

METODOLOGIA C9

SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI C14

ASPETTI FARMACOLOGICI DEI CORTICOSTEROIDI INALATORI C18

1. Le molecole C18
2. La farmacocinetica C20
3. La potenza, la dose equivalenza e l'indice terapeutico C21
4. Modalità di somministrazione dei CS per via inalatoria C23
5. Scelta del device C25
6. Dispositivi per i rinologici C26

INDICAZIONI TERAPEUTICHE DEI CORTICOSTEROIDI INALATORI C29

A-WHEEZING C29

B-ASMA BRONCHIALE C37

C-RINITE PERSISTENTE C47

D-RINOSINUSITE C53

E-IPERTROFIA ADENOIDEA C59

F-LARINGOTRACHEITE E LARINGOSPASMO C64

REAZIONI AVVERSE CONNESSE ALL'UTILIZZO DELLA TERAPIA CON CORTICOSTEROIDI INALATORI C69

1. Profilo di sicurezza degli steroidi inalatori C69
2. Reazioni avverse dei corticosteroidi inalatori a livello locale C69
3. Reazioni avverse dei corticosteroidi inalatori a livello sistemico C70
4. Note di Farmacovigilanza C73

CONCLUSIONE E MESSAGGI CHIAVE C77

GRUPPO DI LAVORO

Coordinamento editoriale
Di Mauro Giuseppe
Pediatra di Famiglia, ASL Caserta - Regione Campania. Presidente SIPPS

Peroni Diego
UO di Pediatria, AOUP, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa

Segreteria Generale
Verga Maria Carmen
Pediatra di famiglia, ASL Salerno. Vietri sul Mare. Segretario Nazionale SIPPS

Revisori interni
Duse Marzia
Dipartimento Materno-infantile e scienze urologiche, Direttore UOC Pediatria Coordinatore Scuola di Specializzazione in Pediatria "Sapienza" Università di Roma

Piacentini Giorgio
Pediatria, Università di Verona. Presidente SIMB

Peroni Diego
UO di Pediatria, AOUP, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa

Doria Mattia
Pediatra di famiglia, ASL 3 "Serenissima", Chioggia (Ve). Segretario Nazionale alle attività scientifiche ed etiche della FIMP

Revisori esterni
Boner Attilio
Pediatra, Università di Verona

Ugazio Alberto Giovanni
Direttore Istituto Bambino Gesù per la Salute, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Autori
Alfaro Carlo
UOC Pediatria Ospedali Riuniti Stabiesi, Castellammare di Stabia (NA)

Barberi Salvatore
Direttore UOC Pediatria – ASST Rhodense, Rho (MI)

Becherucci Paolo
Pediatra di Famiglia - ASL Toscana centro, Firenze. Presidente Nazionale SICuPP

Bergamini Marcello
Pediatra di Famiglia, Azienda USL, Ferrara

Bernardini Roberto
Direttore Struttura Organizzativa Complessa Pediatria, Ospedale San Giuseppe, Empoli, Azienda USL Toscana Centro

Bianchi Anna Maria
UOC di Pediatria, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

Biasci Paolo
Pediatra di Famiglia, ASL Nordovest Toscana. Presidente FIMP

Caffarelli Carlo
Clinica Pediatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma

Caldarelli Valeria
UOC Pediatria. Azienda Unità sanitaria Locale di Reggio Emilia-IRCCS, Reggio Emilia

Capristo Carlo
Responsabile UOSD Neonatologia, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli

Capuano Annalisa
Professore associato, Dipartimento di Medicina Sperimentale – Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli", Napoli

Cardinale Fabio
Direttore UOC di Pediatria Generale e Allergo-Pneumologia. Azienda Ospedaliero-Universitaria "Consorziale-Policlinico" - Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Bari

Castronuovo Serenella
Pediatra di Famiglia Nettuno ASL Roma 6 Distretto 6 (Anzio-Nettuno). Consigliere SIMA

Cerimoniale Giovanni
Pediatra di Famiglia, ASL Latina, Minturno (LT). Consigliere SICuPP

Chiappini Elena
Professore Associato di Pediatria AOU Meyer, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

Cutrera Renato
Responsabile U.O.C. Broncopneumologia - Area semintensiva Respiratoria - Medicina del Sonno e Ventilazione a lungo termine. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

De Castro Giovanna
Professore Aggregato Pediatria Dipartimento Materno Infantile e Scienze Urologiche Università "Sapienza" Roma

De Francisci Luca
Medico Chirurgo, Specialista in Endocrinologia, Salerno

Decimo Fabio
Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli", Napoli

Dello Iacono Iride
UOS Pediatria ed Allergologia Ospedale Fatebenefratelli, Benevento

Diaferio Lucia
Università di Bari. Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico-Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" Bari

Di Cicco Maria Elisa
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa- Sezione di Pneumologia ed Allergologia Pediatrica, UO Pediatria, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa

Di Mauro Caterina
Dirigente Medico UOC Pediatria e Pronto Soccorso Pediatrico, Azienda Universitaria Ospedaliera Policlinico, Catania

Di Mauro Cristina
Specializzanda - Dipartimento di Medicina Sperimentale – Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli", Napoli

Di Mauro Dora
Pediatra di Famiglia, ASL Modena, Nonantola, (MO)

Di Mauro Francesco
Pediatra, Regione Campania

di Mauro Gabriella
Specializzanda - Dipartimento di Medicina Sperimentale – Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli", Napoli

Di Mauro Giuseppe
Pediatra di Famiglia, ASL Caserta - Regione Campania, Presidente Nazionale SIPPS

Falsaperla Raffaele
Direttore UOC Pediatria e Pronto Soccorso Pediatrico, Azienda Universitaria Ospedaliera Policlinico, Catania

Fanos Vassilios
Terapia Intensiva Neonatale, AOU e Università di Cagliari, Monserrato (CA)

Ferraro Valentina
USD Pneumologia e Allergologia Pediatrica, Azienda Ospedaliera-Università di Padova

Galli Elena
UOS Immunoallergologia dell'età evolutiva. Ospedale S. Pietro, Fatebenefratelli, Roma

Ghiglioni Daniele Giovanni
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano – UOSD Pediatria Alta Intensità di Cure – Coordinatore Ambulatorio di Allergologia Pediatrica, Milano

Indinnimeo Luciana
Università degli Studi di Roma "Sapienza", Roma

Kantar Ahmad
Centro Pediatrico dell' Asma e della Tosse, Istituti Ospedalieri Bergamaschi

Lamborghini Adima
Pediatra di Famiglia, ASL di Teramo Silvi (Teramo)

Landi Massimo
Pediatra di famiglia, ASL Città di Torino, Torino

Leonardi Lucia
UOC Pediatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I, Roma

Lubrano Riccardo
Responsabile UOC di Pediatria e Neonatologia Ospedale Santa Maria Goretti ASL di Latina Dipartimento di Pediatria "Sapienza" Università di Roma. Presidente SIMEUP

Luciani Stefano
Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università Federico II, Napoli

Macrì Francesco
Pediatra-Allergologo, Roma

Malventano Monica
Pediatra di Famiglia, AUSL Ferrara. Voghiera (FE)

Marseglia Gian Luigi
Direttore della Clinica Pediatrica dell'Università degli Studi di Pavia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. Presidente SIAIP

Martelli Alberto
Responsabile UOC Pediatria Ospedale G. Salvini, Garbagnate Milanese (MI) ASST Rhodense

Masini Luigi
UOC Pneumologia Pediatrica e UTSIR Dipartimento di Pediatria Specialistica AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

Midulla Fabio
Professore Associato di Pediatria Dipartimento Materno Infantile e Scienze Urologiche, "Sapienza" Università di Roma

Minasi Domenico
UOC Pediatria Azienda Ospedaliera Reggio Calabria

Miniello Vito Leonardo
Responsabile Unità Operativa di Nutrizione, Università di Bari, Vice Presidente Nazionale SIPPS

Miraglia Del Giudice Michele
Professore Associato di Pediatria Dipartimento della Donna del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" - Responsabile IPAS Malattie dell'Apparato Respiratorio di Interesse Pediatrico - DAI Materno Infantile AOU Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli

Morandini Sergio Renzo
Pediatra di Famiglia, Latina, ASL Latina

Nardini Germana
Dipartimento di Scienze MedicheTraslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Nocerino Agostino
Clinica Pediatrica ASUIUD, Udine

Novembre Elio
Azienda Ospedaliero Universitaria A. Meyer, Firenze

Pajno Giovanni Battista
Direttore UOC di Pediatria - Azienda Policlinico Universitario "G. Martino" - Messina

Paravati Francesco
Struttura Operativa Complessa di Pediatria, PO San Giovanni di Dio, Crotone

Piersantelli Cristina
Pediatra di famiglia. Allergologia pediatrica, ASL TO 1, Torino

Pozzobon Gabriella
Unità operativa Pediatria IRCCS Ospedale San Raffaele Università Vita- Salute, Milano - Presidente SIMA

Ricci Gian Paolo
Professore associato di Pediatria, Università di Bologna "Gozzadini" Ospedale pediatrico Policlinico S.Orsola - Malpighi, Bologna

Santamaria Francesca
Professore associato. Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università Federico II, Napoli

