

Problemi gastroenterologici e nutrizionali nei bambini disabili

Un ambulatorio dedicato

Miris Marani*, Beatrice Feletti**, Maura Ricci***

*Pediatria, UO Pediatria, Ravenna; **Logopedista, UO Neuropsichiatria Infantile, ASL Ravenna; ***Fisioterapista UO Neuropsichiatria Infantile, ASL Ravenna

Abstract

Taking care of gastroenterological and nutritional problems in children with disabilities

A two year experience managing gastroenterological and nutritional problems in children with disabilities. A paediatrician with specific training in gastroenterology and nutrition, a speech therapist and a physiotherapist with a specific training in diagnosis and treatment of dysphagia are the dedicated staff. Cerebral palsy (50%), congenital neuromuscular diseases (25%) and serious forms of epilepsy (23%) are the main neurological diseases. Correlated problems are constipation, dysphagia, and gastroesophageal reflux. Different approaches to single problems are described.

Quaderni acp 2010; 17(4): 174-178

Key words *Disabilità. Gastroenterological diseases. Constipation. Gastroesophageal reflux. Dysphagia*

Viene riferita l'esperienza di due anni di un ambulatorio dedicato ai problemi gastroenterologici e nutrizionali dei bambini disabili. Il personale impiegato è composto da un pediatra con competenze di gastroenterologia e nutrizione pediatrica, da una logopedista e da una fisioterapista esperte nella diagnosi e nel trattamento della disfagia. Le patologie neurologiche di base sono prevalentemente la paralisi cerebrale infantile (50%), le malattie neuromuscolari congenite (25%), l'epilessia grave (23%). Le patologie gastroenterologiche correlate sono la stipsi, la disfagia, la malattia da reflusso gastroesofageo. Vengono descritte le modalità di approccio ai singoli problemi.

Parole chiave *Disabilità. Patologia gastroenterologica. Stipsi. MRGE. Disfagia*

Il problema della nutrizione dei bambini disabili è di quelli ostici, frustranti e perciò è spesso trascurati. Su questo problema, spesso angosciato per le famiglie, pubblichiamo una esperienza di un gruppo di professionisti guidati da una pediatra, operante in quello che una volta si chiamava "Ospedale provinciale", e un commento di un esperto gastroenterologo pediatrico.

Il dibattito è aperto.

La disfagia, la malnutrizione e le malattie respiratorie ricorrenti che ne conseguono, la malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE), la stipsi cronica e la *food aversion* si accompagnano alla disabilità con frequenza molto elevata e incidono significativamente sulla qualità di vita del bambino disabile e di chi se ne prende cura [1-2-3-4]. La necessità delle famiglie di avere una risposta a questo bisogno è viva e reale, anche se poco espressa.

Le famiglie dei bambini disabili sperimentano infatti, quotidianamente, lunghi tem-

pi di somministrazione del pasto e ansie di soffocamento, ospedalizzazioni frequenti per patologie respiratorie ricorrenti, pianto e agitazione notturna legati alla malattia da reflusso gastroesofageo, pratiche laboriose per favorire l'evacuazione. La malnutrizione inoltre incide poi sfavorevolmente sulla risposta alle terapie riabilitative, creando un circolo vizioso [5-6].

Per affrontare questo bisogno, nel 2008, d'accordo col direttore della UO di Pediatria dell'ASL di Ravenna, è stato istituito presso la Pediatria dell'ospedale un ambulatorio dedicato ai problemi gastroenterologici e nutrizionali dei bambini disabili. La Direzione Generale ha approvato e sostenuto il Progetto, partito nello stesso anno con un impegno di 18 ore mensili.

Gli obiettivi

Obiettivo dell'ambulatorio è prendersi cura dei problemi nutrizionali e gastroenterologici dei bambini e ragazzi con disabilità neurologica in età evolutiva allo

scopo di migliorare lo stato nutrizionale, ridurre la probabilità di *ab ingestis*, ridurre l'ansia e lo stress della famiglia.

