

# L'adolescente, la sua sessualità e il rischio di infezioni sessualmente trasmesse

Graziottin A.

Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano

## Introduzione

L'adolescenza è, oggi più di ieri, un periodo di grandi inquietudini sul fronte psicoemotivo e sessuale (Graziottin 2007; Graziottin e Finzi 2007; Recalcatti 2014). E di grandi rischi sul fronte della salute: L'impulsività oggi accentuata dal ritardo maturativo del lobo frontale espone infatti molti adolescenti a rischi aumentati su molteplici fronti: delle gravidanze indesiderate (Graziottin 2007; Graziottin 2009; Kozhimannil et Al 2014), delle malattie sessualmente trasmesse (Graziottin e Serafini 2012; Raiford et Al 2013; Steiner et Al 2014), delle dipendenze da alcol, fumo e droghe (Lauterstein et Al 2014).

L'omissione diagnostica nei confronti di sintomi pesanti quale il dolore mestruale, che è importante fattore di rischio per l'endometriosi, rappresenta un importante fattore di vulnerabilità sul fronte sia dell'identità e della funzione sessuale, sia del profilo di salute generale e procreativo. Il non considerare il grande impatto terapeutico della riduzione della pausa libera di ormoni (Hormone Free Interval, HFI) nella contraccezione priva la giovane donna di un aiuto formidabile (Graziottin 2014b).

L'abuso di antibiotici aumenta le alterazioni degli ecosistemi, la crescita di biofilm patogeni vaginali e vescicali (Graziottin et Al 2014) e la vulnerabilità ad infezioni recidivanti (Salonia et Al 2013; Graziottin 2014a; Graziottin et Al 2014).

In una società multietnica, la consapevolezza di sottogruppi di adolescenti a più alto rischio deve essere ben considerata, specie quando può esporre a maggiori rischi di malattie sessualmente trasmesse (Raiford et Al 2013; Steiner et Al 2014).

Pediatra, andrologo e ginecologo (questo termine, con desinenza maschile, è usato per semplicità nell'indicazione di ruolo e va riferito indifferentemente a medici di ambo i sessi), oltre al medico di famiglia, sono gli interlocutori medici impegnati in prima linea per ridurre il profilo di rischio e migliorare il profilo di salute dei nostri adolescenti. Obiettivo di questo lavoro è rileggere soprattutto il profilo psicosessuale dell'adolescente. Sul sito [www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it) sono poi disponibili molteplici approfondimenti specifici sul tema dell'adolescenza, della contraccezione, del dolore, della sessualità e delle malattie sessualmente trasmissibili.

## Aspettativa di salute e aspettativa di vita

La grande sfida della medicina di oggi non è aumentare ancora l'*aspettativa di vita*, ma semmai allungare l'*aspettativa di salute*. La differenza tra queste due variabili individua infatti gli *anni di malattia*, di dipendenza, di tristezza, di degrado. Una differenza che purtroppo è in aumento nel mondo occidentale, seppure con gravità diversa a seconda dei Paesi considerati. Per mantenere più a lungo possibile la migliore capacità funzionale dei diversi organi e apparati, nonché dell'organismo umano nel suo insieme, e ridurre gli anni di malattia, sono state individuate nella donna tre aree di intervento preventivo e curativo:

- infanzia e adolescenza ("early life interventions");
- età adulta ("adult life interventions");
- postmenopausa ("postmenopausal preventive and curative strategies").

Nella maturità la donna raccoglie, in termini di salute, quanto ha seminato nella prima metà della vita. Per questo è essenziale *investire in futuro* cominciando da lontano, fin dai primi anni di vita. Soprattutto, dai primi anni dell'autodeterminazione consapevole, che coincidono di fatto con l'adolescenza.

In questo passaggio dalla terapia alla prevenzione, in adolescenza il pediatra e il ginecologo sono i primi medici di riferimento della donna. Un buon rapporto medico-paziente è essenziale per potenziare al massimo la collaborazione per un progetto di salute davvero longitudinale, in una prospettiva "*life-span*". E soprattutto per ottimizzare quegli aspetti preventivi, legati allo *stile di vita*, che danno i migliori risultati quanto più precocemente iniziati e quanto più continuativamente usati.

Per questo è essenziale che pediatra e ginecologo colgano questa nuova responsabilità e opportunità di intervento, valorizzando appieno l'*alleanza medico-paziente* per un *progetto di salute a lungo termine*.

L'adolescente, d'altra parte, guarda al mondo medico con ambivalenza. Da un lato può desiderare un aiuto specialistico extrafamiliare, specie quando problemi di salute – dall'amenorrea alla metrorragia, dalla dismenorrea alla cefalea catameniale, dall'acne all'ipertricosi fino all'irsutismo franco, dall'obesità all'instetismo corporeo, dalla gravidanza indesiderata alla malattia sessualmente trasmessa o alla droga – le fanno vivere con difficoltà, disagio o franco dolore lo sbocciare fisico della femminilità.