Simeone Giovanni
Pediatra di famiglia, ASL Brindisi, Mesagne (BR)

Spanevello Valter
Pediatra di famiglia - Vicenza. Segreteria scientifica nazionale FIMP

Tezza Giovanna
Pediatria, Ospedale Franz Tappeiner, Merano (BZ)

Tosca Mariangela
Responsabile UOSD Centro Allergologia, Ist. G. Gaslini, Genova

Turrà Renato
Pediatra di famiglia, ASL To 4 Piemonte, Caselle Torinese (TO)

Varricchio Attilio
Responsabile della UOSD di Video-endoscopia Diagnostica e Chirurgica delle Vie Aeree Superiori, Asl Napoli 1 – Centro

Verga Maria Carmen
Pediatra di famiglia, ASL Salerno. Vietri sul Mare. Segretario Nazionale SIPPS

Zanconato Stefania
Responsabile USD di Pneumologia e Allergologia Pediatrica, Azienda Ospedaliera di Padova

Zicari Anna Maria
Responsabile Unità Operativa Semplice di Allergologia Pediatrica, Policlinico Umberto I, Roma Professore Associato "Sapienza" Università di Roma

Società Scientifiche, Federazioni e Associazioni rappresentate

È una iniziativa di

Nota per gli utilizzatori
Il presente documento costituisce una versione integrale della Consensus e può essere scaricato nella sua interezza dai siti web delle Società Scientifiche coinvolte

Nessun componente del panel ha dichiarato alcun conflitto di interesse relativamente all'argomento trattato né ha ricevuto alcun compenso

L'Appendice citata all'interno del testo è scaricabile al seguente link: **https://www.sipps.it/documenti-sipps/appendice-consensus-intersocietaria-corticosteroidi/**

Nessun componente del panel ha dichiarato alcun conflitto di interesse relativamente all'argomento trattato né ha ricevuto alcun compenso

SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI

WHEEZING IN ETÀ PRESCOLARE

I corticosteroidi inalatori (CSI) sono la prima scelta per una terapia di fondo del wheezing in età prescolare?

1. Per il loro profilo di efficacia e sicurezza in età prescolare, i CSI possono essere utilizzati nella prevenzione del wheezing, in caso di episodi frequenti (Qualità delle evidenze molto bassa. Raccomandazione positiva debole).
2. In età prescolare, i CSI rappresentano il farmaco di prima scelta sia per la prevenzione di wheezing persistente, che per la prevenzione del wheezing virale ricorrente di grado moderato o grave (Qualità delle evidenze alta. Raccomandazione positiva forte).
3. In caso di episodi meno frequenti, ma gravi, anche in mancanza di una diagnosi certa, deve essere tentato un trial di terapia di fondo con CSI (Qualità delle evidenze molto bassa. Raccomandazione positiva forte).
4. I bambini in terapia continuativa con CSI devono essere sempre monitorati ed il farmaco deve essere utilizzato al dosaggio efficace più basso possibile (Qualità delle evidenze molto bassa, parere di esperti. Raccomandazione positiva forte).

Dose, modalità di somministrazione e durata della terapia di fondo

5. Indipendentemente dalla durata della terapia con CSI, si raccomanda una prima valutazione della sua efficacia già dopo 4-8 settimane, per evitare, in caso di insuccesso o qualora la tosse cambi caratteristiche o duri di più, che il paziente rimanga inutilmente nella rischiosa condizione di sintomi non controllati (Livello delle evidenze molto basso. Opinione di esperti. Raccomandazione positiva forte).
6. Lo step-down della terapia è consigliato dopo almeno 3 mesi di controllo dei sintomi, cioè dopo che il paziente sia da almeno 3 mesi asintomatico (Livello delle evidenze molto basso. Opinione di esperti. Raccomandazione positiva debole).
7. Se il paziente è in terapia con dosi di CSI medie o alte, si raccomanda di ridurre il dosaggio progressivamente, in base al contesto ed ai fattori di rischio (Livello delle evidenze molto basso. Opinione di esperti. Raccomandazione positiva forte).
8. Si può proporre di ridurre la dose di CSI del 25-50% ogni 3 mesi (Livello delle evidenze molto basso. Opinione di esperti. Raccomandazione positiva debole).

Ci sono indicazioni alla terapia intermittente con CSI?

9. Nei bambini in età prescolare, con wheezing intermittente o wheezing virus-indotto ricorrente moderato-grave, si potrebbe utilizzare la terapia intermittente con CSI ad alto dosaggio per 7-10 giorni ai primi segni di infezione respiratoria (Qualità delle evidenze moderata. Raccomandazione positiva debole).
10. In assenza di dati sulla sicurezza a lungo termine, per il potenziale rischio derivante dal loro sovrautilizzo, nei bambini in età prescolare con episodi di wheezing virus-indotto molto frequenti, la terapia intermittente con CSI ad alto dosaggio deve essere sospesa se gli episodi non si riducono di frequenza (<1/bimestre) (Qualità delle evidenze molto bassa, parere di esperti. Raccomandazione negativa forte).
11. I bambini in età prescolare in terapia con CSI intermittente ad alto dosaggio devono essere sempre attentamente monitorati (Qualità delle evidenze molto bassa, parere di esperti. Raccomandazione positiva forte).

*Per i dosaggi dei farmaci si rimanda all'Appendice - CSI nel wheezing e nell'asma. Molecole e relativi dosaggi. Tabelle 1-9

ASMA

È appropriata la somministrazione di CSI nella terapia dell'asma acuto del paziente con asma intermittente?

È appropriato l'aumento del dosaggio dei CSI nella terapia dell'asma acuto del paziente con asma persistente già in terapia di fondo?

12. I corticosteroidi per via inalatoria (CSI) non dovrebbero essere assunti in alternativa o in aggiunta agli steroidi sistemici (CSS) in corso di un attacco acuto d'asma moderato-grave. (Qualità dell'evidenza bassa. Raccomandazione negativa debole).
13. Nei bambini già in trattamento di fondo con CSI, non è necessario aumentarne il dosaggio in corso di attacco acuto (Qualità dell'evidenza moderata. Raccomandazione negativa debole).
14. Nei bambini che non assumono CSI come *controller* (Step 1), in corso di asma acuto lieve o moderato che non regredisce entro la prima ora con SABA in monoterapia, si possono aggiungere i CSI in alternativa ai CSS. (Qualità dell'evidenza moderata. Raccomandazione positiva debole). In caso di insuccesso (peggioramento dell'asma), i CS dovranno essere prontamente somministrati per via sistemica. (Opinione di esperti. Raccomandazione positiva forte).

*Per i dosaggi dei farmaci si rimanda all'Appendice - Csi nel wheezing e nell'asma. Molecole e relativi dosaggi. Tabelle 1-9

Nell'asma non controllato con dosaggi standard di CSI è preferibile raddoppiare la dose di CSI o aggiungere una molecola diversa?

15. Nei bambini di età superiore ai 5 anni, con asma non controllato da dosaggi bassi di CSI, è possibile procedere con lo Step-up aggiungendo ai CSI un LABA o un LTRA (Qualità dell'evidenza alta. Raccomandazione positiva debole). È possibile il raddoppio della dose dei CSI in caso di fallimento dell'add-on con LABA o LTRA. (Qualità dell'evidenza moderata. Raccomandazione positiva debole).
16. Nei bambini con asma persistente non controllato da bassi dosaggi di CSI non devono essere utilizzati i CSI ad alte dosi con somministrazione intermittente. (Qualità delle evidenze moderata Raccomandazione negativa forte).

*Per i dosaggi dei farmaci si rimanda all'Appendice - CSI nel wheezing e nell'asma. Molecole e relativi dosaggi. Tabelle 1-9. Durata della terapia: Raccomandazioni # 5-6-7-8.

RINITE PERSISTENTE

In quali tipi di rinite persistente è indicato lo steroide nasale?

17. Per il livello di efficacia ed il profilo di sicurezza, i CSI in monoterapia sono indicati come farmaci di 1° scelta nella rinite persistente allergica, sia stagionale che perenne, rispetto all'utilizzo degli antistaminici nasali (Qualità delle evidenze bassa. Raccomandazione positiva debole), degli antistaminici orali e degli antileucotrienici (Qualità delle evidenze moderata. Raccomandazione positiva forte).
18. I CSI in monoterapia sono indicati come farmaci di 1° scelta anche nella rinite persistente non allergica, rispetto agli antistaminici nasali (Qualità delle evidenze bassa. Raccomandazione positiva debole), agli antistaminici orali ed ai decongestionanti nasali che si sono dimostrati inefficaci. (Qualità delle evidenze moderata. Raccomandazione positiva forte).

È indicato associare ai corticosteroidi inalatori altri farmaci?