All'interno degli obiettivi, la "filosofia dell'ambulatorio" è stata da subito ispirata a una bassa invasività nei confronti di bambini e famiglie già molto provati. Così si è scelto di: individuare i problemi e proporre soluzioni semplici; contenere il numero degli accessi del bambino nelle strutture sanitarie accorpando le richieste di esami in unico prelievo (per esempio bilancio nutrizionale in occasione di prelievo per livelli dei farmaci anticomiziali); limitare le richieste di esami invasivi; non aggiungere stress.

L'ambulatorio

L'approccio è stato necessariamente multidisciplinare, con l'ambulatorio gestito da tre figure professionali: un pediatra con competenze di gastroenterologia e nutrizione pediatrica, una logopedista e una fisioterapista esperte nella diagnosi e nel trattamento della disfagia.

Al bisogno il pediatra si avvale della collaborazione del Servizio di Nutrizione e Dietologia Clinica, del Servizio Endoscopia Digestiva, coadiuvato da Anestesiisti-Rianimatori, e dell'operato della Chirurgia Pediatrica di Area Vasta Romagna collocata a Rimini. Raramente e solo per casi complessi si ricorre alla valutazione della dinamica deglutitoria mediante fibroendoscopia (FEES) e video-fluoroscopia (VFS), privilegiando per quanto possibile la valutazione clinica. In questi pochi casi ci siamo avvalsi della collaborazione del Centro Disfagie dell'ASL di Rimini, punto di riferimento culturale per l'Area Vasta Romagna per le problematiche deglutitorie (*tabella 1*). L'opportunità di istituire un servizio "dedicato" è nata anche dalla constatazione che il tempo di "visita" per questi pazienti è particolarmente lungo, e que-

Per corrispondenza:

Miris Marani

e-mail: miris.marani@gmail.com

esperienze

sta attività risulta inseribile con difficoltà in un ambulatorio di Gastroenterologia Pediatrica di II livello.

L'approccio diagnostico

L'*anamnesi* comprende la raccolta dei dati riguardanti la patologia di base, la natura e il dosaggio dei farmaci assunti cronicamente, le ospedalizzazioni. Si concentra poi in particolare sulla ricorrenza di malattie respiratorie, la qualità del sonno notturno, la presenza di vomiti e rigurgiti, e le caratteristiche e la frequenza delle evacuazioni. Molto tempo è dedicato alla storia delle modalità di alimentazione (sonda oro-gastrica, biberon, seno, cucchiaino) e alla modalità di alimentazione attuale (postura del paziente, posizione del caregiver, strumenti utilizzati, tessitura, temperatura e consistenza del cibo, preferenze del bambino, ricorrenza di tosse e/o voce gorgogliante all'assunzione di liquidi).

L'*esame obiettivo del pasto* del paziente è una parte importante della valutazione. La famiglia viene invitata a portare da casa un alimento e uno strumento di somministrazione abituali. L'alimento viene somministrato in ambulatorio con le modalità usuali e commentato dalla logopedista o fisioterapista che forniscono alla madre indicazioni e suggerimenti mentre valutano le competenze del bambino nella gestione orale dell'alimento e le modalità di deglutizione. L'esame obiettivo del pasto in ambulatorio è completato dalla rilevazione periferica della SaO₂ come spia di eventuale "aspirazione" in bambini che non presentano un riflesso della tosse efficace.

L'*esame obiettivo* è mirato alla valutazione antropometrica (peso, lunghezza, BMI quando possibile e plicometria tri-cipitale e sottoscapolare quando non sia possibile rilevare la lunghezza), alla obiettività respiratoria e a quella addominale per valutare la ritenzione fecale. Si presta attenzione alla ispezione del cavo orale, sede frequente di patologie infiammatorie per le difficoltà di igiene accurata e di eventuali patologie dentali, comprese le erosioni come spia di MRGE. La logopedista o la fisioterapista (figure sostanzialmente intercambiabili, in quanto entrambe esperte nella valutazione della

TABELLA 1: UTILIZZO DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE PER LA VALUTAZIONE DELLA DISFAGIA E DELLA MRGE

Laringoscopia	4/60 pz.
Videofluoroscopia (studio dinamico della deglutizione)	4/60 pz.
Esofagogastroduodenoscopia	5/60 pz.