Ancor più quando le prime esperienze sessuali non sono solo forie-

re di emozioni gioiose e di incanti, ma anche di dubbi e incertezze, se non di veri problemi: dal dolore alla penetrazione alle cistiti (Graziottin e Murina 2011; Graziottin 2014a). Basti pensare al bisogno di contraccezione – e alle paure nei rapporti a rischio – o al timore di aver contratto malattie sessualmente trasmesse. Oppure ai disturbi del comportamento alimentare o, ancora, alle disfunzioni sessuali che possono turbare grandemente la percezione stessa della femminilità e l'autostima, in tempi in cui la "competenza erotica" è quasi diventata un obbligo da cui far dipendere il proprio giudizio di valore come donna e come amante.

Dall'altro lato, la donna può temere il medico come figura genitoriale, vissuta come persecutoria, o comunque lontana, distante, fredda, "meccanica", non attenta alle emozioni e alle sensazioni, e, soprattutto troppo spesso sorda a ogni tentativo di dialogo. Una recente indagine italiana ha documentato come il 39% delle donne cambi ginecologo dopo la prima visita ginecologica. Un dato che deve far riflettere e incoraggiarci, come medici, a potenziare quei cambiamenti, nei modi di porsi, di ascoltare, di affrontare i problemi, di gestire anche il delicato rapporto con l'adolescente e i suoi genitori, che stanno sullo sfondo, così da cogliere e valorizzare appieno la straordinaria opportunità di intervento che si apre quando un'adolescente chiede il nostro aiuto.

### Ambiti di intervento

Il primo incontro può avvenire in un ambito classico – l'ambulatorio medico – ospedaliero o privato. Oppure nei consultori familiari in cui la possibilità di incontri di gruppo stempera le ansie dell'incontro personale e può valorizzare al massimo la dinamica di gruppo e il supporto dei coetanei nel creare con il medi-

co una relazione fiduciaria, di lunga durata e profonda soddisfazione. Il primo incontro può anche avvenire a scuola, in modo meno diretto, ma ugualmente essenziale per le potenziali implicazioni, nell'ambito dei programmi di educazione sessuale. O, ancora, attraverso i media, giornali, radio, TV e, più recentemente, Internet: la Rete, se usata bene, può offrire una straordinaria opportunità educativa, oggi ancora in gran parte inesplorata.

Il diverso tipo di "setting", ossia di contesto in cui l'incontro avviene, connota già alcune delle variabili in gioco. Nell'ambulatorio è il corpo a essere apparentemente in primo piano, soprattutto quando il problema portato in consultazione è di tipo medico. Tuttavia, proprio in questo contesto, in cui pediatra e ginecologo si sentono più a proprio agio, possono accadere gli errori comunicativi peggiori.

Le ansie, le aspettative, le paure su quello che accadrà che ogni adolescente vive, seppur in vario grado, al momento della prima visita, la rendono estremamente vulnerabile ad amplificare ogni segnale che mandi in risonanza le sue personalissime paure. Il modo di condurre l'anamnesi, le caratteristiche dello sguardo e la frequenza dei contatti oculari, il sorriso, la mimica del volto, l'atteggiamento stesso della postura del medico, la sensazione di poter dedicare del tempo ad ascoltare senza precipitarsi sulla visita, possono immediatamente condizionare l'atmosfera, rasserenando le paure e migliorando la qualità dell'ascolto anche nella ragazza, se i segnali sono positivi. O, viceversa, amplificando le ansie, quando l'atteggiamento del medico è distante, affrettato, indifferente.

### Ascolto ed emozioni

Noi medici non valutiamo mai abbastanza quanto lo stato *emotivo* dei

nostri pazienti sia uno dei più potenti *fattori di distorsione* delle nostre parole. E quante volte l'impatto potenzialmente positivo di una consulenza ineccepibile sul fronte della competenza strettamente medica vada completamente perduto solo perché non si è posta abbastanza attenzione allo stato emotivo dell'adolescente.

In un certo senso, l'adolescente rappresenta un test clinico, "in vivo", della nostra psicoplasticità nel modulare linguaggio, verbale e non verbale, atteggiamenti, capacità di empatia e tipo di relazione a seconda dei bisogni del nostro interlocutore. In positivo, la sfida sottile di saper condurre in modo costruttivo l'incontro con una paziente – a volte obiettivamente difficile – qual è l'adolescente, può regalarci un premio di freschezza, di simpatia, di allegria, di lievità che può rasserenarci in giornate difficili, in cui casi clinicamente pesanti, per malattie gravi e/o difficoltà diagnostiche o terapeutiche, mettono a dura prova il nostro equilibrio interno e, a volte, la stessa autostima o la soddisfazione professionale.