19. L'associazione CSI-antistaminico intranasale (INAH) potrebbe essere utilizzata nei pazienti affetti da rinite persistente allergica, in cui i sintomi non sono controllati con antistaminico, né con CSI in monoterapia (Qualità delle evidenze moderata. Raccomandazione positiva debole).
20. L'associazione CSI-antistaminico orale non dovrebbe essere utilizzata nei pazienti affetti da rinite persistente allergica, in cui i sintomi non sono controllati con antistaminico orale né con CSI in monoterapia (Qualità delle evidenze bassa. Raccomandazione negativa debole).
21. L'associazione CSI - anticolinergico topico può essere indicata nei pazienti affetti da rinite allergica con rinorrea acquosa persistente (Qualità delle evidenze molto bassa. Raccomandazione positiva debole).
22. L'associazione CSI-decongestionanti nasali non dovrebbe essere utilizzata nei pazienti affetti da rinite allergica e non allergica con persistente ostruzione nasale. (Qualità delle evidenze bassa. Raccomandazione negativa debole).

Dose, modalità di somministrazione e durata della terapia con CSI

1. Beclometasone (336 µg/d o 400 µg/d) due volte al dì, budesonide (400 µg/d) due volte al dì.
2. Fluticasone propionato spray nasale soluzione acquosa (200µg /d) una volta.
3. Fluticasone furoato spray, 1

spruzzo per narice 2 volte al giorno.
4. Mometasone furoato spray nasale (200 µg/d) una volta al giorno.
5. Fluticasone-azelastina 50/137µg, 1 spruzzo per narice mattina e sera.

La durata della terapia è in relazione alla patologia.

RINOSINUSITE ACUTA E CRONICA

È indicato lo steroide nasale nella rinosinusite acuta?

23. I CSI potrebbero essere indicati nella terapia della rinosinusite acuta in monoterapia o in aggiunta alla terapia antibiotica sistemica (Qualità delle evidenze bassa. Raccomandazione positiva debole).

Dose, modalità di somministrazione e durata della terapia

1. Fluticasone spray nasale, 1 puff per 2 volte al giorno (intervento) per 14 gg.
2. Fluticasone propionato: irrigazione nasale a bassa pressione di 120 mL di NaCl 0.9% + Fluticasone propionato 400 mg (gocce nasali) per 2 volte al giorno per 3 settimane.
3. MFNS (mometasone furoato) 2 volte al giorno per una dose totale di 400 µg o 800 µg.
4. Budesonide 50 µg 2 volte al giorno per narice come spray nasale.

È indicato lo steroide nasale nella rinosinusite cronica?

24. I CSI possono essere indicati nella terapia della rinosinusite cronica anche in età pediatrica ed adolescenziale, soprattutto nei pazienti senza polipi nasali e/o sottoposti ad intervento chirurgico. (Qualità delle evidenze molto bassa. Raccomandazione positiva debole).

Dose, modalità di somministrazione e durata della terapia

Non ci sono prove sufficienti per suggerire che i diversi tipi di molecola di corticosteroidi o spray vs. aerosol abbiano effetti diversi.

Le dosi più basse hanno un'efficacia simile e meno effetti collaterali.

IPERTROFIA ADENOIDEA

Il trattamento topico con CSI è indicato nell'ipertrofia adenoidea?

25. I CSI possono essere considerati nei bambini con ipertrofia adenoidea di grado moderato/grave:
    a. per il trattamento delle apnee ostruttive del sonno di grado lieve/moderato (Qualità delle evidenze molto bassa. Raccomandazione positiva debole).
    b. per la riduzione dell'ipertrofia adenoidea (Qualità delle evidenze bassa. Raccomandazione positiva debole).
    c. per il miglioramento dei sintomi da ostruzione nasale (Qualità delle evidenze alta. Raccomandazione positiva forte).
26. Nei bambini con ipertrofia adenoidea e OME, i CSI non sono raccomandati per la terapia dell'OME. (Qualità delle evidenze molto bassa. Raccomandazione negativa debole).

Dose, modalità di somministrazione e durata della terapia

Riduzione apnee e indice AHI

1. Mometasone furoato (MF) spray, 50 µg, 2 spruzzi per narice alla sera, per 3-4 mesi.
2. Fluticasone furoato spray, 50 µg per narice 2 volte al giorno per la prima settimana, seguito da 50 µg per narice 1 volta al giorno per le restanti 5 settimane.
3. Budesonide spray nasale, 32 µg per narice 1 volta al giorno per 6 settimane, washout di 2 settimane, 2° ciclo di terapia di 6 settimane.

Riduzione adenoidectomia

1. Mometasone furoato (MF) spray, 50 µg, 2 spruzzi per narice alla sera, per 12 settimane.
2. Budesonide nebulizzata endonasale 1 mg/2 ml per 1volta/die per 2 sett. + spray 128 µg/die per 12 settimane.

Riduzione score sintomi

1. Mometasone furoato (MF) spray, 50 µg, 2 spruzzi per narice alla sera, per 3-4 mesi.
2. Fluticasone furoate spray 50 µg per narice mattina e sera per 12 settimane.
3. Beclometasone spray 50 µg, 2 spruzzi per narice mattina e sera per 4 settimane, poi 1 spruzzo per narice mattina e sera per 24 settimane.

Riduzione ipertrofia adenoidea

1. Mometasone furoato (MF) spray, 50 µg, 2 spruzzi per narice alla sera, per 3-4 mesi.
2. Fluticasone furoate spray 50 µg in ciascuna narice mattina e sera per 12 settimane.

LARINGOTRACHEITE. LARINGOSPASMO (CROUP)

È indicato l'uso dello steroide inalatorio nella terapia della laringotracheite (laringite acuta infettiva)?

28. I bambini con laringotracheite virale non dovrebbero essere trattati con CSI. (Opinione di esperti. Raccomandazione negativa debole).

È indicato l'uso dello steroide inalatorio nella terapia del laringospasmo (croup)?

29. Nei bambini con croup moderato-lieve possono essere somministrati i CSI, specificamente budesonide per via aerosolica a dosaggio elevato (Qualità delle evidenze bassa. Raccomandazione positiva debole)
30. Nei bambini con croup moderato-grave, il corticosteroide non dovrebbe essere somministrato per via inalatoria ma preferenzialmente per via sistemica. (Qualità delle evidenze moderata. Raccomandazione positiva debole).
31. Nel croup grave non si raccomanda di utilizzare la budesonide nebulizzata in monoterapia come alternativa all'adrenalina (Qualità delle evidenze bassa. Raccomandazione negativa forte).
32. Nei bambini con croup moderato-grave non è raccomandato associare la budesonide per via aerosolica agli steroidi per via sistemica (Qualità delle evidenze alta. Raccomandazione negativa forte).
33. Nei bambini con croup non è raccomandata la terapia con fluticasone o beclometasone aerosol dosati somministrati con distanziatore. (Qualità delle evidenze molto bassa. Raccomandazione negativa debole). Non esistono evidenze su altri CSI e neppure su modalità di somministrazione diverse dalla nebulizzazione, pertanto, non se ne raccomanda l'utilizzo (Opinione di esperti. Raccomandazione negativa debole).

Dose, modalità di somministrazione e durata della terapia

Budesonide con nebulizzatore 2 mg in 4 ml in singola somministrazione.

CONCLUSIONE E MESSAGGI CHIAVE

Questo Documento va letto con l'aspettativa –peraltro ben esplicitata nel titolo- di trovarvi risposte EBM solo ed esclusivamente riguardo all'impiego dei CSI in diverse situazioni cliniche: quando si possono, quando si devono o non si devono usare, quando sono di prima scelta o sono una alternativa opzionale.

Il tutto inserito in un quadro generale sulla farmacologia e la farmacocinetica degli steroidi, sui loro effetti collaterali e sulla *vexata quaestio* della potenza/biodisponibilità delle diverse molecole. A queste parti "narrative" non si è potuto/voluto rinunciare non solo perché sono uno spunto di approfondimento ma anche perché spiegano il razionale che può sottendere la scelta di quella specifica molecola/preparato. Altre parti narrative delineano sinteticamente il contesto clinico, le malattie -wheezing, asma bronchiale, rinite persistente allergica e non allergica, rinosinusite acuta e cronica, ipertrofia adenoidea, laringite e laringospasmo- che il Pediatra affronta quotidianamente e in cui deve **estemporaneamente** decidere se è corretto utilizzare **ANCHE** -o **SOLO**- i CSI.

Da Pediatra esperto, conoscerà le linee guida relative e saprà impostare in modo coerente tutte le pratiche di assistenza ottimale; da Pediatra generalista o esperto in altri ambiti, potrà trovarsi in un dubbio decisionale difficile da districare in pochi minuti.

E proprio a questo fine va ribadito che le raccomandazioni del documento si limitano volutamente a chiarire questo unico aspetto e non affrontano la gestione globale delle singole malattie. I quesiti per la valutazione EBM riguardano esclusivamente i CSI e nessun altro farmaco; tutte le eventuali comparazioni rispetto ad altri trattamenti vengono prese in considerazione solo nella misura in cui l'analisi della letteratura le ha fatte emergere: se non compaiono altri farmaci alternativi è perché non esistono esperienze citate in letteratura.

E veniamo al contenuto, alle domande e alle risposte sulla base dei dati EBM e, se non disponibili, sulla base del parere degli esperti.

Difficile riassumere in messaggi chiave le indicazioni di questo documento che già sono sintetizzate in brevi asserzioni difficilmente equivocabili e costituiscono già di fatto veri e propri messaggi chiave. Semmai merita di essere commentata la loro interpretazione da parte del panel multidisciplinare di estensori, espressa come "forza" delle raccomandazioni.

