



CONOSCERE PER CRESCERE

LA RIVISTA DEI PEDIATRI ITALIANI PER LA FAMIGLIA

Anno V - Giugno 2014



Periodico distribuito gratuitamente

LE ASSOCIAZIONI E LA SCUOLA



HALIBORANGE®

Per studiare e giocare
c'è bisogno di energia.

Di *più*
per la crescita
e la salute
del bambino.



FOSFOENERGY

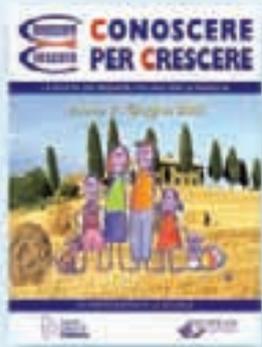
Energia al
momento giusto



Haliborange FosfoEnergy è un integratore alimentare di Vitamine A,B,C,D con Carnitina, Glutamina e Fosfoserina utile per colmare eventuali carenze nutrizionali o nei casi di aumentato fabbisogno organico di tali nutrienti. Il prodotto è consigliato per l'età preadolescenziale.

zeroquattordici
Eurospital

www.zeroquattordici.com



DIRETTORE SCIENTIFICO

Marcello Lanari

DIRETTORE RESPONSABILE

Franca Golisano

COMITATO DI REDAZIONE

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

www.sip.it

COLLABORATORI ESTERNI

Federica Lanari

SEGRETERIA DI REDAZIONE

info@editeam.it

AREA COMMERCIALE E PUBBLICITÀ

editoria@editeam.it

Copyright © 2014

EDITEAM Gruppo Editoriale

Via del Curato 19/11, 44042 Cento (FE)
Tel. 051.904181/903368
Fax 051.903368
www.editeam.it
conoscerepercrescere@editeam.it

Progetto grafico:

EDITEAM Gruppo Editoriale

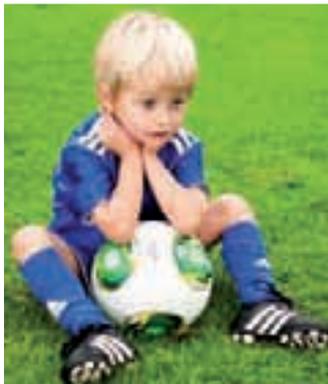
ART DIRECTOR:

Dario Battaglia

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore. L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peraltro sempre possibili.

"Conoscere per Crescere" è un periodico distribuito gratuitamente alle famiglie italiane.

Autorizzazione Tribunale Bologna n° 7835 del 10.03.08.
Finito di stampare nel mese di Giugno 2014.
Tiratura di questo numero 300.000 copie.



Il marchio della gestione forestale responsabile



Sommario

Editoriale

- 2** Un mare di Bambini
Marcello Lanari

Investire in salute

Spazio dedicato allo stile di vita

- 16** Le vacanze estive
Un'occasione per rilanciare il rapporto padri separati-figli
Federico Bianchi di Castelbianco
- 22** Il latte dopo il primo anno di vita: che fare?
Claudio Maffei
- 26** La stipsi
Una causa frequente di disagio nel lattante
Piercarlo Salari
- 30** I bambini e la montagna
Mille modi per vivere una vacanza
Ermanno Baldo
- 35** Seggiolini, caschi e "biroccini"
Alice Bonoli
- 37** Il lavaggio del naso
Una procedura preventiva e curativa
Piercarlo Salari

Conoscere per prevenire

Spunti di educazione e innovazione sanitaria

- 6** Diabete tipo 1 nel bambino...
meglio una diagnosi precoce!
Paola Sogno Valin
- 14** I bilanci di salute
Una grande opportunità per le famiglie dei bambini italiani
Maria Grazia Zanelli
- 18** I disturbi del sonno nella prima infanzia
Il genitore come "guardiano del sonno"
Cristiana De Ranieri

La bussola

Supporto per interpretare sintomi e disagi

- 4** Le cefalee in età evolutiva
Massimiliano Valeriani
- 24** Le scarpe di Ronaldo e il cuore di Morosini
Gabriele Bronzetti

Lavorare con la scuola

Strategie di intervento comune fra pediatri e insegnanti

- 25** Mangiar bene conviene...
a Palermo, Milano e Verona
- 33** Son tutte belle le lingue del mondo
Letizia Quaranta

Codice rosso

Riflessioni e suggerimenti sui comportamenti a rischio

- 10** Il disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività ADHD
Stefano Vicari, Marco Armando, Maria Pontillo

Le pagine rosa

Grand'angolo sulla salute della mamma e del bambino

- 20** L'igiene intima nella bambina
Piercarlo Salari
- 40** Il delicato periodo del puerperio
Prendersi cura del proprio benessere psicofisico
Francesca Merzagora

Come nasce una mamma

Spazio dedicato alle neomamme

- 28** S.O.S. Nanna
Giuseppe Di Mauro

Si ringrazia per il contributo la

Un mare di Bambini



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

La televisione ce le racconta quasi ogni sera, proponendoci immagini scioccanti, storie di uomini, donne e bambini raccolti in mezzo al mare nel quale avrebbero trovato una morte orrenda e poi ammassati nei nostri centri di accoglienza. Storie che purtroppo, ripetendosi da anni, ci lasciano sempre più indifferenti.

In Italia, principale porta d'accesso per l'Europa, solo nello scorso anno sono arrivati via mare quasi 43.000 migranti, dei quali oltre 8.000 minori. Sì, bambini e ragazzi come i nostri, per i quali certo non immagineremmo mai settimane di marce sotto il sole africano o su un barcone fatiscente nel mezzo di un mare agitato, con pochi viveri ed acqua. Bambini segnati per sempre nell'anima dall'aver perduto nel viaggio un fratello, un genitore, un amico, dall'aver vissuto prigionia e violenza e, orrore nell'orrore, talvolta soli, senza il conforto di nessun familiare. Nel solo 2013 ben oltre 5.000 sono stati i minori non accompagnati da un familiare adulto, tre volte di più dell'anno precedente.

Arrivati nel nostro Paese vengono ospitati in condizioni disagiate, di sovraffollamento e spesso malsane anche per un adulto, con solo sporadiche esperienze di identificazione di spazi "a misura di bambino", supportate da Organizzazioni umanitarie. Nell'attesa di essere collocati in comunità per espressa previsione legislativa ed assegnati ad un tutore legale,

ma in mancanza di un sistema nazionale di accoglienza, permangono per settimane o mesi nel primo centro di accoglienza, mentre i più intraprendenti si rendono "irreperibili" (quasi 2.000 nello scorso anno), continuando clandestinamente con sacrifici e vessazioni il loro viaggio della speranza verso altri Paesi. Questi sono i fortunati, gli altri muoiono in mare.

Per noi pediatri da anni è ben chiaro che il nostro lavoro non può e non deve essere ridotto alla sola cura delle patologie che chiamiamo organiche, che colpiscono cioè organi e/o apparati, ma allargato alla prevenzione delle malattie ed all'attenzione all'armonico sviluppo della psiche e del corpo del bambino e dell'adolescente, in un contesto sociale adeguato per questo. Da anni purtroppo assistiamo sempre più frequentemente a condizioni di disagio psicosociale tali da essere incompatibili con lo stato di bambino (talvolta di essere umano) e siamo spesso chiamati, e volentieri lo facciamo, a svolgere un ruolo di advocacy, di tutela cioè del minore per la sua integrità e per la possibilità di crescere nelle condizioni più favorevoli possibili, pur con notevoli difficoltà alle quali talvolta non siamo preparati a rispondere.

Per questi bambini migranti non accompagnati dai familiari chiediamo con forza una legge che li tuteli, perché non diventino vittime di ulteriori abusi e, nell'attesa, la possibilità che siano tempestivamente accolti ed inseriti nello stesso sistema di protezione utilizzato per richiedenti asilo e rifugiati. Ed è con la volontà di concentrare l'attenzione su questo doloroso problema che dedichiamo il nostro Congresso nazionale di Pediatria, che quest'anno si svolge non lontano dai luoghi degli "sbarchi", a Palermo, a tutti i Bambini migranti del mondo.



Il diario digitale per vivere
al meglio l'esperienza di essere genitori



Miei Bebè



Diario



Riepilogo



Consigli



Appuntamenti



...e molto
altre ancora!

Scarica l'App su



Disponibile su
App Store



DISPONIBILE SU
Google play

Le cefalee in



Massimiliano Valeriani

Centro per lo studio e la cura delle cefalee in età evolutiva, Ospedale Bambino Gesù, Roma

La cefalea (o mal di testa) è un sintomo comune nei bambini e negli adolescenti e spesso lamentato in occasione delle visite in ambulatorio o in pronto soccorso: nella realtà italiana almeno il 25% dei bambini soffre di frequenti cefalee e circa il 40% dei bambini in età prescolare e l'80% degli adolescenti riporta almeno un episodio all'anno di mal di testa. Al di sotto dei 7 anni d'età la frequenza è leggermente superiore nei maschi, ma intorno alla pubertà questo rapporto comincia a invertirsi e le ragazze raggiungono con maggiore rapidità i livelli della popolazione adulta, nella quale la sola emicrania colpisce il 12% degli individui (6% degli uomini e 15-18% delle donne). Nel gergo medico le cefalee vengono distinte in primarie e secondarie. Le prime, che rappresenta-

no l'85%, non hanno una causa identificabile e sono per lo più rappresentate dall'emicrania e dalla cefalea tensiva. Le cefalee secondarie, invece, sono conseguenti a infezioni, traumi, o problemi anche più gravi (meningite o tumori) e per questa ragione sono nella maggior parte dei casi acute.