TABELLA 2: PATOLOGIE NEUROLOGICHE DI BASE

Paralisi cerebrale infantile	50%
Malattie neuromuscolari congenite	25%
Epilessia grave	23%
Atassia e ritardo psicomotorio di ndd	11%
Esito di meningoencefalite	5%
Disordine pervasivo dello sviluppo	5%
Altro	8%

TABELLA 3: PATOLOGIE CORRELATE

Disfagia	60%
Malattia da reflusso gastroesofageo	60%
Stipsi	60%
Malnutrizione	35%
Food aversion	16%
Anemia grave	10%

TABELLA 4: MODALITÀ DI ALIMENTAZIONE

Per bocca	85%
Gastrostomia endoscopica percutanea (PEG)	15%
Sonda naso gastrica	2 pz.

disfagia) eseguono poi una valutazione neuromotoria bucco-facciale.

La *cartella clinica* che viene redatta è mirata ai problemi di questa classe di pazienti. È stata provata e modificata durante il primo anno di attività dell'ambulatorio e ora si è giunti a una versione definitiva.

Le indicazioni alla famiglia

Le indicazioni fornite alla famiglia riguardano le strategie compensatorie per favorire l'alimentazione orale: consigli di postura, uso di ausili, densità e consistenza dell'alimento, modalità di somministrazione. Viene posta particolare attenzione alla somministrazione dei liquidi, la cui assunzione è particolarmente difficile nei pazienti disfagici e spesso finisce con l'essere insufficiente. Vengo-

no date indicazioni sulle modalità di addensamento dei fluidi per favorirne l'assunzione. Le indicazioni sulle strategie compensatorie sono fornite dalla logopedista o dalla fisioterapista. Il pediatra valuta la congruità nutrizionale della composizione dell'alimento e si occupa della diagnosi e del trattamento della MRGE e della stipsi.

La casistica

Dopo 2 anni di attività i bambini e ragazzi seguiti dall'ambulatorio sono 60, di età compresa fra i 6 mesi e i 17 anni. Il rapporto M:F è di 1.2:1;47 risiedono nell'ASL di Ravenna, mentre 13 provengono da fuori ASL.

Le patologie neurologiche di base sono riportate nella *tabella 2*. Alcuni pazienti

presentano più di una patologia, per esempio esito di meningoencefalite ed epilessia grave, PCI ed epilessia.

Le patologie gastrointestinali correlate sono riportate nella *tabella 3* e le modalità di alimentazione nella *tabella 4*, a proposito della quale va detto che, dei 2 pazienti alimentati con sonda naso-gastrica, uno è stato sottoposto a *funduplicatio* di Nissen e gastrostomia mentre l'altro è stato riabilitato ad alimentazione per os.

I problemi da risolvere

L'attuale impegno è volto alla soluzione di due problemi:

- l'impossibilità a erogare gratuitamente ai pazienti farmaci e prodotti consumati cronicamente e praticamente lifelong, come addensanti per i liquidi e/o bevande gelificate, lassativi osmotici come macrogol e lattitolo, integratori alimentari proteici o glucidici;
- il potenziamento della fase riabilitativa della disfagia attraverso l'intervento educativo della logopedista, diretto tanto alle famiglie quanto ai caregiver extrafamiliari (scuola con servizio di mensa, strutture ecc.).

Percepriamo da parte delle famiglie un gradimento superiore all'atteso per que-

sto servizio. L'attenzione delle figure professionali "principali" che si occupano del bambino con danno neurologico, come il neuropsichiatra infantile, il fisiatra, il fisioterapista, si concentra sui grandi problemi come controllo dell'epilessia e della disabilità motoria.