### Le domande cliniche

La necessità *curativa* è ancora la motivazione principe nella consultazione in un setting medico. La motivazione *preventiva* – di informazione, chiarificazione, discussione, comprensione – è invece più forte negli incontri tra l'adolescente e il medico in contesti meno formali rispetto all'ambulatorio. In entrambi i casi, è tuttavia essenziale trasmettere alcuni principi cardinali, che verranno approfonditi tanto meglio quanto più la relazione sarà fiduciaria e continuativa:

- 1) il principio dell'*autoprotezione*, sul fronte sia della contraccezione, sia delle malattie sessualmente trasmesse;
- 2) il principio della *responsabilità*

verso la propria salute, con appropriati stili di vita, e verso gli altri, specialmente nella sessualità;

3) il principio del *limite*, e della necessità di mediazione quando esigenze preventive o curative appaiano in conflitto con le aspettative personali.

Quando un medico è riuscito a trasmettere questi principi, e a coinvolgere l'adolescente in un progetto di salute che la veda protagonista responsabile, ha certamente posto le migliori basi per *un'alleanza felice e un'aspettativa di salute ottimale*.

### **Problematiche sessuali**

Gli aspetti medici della consulenza ginecologica con l'adolescente sono in genere ben approfonditi durante la formazione specialistica. Restano invece usualmente disattesi i temi relativi alla sessualità dell'adolescente, che verranno quindi brevemente trattati in questa sede. Il mondo degli adolescenti è oggi estremamente articolato. Ragion per cui può essere più utile identificare gli ostacoli principali che ogni adolescente può incontrare sul proprio cammino verso la maturità sessuale, piuttosto che focalizzarsi su un improbabile modello di "normalità" o di patologia (Baldaro Verde e Graziottin 1991).

### **I bisogni psicosessuali**

Ognuno di noi, per essere sufficientemente soddisfatto della propria vita e avere un ragionevole "baricentro" affettivo, dovrebbe sentire appagati quattro bisogni fondamentali (Baldaro Verde 1992):

- attaccamento (affettivo);
- autonomia;
- identità sessuale;
- autostima e autorealizzazione.

La nostra capacità di amare dipende anzitutto dall'aver vissuto relazioni affettive profonde e gratificanti, che rappresentano la base sicura su cui costruire l'equilibrio della personali-

tà (Bowlby 1989). È da questa base sicura che ognuno di noi può partire per incontrare l'altro con fiducia, con la sicurezza che l'abbandono emotivo al piacere e all'intimità non lo esporrà a ferite e inganni. Fiducia che non significa cieca resa, ma capacità di discriminare gli amici dai predatori su un principio di realtà.

### **Il conflitto tra bisogno d'attaccamento e di autonomia**

Il primo ostacolo per l'adolescente è proprio rappresentato dall'uscita dalla famiglia per entrare nel mondo dei coetanei e degli adulti. Bisogna superare il delicato passaggio fra attaccamento affettivo e autonomia interiore per arrivare a vivere fuori dalla famiglia la capacità di amare e essere riamati, su un principio di reciprocità.

L'ostacolo può presentarsi in forma diversa:

1) come *eccessivo attaccamento alla famiglia* e, in particolare, alla madre. L'ipersollecitudine materna può rappresentare un "trauma cumulativo" di pari intensità, anche se di segno opposto, all'assenza di cure. Le madri troppo "presenti", troppo "brave", finiscono per inibire l'aggressività sana del bambino e dell'adolescente impedendone o rallentandone un sano distacco. Per esempio, alcune ragazze anoressiche hanno spesso alle spalle un attaccamento eccessivo e prolungato con la famiglia d'origine. È interessante notare che la ragazza anoressica, che ha così grandi difficoltà nel trovare la giusta misura fra attaccamento affettivo e autonomia, presenta anche un vaginismo nel 32% dei casi. Come a dire che, se il corpo non si apre al piacere del cibo, che è un noto equivalente dell'amore materno, non può neppure aprirsi con fiducia all'intimità sessuale;