L'emicrania

■ L'emicrania colpisce in media l'8% dei bambini ed è caratterizzata invece da attacchi di durata tra 2 ore e 2 giorni con dolore pulsante alla fronte o alle tempie, nei più piccoli in entrambi i lati, nausea, vomito, diarrea, pallore, tachicardia e ipersensibilità alla luce (fotofobia) e ai rumori (fonofobia). Oltre che di cefalea l'emicrania, soprattutto nei bambini più piccoli, può essere causa di altri sintomi, apparentemente senza alcuna relazione con il mal di testa. Si tratta dei cosiddetti "equivalenti emicranici": dolori addominali ricorrenti, dolori pe-

La diagnosi

Per la diagnosi di una cefalea primaria è di solito sufficiente una raccolta accurata della storia e delle caratteristiche del mal di testa (quando è cominciato? che frequenza ha? quanto dura? cosa riferisce il bambino?) insieme a un'accurata visita medica. Il ricorso a esami strumentali è necessario soltanto se c'è il dubbio che possa trattarsi di una cefalea secondaria, cioè sintomo di altre malattie.

riodici degli arti (meglio conosciuti come "dolori della crescita"), cinetosi (il "mal d'auto"), torcicollo parossistico e vertigini. Si può manifestare sin dai primi anni di vita ma è più frequente in età scolare e in alcuni casi è preceduta dall'"aura emicranica", cioè disturbi visivi (scintillii, flash) o sintomi neurologici (formicolii, tremori, difficoltà a parlare).

età evolutiva

La cefalea tensiva

■ La cefalea tensiva è più frequente negli adolescenti, di solito nei periodi di affaticamento: si manifesta con dolore non pulsante, non forte ma fastidioso e persistente da mezz'ora a qualche giorno. Si differenzia dall'emicrania perché gli attacchi di cefalea sono decisamente meno intensi e la presenza dei sintomi di accompagnamento è molto più rara.

I fattori scatenanti

■ Seppure sia l'emicrania sia la cefalea tensiva siano fondamentalmente causate da una predisposizione costituzionale, il fastidio per il piccolo paziente dipende da fattori di diverso tipo, che potremmo definire come "scatenanti". Va però precisato che le cefalee pediatriche non hanno alcuna relazione con le allergie o le intolleranze alimentari, mentre, esiste la possibilità che l'attacco di cefalea sia scatenato da fattori che si possono facilmente individuare quali alimenti (non vi è una lista precisa di alimenti, ma possono esserci dei casi di stretta relazione temporale fra l'assunzione di un cibo o di una bevanda e la comparsa del mal di testa), oppure odori, attività fisica intensa, rumori, riduzione o eccesso del tempo dedicato al sonno. Anche le improvvise modificazioni meteorologiche, le temperature eccessive, il vento e l'aria condizionata possono scatenare un attacco emicranico o di cefalea tensiva. Tra i fattori scatenanti da considerare in età pediatrica non vanno poi dimenticati quelli di natura psicomotiva: stress, ansia ed emozioni forti possono scatenare un attacco cefalalgico o aumentare la frequenza dei mal di testa. Questo spiega anche perché i bambini con emicrania o con cefalea tensiva tendano a stare meglio d'estate che non durante il periodo scolastico, quando sono sottoposti a livelli maggiori di tensione emotiva e affaticamento fisico.

Come affrontare il mal di testa

■ Il mal di testa causa notevole disagio nel bambino, influenzandone la vita sociale, il benessere psicofisico e la resa scolastica, ed è causa di preoccupazione e disorientamento per i genitori. Essi devono mantenere un atteggiamento sereno ed equilibrato, senza banalizzare il sintomo, soprattutto se ricorrente, e consultando il proprio pediatra o, se necessario, un Centro specialistico.

Controindicato il "fai da te"

Il primo medico da consultare deve essere il pediatra di fiducia che, in caso di dubbi o necessità, suggerirà il consulto di un Centro cefalee specializzato nella diagnosi e nella cura dei bambini. Assolutamente da evitare è il "fai da te", che spesso porta a eseguire una miriade di esami magari del tutto inutili e aumenta inutilmente il livello di ansia nel bambino.

Poiché sia l'emicrania che la cefalea tensiva poggiano su una solida base genetica, è evidente che non ci si può porre l'obiettivo di risolverle completamente. Non ci si deve però nemmeno arrendere e pensare che la convivenza con il mal di testa, spesso anche molto frequente, sia inevitabile, né tantomeno considerare il bambino come un piccolo adulto. Il primo tipo di trattamento è la cosiddetta "terapia dell'attacco", che poi altro non è che la terapia del dolore: paracetamolo e ibuprofene sono i farmaci più sicuri e perciò raccomandati per le cefalee primarie dei bambini: la cura deve essere valutata caso per caso e praticata il più presto possibile.

Qualora la frequenza degli episodi di mal di testa sia eccessivamente elevata e interferisca con le attività quotidiane del bambino si ricorre alla terapia di profilassi. Essa consiste nella somministrazione di un farmaco, da valutare caso per caso e generalmente impiegato in cicli della durata di 3 mesi circa, che determini una riduzione nella frequenza degli episodi cefalalgici. Per la profilassi, tuttavia, esistono anche degli approcci terapeutici di tipo non-farmacologico. Per esempio, la psicoterapia, soprattutto con tecniche di tipo cognitivo-comportamentale, può dimostrarsi utile dove l'incremento della frequenza degli attacchi di emicrania sia legato a fattori di tipo emozionale.



DIABETE TIPO 1 NEL BAMBINO...

Paola Sogno Valin
Ospedale Santa Maria della Scaletta,
AUSL di Imola

Per produrre qualsiasi tipo di attività il nostro corpo ha bisogno di energia. Questa energia viene fornita dalle cellule attraverso l'utilizzo di un "carburante" rappresentato dal glucosio. Ad ogni pasto introduciamo nell'organismo numerosi alimenti che contengono zuccheri, questi durante la digestione sono trasformati in glucosio che attraversa la parete dell'intestino ed entra nel sangue. Per essere utilizzato dalle cellule, il glucosio ha bisogno dell'insulina che, come una chiave, apre la porta delle cellule consentendo al glucosio di entrarvi.

Lo zucchero in eccesso, sempre grazie all'insulina, viene depositato nel fegato sotto forma di glicogeno e nelle cellule adipose sotto forma di trigliceridi: queste costituiscono le riserve di carburante a cui attingere durante il digiuno grazie all'azione del glucagone (ormone ad azione opposta all'insulina).

L'insulina prodotta dal pancreas (in particolare da alcune specifiche cellule dette **Beta cellule**, presenti in aree chiamate Isole di Langerhans) regola quindi i livelli di glucosio (glicemia) nel sangue; il pancreas delle persone che non hanno il diabete infatti produce insulina giorno e notte per mantenere il glucosio nel sangue a livelli costanti. Nei bambini e adolescenti con diabete l'insulina non viene prodotta in quantità sufficiente per soddisfare le esigenze dell'organismo e quindi i livelli di glucosio nel sangue si alzano.

Il **Diabete mellito di Tipo 1** è una malattia caratterizzata dalla progressiva distruzione delle Beta cellule. Si tratta di una **malattia autoimmune**: il sistema immunitario, che ha la funzione di difenderci dagli agenti estranei all'organismo (batteri e virus), risulta alterato e produce autoanticorpi che distruggono le cellule del

pancreas. Questo processo è molto lento, si calcola che i sintomi della malattia insorgano quando circa l'80% delle beta cellule sono state distrutte. Perché il sistema immunitario attacca le beta cellule? A oggi **non sono note le cause** che innescano questo meccanismo distruttivo né il suo reale svolgimento. E' noto tuttavia che non esiste un'unica causa: la malattia dipende dall'interazione fra una predisposizione genetica e una o più cause esterne dette "ambientali".

Quali sono i segni e i sintomi che fanno sospettare il diabete?

■ L'organismo è dotato di una serie di sistemi di allarme: uno di essi si attiva quando la glicemia supera il valore di 180 mg/dL,

"Segni di allarme"

- ▶ Bambino che va spesso in bagno a fare la pipì, (poliuria) che si alza anche di notte o che riprende a fare la "pipì a letto" (enuresi notturna)
- ▶ Eccessiva sete e desiderio di bere (polidipsia)
- ▶ Aumento della fame (polifagia)
- ▶ Perdita di peso
- ▶ Stanchezza eccessiva, difficoltà a concentrarsi

Il Diabete tipo 1

può colpire persone di ogni età ma si presenta maggiormente nella fascia compresa tra 0 e 30 anni di età, con due picchi di incidenza: il primo attorno ai 5 anni e uno più importante tra i 10 e i 12 anni, durante lo sviluppo puberale.

In Italia l'incidenza annuale (numero di nuovi casi in un anno) è di 10-12 casi ogni 100.000 abitanti/anno. L'incidenza è diversa da regione a regione e raggiunge il valore più elevato in Sardegna dove è 3-4 volte maggiore.

L'incidenza del diabete in età pediatrica presenta una crescita costante negli ultimi anni, in particolare nei bambini inferiori a 5 anni.

meglio una diagnosi precoce!

determinando l'eliminazione degli zuccheri in eccesso con le urine. Dal momento che lo zucchero ha bisogno di molta acqua per essere diluito, compare frequentemente come primo sintomo la **poliuria**, cioè l'emissione di elevate quantità di urine. Per questo il bambino si alza anche di notte ad urinare e a volte riprende a "fare la pipì a letto" (**enuresi notturna**) o a perdere urina durante il giorno.