Ci siamo accorti di come problemi piccoli e collaterali, quali pasti lunghi e faticosi, o pianto e agitazione notturna, incidano sulla qualità di vita delle famiglie e inducano nelle madri frustranti sentimenti di inadeguatezza.

Riconoscere queste difficoltà, anticiparne l'esistenza, discuterne i possibili rimedi è di sollievo per le famiglie e soprattutto per le madri, sempre principali e spesso uniche caregiver di questi pazienti.

Conclusioni

Le patologie gastroenterologiche e nutrizionali dei bambini con disabilità neurologica costituiscono un problema già da tempo individuato e descritto in letteratura, ma che a tutt'oggi stenta a trovare un approccio riabilitativo e terapeutico di provata efficacia. Non vi è dubbio che più figure professionali debbano far convergere le loro competenze su questi bambini che hanno spesso patologie molto diverse tra loro per natura, gravità e poten-

ziale evolutività. I bisogni di questi pazienti devono, ove possibile, essere intercettati precocemente, con l'avvio a un trattamento che, pur essendo strettamente individuale, non può non darsi obiettivi realistici e misurabili. L'esperienza descritta rappresenta il punto di partenza di un progetto di presa in carico medico-riabilitativa e sociale che contiene potenzialità di sperimentazione e ricerca.

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

- [1] Sullivan PB. Gastrointestinal disorders in children with neurodevelopmental disabilities. *Dev Disabil Res Rev* 2008;14:128-36.
- [2] Campanozzi A, Capano G, Miele E, et al. Impact of malnutrition on gastrointestinal disorders and gross motor abilities in children with cerebral palsy. *Brain Dev* 2007;13:25.
- [3] Tedeschi A. Gastrointestinal and feeding problems of the neurologically handicapped child. In: Guandalini S. *Essential Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*. Chicago: McGraw-Hill, 2005.
- [4] Schwarz S.M, Corredor J, Fisher-Medina J. Diagnosis and treatment of feeding disorders in children with developmental disabilities. *Pediatrics* 2001;108:671-6.
- [5] Tedeschi A. La nutrizione nella patologia neurologica. *Medico e Bambino* 2001;20:158-62.
- [6] Tedeschi A. Tempi e modalità di prevenzione della malnutrizione ospedaliera: il bambino cerebroleso. *Medico e Bambino* 2000;19:296-99.

Commento

Enrico Valletta, Martina Fornaro, UO Pediatria, AUSL Forlì

L'argomento che Miris Marani e coll. ci propongono è di quelli ostici, spesso trascurati dalla "grande medicina" e nei quali la complessità dei problemi da affrontare fa intuire la difficoltà del compito assunto e forse il rischio della frustrazione rispetto agli obiettivi in gioco. È un tema che merita di essere ripreso e ripensato perché rappresenta un bisogno reale e perché davvero può ancora esprimere un grande potenziale di sperimentazione e di ricerca [1].

Occorre conoscere e saper riconoscere il problema: è questo il primo messaggio

Per corrispondenza:
 Enrico Valletta
 e-mail: e.valletta@ausl.fo.it

che ci viene dato dalle Autrici. La prevalenza della sola paralisi cerebrale infantile (PCI) è circa 2-4/1000 nati vivi, ma almeno altrettanti sono affetti da patologie neurologiche o neuromuscolari diverse che si accompagnano con elevata frequenza a disturbi dell'alimentazione, della nutrizione, della crescita e, più in generale, della funzione gastrointestinale [2]. Sono numeri importanti che non possono non destare attenzione. Circa il 90% dei bambini con PCI e tetraparesi spastica ha problemi di alimentazione e una patologia (esofagea o respiratoria) correlata al reflusso gastroesofageo è presente nel 70-80% di questi pazienti. C'è poi quella non trascurabile parte dei neonati o prematuri che esce dalle terapie intensive neonatali (non necessariamente