I criteri con cui è stata attribuita la forza di una raccomandazione sono esplicitati nella parte metodologica del documento. Tuttavia -da Clinici- spesso la leggiamo la forza di una raccomandazione di gran fretta o non la leggiamo affatto. È opportuno, invece, ricordare che la raccomandazione è sempre contingente (può esserlo oggi, ma è passibile di rettifica domani) e non è mai una verità assoluta. Quando lo è, non ha bisogno di dati EBM: è una ovvietà (vale qui l'esempio del paracadute: non esistono studi che provino la necessità di lanciarsi dall'aereo con il paracadute per sopravvivere…).

Nel documento sono espresse raccomandazioni positive o negative (uso/non uso di CSI) forti o deboli: il giudizio sulla "forza" esprime la valutazione integrata non solo della qualità degli studi, ma anche della qualità dei dati, degli effetti collaterali, dei costi e delle preferenze, integrati dalla opinione ed esperienza degli addetti ai lavori (Esperti). Per questi motivi, estrapolare dalle raccomandazioni ancor più semplici messaggi chiave potrebbe essere addirittura fuorviante.

Si possono semmai riassumere alcune note importanti sugli effetti collaterali.

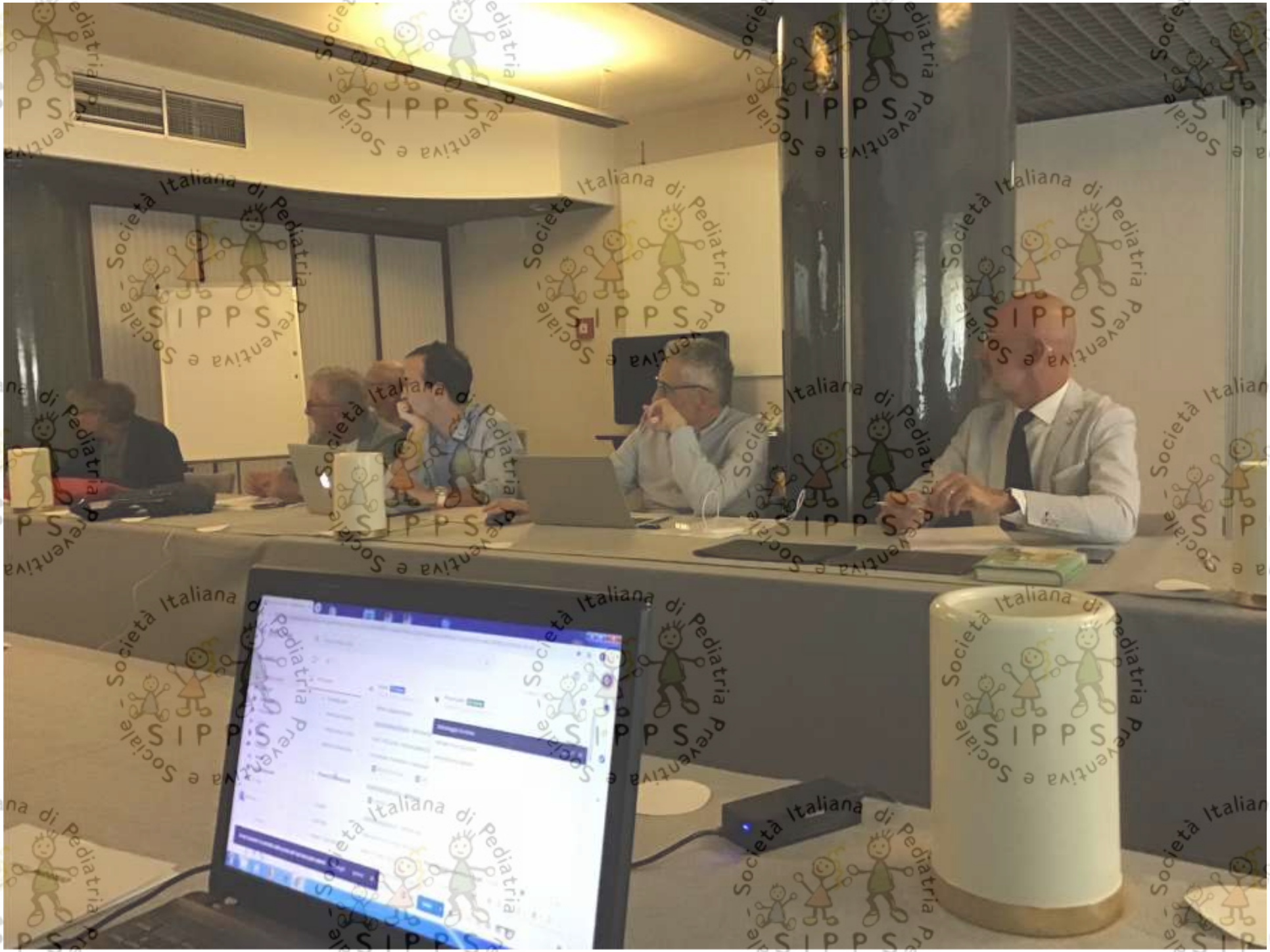
I CSI non sono gravati da pesanti effetti collaterali:

1. quelli locali sono i più frequenti: sensazione di gola secca, disfonia e candidosi orofaringea
2. l'azione inibitoria sull'asse ipotalamo-ipofisario è marginale ai dosaggi standard e i rari casi di insufficienza corticosurrenale acuta scatenata da episodi infettivi si riferiscono a pazienti che assumevano dosi di CSI di fatto non previsti nei nostri schemi terapeutici
3. benché la crescita a breve termine possa essere influenzata da alcuni CSI, la riduzione della statura finale si può considerare evento raro che interessa soltanto i bambini trattati continuativamente a dosi elevate per anni
4. l'uso anche prolungato di CSI non sembra aumentare l'incidenza di osteoporosi anticipata e/o di fratture
5. i CSI potrebbero provocare l'insorgenza di cataratta, ma in età pediatrica l'evento è estremamente raro
6. il trattamento, anche a lungo termine, con CSI non ha dimostrato un effetto immunosoppressivo

clinicamente rilevante e non rappresenta una controindicazione alle vaccinazioni anche con vaccini a virus vivi attenuati. Sono stati segnalati sporadici casi di varicella grave e protratta in bambini che utilizzavano CSI o per via topica nasale, ma non è stata dimostrata una chiara correlazione causa-effetto.

Da un punto di vista pratico quindi, nel seguire un bambino in terapia con CSI, il Pediatra dovrà

1. raccomandare lo sciacquo della bocca (meglio ancora lavare i denti) dopo ogni applicazione di CSI
2. monitorare la crescita staturale
3. in caso di alto dosaggio prolungato, controllare la glicemia e prevedere controllo oculistico in soggetti rispettivamente con diabete e/o patologie oculari preesistenti
4. eseguire tutte le vaccinazioni da calendario. In caso di epidemia di varicella, utilizzare acyclovir in via profilattica o in terapia entro 24 ore dall'eruzione.



Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS

COORDINATORI CSI

ANNALISA CAPUANO
GIOVANNI CERIMONIALE
MARIANGELA TOSCA
FRANCESCA SANTAMARIA
ANNAMARIA ZIGARI
MASSIMO LANDI
ATTILIO VARRICCHIO
FABIO CARDINALE

REVISORI INTERNI

MARZIA DUSE

MATTIA DORIA

GIORGIO PIACENTINI

DIEGO PERONI

REVISORI ESTERNI

GRUPPO EBM

MARIA CARMEN VERGA

MARCELLO BERGAMINI

GIOVANNI SIMEONE

GIOVANNA TEZZA

ANNO XIV - Supplemento al numero 3 - 2019 - ISSN 1970-8165
PEDIATRIA
PREVENTIVA & SOCIALE
ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE
CONSENSUS INTERSOCIETARIA
ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE:
strumento per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e per la riduzione delle ineguaglianze sociali
Supplemento al numero 3 - 2019

CONSENSUS INTERSOCIETARIA

ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE:

strumento per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e per la riduzione delle ineguaglianze sociali

SIPPS

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

SIDOHaD
Società Italiana
Developmental Origins of
Health and Disease

SINUPE

I coordinatori della Consensus Alimentazione Complementare

CONSENSUS INTERSOCIETARIA
IL BAMBINO E L'ADOLESCENTE CHE PRATICANO SPORT

Il numero dei soggetti in età evolutiva che pratica sport costantemente è elevato (vedi documenti ISTAT e CONI). Ciascun pediatra di famiglia pertanto ha tra i suoi assistiti numerosi sportivi. È importante saper promuovere la pratica di attività sportiva ma è anche importante conoscere i rischi che essa può comportare, al fine di prevenire e curare eventuali patologie fisiche o psicologiche ad essa correlate.

NOTA: la normativa che istituisce le età minime per iniziare a praticare sport agonistico nasce soprattutto per salvaguardare la salute dei bambini.