Poiché vengono persi molti liquidi con le urine, questi devono essere reintegrati; ecco allora che si associa un altro sintomo detto **polidipsia**, ovvero una sete intensa.

Le urine molto zuccherine sono un ottimo terreno di coltura per batteri o

I grassi utilizzati come carburante "di seconda scelta" producono delle scorie: i corpi chetonici (come l'acetone), che vengono eliminati attraverso le urine (**chetonuria o acetonuria**) e nell'aria espirata (l'**alito acetonemico** con il caratteristico odore di frutta matura). Se questo processo dura a lungo l'acidità del sangue continua ad abbassarsi e si determina chetoacidosi, una grave situazione acuta che richiede il ricovero ospedaliero urgente. Questa si può accompagnare alla comparsa di vomito, dolore addominale, respiro frequente (polipnea) e superficiale fino a portare all'alterazione dello stato di coscienza ed al coma. Purtroppo circa il 20-40% delle nuove diagnosi di diabete si presenta con chetoacidosi, che è la causa principale di morbidità e mortalità per diabete in età pediatrica. Questa è legata soprattutto ad una grave complicanza, l'edema cerebrale, che può insorgere durante la terapia di correzione delle chetoacidosi. Da questo si capisce come una dia-

gnosi precoce di questa malattia sia necessaria per evitare l'insorgere di una situazione clinica grave che si accompagna a complicanze pericolose che possono mettere a rischio di vita il paziente.

Nel sospetto di diabete all'esordio, rimandare la diagnosi e la opportuna terapia all'esito degli esami effettuati in laboratorio, può voler dire attendere più giorni, tempo in cui la situazione clinica del bambino può drasticamente peggiorare.

E' di facile attuazione una **diagnosi precoce anche presso l'ambulatorio del Pediatra curante**: in caso di sospetto clinico, la determinazione della glicemia capillare (attraverso il glucometro) attuata mediante la puntura di un polpastrello o un semplice esame delle urine (anche attraverso lo stix a disposizione del Pediatra), può permettere di rilevare immediatamente valori glicemici elevati nel sangue o la presenza di zucchero nelle urine, confermando il sospetto diagnostico.

funghi e ciò facilita le **infezioni delle vie urinarie e vaginali**.

Con le urine vengono perse importanti quantità di liquidi che determinano a lungo andare secchezza della cute e delle mucose, cioè **disidratazione**. La **perdita di peso** è spiegata dal fatto che le cellule, pur disponendo di livelli elevati di zucchero nel sangue, a causa della mancanza di insulina, non lo possono utilizzare, quindi sfruttano fonti energetiche di seconda scelta come grassi di deposito e proteine muscolari. A questo punto si comprende bene come, non potendo usare gli zuccheri e consumando piano piano le riserve a disposizione, l'organismo risponda con una fame intensa detta **polifagia**. La notevole perdita di energie è causa di un'intensa **stanchezza** pur in assenza di attività fisica. Spesso viene riportato che il bambino fa fatica a seguire le lezioni scolastiche ed a studiare. Una spia d'allarme che possono segnalare le insegnanti può essere la variazione del rendimento scolastico del bambino.

A differenza del Diabete tipo 1, il **Diabete tipo 2** non è una patologia di tipo autoimmune, ma ha una notevole componente ereditaria. Il soggetto affetto da Diabete di Tipo 2 produce insulina ma in quantità non sufficiente per controllare i livelli glicemici anche per la presenza di resistenza all'azione dell'insulina che la rende inefficace. Questi soggetti, a differenza di quelli con Diabete di Tipo 1, vengono trattati con la dieta e l'esercizio fisico regolare e, se necessario, con l'utilizzo di farmaci che sono in grado di stimolare la secrezione di insulina (ipoglicemizzanti orali).

Questa seconda forma di diabete colpisce soprattutto le persone al di sopra dei 40-50 anni di età ed è associato al sovrappeso ed all'obesità. A partire dagli anni '90 una crescente diffusione del Diabete di Tipo 2 è stata segnalata negli Stati Uniti, anche in adolescenti di discendenza afroamericana ed ispanico-americana. Più di recente il fenomeno è parso interessare anche la popolazione caucasica: in Europa e in particolare in Italia i casi di diabete di questo tipo al momento non sono numerosi ma la loro frequenza è in aumento di anno in anno, ed è inoltre verosimile che la reale entità del fenomeno sia sottostimata. Questo fenomeno è da correlare con l'aumento di frequenza dell'obesità infantile che arriva fino al 40% in America. Il miglioramento dello stile di vita (movimento quotidiano, limitare utilizzo di computer e tv) e la modifica delle abitudini alimentari dei nostri bambini costituiscono due elementi chiave per la prevenzione di questo secondo tipo di Diabete.



ALCE NERO BABY. GENERAZIONE BIO

LA LINEA BABY* TUTTA BIOLOGICA
E TUTTA ITALIANA.

ALCE NERO è il marchio di oltre mille agricoltori e apicoltori biologici, impegnati, dagli anni 70, in Italia e nel mondo, nel produrre cibi buoni, sani, che nutrono, frutto di un'agricoltura che rispetta la terra.

Alce Nero rappresenta un gruppo di aziende socie cooperative e non, impegnate nella coltivazione, produzione e trasformazione di prodotti agricoli biologici.

Alce Nero offre un assortimento molto ampio di prodotti alimentari biologici che comprende pasta di semola di grano duro, pasta di farro, pasta di grano khorasan KAMUT®, pasta di grano Senatore Cappelli, farine, riso, olio extravergine di oliva, cereali e legumi, passate e polpe di pomodoro, sughi, composte e succhi di frutta, frollini... tutto biologico. A questo abbiamo aggiunto una gamma di prodotti fairtrade, provenienti dai soci più lontani, come il caffè, lo zucchero di canna, il riso basmati, le tavolette di cioccolato, i frollini con fave di cacao, il tè... Rispetto per la terra, nessun utilizzo di sostanze chimiche di sintesi, come pesticidi ed erbicidi, processi produttivi rispettosi delle materie prime, con basse temperature e tempi brevi di lavorazione, questi sono gli ingredienti dei nostri prodotti biologici e che ci hanno guidato nella realizzazione della nuova linea di prodotti dedicati all'infanzia Alce Nero Baby.

I nostri soci agricoltori e produttori

Tutti i prodotti vengono realizzati privilegiando l'utilizzo di materie prime non solo italiane ma anche dei nostri agricoltori che forniscono la frutta ed i cereali presenti nei prodotti della linea baby.

Il 90% dei prodotti vengono realizzati in stabilimenti certificati dei nostri soci e dove non era possibile la produzione è stata affidata a partner terzi con l'utilizzo però di nostre materie prime come il farro o il riso.

Le nostre scelte forti hanno portato alla realizzazione di una linea di prodotti che, coniugando le severe normative alla pluriennale esperienza nella lavorazione degli ingredienti bio, è riuscita a mantenere a portare fino al piatto del tuo bambino il SAPORE vero di frutta, verdura, cereali, carni e pesce.



Cosa significa produrre baby food

Prodotto in Italia (prodotti per l'infanzia biologica) rispettare le severe normative previste dal DPR 128 del 7 aprile 1999 e certificate quindi tutti le fasi di realizzazione dei prodotti, dalla materia prima alla produzione.

Tutti gli stabilimenti di produzione della linea Alce Nero Baby per gli alimenti regolati dalla normativa sono stati certificati dalle ASL di riferimento per la produzione di alimenti per l'infanzia e nella realizzazione sono state adottate tutte le severe restrizioni previste per le ricette e i contenuti nutrizionali.

Leggi anche la normativa Baby Food del DPR 128 del 7 aprile 1999

Cosa abbiamo fatto di più?

Come sempre siamo andati oltre la normativa andando a togliere ingredienti ammessi ma che non nutrono in modo corretto. Abbiamo eliminato il superfluo togliendo il sale, lo zucchero saccarosio utilizzando zuccheri della frutta, l'olio di palma e tutti gli oli dagli omogeneizzati.

Abbiamo introdotto invece l'utilizzo di cereali ricchi come il farro e il grano Senatore Cappelli sin dall'infanzia per farli conoscere sin da piccoli ed apprezzarne gusto e proprietà.



Acquista
on line

alceneroshop.com

Registrati e scopri
tutta la bontà
del biologico
di Alce Nero.