con sequele neurologiche) dopo essere stata a lungo alimentata o ventilata artificialmente e che mostra gradi variabili di disfagia nel corso della prima infanzia. In questi bambini le normali tappe dello sviluppo neurologico che portano alla coordinazione del succhiamento con la deglutizione e la respirazione sono state in qualche modo interrotte o ritardate [3]. Gli effetti di questa interferenza si rendono evidenti anche nei successivi passaggi legati all'alimentazione: difficoltà all'introduzione dei cibi solidi, dieta monotona e selettiva fino alla vera e propria "food aversion". Se non riconosciamo precocemente l'esistenza di un disturbo connesso all'alimentazione, ci dovremo confrontare, probabilmente in tempi non lunghi, anche con un proble-

ma legato alle carenze nutrizionali. Mantenere la funzione per quanto possibile o, meglio ancora, favorirne il recupero e il successivo sviluppo verso livelli più elevati di autonomia e di "normalità" rappresentano i modi migliori per ritardare o scongiurare del tutto l'eventuale ricorso a tecniche di nutrizione artificiale. L'esperienza del Centro di riabilitazione della prof. Dunitz-Scheer (Università di Graz, Austria) (www.notube.at), riportata a Trieste pochi anni fa, ci fa capire quanto sia importante e insieme complesso lavorare su problemi di questo tipo.

A questo punto dobbiamo però chiederci se essere consapevoli del dato di patologia implica necessariamente avere in mano gli strumenti culturali e riabilitativi capaci di porvi rimedio. La risposta che ci sentiremmo di dare, oggi come oggi, è probabilmente "no" o quantomeno non per tutti. Bisogna però riconoscere che l'esperienza delle colleghe di Ravenna ci (ri)dice che di questo ci si deve occupare e cosa si può fare. Ragionare sui singoli aspetti del problema e sulle differenze esistenti tra i diversi gruppi di pazienti può servire a individuare meglio le nostre carenze e a focalizzare le possibili aree di intervento. Gli strumenti diagnostici ci sono e, come sottolineano Marani e coll., il problema è semmai non usarne troppi.

La storia e l'obiettività di questi bambini sono spesso più che sufficienti per individuare gli aspetti su cui concentrarsi. La stipsi è molto frequente, non richiede indagini, va trattata costantemente con fibre, idratazione o polietilenglicole a seconda dei casi. Anche per il reflusso gastroesofageo prevale la strategia del trattamento con inibitori di pompa protonica nei sottogruppi a rischio (soprattutto PCI e patologie neurologiche gravi), riservando gli accertamenti invasivi ai casi più gravi o in previsione di un approccio chirurgico o gastrostomico. La disfagia rappresenta invece il vero nucleo duro del problema, quello su cui dovremmo lavorare di più ma su cui sappiamo e possiamo meno.

Il danno polmonare cronico da aspirazione e la grave malnutrizione sono le conseguenze più evidenti e devastanti per il bambino e finiscono, talora, con influen-

zarne in misura rilevante la prognosi. Intercettare precocemente il problema è compito del livello di cure primarie o di ambulatori dedicati, come quello proposto e, possibilmente, localizzati sul territorio perché, quando il bambino arriva all'attenzione del gastroenterologo pediatrico in ospedale, magari di terzo livello, è probabilmente troppo tardi e la nutrizione artificiale diventa un'opzione quasi inevitabile.

Il trattamento "riabilitativo" della deglutizione nel bambino neurologico deve iniziare prima possibile, essere protratto nel tempo, avvalersi di competenze specifiche che purtroppo spesso non sono disponibili né improvvisabili o semplicemente mutuabili dall'esperienza dell'adulto. Si ha l'impressione che la competenza e lo sforzo riabilitativo che, sempre più diffusamente, vengono messi in campo per recuperare a una corretta oralità l'adulto colpito da un evento neurologico acuto, stentino a trovare uguali motivazioni nel bambino che deve salvaguardare le ridotte competenze residue o addirittura acquisirle ex novo.