2) come *distacco eccessivamente pre-*

coce. La carenza di cure e di amore familiare può, di converso, indurre l'adolescente ad esperienze sessuali molto precoci, specie in contesti e/o gruppi sociali a rischio (Raiford et Al 2013; Steiner et Al 2014; Lauterstein et Al 2014): non tanto o non solo per l'urgenza del desiderio fisico, quanto per un uso strumentale, "non sessuale", del sesso. Specie quando viene considerato un supporto per confermarsi nella propria identità sessuale. L'adolescente ricerca allora il contatto fisico per avere amore, attenzione, affetto, per ottenere inconsciamente quell'appagamento del bisogno di intimità emotiva che non è stato soddisfatto in casa. L'adolescente, anche giovanissima, fa allora del sesso un antidoto alla solitudine, come ponte verso un abbraccio, verso un po' di attenzione, di presenza, di calore. Proprio perché i bisogni sono altri, e l'interlocutore è spesso altrettanto giovane e incapace di soddisfarli, o, se più adulto, è spesso un predatore, ecco che la frustrazione affettiva diventa tanto più grande quanto maggiore è la promiscuità sessuale. Fino a quadri di vera e propria "bulimia sessuale", intendendo con questo termine l'abbuffata di sesso, spesso promiscuo, come risposta angosciata ad una sensazione di solitudine che l'adolescente non riesce ad affrontare in modo soddisfacente sul terreno psicoemotivo. Promiscuità che è espressione non di un vero desiderio sessuale, ma del bisogno compulsivo di riempire un vuoto interiore che diventa sempre più difficile da colmare (Raiford et Al 2013; Steiner et Al 2014; Lauterstein et Al 2014). Purtroppo la natura compulsiva di questo comportamento si accompagna in genere ad un *abbassamento della soglia di autoprotezione*, con

aumento del rischio di concepimenti indesiderati e malattie sessualmente trasmesse (Raiford et Al 2013; Steiner et Al 2014; Lauterstein et Al 2014). Riconoscere queste adolescenti a rischio e riuscire a stabilire una sana alleanza terapeutica è premessa indispensabile per correggere un percorso di autodistruzione tanto più difficile da modificare quanto più tardivamente si interviene.

La frustrazione del bisogno di attaccamento, durante la prima e la seconda infanzia, può manifestarsi anche con altri tipi di patologie a esordio precoce: la tossicodipendenza, l'alcolismo, i disturbi del comportamento alimentare e le fobie. Aspetti diversi con cui la psiche dell'adolescente esprime la fame di affetto e il bisogno di trovare oggetti d'amore sostitutivi, reali o artificiali. L'equivalente sessuale di questi disturbi può essere molto vario e oscillare fra l'anorexia sessuale (caratterizzata da una assenza o quasi di desiderio sessuale) e la bulimia erotica, fino alla promiscuità compulsiva cui si è sopra accennato; tra l'inibizione in stato di lucidità e la disinibizione, potenzialmente lesiva per sé e per gli altri, sotto l'effetto di alcol o droghe; tra ansia da prestazione (Graziottin 2011), esacerbata dal bisogno di assicurarsi sulla propria normalità, e le fobie sessuali, fino alla vera e propria avversione fobica a qualsiasi forma di contatto intimo. Queste ultime possono poi somatizzarsi sotto forma di vaginismo, nella ragazza, dando luogo a vari gradi di dispareunia fino a una vera e propria impossibilità al coito. Un ruolo essenziale ha il ginecologo nel riconoscere le cause biologiche della dispareunia – tra cui la vestibolite vulvare (ora nota anche come vestibolidinia provocata) – e nel mettere in atto le strategie terapeutiche più effi-

caci, per restituire alla ragazza la gioia di una normale vita sessuale, libera da dolore.

3) come *autonomia illusoria*. L'illusione di aver già maturato un sano distacco dalla famiglia è presente tutte le volte in cui comportamenti a rischio vengono inconsciamente messi in atto in chiave "dimostrativa", per assicurarsi sulla propria indipendenza e autonomia e confermare eventualmente una leadership all'interno del gruppo dei coetanei. Questa illusione è particolarmente pericolosa quando coinvolge il comportamento erotico, simbolo di raggiunta maturità, che può allora essere vissuto in modo spregiudicato senza tener conto dei rischi che può comportare, specie riguardo ai concepimenti indesiderati e alle malattie sessualmente trasmesse, oggi in crescita drammatica. Con due picchi importanti per quanto riguarda la Chlamydia e i Papillomavirus, che riconosce nel fumo un fattore di potenziamento patogeno, anche a livello orale (Fakhry et Al 2014; Coles et Al 2014). Papillomavirus in continua diffusione anche perché la campagna vaccinale non ha ancora raggiunto la copertura ottimale.