La scelta del 100% italiano

La nostra scelta è stata quella di realizzare una linea prodotta solo in Italia e solo con materie prime italiane. Prendere questa decisione ha significato escludere dal nostro assortimento prodotti come i latti artificiali che vengono tutti prodotti all'estero per privilegiare anche dove possibile l'allattamento al seno come raccomandato dall'OMS. Abbiamo quindi escluso l'utilizzo di ingredienti come la banana o l'agnello che provengono da altri Paesi.



alce nero
IL BUONO DEL BIOLOGICO
DAL 1978

100% BIOLOGICA
100% INGREDIENTI ITALIANI
100% PRODOTTA IN ITALIA



Il Disturbo da Deficit di

Stefano Vicari, Marco Armando, Maria Pontillo
Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile,
Ospedale Bambino Gesù, Roma
www.specchioriflesso.net

L'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) o DDAI (Disturbo da Deficit D'Attenzione e Iperattività) è uno dei più comuni disordini dell'età evolutiva. Si manifesta infatti con una prevalenza che oscilla tra il 3% e il 5% della popolazione in età pediatrica, con una maggiore incidenza nei soggetti di sesso maschile. I sintomi principali, così come codificati dal DSM 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) sono l'iperattività, cioè un'attività motoria eccessiva, persistente e continuativa, i deficit attentivi e l'impulsività comportamentale e verbale. Questi sintomi derivano sostanzialmente dall'incapacità del bambino di regolare il proprio comportamento in base alle richieste ambientali e agli obiettivi da raggiungere. Per poter porre diagnosi di ADHD è necessario che l'iperattività, la disattenzione e l'impulsività siano presenti prima dei dodici anni di età e che influenzino in maniera significativamente negativa il funzionamento quotidiano del bambino. Ciò deve necessariamente avvenire in almeno due contesti di vita (per esempio casa e scuola). Attenzione dunque a tenere distinti quadri di questo tipo dalla comune distrazione, vivacità o tendenza a rispondere di getto che può caratterizzare qualsiasi bambino.

Come e quando si manifesta?

■ E' possibile distinguere differenti modalità di manifestazione del disturbo a seconda della fascia d'età del bambino. In età prescolare (3-6 anni) i principali segni clinici consistono in iperattività motoria associata a frequenti

crisi di rabbia, gioco ridotto e semplificato, litigiosità e provocatorietà. Nei casi più gravi è presente inoltre assenza di paura e di senso del pericolo, incidenti frequenti, comportamenti aggressivi e disturbi del sonno. In età scolare (6-12 anni) invece, fascia d'età in cui di solito si effettua la prima diagnosi, si rileva un'apparente accentuazione di irrequietezza ma soprattutto una maggiore evidenza della disattenzione e impulsività cui si associano frequenti difficoltà scolastiche ed evitamento di compiti cognitivi. Le difficoltà comportamentali del bambino con ADHD fanno sì che emerga inoltre il rifiuto da parte dei coetanei con esclusione dalle attività di condivisione e conseguente abbassamento dei livelli di autostima.

Cosa significa avere l'ADHD? I costi del disturbo

■ L'ADHD compromette il funzionamento del bambino con possibili rilevanti costi dal punto di vista sociale e scolastico. In particolare, le difficoltà cognitive nei termini di non adeguata pianificazione delle strategie necessarie alla risoluzione del problema (per esempio problem solving) e lo scarso automonitoraggio della propria prestazione non consentono a questi bambini una selezione e gestione degli stimoli che garantisca loro un buon adattamento al contesto, sia esso scolastico che quotidiano. Inoltre, le difficoltà comportamentali nei termini di impulsività e di non adeguata anticipazione delle conseguenze delle proprie azioni fa sì che questi bambini abbiano difficoltà di integrazione con il gruppo dei pari che possono raggiungere, nei casi più gravi, una vera e propria emarginazione. Proprio quest'ultima tende ad associarsi alla comparsa di abbassamento del tono dell'umore.

ADHD

Quali altri disturbi si associano all'ADHD?

■ Circa il 70% dei bambini ADHD presenta disturbi psicopatologici associati. Tra questi vanno segnalati il Disturbo Oppositivo-Provocatorio, il Disturbo della Condotta e i Disturbi dell'Umore e d'Ansia. Anche i Disturbi dell'Apprendimento spesso si associano all'ADHD.

Il Disturbo oppositivo-provocatorio è presente in almeno il 50-60% dei bambini ADHD. Esso risulta caratterizzato da modalità comportamentali ostili, negativistiche e provocatorie nei confronti delle figure di riferimento e/o autorità (per esempio genitori insegnanti). Si rilevano inoltre frequenti scoppi d'ira in risposta a frustrazioni anche minime, scarso rispetto delle regole e tendenza a litigare frequentemente con genitori e coetanei.

Il Disturbo della Condotta, di maggiore gravità rispetto al Disturbo Oppositivo-Provocatorio, prevale in almeno il 30% dei bambini con ADHD e include comportamenti aggressivi, spesso crudeli, verso persone o animali, atti di vandalismo, violazione delle regole, atti delinquenti, tendenza alla ribellione, alla rissa, alla rabbia. I bambini con ADHD e Disturbo della Condotta spesso hanno bassa autostima, scarsa empatia e scarsa attenzione per i sentimenti ed il benessere degli altri.

I bambini con ADHD possono presentare inoltre labilità d'umore, disforia, scarsa autostima, rifiuto da parte dei coetanei. Tali sintomi spesso sono inquadabili come veri e propri disturbi d'ansia e/o dell'umore e la loro prevalenza,

Attenzione e Iperattività

ADHD

nei bambini con ADHD oscillerebbe tra il 15% e il 75% a seconda delle casistiche considerate.

Infine, circa il 20-40% dei bambini con ADHD presentano Disturbi Specifici di Apprendimento. Questi ultimi, nei termini di mancata acquisizione di abilità strumentali quali la lettura, la scrittura e il calcolo, ne compromettono la riuscita scolastica determinando, nei casi più gravi, un vero e proprio abbandono scolastico in età adolescenziale.

Come si evolve nel tempo l'ADHD?

■ Per quanto riguarda l'evoluzione dei sintomi ADHD nel tempo, numerosi studi prospettici evidenziano che il 60% dei pazienti diagnosticati come ADHD da bambini presentano, intorno ai 20 anni, una remissione funzionale e sintomatologica completa. Per il 10% invece la remissione avviene ma solo parzialmente. Di interesse clinico risulta invece il 30% di casi che presentano un'evoluzione del disturbo e/o la comparsa di altri quadri psicopatologici, in particolare il Disturbo antisociale e il Disturbo dell'Umore.

Una fascia d'età di particolare rischio clinico è quella adolescenziale (13-17 anni) in cui spesso si riscontrano difficoltà nella pianificazione e organizzazione e disattenzione persistente nonostante una riduzione dell'irrequietezza motoria. Dal punto di vista comportamentale possono inoltre emergere aggressività, antisocialità e comportamenti a rischio quali abuso di alcool e droghe ed altri comportamenti devianti. Questi ultimi sarebbero presenti in misura superiore rispetto agli adolescenti che da bambini non ricevono diagnosi di ADHD.

Perché una diagnosi precoce è importante?

■ Individuare precocemente l'ADHD consente di prevenire il più possibile il disagio associato alla sindrome, tanto dal punto di vista scolastico che relazionale. Infatti, tanto più precoce, tempestivo e accurato è l'intervento, maggiori saranno le probabilità che il bambino manifesti una remissione il più possibile completa dei sintomi. In maniera più specifica, eventuali training centrati sulle difficoltà di problem solving e apprendimen-



to, se attuati precocemente e pianificati rispetto al profilo neuropsicologico individuale del bambino, potrebbero significativamente ridurre le probabilità di insuccesso scolastico nonché le ricadute negative in termini di autostima.

Nel contempo, l'avvio precoce di colloqui di consulenza ai genitori potrebbe consentire una riduzione delle difficoltà di questi nella gestione dei sintomi comportamentali del bambino ADHD e un aumento nello stesso della propensione al rispetto delle regole. Infine, intervenire precocemente consente di affrontare prima possibile eventuali comorbidità e, soprattutto di prevenire, un'evoluzione del disturbo nella direzione di problematiche psicopatologiche più gravi come quelle descritte in precedenza.

A chi rivolgersi?

■ Qualora si abbia il sospetto di ADHD la prima cosa da fare è rivolgersi al pediatra curante e quindi ad una équipe specializzata di medici e psicologi che possano effettuare una valutazione clinica e neuropsicologica. Tale valutazione consiste in colloqui, osservazione clinica e somministrazione di test standardizzati. A ciò vanno aggiunti eventuali esami medici per escludere qualsiasi altra patologia che possa causare i sintomi descritti.

Quale intervento per i bambini ADHD?

■ Nei casi di ADHD l'intervento terapeutico deve basarsi su un approccio multimodale in grado di combinare interventi psicoso-



ciali con, nei casi più gravi, interventi di tipo farmacologico. Tra gli interventi psicosociali, l'approccio di maggiore efficacia è quello cognitivo-comportamentale. Esso si focalizza sull'acquisizione da parte del bambino di abilità quali l'autoregolazione (gestione dei tempi attentivi, dell'impulsività di risposta, del controllo della regolazione emotiva) ed il problem solving e sul potenziamento delle abilità sociali. Tale approccio prevede inoltre il coinvolgimento non solo del bambino con ADHD ma anche di tutte le figure e i contesti per lui di riferimento (per esempio famiglia, scuola). L'obiettivo ultimo consiste infatti nel fornire al bambino strategie di autoregolazione del proprio comportamento (terapia individuale) e alla famiglia e agli insegnanti tecniche e strumenti atti a ridurre i comportamenti disfunzionali del bambino e a incrementarne quelli adattivi (parent training e teacher training). Per quanto riguarda l'intervento farmacologico, i farmaci registrati in Italia per la terapia dell'ADHD sono il metilfenidato e l'atomoxetina. Tuttavia, questo tipo di terapia è consigliato laddove gli interventi psicosociali non siano stati sufficienti a ridurre la sintomatologia ed a migliorare funzionamento e/o nei casi in cui l'ADHD si manifesta in comorbidità con altri disturbi psichiatrici (per esempio Disturbi D'Ansia, Disturbo Oppositivo-Provocatorio, Disturbo della Condotta).