Là dove la motivazione emerge, vengono talora a mancare le risorse disponibili, la chiarezza degli obiettivi o anche semplicemente la loro misurabilità. Bisogna andare, ma meglio sapere dove e, se possibile, valutare oggettivamente il risultato del proprio intervento per meglio indirizzarlo. Una buona conoscenza dei complessi meccanismi che regolano lo sviluppo della deglutizione e dell'alimentazione nei primi mesi di vita appare sempre più indispensabile per poter aiutare i bambini con patologie nel loro difficile percorso di recupero [4]. Gli sforzi che già vengono messi in atto nelle terapie intensive e nelle neonatologie per salvaguardare queste fondamentali funzioni dovrebbero accompagnare il lattante anche e soprattutto dopo la dimissione dall'ospedale.

Ogni bambino con disfagia rappresenta certamente un caso a sé che merita di essere osservato, valutato, riabilitato, facendo riferimento alla sua storia, alle sue risorse e al contesto familiare nel quale è inserito. Vale appena la pena accennare al grande significato che il tema dell'alimentazione ha per i genitori di un bambino con handicap neurologi-

co. D'altra parte, l'ex prematuro estremo ha problemi alimentari diversi dal bambino con PCI, che è a sua volta diverso dal paziente con encefalopatia progressiva o con patologia neuromuscolare a esordio tardivo. Capire cosa è meglio fare per ciascuno di questi sottogruppi può aiutarci a non disperdere le poche risorse disponibili.

Infine c'è il problema della malnutrizione. Anche su questo c'è ancora molto da capire. Quali sono realmente i fabbisogni energetici e di micronutrienti dei bambini con patologia neurologica? Quali sono i corretti standard di riferimento per valutarne l'accrescimento? Quali sono gli obiettivi nutrizionali realisticamente proponibili e quale l'impatto dei nostri interventi sulla qualità di vita, la morbilità e la sopravvivenza dei nostri pazienti? Quasi nessuna di queste domande ha oggi una risposta certa ed è forte la necessità di dare basi più sicure ai nostri interventi [5]. Gli apporti energetici necessari sono generalmente inferiori (anche del 30-40%) a quelli raccomandati per i bambini sani e certamente le curve di crescita che utilizziamo comunemente hanno poco a che fare con i ritmi di crescita dei soggetti con PCI. Se cerchiamo di portare il nostro bambino al 50° centile del peso per l'altezza, stiamo quasi certamente sbagliando perché ci sarà un inutile e forse anche dannoso accumulo di massa grassa ed è esperienza personale di bambini molto ben nutriti, ma con gravi encefalopatie progressive che vanno rapidamente incontro a morte per una sorta di crollo "metabolico". In qualche altro caso, per quanti sforzi facciamo anche con l'impiego della nutrizione artificiale, riusciremo a ottenere modestissimi risultati perché la malattia è in fase troppo avanzata e qualsiasi tentativo di modificarne il decorso pressoché inutile.

Forse, anche l'impressione di incidere sempre positivamente sulla qualità di vita dei nostri pazienti andrebbe sottoposta ad attenta verifica [6]. Quando la riabilitazione manca, fallisce o ha esaurito il suo compito, è arrivato il momento della nutrizione enterale. Passaggio drammatico sempre, pur con infinite sfumature, per i genitori di un bambino con disfagia. A quindici anni dalla nostra

prima esperienza con la gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), crediamo che il suo ruolo sia ancora oggi sottovalutato o mal interpretato. Rappresenta quasi sempre l'ultima spiaggia, il segno tangibile e visibile di un fallimento (dei medici e dei genitori insieme), arriva spesso troppo tardi, quando il suo ruolo nutrizionale e di protezione delle vie aeree è ormai residuale e resta solo la funzione puramente alimentare e di somministrazione di liquidi e farmaci. È un fatto culturale (di medici e genitori insieme) l'essere restii a considerare la nutrizione enterale come un possibile supporto nella fase riabilitativa, un intervento a termine che contribuisce a mantenere in equilibrio gli aspetti nutrizionali e a minimizzare gli incidenti respiratori mentre si lavora sul mantenimento o il recupero della funzione. Ma forse anche perché spesso manca chi sia in grado di fare questo lavoro.