IDEATORE

Domenico Meleleo

COORDINATORI

Domenico Meleleo, Maria Carmen Verga

COORDINAMENTO SCIENTIFICO

Giuseppe Di Mauro

PRESENTAZIONE A cura dei Presidenti delle Società Scientifiche

NOTA: i **coordinatori** dei capitoli/sottocapitoli sono **IN GRASSETTO** e **SOTTOLINEATI**

Metodologia, ricerca, analisi delle evidenze scientifiche, GRADE

Simeone G, Bergamini M, Verga MC, Scotese I

Key points, revisione/uniformità stilistica

Palma F, Tezza G

Definizione di attività sportiva

Colella D, D'Antona G

Benefici dell'attività sportiva

Colella D, Gerin M, D'Antona G, Paoli A, Bernardo L, Pozzobon G, Grossi A, Castronuovo S, Galeone D, Susca G, Polani D

Nutrizione e integrazione

Meleleo D, Iorio EL, Miniello VL, Vania A, Caroli M, Diaferio L, Cassano L, De Chirico V, Cicero A, Scapagnini G, Careddu D

BOX SUL DOPING

Majorano M, Gerin M, Susca G, Polani D

Idratazione e rischi per la salute dovuti al caldo, all'umidità e al freddo

Meleleo D, Miniello VL, Vania A, Cassano L, De Chirico V

Sviluppo e maturazione

Bona G, Saggese G, Grossi A, Castronuovo S, Gaudino R, Marucci S, Bongiorni A, Scotese I

Rischio di Infortuni

Pastore F, Amico P, Matarazzo M

Sport e Patologie croniche

Patologie cardiache

De Luca F, Pastore F, Amico P

Patologie croniche respiratorie

Miraglia del Giudice M, Majorano M, Masini L, Di Mauro F

Allergie

Marseglia GL, Dello Iacono I, Ghiglioni D, Martelli A, Di Mauro D

Patologie ortopediche

Matarazzo M, Lotito FM, Toniolo R

Patologie neurologiche

Del Giudice E, Terrone G, Amico P

Diabete ed altre Patologie Endocrinologiche

Bona G, Messina F, Bellone S, Grossi A, Castronuovo S, Gaudino R

Patologie ORL

Varricchio A

Benefici, Controindicazioni ed eventuali rischi dell'attività sportiva nei soggetti diversamente abili

Bernardi M, Amico P, Battista C, Caroli M

Rischio di patologie psicologiche (DCA, Overtraining, Burnout, Disturbi nevrotici, bullismo, rischi di abuso)

Gerin M, Susca G, Polani D, Venturelli L, Maruoci S, Fiore M, Lorenzetti E

Network tra varie figure professionali e comunicazione con la famiglia

Gerin M, Venturelli L, Susca G, Polani D, Frattini CP, Napolitano C, Colella D, Ruffato B, De Mei B, Menzano MT

Progetto SHAPED

Skin Hydration & Atopic PEdiatric Dermatitis

Un progetto di awareness ed educazione sulla salute
della pelle del bambino

Realizzato grazie al contributo incondizionato di

Razionale

- Il **Pediatra di Famiglia è il primo riferimento** per educare i genitori riguardo all'importanza di una corretta gestione dell'igiene quotidiana della pelle del bambino: il suo coinvolgimento attivo è dunque fondamentale per raggiungere questo obiettivo di salute

Galli E. Maiello N. Guida allo skin care nel bambino con dermatite atopica, 2018

Obiettivo

L'obiettivo principale di questo progetto è dunque quello di

sensibilizzare il pediatra riguardo all'importanza di una corretta detersione e idratazione della pelle del bambino, fin dalla nascita

per evitare o contenere le possibili manifestazioni cutanee infiammatorie, di cui la dermatite atopica è una possibile manifestazione

Nutripiatto è uno strumento di educazione nutrizionale sviluppato da Nestlé in collaborazione con Università Campus Bio-Medico di Roma e rivolto ai bambini dai 4 ai 12 anni, studiato con il fine di promuovere i principi di un'alimentazione sana e bilanciata. Il progetto prevede un kit composto da un piatto "intelligente" e da una guida didattica che spiega come utilizzare il Nutripiatto e offre idee e consigli per soddisfare i fabbisogni nutrizionali dei bambini, tenendo anche conto delle differenti fasce di età. La guida prevede inoltre capitoli specifici relativi alla corretta idratazione e all'attività fisica da svolgere con gli amici e con i propri animali da compagnia.
Nutripiatto rientra nel progetto internazionale Nestlé for Healthier Kids, che si pone l'ambizioso obiettivo di aiutare, entro il 2030, 50 milioni di bambini a vivere in modo più sano. La progettualità del 2019 si è ampliata coinvolgendo la SIPPS

Indice

Intro Università Campus Bio-Medico di Roma, SIPPS e Nestlé ..... pag. 4
Che cos'è il Nutripiatto e chi lo può utilizzare? ..... pag. 12
Come usare questa guida ..... pag. 14
Proporzioni e funzioni dei vari gruppi alimentari ..... pag. 16
Raccomandazioni a supporto di uno stile alimentare sano ..... pag. 18
Guida orientativa alle porzioni per gruppi di alimenti ..... pag. 20
Quante volte dobbiamo mangiare in un giorno ..... pag. 30
Idratazione ..... pag. 32
Attività fisica ..... pag. 37
Definizione di porzione e misure casalinghe ..... pag. 42
Definizione di pasto ..... pag. 43
Frequenze di consumo settimanali ..... pag. 45
Colazioni e merende ..... pag. 49
Ricette ..... pag. 57

Introduzione: SIPPS

Si parla sempre più di salute ed alla base di quella di bambini e adolescenti c'è certamente una **corretta ed adeguata alimentazione**, alla quale la scienza, attraverso la sensibilizzazione di tutta la famiglia, deve indirizzarli. I temi dell'**alimentazione e della nutrizione in età pediatrica** assumono sempre maggiore importanza in relazione alle problematiche metaboliche connesse ai quadri di malnutrizione per difetto e, soprattutto, per eccesso, che coinvolgono i nostri bambini. L'obesità infantile è diventata una delle grandi emergenze sanitarie nei Paesi ad alto sviluppo e l'Italia detiene, purtroppo, uno dei primati europei per bambini e adolescenti con eccesso di peso. Sappiamo ormai bene che l'eccesso ponderale determina nel bambino e nell'adolescente una serie di gravi problematiche, sia fisiche che psicologiche, destinate ad accompagnarlo, aggravandosi, anche nel prosieguo della propria vita. Sappiamo altrettanto bene come siano difficili e basse le possibilità di risoluzione e recupero nella condizione di obesità, tanto che molto frequentemente un adolescente obeso è oggi destinato a diventare un adulto obeso.

Appare evidente, quindi, **l'importanza di assicurare prevenzione e cura**, mirate sia ai soggetti a rischio, che oggi possiamo ben identificare e riconoscere, sia alla popolazione generale. L'alimentazione, soprattutto nei primi anni di vita, rappresenta un elemento fondamentale non solo per la migliore crescita dei ragazzi, ma anche per determinare l'imprinting con cui si potranno prevenire le patologie cronico-degenerative nell'età adulta. Ne consegue perciò la necessità di impostare subito **corretti stili alimentari** in cui le esigenze nutrizionali dovranno realizzarsi attraverso scelte indispensabili, talora non facili da realizzare, che rappresentano le basi di una corretta crescita.

La prevenzione primaria, ovvero l'insieme delle strategie mirate a ridurre l'esposizione a fattori di rischio per impedire l'insorgenza di una patologia, costituisce l'approccio ottimale, con il miglior rapporto costo-beneficio, per promuovere lo stato di salute. Per questo motivo si è considerata la necessità di diffondere alcune indicazioni e raccomandazioni sulla dieta e sullo stile di vita formulate per l'infanzia.

In un momento in cui molti, soprattutto attraverso i media, esperti o meno, si arrogano il diritto di dare consigli nel campo della salute, è più che mai utile un punto di riferimento supportato da professionisti del settore della Nutrizione pediatrica, rivolto ai genitori e lettori a sostegno della crescita di una fascia così importante e sensibile di popolazione.

La nutrizione del bambino deve soddisfare **tre esigenze principali**: l'accrescimento somatico secondo programma genetico, lo sviluppo neuropsicologico ottimale e il mantenimento dello stato di salute a breve, medio e lungo termine. Questi obiettivi possono essere conseguiti con successo se la nutrizione sarà sempre adeguata al suo fabbisogno nelle varie fasi della crescita.
Purtroppo molto spesso i genitori non hanno cognizione delle corrette quantità di alimenti da dare al bambino nelle varie età, inoltre l'alimentazione di tanti bambini è troppo selettiva.

Per l'aggiornamento di questa guida è stata coinvolta, tra le Società scientifiche pediatriche italiane, la **Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)**, una Società scientifica con una lunga tradizione che si ricollega alla Fondazione di Nipiologia e ha ormai superato il secolo di vita. La SIPPS si occupa in maniera globale della salute del bambino, dal punto

di vista dello sviluppo fisico e psichico, sin dal periodo prenatale, attraverso le cure prestate alla madre, al periodo immediatamente successivo alla nascita e in tutta l'età evolutiva, dalla prima infanzia all'adolescenza. Da anni inserita con autorevolezza nell'attenzione alle problematiche di prevenzione dell'età evolutiva, il suo costante impegno scientifico le ha permesso di pubblicare numerose guide pratiche, consensus e linee guida a uso della pratica clinica quotidiana del pediatra italiano. Nutripiatto si inserisce in maniera ottimale tra i progetti che caratterizzano la mission della Società: alimentazione sana, dieta mediterranea, porzioni adeguate, attività fisica e corretta idratazione sono temi cari alla SIPPS, poiché costituiscono veri e propri interventi di prevenzione primaria e di corretti stili di vita.