Dal 2007 il Ministero della Salute ha nominato dei Centri di Riferimento per l'ADHD in tutto il territorio nazionale, reperibili nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) al seguente link: www.iss.it/adhd/

Videogiochi e aggressività

■ I videogiochi violenti possono favorire comportamenti aggressivi? Secondo un recente studio triennale su oltre 3mila bambini e ragazzi pubblicato su una rivista internazionale, *Jama Pediatrics*, sì. L'indagine ha infatti confermato che gli effetti di emulazione dei videogames violenti sono mediati da modifiche cognitive dell'aggressività, più marcata nei bambini più piccoli d'età. Un valido antidoto sarebbe un'attività fisica regolare, che riduce l'aggressività, migliorando ansia e autocontrollo ■



Le consuetudini stabilizzano l'umore dei piccoli

■ Le azioni abitudinarie e ripetitive danno sicurezza. Non sorprende perciò che uno studio condotto su oltre 8.500 bambini abbia dimostrato che le consuetudini familiari come cantare, cenare, giocare e raccontare storie con mamma e papà favoriscono in età prescolare una sana crescita psicologica e un miglior inserimento sociale. La spiegazione è alquanto intuitiva: un bambino felice e sicuro ha l'opportunità di imparare e interagire in modo sano con gli altri e quindi di ottenere risultati più brillanti a scuola. Viceversa quello che si sente infelice e insicuro nel proprio ambiente domestico spende molta energia per migliorare la propria condizione a scapito dell'apprendimento e delle relazioni sociali ■





**C'È UNA
SOLUZIONE
MIGLIORE...**



**Milte® offre una linea completa
di prodotti per la gestione
dei disturbi notturni
e degli stati di agitazione.
*Chiedi consiglio al tuo pediatra.***



Leggere attentamente le avvertenze dei prodotti.
Tutti i prodotti Milte sono venduti in farmacia e negozi specializzati

Visita il nostro sito
e partecipa ai nostri forum



Numero Verde
800-302240
www.milte.it

I bilanci di salute

Una grande opportunità per le famiglie dei bambini italiani

Maria Grazia Zanelli
Pediatra di famiglia, Lugo (Ra)

Dalla nascita fino ai 14 anni di vita i bambini italiani vengono sottoposti dal Pediatra di famiglia (figura medica esclusivamente italiana, non presente nel resto dell'Europa) a visite periodiche, previste da un programma ben definito di sorveglianza sanitaria. In parole semplici, tutti i bimbi sono controllati ripetutamente nel tempo, allo scopo di prevenire oppure captare al più presto possibile patologie importanti o invalidanti, per le quali una pronta azione terapeutica mirata è certamente in grado di modificare l'evoluzione stessa della malattia o del problema.

Quando farli?

■ I bilanci di salute sono programmati in base ad un calendario, simile per le varie Regioni Italiane, con una frequenza molto alta di controlli nel primo anno (fondamentali, dopo il controllo neonatale, sono le visite effettuate

al 2°-4°-10° mese di vita), e progressivamente ridotta negli anni successivi, di regola con controlli annuali (più precisamente al 2°-3°-6°-12° anno di vita).

Cosa viene valutato?

■ In occasione di ogni controllo, a seconda del tipo di bilancio di salute da effettuare, il Pediatra di famiglia compie un esame clinico accurato del bambino, concentrando la propria attenzione su determinati parametri prestabiliti per l'età. Così, per esempio, nei bilanci di salute del primo e secondo anno di vita è fondamentale la valutazione sistematica della crescita Statura-Ponderale, oltre alla valutazione della curva di accrescimento della circonferenza cranica: variazioni al di fuori della norma di tali valori (predefiniti in base alle curve di crescita) mettono in evidenza precocemente ad esempio difficoltà alimentari, come per il quantitativo di latte assunto (materno, formulato), o problematiche legate a patologie organiche misconosciute (carenze nutrizionali, malassorbimento).

Viene esplorata anche l'integrità sensoriale fin dalla nascita (udito, visione), con particolare attenzione all'individuazione precoce di una ambliopia, ossia l'indebolimento progressivo, spesso misconosciuto, della capacità visiva in un occhio solo: fondamentale anche in tal caso è la diagnosi molto precoce, per ripristinare con adeguate misure terapeutiche, di pertinenza dell'oculista e dell'ortottista, la funzionalità nell'occhio "pigro". Altro cardine del bilancio di salute è l'individuazione della insorgenza precoce (primissimi mesi di vita) di potenziali problematiche di tipo neuro-psichico: per esempio, un campanello d'allarme per il pediatra sarà l'incapacità del bimbo di 4-6 mesi di manipolare gli oggetti, senza portarli alla bocca (prima forma di conoscenza esplorativa!). Analogamente, in caso di mancanza della acquisizione della posizione seduta (controllo assiale) del bimbo entro i 9 mesi o di assenza del cammino autonomo entro i 16-18 mesi, il Pediatra di famiglia attiverà l'intervento di un Team Multidisciplinare, costituito dal neuropsichiatra infantile oltre che da fisioterapisti, stimolando attivamente il piccolo paziente in difficoltà, allo scopo precipuo di offrire un supporto precoce rieducativo-riabilitativo.





Fino a pochi decenni fa, quando ancora non esisteva la pediatria di famiglia, e quindi non c'era ancora questa forma di "filtro" descritta, resa possibile dai bilanci di salute, l'intervento sul disturbo dello sviluppo psicomotorio era pressoché sempre molto tardivo, quando oramai il bimbo meno fortunato di altri aveva in parte perso le proprie potenzialità di recupero, che sono tanto maggiori, quanto più è precoce l'età della diagnosi. Il Pediatra valuta anche lo sviluppo comunicativo-relazionale del bambino, in particolare nel bilancio di salute del 24° mese, in cui deve compilare un questionario specifico (CHAT=Check List for Autism in Toddlers-Tab. 2) volto alla individuazione di problematiche comportamentali del bambino, compatibili con una evoluzione verso una forma di Autismo, più o meno conclamato. Anche in questo caso è fondamentale la presa in carico immediata da parte del servizio di Neuropsichiatria, su comunicazione diretta del sospetto diagnostico da parte del Pediatra: l'intervento riabilitativo, se iniziato appunto intorno al 2°-3° anno di vita, porta ad un notevole miglioramento delle competenze comunicative del bimbo, altrimenti destinato ad una diagnosi tardiva (di regola sui 7-9 anni).

Il Pediatra in occasione dei bilanci di salute valuta anche la presenza di criticità nella funzione genitoriale, ossia cerca di sviscerare la necessità di un supporto psicoterapeutico (utilissimo ad esempio per la madre affetta da depressione del post-partum) oppure socio-economico per i genitori del bambino. Dai tre anni in su i bilanci di salute prevedono anche una valutazione delle competenze linguistiche del bambino, così da intraprendere velocemente un trattamento logopedico qualora emergesse un ritardo conclamato nella formulazione del linguaggio articolato.

Prevenire è meglio che curare

■ Nella valutazione del ragazzino pre- o adolescente (bilancio 12° anno) assumono poi un ruolo rilevante i dismorfismi della colonna vertebrale (scoliosi), le carie dentarie e la promozione di una dieta sana e corretta, adeguata ai fabbisogno nutrizionali particolari della fase di rapida crescita puberale. Con una serie di domande, il Pediatra controlla innanzitutto se il peso del ragazzo/a ha subito variazioni repentine (in aumento o in calo, entrambi disturbi del comportamento alimentare), dopodiché provvede a consigliare uno stile di vita ottimale, possibilmente condiviso da tutta la famiglia, impostato su di una dieta

adeguata alla fase di crescita e sull'incentivazione del movimento quotidiano (spostamenti a piedi o in bici, oltre agli allenamenti sportivi). E' inconfutabile che durante l'anno scolastico i bambini dai 6 anni in su passano purtroppo molte ore seduti a scuola, oppure davanti alla televisione o al computer, creando così i presupposti futuri per una obesità e per tutte le malattie metaboliche e cardio-vascolari ad essa correlate. In occasione poi di tutti i bilanci di salute, il pediatra si rivolge ai genitori affrontando le tematiche più rilevanti di promozione della salute, intesa come prevenzione a 360 gradi: raccomanda le vaccinazioni contro le malattie infettive gravi e invalidanti (ad esempio meningiti, pertosse, polio, epatite, morbillo); suggerisce la somministrazione di Vitamina D contro il rachitismo, e non solo (allergopatie); illustra i cardini di una dieta alimentare adeguata e corretta per ogni periodo dell'infanzia; incentiva l'uso dei sistemi di sicurezza per il trasporto corretto dei bambini in auto, al fine di prevenire le sequele invalidanti degli incidenti stradali; incentiva l'assunzione del fluoro per la prevenzione della carie dentaria, associandolo ad una corretta igiene orale; espone i rischi principali di patologie correlate agli incidenti domestici (ustioni, traumi).