Il modello assistenziale proposto dalle colleghe di Ravenna non ha certo la pretesa di mostrarci un punto di arrivo, quanto di ribadire che occorre partire perché, pur con le scarse certezze disponibili, il problema esiste e non è di quelli che possono essere trascurati ancora a lungo. Occorre porsi in un'ottica di ricerca e di verifica del proprio operato sperimentando nuove ipotesi di lavoro e misurandone gli esiti nella propria realtà. ♦

Bibliografia

- [1] Marani M, Feletti B, Ricci M. Problemi gastroenterologici e nutrizionali di bambini disabili. Un ambulatorio dedicato. Quaderni acp 2010; 17:174-6.
- [2] Da Costa SP, van den Engel-Hock L, Bos AF. Sucking and swallowing in infants and diagnostic tools. J Perinatol 2008;28:247-57.
- [3] Delaney A, Arvedson JC. Development of swallowing and feeding: prenatal through first year of life. Develop Disabil Res Rev 2008;14:105-17.
- [4] Mahant S, Friedman JN, Connolly B, et al. Tube feeding and quality of life in children with severe neurological impairment. Arch Dis Child 2009; 94:668-73.
- [5] Reilly S, Skuse D, Poblete X. Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: a community survey. J Pediatr 1996;129:877-82.
- [6] Merchand V, Motil KJ, and the NASPGHAN Committee on Nutrition. Nutrition support for neurologically impaired children: a clinical report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. JPGN 2006;43:123-35.

NO COMMENT



DILUIRE IL LATTE MATERNO

Ci giunge notizia che un pediatra a Roma avrebbe consigliato a una mamma di una bimba di 5 mesi, "troppo grossa", e che allattata esclusivamente al seno, di tirare il latte e diluirlo con acqua.



IL BIBERON DEL SINDACO

Il comune di Vittorio Veneto ha stabilito di offrire un regalo a tutti i neonati della città: sapete qual è il dono? un biberon. Con molti fiocchi, ma un biberon.



LA FORMAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI

Una indagine Agenas rileva che i direttori generali delle ASL hanno fatto corsi di formazione per manager solo dopo 3 anni dal loro incarico (Il Sole24ORESanità 18/24 maggio 2010). Ma non li dovevano nominare per le competenze acquisite?



MILUPA: IL COFANETTO PER LE VACANZE

Pubblichiamo questo comunicato pervenuto (per errore?) alla nostra redazione

Fino al 19 giugno 2010, Milupa e Smartbox® saranno partner del concorso "Vinci una vacanza con Milupa" che mette in palio 50 "fughe romantiche" dedicate a mamme e papà.

Partecipare al concorso è semplicissimo! Basta acquistare, in una farmacia o in un negozio specializzato per bambini, cinque prodotti della linea svezzamento Milupa scegliendo fra pappe, biscotti, tisane, brodi, creme di cereali, vellutate e pastine, quindi richiedere la cartolina del concorso al negoziante e spedirla con le cinque prove d'acquisto.

I più fortunati parteciperanno all'estrazione dei 50 cofanetti Smartbox® in palio. Si può scegliere fra i cofanetti "Soggiorno Benessere", valido per un pernottamento per due persone con trattamenti benessere e prima colazione in 70 strutture di grande comfort e charme in tutta Italia, e "Due notti e una meta", che offre invece due pernottamenti per due persone con prima colazione nei migliori hotel Best Western d'Italia.

"Siamo lieti di essere al fianco di Milupa in questa iniziativa" – afferma Paola Pianciola, country manager Italia di Smartbox – "I cofanetti Smartbox rappresentano l'evoluzione del classico buono regalo, che si trasforma in un intrigante dono personalizzato, di sicuro gradimento, adatto a soddisfare i gusti e le passioni più varie, e soprattutto tutte le tipologie di target. Sono sicura che anche le mamme e i papà Milupa, se ancora non conoscono i nostri prodotti, sapranno apprezzarli e sfruttarli al meglio per un weekend tutto per loro".