### Il bisogno di identità sessuale

Il secondo grande ostacolo riguarda la corretta percezione della propria identità sessuale. Quest'ultima si fonda sull'"identità di genere" (espressione del sesso cromosomico, anatomico e, conseguentemente, anagrafico), di *ruolo* (quello che ognuno di noi fa e dice per indicare a se stesso e agli altri la propria identità) e di *méta* (relativa all'oggetto di desiderio, che può essere omo o eterosessuale). La percezione sessuale di sé si completa poi, dal punto di vista psicosessuale, attraverso l'identificazione con il genitore dello stesso sesso e la complementazio-

ne con quello di sesso opposto. Da questo insieme di natura, cultura e affetti ognuno di noi matura la propria personalissima percezione della propria identità. Che può essere debole, forte, fragile, vulnerabile, rigida o fluida o, ancora, integra o frammentaria. È essenziale riconoscere che anche la percezione di identità è plastica e soggetta a variazioni importanti, in particolare nell'adolescenza. Saper cogliere le possibili domande sull'identità sessuale rappresenta un altro ponte prezioso per stabilire un rapporto fiduciario con l'adolescente.

### L'importanza del corpo

L'io, diceva Freud, è innanzitutto un io corporeo. E mai come oggi *l'immagine di sé* è importante anche per la percezione dell'identità sessuale. L'adolescenza, con tutti i cambiamenti fisici che comporta, rappresenta per l'identità sessuale la maggiore crisi evolutiva di tutta l'esistenza. Tre sono i punti di maggiore vulnerabilità:

- il primo riguarda la propria *adeguatezza o meno agli standard di bellezza proposti dai media*. Quanto maggiore è il divario, tanto più grande è la vulnerabilità a complessi di inferiorità e ad atteggiamenti depressivi e involutivi che possono poi "scompensare" in atteggiamenti di esasperata trascuratezza o, di converso, supercompensarsi in maniacale e ossessiva ricerca della perfezione cosmetica ed estetica, come se l'essenza dell'io fosse l'immagine riflessa nello specchio e negli sguardi, più o meno ammirati, degli altri;
- il secondo riguarda più specificamente la forma dei *caratteri sessuali primari e secondari*. Nella ragazza, la forma e le dimensioni del seno e, più recentemente, della vulva (in particolare delle piccole labbra) sono vissuti come gli equivalenti della vera femmi-

nilità. La critica e l'insoddisfazione verso le diverse caratteristiche del corpo può arrivare a vere e proprie "dismorfofobie", in cui l'avversione a quel particolare aspetto di sé coagula in realtà sentimenti di inadeguatezza che hanno profonde radici emotive ed affettive, prima ancora che fisiche. Sono questi sentimenti di inadeguatezza che spingono molti adolescenti – specie femmine – dal chirurgo plastico, alla ricerca della panacea chirurgica che magicamente rassicuri, confermi e aumenti il potenziale seduttivo ed erotico, inseguendo un'improbabile, ancorché seducente, promessa di felicità. Sentimenti di inadeguatezza rispetto al Sé corporeo possono attivare depressioni reattive, troppo spesso non riconosciute, che necessitano di adeguata diagnosi e terapia, anche farmacologica, oltre che psicologica (El Ansari et Al 2014). Il ginecologo è spesso il primo medico cui la ragazza esprime i propri dubbi sull'adeguatezza della propria immagine corporea e dei propri caratteri sessuali secondari. E' quindi necessaria una grande accortezza e competenza nel porre un'adeguata diagnosi differenziale tra i desideri di cambiamento che hanno una base oggettiva (come nelle marcate ipoplasie mammarie) e quelli che sono invece espressione di depressione e dismorfofobia, che sarebbe più saggio suggerire di affrontare sul terreno psicologico;

- il terzo riguarda la *mestruazione* e, in particolare, il *vissuto mestruale*. Il rapporto che la ragazza ha con le mestruazioni riassume infatti il suo rapporto con la femminilità e il suo stesso essere donna. Anche per questo l'amenorrea, la dismenorrea, l'oligomenorrea e gli altri disordini del ciclo dovrebbero essere colti in entrambe le dimensioni: somatico-biologica, che il gine-

cologo tratta già con competenza, ma anche psicosessuale. Di particolare importanza, in quest'ambito, è imparare a cogliere le paure inesprese, i sentimenti di inadeguatezza, le incertezze sul proprio futuro di donna, sulla fertilità, sulla stessa capacità di avere bambini sani, che spesso sono sottesi dal disturbo mestruale. E' inoltre prezioso, per la salute fisica e in particolare sessuale, che il ginecologo colga l'occasione della prima visita per trasmettere anche alcuni consigli sull'igiene intima. Un'igiene eccessiva, inappropriata e a volte francamente maniacale priva infatti le mucose genitali del necessario film lipidico protettivo, rendendole più vulnerabili a sviluppare dermatiti da contatto e allergie. L'uso continuativo di salvaslip, body, collant e jeans stretti mantiene inoltre le secrezioni vaginali a continuo contatto con il vestibolo vulvare, finendo per favorire un'altra temibile patologia, oggi in netta ascesa: la vestibolite vulvare (vestibolodinia provocata), che si caratterizza per tre sintomi e segni cardinali: variabile rossore del vestibolo vulvare, con bruciore e/o prurito; dolore acuto alle 5 e alle 7, se si immagina l'introito vulvare come il quadrante di un orologio; e un vario grado di dispareunia, cui corrisponde un ipertono difensivo del muscolo pubo-coccigeo, spesso associato a mialgia dello stesso con tender e/o trigger points all'inserzione del muscolo sulla spina ischiatica bilateralmente (Graziottin e Murina 2011). Una diagnosi accurata, e una strategia terapeutica che corregga i diversi fattori eziopatogenetici – infiammatori, muscolari, psicoemotivi e legati a igiene inappropriata – che concorrono a causare e/o mantenere la vestibolite è uno dei punti cardinali di un approccio clinico davvero attento alla qualità della