La SIPPS ha pertanto collaborato con i suoi esperti alla stesura di questa preziosa guida, ben lieta di partecipare alla realizzazione di un progetto per promuovere la salute dei bambini

Il Nutripiatto è stato progettato per bambini d**ai 4 ai 12 anni di età**. I suoi principi, tuttavia, si adattano a tutti i membri della famiglia tenendo, ovviamente, conto delle porzioni adatte a ciascuna fascia di età. La guida Nutripiatto, rivolta a genitori o assistenti per l'infanzia, offre informazioni, consigli e ricette invitanti e facili da preparare, affinché i bambini possano consumare quotidianamente porzioni adeguate di ciascun gruppo alimentare.

Il Nutripiatto intende essere una rappresentazione visiva di come devono essere suddivisi i vari gruppi alimentari in ogni pasto: la verdura e gli ortaggi dovrebbero occuparne la metà, mentre i cereali e gli alimenti proteici rispettivamente un quarto del piatto.

All’interno della guida, troverai tutte le informazioni necessarie ad utilizzare correttamente il Nutripiatto.
In particolare, nella guida troverai informazioni specifiche relative alle **proporzioni dei vari gruppi alimentari** e alle loro **specifiche funzioni**. Mantenere le proporzioni tra i gruppi di alimenti, infatti, è un requisito fondamentale se si desidera seguire una dieta varia ed equilibrata. Inoltre troverai anche informazioni relative alle **porzioni dei vari gruppi alimentari**.
Nella sezione relativa alle **ricette**, scoprirai alcuni facili esempi che ti faranno capire come utilizzare il Nutripiatto sia a pranzo sia a cena e che ti permetteranno di seguire un’alimentazione equilibrata nell’arco di un’intera settimana. Ciascuna ricetta proposta è considerata un piatto unico da poter preparare indifferentemente a pranzo o a cena. Sono inoltre incluse proposte equilibrate per la **merenda e la colazione**.

NUTRIZIONISTE SIPPS

LISA MARIOTTI MICAELA GENTILUCCI MARTINA PIROLA

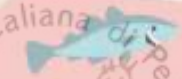
Orzotto con piselli e verdure grigliate

Ricetta per 1 persona

Ingredienti	Quantità 4-6 anni	Quantità 7-9 anni	Quantità 10-12 anni
Carote Melanzane Zucchine Pomodorini	100 g	150 g	200 g
Piselli secchi/freschi	40/120 g	50/150 g	60/180 g
Orzo	50 g	60 g	90 g
Olio extravergine d'oliva	1½ cucchiaio (15 g)	2 cucchiai (20 g)	2½ cucchiai (25 g)
Basilico	q.b.	q.b.	q.b.

Preparazione

1. Sciacquare l'orzo sotto l'acqua corrente in uno scolapasta.
2. Tagliare le carote a tronchettini.
3. In una pentola con acqua bollente leggermente salata far lessare l'orzo e le carote per circa 10 minuti (dipende dal tipo di orzo che avrete acquistato).
4. Scolare l'orzo e le carote e trasferirli in una ciotola.
5. Unire i piselli, i pomodorini tagliati a metà, un filo d'olio e qualche foglioline di basilico.
6. A parte, lavare e tagliare a fette zucchine e melanzane e grigliarle su una piastra in ghisa molto calda.
7. Condirle con un filo di olio e servirle con contorno dell'orzo con verdure.



Ricetta per 1 persona

Ingredienti	Quantità 4-6 anni	Quantità 7-9 anni	Quantità 10-12 anni
Carote Peperoni Pomodori Olive e capperi	100 g	150 g	200 g
Sgombro	50 g	60 g	70 g
Pane di segale	60 g	70 g	110 g
Farina di mais	q.b.	q.b.	q.b.
Olio extravergine d'oliva	1½ cucchiaio (15 g)	2 cucchiai (20 g)	2½ cucchiai (25 g)

Preparazione

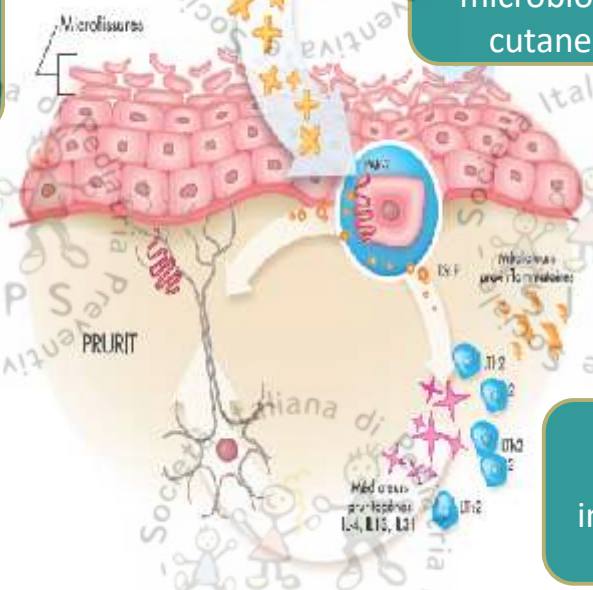
1. Lavare le carote e i peperoni e ridurre entrambi a bastoncini.
2. Ungere con l'olio le verdure e passarle nella farina di mais.
3. Infornare a 180° per 15 minuti.
4. Far rosolare in padella un cucchiaio di olio e uno spicchio di aglio e adagiarvi lo sgombro fresco (può andare bene anche quello grigliato al naturale) e aggiungere capperi, olive e un paio di cucchiai di passata di pomodoro.
5. Lasciar cuocere circa 15 minuti, girando il pesce su entrambi i lati.
6. Servire con le verdure croccanti.

AGGIORNAMENTO

PRURITO NEL PAZIENTE PEDIATRICO CON DERMATITE ATOPICA

Un approccio multidisciplinare

Alterazione della barriera cutanea



Alterazione del microbioma cutaneo

Risposta immunologica

Una malattia multifattoriale richiede

Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I

A. Wollenberg[10,*] S. Barbarot,[5] T. Bieber,[6] G. Christen-Zaech,[8] M. Deleuran, G. Giacomoni,[13] S. Lau,[14] A. Murano,[15] M. Czarnecka-Operacz,[16] T. Schr C. Simon,[17] Z. Szalai,[18] J.D. Szepietowski,[19] A. Taieb,[20] A. Torrelo,[21] T European Dermatology Forum (EDF), the European Academy of Derm European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), the I Dermatitis (ETFAD), European Federation of Allergy and Airways Dise European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP), the Euro (ESPD), Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN) and Specialists (UEMS)

EDF GUIDELINES Emollient PLUS FOR TREATMENT OF ATOPIC ECZEMA

JEADV 2018, 32, 657–682

Ruolo chiave dell'emollienza con i DERMOCOSMETICI PLUS di ultima generazione

Una gestione multidisciplinare: Farmacologica, psicologica e dermocosmetica

Scuola multidisciplinare con l'obiettivo di affrontare i diversi aspetti della gestione del bambino con DA

- SIPPS:
  - Giuseppe Di Mauro - coordinatore
  - Iride Dello Iacono
  - Porfirio Toscano
  - Maria Carmen Verga
- Bambino Gesù:
  - Maya El Hachem - coordinatrice
  - Simona Giancristoforo
  - Roberta Rotunno
  - Cristiana De Ranieri
  - Carla Carlevaris
- Capitoli
  - Diagnosi differenziale
  - Fisiopatologia
  - Sintomi e complicazioni (disturbi del sonno, qualità della vità ecc)
  - Gestione terapeutica (educazione terapeutica, compliance, support psicologico , tecniche di distrazione ecc)
  - Conclusioni