Le VACANZE ESTIVE

un'occasione per rilanciare il rapporto padri separati-figli



Federico Bianchi di Castelbianco
Psicoterapeuta dell'età evolutiva
Direttore dell'Istituto di Ortofonia di Roma (IdO)

O rmai in Italia quasi un bambino su due non ha più la mamma e il papà sotto lo stesso tetto, basti pensare che nel 2011 ci sono state 311 separazioni e 182 divorzi ogni 1.000 matrimoni. Un trend in continuo aumento secondo gli ultimi dati Istat. Eppure tutti i minori hanno il diritto di trascorrere del tempo singolarmente con i genitori, soprattutto se vivono una situazione di separazione coniugale, per poterli conoscere e farsi conoscere. Spesso invece gli adulti si dimenticano dei figli e nelle separazioni finiscono per parlare e sfogarsi solo con altri adulti (avvocati, parenti, amici, altri separati), senza spiegare nulla ai loro bambini. Così a rimanere in silenzio sono proprio i piccoli, tenuti all'oscuro di tutto per evitare che parlino e raccontino in giro. Da qui nasce un'esplosione di sentimenti che va dall'amore all'odio, dalla vendetta ai rancori e alle passioni e che poi si trasformano nei figli in malesseri psicosomatici e nella distruzione dei ricordi.

Cosa non devono fare i genitori separati con i figli?

■ Sfogarsi con loro; litigare, piangere o ridere con ironia; interrogatori sul nuovo compagno del-

l'altro genitore; avere rapporti ambigui davanti ai figli, oppure lamentarsi del peso dei figli; offendersi del rapporto del figlio con il nuovo compagno; presentare un compagno nuovo se non è certo e dopo almeno un anno; fare richiesta di comportamenti complici a danno dell'ex coniuge; coinvolgere nel giudizio i figli o approfittare del senso di colpa dei figli per stringere alleanze.

Cosa devono invece fare?

■ Non lasciarli soli; non pensare che non capiscano; comunicare la notizia congiuntamente; parlare con i figli; continuare a vivere le loro cose e i loro spazi e ambienti; nella nuova casa devono esserci anche i vecchi oggetti; non dividere i fratelli ma farli stare uniti; magari coccolarli prendendo loro anche un animale domestico e, infine, rispettare l'ex coniuge evitando commenti e frecciate inutili. Per questo motivo, nei casi di separazione e/o divorzio dove i figli sono affidati alle madri, è necessario che i papà si rimbocchino le maniche e si impegnino a trovare con i loro figli degli spazi di gioco e di confronto. Quale migliore momento da sfruttare se non le lunghe vacanze estive. L'estate è davvero un'ottima occasione di rilancio dei rapporti genitori-figli. Di seguito un piccolo aiuto per i papà, "Il decalogo delle vacanze estive", per facilitare la relazione e la condivisione nelle ferie con i figli.

1. Non parlare di scuola durante le vacanze
2. Non parlare male della madre
3. Un pasto al giorno insieme da soli (preferibile la sera)
4. Pochi punti educativi inamovibili
5. Lavarsi e vestirsi in modo autonomo
6. Essere tolleranti ma non vittime dei figli
7. Fare insieme il riposo pomeridiano
8. Aiutare l'addormentamento
9. Due ore di attività in comune (gioco, spiaggia o altro)
10. Mantenere le due ore di attività in comune anche in inverno (a settimana)

Queste 10 regole servono per facilitare "una vacanza con i figli", in cui è possibile dedicare loro del tempo, promuovere attività tarate sui loro desideri ma che siano anche l'occasione per trovare degli spazi di complicità e di confronto. I genitori, anche se separati, devono poter realizzare un proprio rapporto con il figlio sul quale si baserà l'aspetto educativo oggi e una relazione domani.



TRE desiderI,
un'unica RISPOSTA.



1. Migliora rapidamente i sintomi della diarrea
2. Agisce offrendo protezione alla mucosa intestinale
3. Utile per coadiuvare le funzioni fisiologiche delle pareti dell'intestino

Il prodotto è su licenza di Novintethical.

È un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso.

Autorizzazione del 03/03/2014

I DISTURBI DEL SONNO NELLA PRIMA INFANZIA

Il genitore come “guardiano del sonno”

Cristiana De Ranieri
Psicologo e psicoterapeuta,
UOSD di Psicologia Clinica,
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Le difficoltà del sonno dei bambini, (fatica di addormentarsi, risvegli frequenti, difficoltà a riaddormentarsi), possono essere annoverati fra i normali eventi della crescita. Nella prima infanzia il ritmo e la qualità del sonno possono variare ma non sempre sono la conseguenza di un problema, disagio o malessere. Divenire più consapevole di se stesso come separato dai genitori, della relazione fra di loro

dalla quale può sentirsi escluso, può provocare nel bambino stati di ansia che ostacolano l'abbandonarsi e perdere il controllo della situazione, due “ingredienti” necessari per un buon sonno.

L'esperienza della separazione

■ E' una variabile che può interferire in modo significativo nel rapporto del bambino con il sonno, così come interferisce con altri aspetti del suo cammino verso l'autonomia. Sappiamo dagli studi sull'attaccamento come il bambino possa tollerare di separarsi se possiede delle certezze nella relazione con le figure di riferimento primarie (se ha, cioè, un “attaccamento sicuro”). Un bambino sicuro si allontana dal genitore, esplora l'ambiente e poi fa ritorno alla sua “base sicura”.

Anche il sonno è un distacco, una esplorazione per la quale il bambino deve essere equipaggiato. Con buona probabilità, dunque, un bimbo che durante il giorno ha potuto “fare il pieno” di relazione con i propri genitori, potrà più facilmente lasciarsi andare al sonno. A volte il genitore può tornare tardi dal lavoro e il reciproco desiderio di stare insieme si concentra nell'esiguo tempo serale, con il risultato di eccitare il bambino invece di accompagnarlo gradualmente verso il sonno.

Del resto i ritmi di vita della maggior parte delle famiglie prevedono spesso che i membri si incontrino la sera, dopo una lunga separazione, e che in poche ore si accavallino esigenze personali ed incombenze domestiche, rendendo le ore serali faticose e concentrate e non sufficienti per il bisogno di vicinanza del bambino.

Accompagnare il bambino verso la notte

■ Il concetto di “accompagnamento” rientra nella generale funzione regolatoria che dovrebbero avere i genitori. Fino a quando un bambino non acquisisce la capacità di autoregolare le proprie funzioni di base, di dosare le proprie energie, il proprio comportamento, il genitore (o un altro adulto accudente ed affidabile quale un nonno, una tata) ha un ruolo fondamentale nell'aiutarlo ad interpretare i messaggi che il proprio corpo gli invia ed a trovare delle risposte adeguate. La funzione di regolazione si estende anche alla vita emotiva, mentale e comportamentale del figlio.

Esistono comunque delle fasi o degli eventi che possono influenzare il sonno del bambino

Ad esempio:

- le separazioni fisiologiche del primo anno di vita (lo svezzamento, il rientro della mamma al lavoro);
- l'aumento delle esperienze che il bambino, più avanti, inizia a fare nel corso della giornata (sonni agitati perché rivive le emozioni del giorno appena trascorso, difficoltà ad addormentarsi perché troppo eccitato da una esperienza);
- la progressiva maturazione della sua vita fantastica (i cattivi delle fiabe ascoltate, gli eroi del cartone visto, del gioco inscenato) e della sua capacità di pensiero (ansia per la propria aggressività e per le conseguenze delle sue azioni cattive, le paure).



Cosa possono fare i genitori?

■ Ma i genitori sono i guardiani del sonno dei loro figli, come afferma Dilys Daws, psicoterapeuta inglese che da anni si occupa dei problemi del sonno nella prima infanzia, e devono quindi aiutare i bambini a superare questi momenti? Come?

- Fornire un confine e dare una regolarità alle abitudini rispetto al sonno aiuta il bambino a sentirsi contenuto e dà continuità alle sue esperienze (del giorno come della notte).
- E' importante infatti far sentire il momento di andare a dormire come parte integrante della vita, come un momento piacevole e rilassante. Non è consigliabile utilizzarlo come punizione!

Pensiamo sempre che quello dalla veglia al sonno è comunque un passaggio, un cambiamento di

stato, e come tutti i passaggi può avere bisogno dei suoi riti:

- Alcuni bambini portano a letto dei giocattoli, oppure altri oggetti significativi che danno sicurezza nel momento di lasciarsi andare e perdere il controllo della situazione (Winnicott li ha definiti oggetti transazionali, in quanto rappresentano un ponte fra sé ed i genitori).
- La stessa funzione può essere svolta anche dai rituali che spesso accompagnano il momento di andare a letto: la fiaba, la ninna nanna, ma anche il bicchiere d'acqua, il bacino della buona notte e le rassicurazioni, a volte ripetitive, che i bambini richiedono.

Qualora però una difficoltà nella sfera dell'addormentamento e del sonno dovesse permanere a

lungo nel tempo o assumere dimensioni incontrollabili, tanto da ostacolare il sereno svolgersi della vita del bambino e della famiglia, o anche soltanto se i genitori dovessero sentirsi stanchi, confusi e senza risorse, potrà essere utile consultare uno psicologo dell'età evolutiva. La possibilità di riflettere, aiutati da un esperto, nella maggior parte dei casi permette ai genitori di allentare le tensioni in campo e di ricostruire quel clima sereno necessario per un "buon sonno" del bambino.

E per chi volesse approfondire: Lyliane Nemet-Pier "Io, di notte, non faccio la nanna", Edizioni Magi.