vita della paziente. Il counselling clinico dovrebbe anche essere aperto all'uso della protezione intima, con i suggerimenti adeguati. In particolare, va ricordato che, qualora la ragazza dica di avere difficoltà ad usare i tamponi interni, questo piccolo segnale potrebbe indicare la presenza di un imene rigido e/o cercinato (se virgo) o di un ipertono dell'elevatore spesso accompagnato da vestibolite vulvare (vestibulodinia provocata) e dispareunia (Graziottin e Murina 2011), condizioni che vanno adeguatamente trattate. E' anche importante rassicurare la ragazza sulla sicurezza per la salute dell'uso dei tamponi interni, indubbiamente utili anche per poter vivere con pienezza lo sport, i viaggi, il mare anche nei giorni di flusso. Il consiglio ottimale è di alternare la protezione interna con tamponi, di giorno, con una protezione esterna, meglio ancora se in cotone o con materiali comunque traspiranti, la notte, così da garantire un'igiene ottimale rispettosa degli ecosistemi delle mucose vaginali e degli epitelii vulvari (Graziottin et Al 2014).

Grande attenzione va poi posta all'uso della contraccezione ormonale e alla qualità della vita sessuale (Graziottin 2014b; Smith et Al 2014).

### Conclusioni

L'adolescenza rappresenta un periodo fondamentale per la maturazione dell'identità sessuale, della funzione sessuale e per la sperimentazione dei primi rapporti di coppia, prima in senso fantasmatico e poi nella realtà. Per l'adolescente, rappresenta il primo periodo della vita in cui può fare scelte in autonomia e autodeterminazione. Dal punto di vista medico, l'incontro con l'adolescente costituisce una straordinaria opportunità di alleanza per la salute. Attraverso la gestione attenta,

empatica, competente e capace di cogliere durante l'incontro sia la domanda medica, sia le sue implicazioni psicoemotive sessuali, pediatrica prima e ginecologo poi possono stabilire un rapporto fiduciario che può durare tutta la vita. È nell'adolescenza e nella prima giovinezza che noi possiamo porre le basi per stili di vita davvero alleati della salute, fisica ed emotiva. È lo *stile di vita* che

consente pragmaticamente e con la massima efficacia di prolungare *l'aspettativa di salute*, il vero obiettivo di chi oggi desidera essere medico non solo nell'urgenza curativa, ma in una prospettiva preventiva. Nello stesso tempo, il dialogo fiduciario e continuativo consente al medico di cogliere le prime battute di eventuali patologie, potendo di nuovo intervenire in modo efficace

e radicale. Nello specifico, il medico dell'adolescente è chiamato a intervenire sui due grandi fronti di emergenza: la contraccezione e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse. Partendo da queste domande, può poi intervenire su altri aspetti della ginecologia dell'adolescenza, ponendosi come ideale compagno di viaggio di un percorso di salute che può durare tutta la vita.