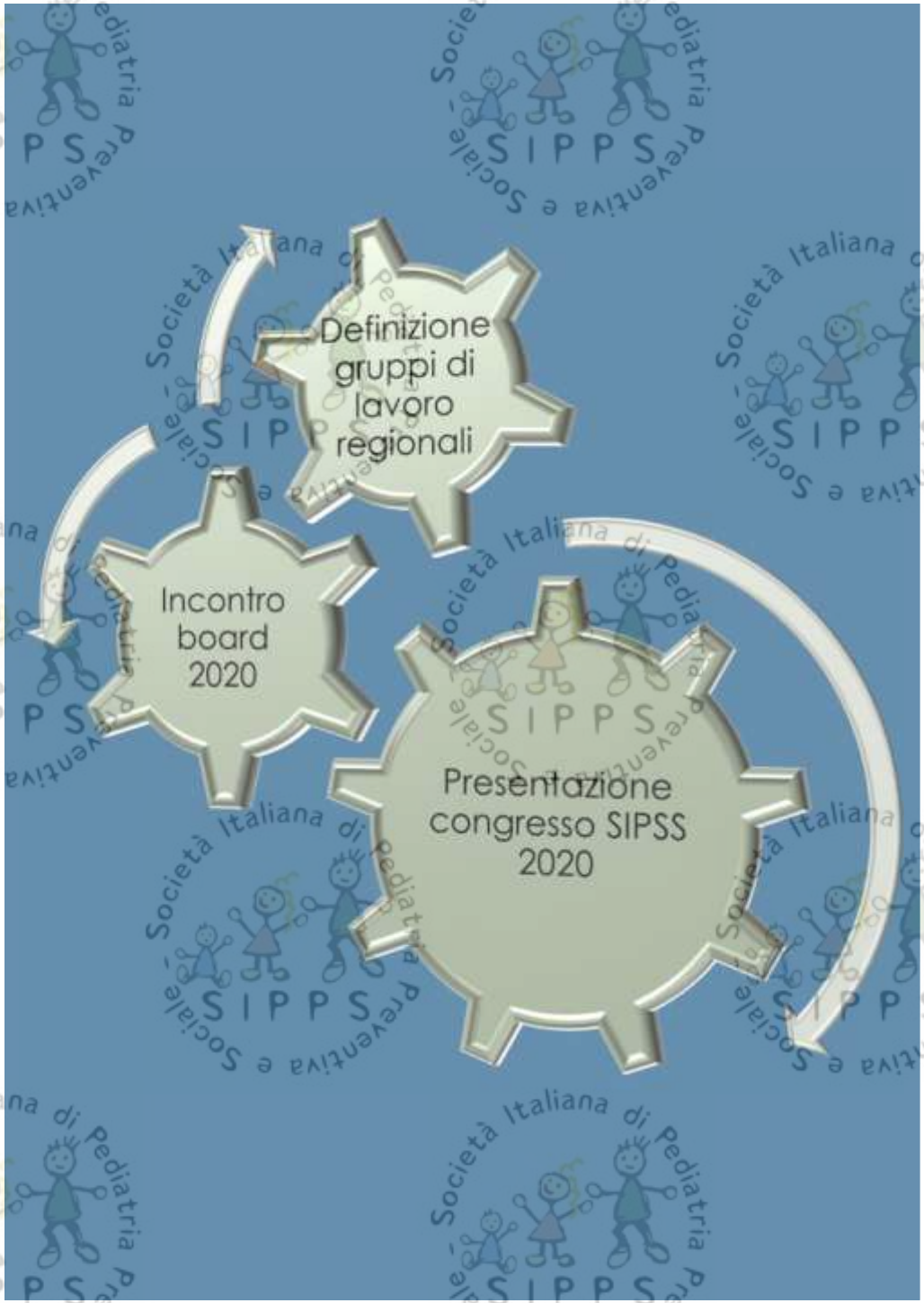
Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS

Bambino Gesù
Polo didattico Pier Giorgio Frassati

Fasi del progetto:

FASE 1: Pubblicazione

Italian Journal of pediatrics



Fasi del progetto:

FASE 2: Cascata sul territorio

SOCIETA' SCIENTIFICHE COINVOLTE **21**

AUTORI DEI DIVERSI DOCUMENTI SCIENTIFICI **365**

Duemila iscritti: un altro traguardo SIPPS!

Un momento particolarmente emozionante

Un freddo lunedì di gennaio….
Puntuale, in ambulatorio, per visitare i miei piccoli pazienti.

Primo appuntamento: una ragazzina di poco più di 10 anni, che lamenta mal di gola e tosse.

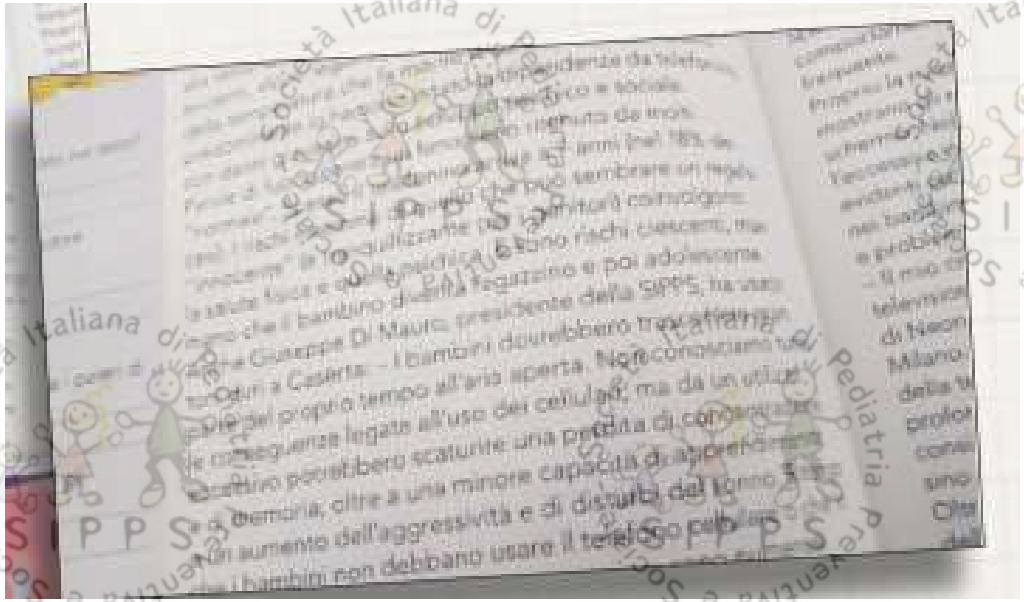
Al termine della visita timidamente mi dice:
“Dottore, ma lei è il Presidente della ...S...I...P...P...S...?”

Francamente un po’ sorpreso, replico: “Sì, in effetti è vero. Ma come fai a saperlo?”

La bambina, che frequenta l’ultimo anno della scuola primaria, tutta pronta e sorridente mi rivela di averlo letto nel suo sussidiario.

Incredulo, le chiedo di inviarmi delle fotografie, una volta tornata a casa

La bambina, tutta orgogliosa, me le ha inviate e importanti!



Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale
SIPPS

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale
SIPPS

CELLULARI AI BAMBINI? NO GRAZIE!

Niente cellulare fino ai 10 anni di età. I pediatri della SIPPS (Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale), riuniti in convegno a Caserta, hanno parlato chiaro.

– Dobbiamo creare linee guida per limitare il più possibile l'uso dei telefonini ai bambini, evitandone totalmente l'uso prima dei 10 anni – ha detto Maria Grazia Sapia, pediatra esperta di questioni ambientali.

– L'età media dei possessori di cellulari – ha affermato ancora Sapia – diminuisce sempre di più. Si tratta di piccole ricetrasmittenti che vengono normalmente tenute vicino alla testa. Gli effetti nocivi per la salute sono sempre più evidenti, alcuni legati agli effetti termici: si crea un aumento della temperatura che fa morire le cellule. Inoltre un posto predominante lo ha conquistato la dipendenza da telefonino, con danni gravissimi sullo sviluppo psichico e sociale.

Parole di fuoco contro un fenomeno ritenuto da molti "normale". Spesso il telefonino arriva a 7 anni (nel 18% dei casi). I rischi insomma di quello che può sembrare un regalo "innocente" le tranquillizzante per genitori coinvolgono la salute fisica e quella psichica. E sono [illegible] adolescenti, man mano che il bambino diventa ragazzino [illegible] adolescente.

Anche Giuseppe Di Mauro, presidente della SIPPS, ha usato toni duri a Caserta: – I bambini dovrebbero trascorrere gran parte del proprio tempo all'aria aperta. Non conosciamo tutte le conseguenze legate all'uso dei cellulari, ma da un utilizzo eccessivo potrebbero scaturire una perdita di concentrazione e di memoria, oltre a una minore capacità di apprendimento e un aumento dell'aggressività e di disturbi del sonno. Ritengo che i bambini non debbano usare il telefono cellulare o che lo debbano utilizzare per pochissimo tempo: sono numerosi i ragazzi che, pur stando uno vicino all'altro, non si parlano, ma continuano a tenere lo sguardo fisso sul telefonino.

Se non mettiamo un freno a questa invasione dei cellulari tra i nostri piccoli, le nuove generazioni andranno sempre più verso l'isolamento.

Corriere della Sera/Blog, 22 aprile [illegible]

TRA LE RIGHE

- Rispondi.
  - Qual è la tesi trattata nel testo?
  - Che cosa pensa l'autore sull'argomento?
  - Per sostenere le sue argomentazioni, riporta i pareri di alcuni esperti, chi?
  - Che cosa sostengono gli esperti?
  - Qual è l'antitesi?
  - ☐ Il cellulare è un regalo innocuo e tranquillizzante.
  - ☒ Il cellulare è uno strumento pericoloso.

PARLA DI TE

- Che cosa pensi riguardo all'uso dei cellulari? Discutine in classe.

P. Gentile - F. Pennino - M. Gentile - C. Giannini
LEGGERE È...
FAVOLOSO!
LINGUAGGI
5
Odissea
Il viaggio di Ulisse
Un LIBRO nel libro!
CONTIENE PAGINE POSTER
Didattica inclusiva
Libro digitale
Integrazioni digitali
EDITRICE LA SCUOLA
primaria

IL TESTO ARGOMENTATIVO-PERSUASIVO

In un **testo argomentativo-persuasivo** possiamo distinguere:

- **un problema**, cioè un argomento su cui riflettere;
- **la tesi**, cioè un'opinione sull'argomento che si vuole affrontare;
- **l'antitesi**, un'opinione che si contrappone alla tesi;
- **argomenti o prove** per sostenere la tesi e convincere i lettori della validità di quanto si è sostenuto.