L'igiene intima nella bambina



Piercarlo Salari
Pediatra Consultorio, Milano

L'igiene intima merita grande attenzione e non deve essere intesa soltanto come pulizia bensì come cura della persona e soprattutto prevenzione. Ecco perché essa deve essere opportunamente insegnata dai genitori ai figli, con l'obiettivo di responsabilizzarli già a partire dai primi anni di vita. Maggiore accuratezza si impone poi nella stagione estiva, in quanto l'aumento della temperatura ambientale favorisce la proliferazione dei microrganismi, e in contesti particolari, quali il contatto con la sabbia, al mare, la pratica di attività ludiche o sportive e la necessità di impiego di terapie specifiche (per esempio cortisoniche) che possono predisporre l'organismo - e di conseguenza anche la pelle - a una maggiore vulnerabilità nei confronti di agenti infettivi. In questa prima parte parleremo dell'igiene intima nella bambina.

La realtà anatomica della bambina

■ La bambina prepubere è notoriamente più esposta a fenomeni irritativi e infettivi a livello genitale a fronte di due principali fattori: la sua conformazione anatomica e la mancanza di efficaci sistemi protettivi.

Per quanto riguarda il primo, la vicinanza della vagina al retto favorisce la possibilità di "contaminazione" dei genitali esterni da parte di batteri di provenienza intestinale, che talvolta possono dare luogo a infezione delle vie urinarie (cistite).

Fino alla pubertà, poi, in mancanza dello stimolo da parte degli ormoni estrogeni, la mucosa vaginale è più sottile ed esposta a un valore di pH più alto rispetto a quello francamente acido osservato a partire dall'adolescenza.

I problemi più frequenti

■ Nell'infanzia il problema ginecologico femminile più comune è rappresentato dall'irritazione vulvovaginale (vulvovaginite), il cui sintomo principale è costituito dalla presenza di secrezione vaginale associata a prurito, arrossamento locale e sensazione di dolore ad urinare, oltre alla necessi-

tà di urinare più spesso. La vulvovaginite è definita aspecifica se dovuta a una scarsa igiene della zona perineale, specifica se invece legata alla presenza di germi specifici. Ci sono inoltre forme di origine non infettiva, dovute a cause irritative o allergiche. Queste possono essere dovute a detergenti non idonei, a coloranti e a fibre sintetiche.

Come scegliere il detergente intimo

■ Un buon detergente deve rispettare il pH fisiologico e la flora batterica naturalmente presente in vagina. Il pH cambia al variare dell'età: ha valori compresi fra 3,5 e 4,5 durante la pubertà e l'età fertile, mentre è più elevato in menopausa, superando 4,5, e nell'infanzia, in cui è pari a 5. È bene quindi usare un preparato con pH simile a quello vaginale: acido durante la pubertà, meno acido durante la prima infanzia e il periodo prepuberale. Quindi così come è sbagliato usare il normale bagnoschiuma, allo stesso modo non è corretto usare per la bambina un prodotto indicato per la donna. Il detergente, inoltre, non deve contenere né tensioattivi aggressivi, né tantomeno profumi che possono favorire reazioni allergiche. Infine è opportuno scegliere un prodotto specificamente studiato e testato, chiedendo consiglio al proprio pediatra o al farmacista di fiducia.

Il latte dopo il primo an

Claudio Maffeis

Dipartimento di Scienze della Vita e della Riproduzione dell'Università di Verona

Il latte è l'alimento base nella nutrizione del bambino nel primo anno di vita e mantiene la sua rilevanza anche successivamente. L'importanza della presenza del latte nell'alimentazione, non solo del bambino, è data dal fatto che il latte è l'alimento liquido più ricco di componenti nutrizionali di cui possiamo disporre. Questa caratteristica è estremamente importante perché consente di utilizzare il latte, alimento generalmente molto gradito dal bambino, quale "equilibratore" nella composizione della sua dieta: contribuendo a limitare carenze ed eccessi, favorisce il mantenimento degli apporti complessivi nei limiti delle raccomandazioni. Dopo l'anno di vita, qualora l'allattamento al seno non sia possibile, può essere dato al bimbo il latte di mucca. Non dimentichiamo però che il latte vaccino ha composizione ben diversa da quella del latte materno, come possiamo vedere in tabella. In particolare il latte di mucca ha circa il triplo di proteine, soprattutto caseina, la metà di ferro e per altro in una forma meno disponibile per l'organismo e meno vitamina D. Queste tre caratteristiche suggeriscono l'utilità di disporre di un latte con composizione modificata, che renda il contenuto proteico, in ferro e in vitamina D meno sfavorevole. Le evidenze della ricerca scientifica sostengono l'utilità di perseguire alcuni obiettivi nutrizionali nell'infanzia che consentano di ridurre al massimo il rischio della comparsa di problemi metabolici e più in generale di salute nelle età successive: alimentarsi al meglio sia dai primi anni di vita è infatti un buon investimento per un futuro più sano.

Proteine

■ La quantità di proteine proposta dai Livelli di Assunzione Raccomandata di Nutrienti (LARN) nell'età compresa tra i 12 ed i 36 mesi è di 1 g/kg di peso al giorno. Questa raccomandazione si basa sull'evidenza che elevati apporti di proteine nel primo e nel secondo anno di vita sono stati associati ad un maggior rischio di sovrappeso ed obesità nelle età successive. Come è ben noto, l'obesità è il problema metabolico di gran lunga più importante in tutti i paesi industrializzati e sta drammaticamente emergendo anche in quelli in via di industrializzazione. L'eccesso di grasso corporeo si associa anche da bambini a possibili complicanze quali il fegato grasso (steatosi), l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia (soprattutto elevati livelli di trigliceridi e ridotti livelli di HDL-colesterolo - noto anche come colesterolo buono) e l'intolleranza al glucosio. Tuttavia, seguire le raccomandazioni LARN non è cosa facile. Infatti, considerando che molti alimenti comunemente consumati dal bambino



LATTE MATERNO E LATTE VACCINO (100 GRAMMI)

COMPONENTI	LATTE UMANO	LATTE VACCINO
Proteine (g)	1,2	3,3
• sieroproteine	0,72	0,6
• α-lattoalbumina	0,35	0,15-0,18
• β-lattoglobulina	0	0,37
• lattotransferrina	0,10-0,15	0,02-0,05
• immunoglobuline	0,10-0,15	0,05
• caseina	0,48	2,9
Carboidrati (g)	7	4
• lattosio	6	4
• oligosaccaridi	1	tracce
Lipidi (g)	3,5	3,5
• acidi grassi saturi	45%	75%
• acidi grassi insaturi	55%	25%
Energia (kcal)	65	67-68
Vitamina D (µg)	0,031	0,020
Ferro (µg)	50-100	20-50

no di vita: **CHE FARE?**

dopo l'anno contengono proteine (cereali, carne, pesce, uovo, legumi, formaggio, ecc.), il semplice consumo di 250 ml di latte di mucca a colazione comporta l'apporto di 8,25 g di proteine, cioè più del 60% dell'apporto raccomandato. Va da sé che l'apporto proteico con i pasti successivi comporta inevitabilmente il superamento della soglia consigliata per le proteine.

Ferro

■ Il ferro svolge un ruolo determinante come componente dell'emoglobina e quindi per la corretta costituzione e funzionalità del globulo rosso, è coinvolto in tanti processi metabolici cellulari ed è importante per il normale sviluppo delle capacità cognitive. L'apporto di ferro con la dieta è assai spesso carente proprio per lo scarso contenuto di ferro nella gran parte degli alimenti. Tra l'altro, dando più carne al bambino nel tentativo di fornire più ferro, lo espo-

niamo ad un elevato apporto di proteine, che come abbiamo visto, non è consigliabile. Di conseguenza l'utilità di fornire fonti di assunzione di ferro attraverso alimenti supplementati in questo minerale.

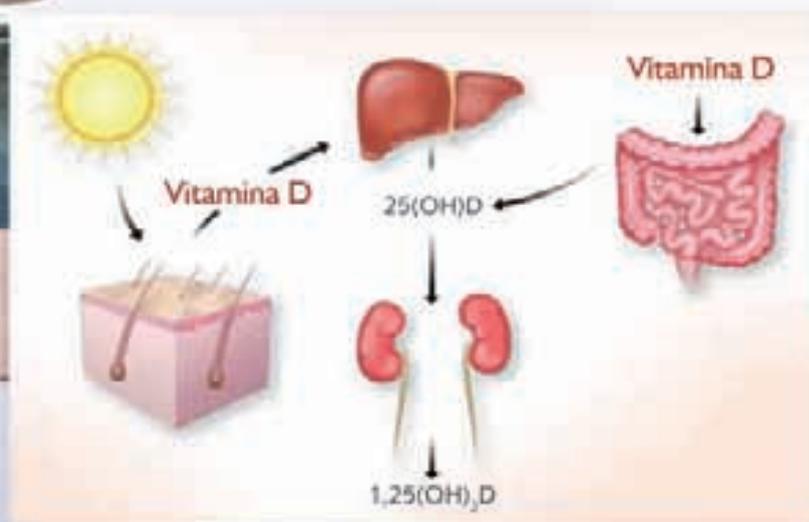
Vitamina D

■ Il ruolo della vitamina D è stato recentemente molto rivalutato. È una vitamina che ha un'azione ormonale con effetti importanti non solamente sullo sviluppo ed il mantenimento delle ossa ma anche sul sistema immunitario ed il metabolismo. Avere livelli adeguati di vitamina D è quindi assai importante per l'organismo in crescita, esposto alla maturazione del suo sistema di difesa e delle "vie" metaboliche. I bambini come gli adulti che vivono in Italia hanno per la gran parte livelli circolanti di vitamina D ridotti se non addirittura carenti. Causa di questo è soprattutto il cambiamento dello stile di vita che comporta anche per i piccoli una assai modesta esposizione alla luce solare, così determinante per la sintesi della vitamina D. Basterebbero 15-20 minuti di esposizione al giorno per almeno 4 giorni la settimana per una sufficiente sintesi

di vitamina D (Fig.). Di qui la necessità di sopperire alla carenza di sintesi attraverso l'assunzione di vitamina D con gli alimenti. Tenendo in conto queste considerazioni, i LARN suggeriscono un fabbisogno di 15 μ g al giorno dai 12 ai 36 mesi. Gli alimenti che contengono vitamina D in quantità più elevata sono il pesce e l'uovo (tuorlo). Tuttavia, per rispettare le raccomandazioni, il piccolo dovrebbe assumere 2-300 g di pesce al giorno, obiettivo ben difficilmente realizzabile e che, se perseguito, contribuirebbe anch'esso ad un eccessivo apporto di proteine. Di qui l'utilità di una supplementazione.