### Bibliografia

- Baldaro Verde J. Illusioni d'amore – Le motivazioni inconscie alla scelta del partner. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992
- Baldaro Verde J. Graziottin A. L'enigma dell'identità – Il transessualismo. Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1991
- Bowlby J. Una base sicura. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989
- Coles VA, Patel AS, Allen FL, Keeping ST, Carroll SM. The association of human papillomavirus vaccination with sexual behaviours and human papillomavirus knowledge: a systematic review. *Int J STD AIDS*. 2014 Oct 8
- El Ansari W, Dibba E, Stock C. Body image concerns: levels, correlates and gender differences among students in the United Kingdom. *Cent Eur J Public Health*. 2014 Jun; 22 (2): 106-17
- Fakhry C, Gillison ML, D'Souza G. Tobacco use and oral HPV-16 infection. *JAMA*. 2014 Oct 8; 312 (14): 1465-7
- Graziottin A. Contraccezione ormonale: le ragioni forti della compliance e dell'aderenza alla terapia. Il Pensiero Scientifico Editore, 2007
- Graziottin A. Contraccezione d'emergenza. Tutto quello che le donne – e le coppie – vogliono sapere in: AA. VV., *Acrobate – A 50 anni dalla pillola anticoncezionale*, 40 dalla rivoluzione sessuale e 30 dalla legge 194, Prefazione e approfondimenti di Alessandra Graziottin, Intermedia, Brescia, 2009, p. 148-153
- Graziottin A. Sessualità e fisiopatologia sessuale. in: Zanoio L. Barcellona E. Zacché G. (a cura di), *Ginecologia e Ostetricia*, con tavole di F. H. Netter, Elsevier, Milano 2011, p. 165-196
- Graziottin A. Recurrent cystitis after intercourse: why the gynaecologist has a say. in: Studd J, Seang L.T. Chervenak F.A. (Eds), *Current Progress in Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 2, Suketu P. Kothari - TreeLife Media, Mumbai, India, 2014a, p. 319-336
- Graziottin A. Contraception containing estradiol valerate and dienogest. Advantages, adherence and user satisfaction – La contraccezione con estradiolo valerato e dienogest. Il punto su vantaggi, aderenza e soddisfazione d'uso. *Minerva Ginecologica* 2014b, 66, 479-495
- Graziottin A. Zanello P.P. D'Errico G. Cistiti e vaginiti recidivanti: ruolo dei biofilm e delle persister cells. Dalla fisiopatologia a nuove strategie terapeutiche. *Minerva Ginecologica* 2014, 66, 497-512
- Graziottin A. Finzi E. Il rapporto madri-figlie in Italia. Una mamma per amica. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007
- Graziottin A. Murina F. Vulvodinia. Strategie di diagnosi e cura. Springer Verlag Italia, Milano, 2011
- Graziottin A. Serafini A. HPV infection in women: psychosexual impact of genital warts and intraepithelial lesions in: Takac I. (Ed), *Recent advances in cervical cancer*, Transworld Research Network, Kerala, India, 2012, p. 69-85
- Kozhimannil KB, Enns E, Blauer-Peterson C, Farris J, Kahn J, Kulasingam S. Behavioral and community correlates of adolescent pregnancy and chlamydia rates in rural counties in Minnesota. *J Community Health*. 2014 Oct 26. [Epub ahead of print]
- Lauterstein D, Hoshino R, Gordon T, Watkins BX, Weitzman M, Zelikoff J. The changing face of tobacco use among United States youth *Curr Drug Abuse Rev*. 2014 Oct 15. [Epub ahead of print]
- Raiford JL, Seth P, DiClemente RJ. What girls won't do for love: human immunodeficiency virus/sexually transmitted infections risk among young African-American women driven by a relationship imperative. *J Adolesc Health*. 2013 May; 52 (5): 566-71. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.006. Epub 2012 Dec 5.
- Recalcati M. La forza del desiderio. Edizioni Qiqajon, Magnano (BI), 2014
- Salonia A, Clementi MC, Graziottin A, Nappi RE, Castiglione F, Ferrari M, Capitanio U, Damiano R, Montorsi F. Secondary provoked vestibulodynia in sexually-active women with recurrent uncomplicated urinary tract infections. *J Sex Med*. 2013 Sep; 10 (9): 2265-73. doi: 10.1111/jsm.12242. Epub 2013 Jul 22
- Smith NK, Jozkowski KN, Sanders SA. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med*. 2014 Feb; 11 (2): 462-70
- Steiner RJ, Swartzendruber AL, Rose E, DiClemente RJ. Monitoring knowledge among family, sexually transmitted infections, and sexual partnership characteristics of African American adolescent females. *Sex Transm Dis*. 2014 Oct; 41 (10): 601-4. doi: 10.1097/OLQ.000000000000188



# PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

## Seminare salute

Atti XXVI Congresso Nazionale SIPPS

*Relazioni, abstract e comunicazioni orali*

*Consensus conference*

Prevenzione delle Allergie Alimentari e Respiratorie  
Uno strumento per la pratica quotidiana

*Roseo Hotel Leon D'Oro*

Verona, 27-29 Novembre 2014



# PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

## SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

### PRESIDENTE

Giuseppe Di Mauro

### VICE PRESIDENTI

Sergio Bernasconi

Gianni Bona

### CONSIGLIERI

Salvatore Barberi

Claudio Maffeis

Vito Leonardo Miniello

Emanuele Miraglia del Giudice

### SEGRETARIO

Giuseppe Varrasi

### TESORIERE

Annamaria Castellazzi

### REVISORI DEI CONTI

Elena Chiappini

Daniele Ghiglioni

Elvira Verduci (Supplente)

### PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ

### DIRETTORE RESPONSABILE

Guido Brusoni

### DIRETTORE

Giuseppe Di Mauro

### COMITATO EDITORIALE

Salvatore Barberi

Sergio Bernasconi

Gianni Bona

Annamaria Castellazzi

Elena Chiappini

Ruggiero Francavilla

Daniele Ghiglioni

Paola Giordano

Franco Locatelli

Claudio Maffeis

Lorenzo Mariniello

Gianluigi Marseglia

Vito Leonardo Miniello

Emanuele Miraglia del Giudice

Giuseppe Varrasi

Leo Venturelli

Elvira Verduci

## Atti XXVI Congresso Nazionale SIPPS Seminare salute

### INTRODUZIONE

#### Seminare salute

*Di Mauro G.*

9

### RELAZIONI 2014

#### Allergia alimentare e dermatite atopica

*Peroni D.*

20

#### “L’Endoscopia nasale nella patologia delle Vie Aeree Superiori (VAS) del bambino”

*Varricchio A.*

23

#### Crescere dritti!

*Carbone M.*

27

#### Le origini della salute e delle malattie: l’ipotesi di Barker (Parte I)

*Boner A, Tezza G, Cogo I, Tenero L.*

29

#### L’origine della salute e delle malattie: l’influenza di malattie e stile di vita materno durante la gravidanza (parte II)

*Boner A, Tezza G, Cogo I, Tenero L.*

38

#### I meccanismi epigenetici e l’impatto sociale dell’ipotesi di Barker (Parte III)

*Boner A, Tezza G, Cogo I, Tenero L.*

51

#### Il Cervello: uno specchio tra l’anima e l’ambiente

*Biggio G.*

59

#### Vecchie e nuove dipendenze

*Serpelloni G, Rimondo C.*

60

#### Il fumo di sigaretta

*Barberi S.*

61

---

<b>Il riconoscimento precoce dei disturbi dell'alimentazione</b>	
<i>Dalle Grave R.</i>	62
<b>Prevenzione andrologica in età pediatrica</b>	
<i>Saggese G, Cocchiola S.</i>	66
<b>L'adolescente, la sua sessualità e il rischio di infezioni sessualmente trasmesse</b>	
<i>Graziottin A.</i>	69
<b>La cyber-generation: il reale dal mondo virtuale</b>	
<i>Tucci M.</i>	75
<b>Disturbi gastrointestinali "minori" nel bambino... Oltre i farmaci identificazione clinica</b>	
<i>Deganello A.</i>	77
<b>Pneumococco e patologie croniche</b>	
<i>Esposito S, Montinaro V, Mastrolì MVa, Terranova L, Madini B, Principi N.</i>	78
<b>Meningococco B</b>	
<i>Bona G, Castagno M.</i>	81
<b>Coperture vaccinali e rischio di epidemie</b>	
<i>Rizzo C.</i>	84
<b>Dobbiamo cambiare per mantenere le coperture vaccinali!</b>	
<i>Pinto L, Rizzo C, Di Mauro G, Liguori R, Muccio Clelia, Di Mauro Cristina</i>	86
<b>Linee guida per le infezioni delle alte respiratorie: conoscere la teoria per ghestire meglio la pratica: l'esempio dell'otite media</b>	
<i>Marchisio P, Baggi E, Bianchini S, Nazzari E, Rosazza C.</i>	94
<b>Biomodulatori del microbiota intestinale: nuovi orizzonti di prevenzione</b>	
<i>Miniello VL, Colasanto A, Diaferio L, Ficele L, Lieggi MS, Santoiemma V.</i>	98
<b>A volte ritornano: la tubercolosi</b>	
<i>Chiappini E.</i>	104
<b>Il dolore nel bambino</b>	
<i>Barbi E.</i>	106
<b>Proposte innovative in Allergologia: la Low Dose Medicine</b>	
<i>Bernasconi S.</i>	107
<b>La rinite tra allergia e virus: esiste un link?</b>	
<i>Miraglia del Giudice M, Alterio E, Campana E, Galdo F, Coronella A, Indolfi C, Morcaldi L, Parisi G, Maiello N.</i>	109
<b>I disturbi del sonno: il Progetto "Ci piace sognare"</b>	
<i>Brambilla P (Coordinatore), Barberi S, Bernasconi S, Bona G, Brusoni G, Buongiovanni C, Carotenuto M, Chiappini E, Di Mauro G, Ghiglioni D, Gneccchi M, Giussani M, Iughetti L, Maffei S, Miraglia Del Giudice E, Pasinato A, Picca M, Privitera F, Sticco M, Tamassia G, Venturelli L, Verduci E, Villella A.</i>	110
<b>Supportare i genitori spot by spot</b>	
<i>Venturelli L.</i>	113