Nel testo argomentativo si utilizzano i connettivi logici ma, perciò, quindi, pertanto, infatti, dunque per sottolineare i legami tra la tesi e le varie argomentazioni.

Cellulare ai bambini?

da bambini.corriere.it

Un argomento molto attuale: qual è l'età giusta per avere un cellulare?

Cosa ne pensate? È giusto dare un cellulare a un bambino prima dei 10 anni? Ecco il parere degli esperti. I pediatri della SIPPS (Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale), riuniti in convegno a Caserta, hanno parlato chiaro:

– Dobbiamo creare linee guida per limitare il più possibile l'uso dei telefonini ai bambini, evitandone totalmente l'uso prima dei 10 anni e limitandone l'uso dopo tale età – ha detto Maria Grazia Sapia, pediatra esperta di questioni ambientali. – L'Italia – ha affermato ancora Sapia – si colloca al primo posto in Europa per numero di telefonini e l'età media dei possessori diminuisce sempre più.

Spesso il telefonino arriva ai 7 anni (nel 18% dei casi) secondo un'indagine Eurispes. I rischi di quello che può sembrare un regalo innocente (e tranquillizzante per i genitori) coinvolgono la salute fisica e quella psichica.

Arighe Giuseppe Di Mauro, presidente della SIPPS, ha usato toni duri. – I bambini dovrebbero trascorrere gran parte del proprio tempo all'aria aperta. Non conosciamo tutte le conseguenze legate all'uso dei cellulari, ma di un utilizzo eccessivo potrebbero scaturire una perdita di concentrazione e di memoria, oltre a una minore capacità di apprendimento

Rosa Dattolico
SUSSIDIARIO DEI LINGUAGGI
Ci siamo TUTTI!
LETTURE
• Laboratori linguistici
• Scrittura creativa
• Linguaggi espressivi
• Competenze
• Invalsi
• Compiti di realtà
4
LIBRO DIGITALE
AUDIOLIBRO
ALTA LEGGIBILITÀ E TESTI FLUIDI PER BES & DSA
PROGETTO DI DIDATTICA INCLUSIVA
FACILE
ARDEA

Un avvenimento del genere, che i consigli e le raccomandazioni della SIPPS vengano chiaramente e fortemente inseriti nei libri di testo delle scuole statali di tutta Italia, è fonte di immensa gioia, è una grandissima emozione

Fa pensare che il lavoro scientifico, soprattutto quello che voi tutti avete fatto e continuate a fare, è semplicemente eccellente e importante per le famiglie e i Bambini di questo Paese.

Avete la certezza che i Bambini vi pensano e vi leggono con attenzione

La Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale partecipa alla presentazione di “Boot Camp”, kit per i neo genitori della Campania, che contiene anche la Guida Pratica intersocietaria “Il bambino nella sua famiglia”

La Regione Campania, nel mese di dicembre dello scorso anno, ha acquistato le copie della Guida per questa iniziativa.
Martedì 29 gennaio, alle ore 10:30, presso la Sala Scozia dell’Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona di Salerno, è stato poi presentato “Boot Camp”, un vero e proprio kit di addestramento per i neo genitori della Campania con consigli e suggerimenti utili per le famiglie con bambini e bambine, “dentro e fuori la pancia di mamma”.

L'Assessore alle Pari Opportunità della Regione Campania Chiara Marciani ha consegnato i primi kit al reparto di Ostetricia e Ginecologia di Salerno, accompagnata dal Direttore Generale del Ruggi, dott. Giuseppe Longo, per promuovere iniziative di sostegno e dare indicazioni di buone pratiche ai neo genitori, per renderli sempre più consapevoli del loro ruolo per la salute dei figli e per la promozione del loro benessere

bootCamp
bootCamp
bootCamp
bootCamp
IL BAMBINO NELLA SUA FAMIGLIA
IL BAMBINO NELLA SUA FAMIGLIA
IL BAMBINO NELLA SUA FAMIGLIA

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS

A partire dai primi di febbraio è stata effettuata la distribuzione presso i 54 Punti Nascita della Campania per dare il benvenuto, con 12.000 kit, al nuovo piccolo cittadino.

Assieme al kit, consegnata alle mamme ed ai papà la Guida pratica per genitori, realizzata da Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale, Società Italiana Medicina Perinatale, Federazione Italiana Medici Pediatri e Associazione Italiana Genitori

Alcuni momenti della conferenza stampa.

Argomenti SIPPS prioritari e irrinunciabili del presente e del prossimo futuro

- Prevenzione e sicurezza alimentare nella tavola del bambino
- Prevenzione primaria dei disturbi del neurosviluppo e dello spettro autistico

Giovedì 31 Agosto 2017

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale
SIPPS

Libro a 7,90 € in più

CHE COS'È LA FELICITÀ?

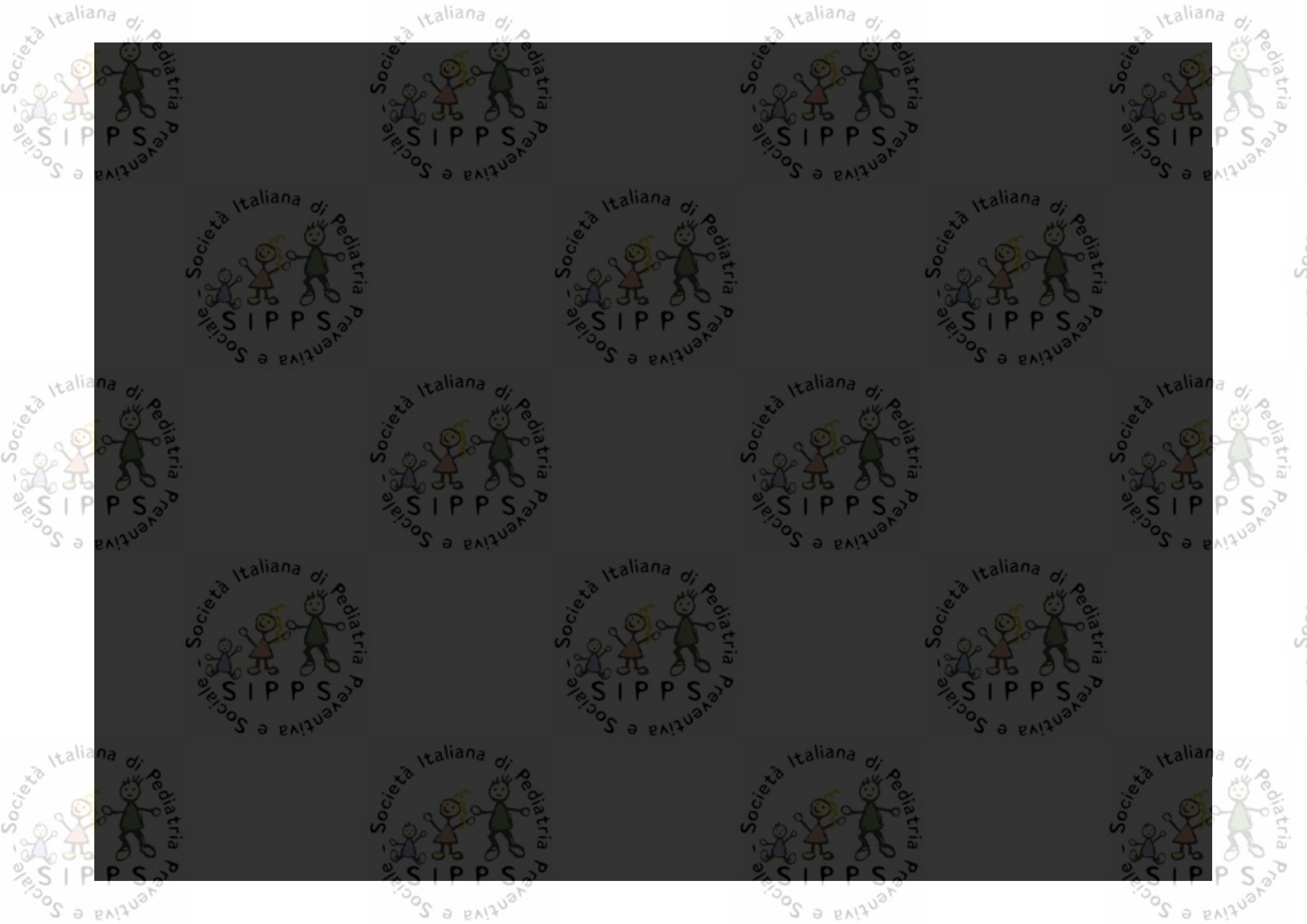
La maggior parte di noi passa la vita alla ricerca della felicità. Ma che cos'è? Come possiamo [e dobbiamo] ottenerla?

Original English language edition by
OXFORD UNIVERSITY PRESS

IN EDICOLA "FELICITÀ" di Daniel M. Haybron

MIND

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS


Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale
SIPPS