In conclusione

■ In mancanza del latte materno dopo l'anno di età del bambino, una possibile risposta all'esigenza di seguire le raccomandazioni nutrizionali (LARN), riducendo così il rischio di esporre il piccolo ad un eccesso di proteine e a carenza di ferro e vitamina D, è utilizzare un latte che contenga una minore quantità di proteine insieme ad una maggiore quantità di ferro e vitamina D rispetto al latte di mucca, quale il latte crescita. Tra l'altro, il regolare consumo di latte crescita consentirebbe di evitare la supplementazione di vitamina D in gocce, pratica spesso trascurata.



La vitamina D viene sintetizzata direttamente dalla pelle attraverso l'esposizione ai raggi ultravioletti. Un'ulteriore quota di vitamina D contenuta nel cibo viene assorbita dall'intestino. Tuttavia, la vitamina D ottenuta dall'esposizione solare o attraverso la dieta è presente in una forma non attiva e deve essere trasformata nella forma attiva, ciò avviene nel fegato e nel rene.



LE SCARPE DI RONALDO E IL CUORE DI MOROSINI

Gabriele Bronzetti

*U.O. di Cardiologia-Cardiologia Pediatrica,
Ospedale S.Orsola-Malpighi, Bologna*

Un altro ragazzo è morto improvvisamente a scuola. E' stata la volta di Saad Hana quattordici anni, testa riccia e il cuore sulle spalle. Un'altra morte che devasta i compagni, la comunità di Vergato, la Regione, l'opinione pubblica, la società. Il solito elenco insomma, come un necrologio che finisce con "...i parenti tutti" mai visti. Entità distratte, a parte i coetanei testimoni. Ma siamo davvero noi questa società che rimuove la morte prima ancora di prevenirla come potrebbe? Si sa che oramai è vietato morire. Tutti prendono sul serio la moderna pedagogia: guarda ma non toccare, tocca, ma non gustare, respira ma non vivere, sopravvivere ma non morire... Filosofi e baristi (esperitissimi di società liquida) sostengono che la morte sia la vera oscenità del terzo millennio non avendo trovato, al pari del sesso, trionfo e sublimazione nei social network. Ingrassiamo di paradossi, se siamo assuefatti ai caduti artificiali della guerra e del sabato sera e ci stupiamo delle morti naturali. Si morirà sempre. E' naturale e necessario. Senza la Morte sei o sette miliardi di trogloditi sarebbero ancora sul pianeta a morire di noia, privando d'aria, evoluzione e bellezza la loro seminale ennesima potenza, noi compresi. Se davvero siamo scandalizzati dalla Morte, allora dobbiamo renderle la vita difficile. Non può essere scandaloso il morire, ma il modo in cui si muore. Sui campi da gioco e a scuola, dove la meglio gioventù può soccombere senza tanti preavvisi bisogna essere informati e pronti. Piermario Morosini aveva un cuore imperfetto e un elettrocardiogramma perfetto; un soccorso imperfetto non l'ha salvato. Il suo involontario sacrificio salverà un sacco di vite perché abbiamo capito cosa non si deve fare quando un giovane si accascia, anche se dovevamo già saperlo. Le situazioni in cui il cuore si può fermare possono essere riconosciute sin dalla vita fetale ma talora arrivano all'evento fatale senza avvisaglie, come è successo per Morosini. In quel caso esistono già strumenti adatti: i defibrillatori, la catena del 118, terapie intensive. Non è finita. Se va male, l'autopsia spinta fino all'analisi molecolare, riscontrando l'anomalia genetica alla base del problema consentirà di mettere al ri-

paro i parenti a rischio. Ogni anno in Italia accadono 60.000 arresti cardiaci, 100 durante sport. Tutti i passi diagnostici - dall'esame fetale all'autopsia molecolare - costano soldi e possono sbagliare. La prevenzione passa anche per l'uso sapiente di esami strumentali semplici come l'elettrocardiogramma e delle conseguenti certificazioni di idoneità sportiva. Questo ultimo è argomento in perenne travaglio legislativo, controverso e nebuloso, se è vero che anche tra gli addetti ai lavori pochi sanno esattamente cosa devono fare un bambino che vuol giocare a calcio e sua sorella aspirante ballerina. A parte i costi, c'è chi teme le restrizioni indebite che potrebbero derivare da esami falsamente positivi; cioè diagnosi sospettate - pur in assenza di sintomi - da test troppo sensibili, che vedono una malattia anche quando non c'è. E' un rischio che contribuirebbe a svuotare ancora di più i parchi cittadini ormai calcati solo da allenatissime donne dell'est che spingono vecchi al tramonto. Ai genitori confusi a volte dobbiamo rispondere che fino a quando non ci saranno leggi chiare ed esami accessibili per tutti, una visita con elettrocardiogramma non guasta, e costa meno delle scarpe coi tacchetti di Ronaldo che tra un anno non andranno più bene. Nel frattempo è indispensabile la diffusione e l'uso appropriato dei defibrillatori, macchine che costano come due smartphone. La legge Balduzzi pubblicata nell'agosto 2013 impone alle società sportive dilettantistiche la dotazione di defibrillatore entro 30 mesi; ad oggi forse il 10% delle società si è adeguata. Bisogna fare di più e pensare anche alla diffusione dei defibrillatori nelle scuole, almeno a partire dalle medie. Prevenire la morte è difficile, più che prevenire la vita. La scuola insegna la vita compresa la sua prevenzione, nelle ore di educazione sessuale; è il luogo dove i ragazzi passano la maggior parte del tempo e può accadere di tutto. E' il posto giusto per apprendere la cultura del primo soccorso. Dicono che la società sia liquida, ma è anche elettrica. Il verbo dei nostri tempi è scaricare e i Nativi Digitali maneggiano diavolerie anche più complesse di un defibrillatore. Ci sono esperienze già avviate con successo: si sa di ragazzini che hanno soccorso bidelli, professori, e anche coetanei. I ragazzi devono far parte di una rete vitale e non virtuale, spingendo quelle veloci dieci dita non su tastiere, ma su pulsanti magici e petti temporaneamente non pulsanti. Un'applicazione che non si scarica da Internet, ma scarica per ridare la vita.

Mangiar bene conviene...

...a Palermo, Milano e Verona

La Campagna nazionale di educazione nutrizionale dei pediatri italiani "Mangiar bene conviene", avviata a Palermo, si sta estendendo sul territorio nazionale e ha già coinvolto 1.500 bambini nelle città di Milano, Verona e Palermo. Al lavoro i bambini dell'Istituto comprensivo "T. Ciresola" di Milano, "F. Greiner" di Verona e "Montegrappa-Sanzio" di Palermo. Il bilancio è più che positivo non soltanto per la numerosità delle adesioni ma anche per l'entusiasmo dimostrato dagli insegnanti e dai genitori per le proposte formative. Nelle classi, infatti, sono state promosse delle realizzazioni grafiche e dei lavori di gruppo ispirati al Ristorante arcobaleno e alle relative filastrocche: uno spunto pratico, per esempio, è stata l'opportunità di far conoscere ai bambini in maniera giocosa il nome degli alimenti associandone la corrispettiva terminologia in lingua inglese. I genitori hanno invece dimostrato particolare interesse per il laboratorio del gusto e attesa per le proposte dello chef Natale Giunta ma hanno anche approfittato degli incontri per riportare proprie esperienze di vita, tra cui le quotidiane difficoltà nel far accettare ai propri figli un'alimentazione variata, e soprattutto per sottoporre domande e richieste di consigli. Protagonisti indiscussi restano però i bambini, che fungono spesso da veicolo di informazioni e da stimolo ai propri genitori: per loro è giusto che l'alimentazione non sia un capriccio né tantomeno un optional, ma diventi un importante valore da condividere a scuola e a casa. Un valore che si traduce in un corretto stile di vita ma anche nella conoscenza e nel rispetto dell'ambiente, come pure in un'opportunità irripetibile di sperimentare nuovi sapori e di accostarsi a quel patrimonio di cultura e tradizioni che rendono unico il nostro Paese.

Grande successo quindi per il Network GPS (Genitori, Pediatra, Scuola) che concretamente sta dimostrando quanto si possa produrre in termini di guadagno in salute, scendendo in campo uniti con azioni semplici e consigli pratici. E questo è solo l'inizio.

NETW GPS RK
Genitori ● Pediatra ● Scuola



LA STIPSI

una causa frequente di disagio nel lattante



Piercarlo Salari
Pediatra Consultorio, Milano

Nelle prime epoche di vita in quasi un bambino su tre possono presentarsi vari disturbi digestivi, il più delle volte attribuiti a una transitoria e fisiologica immaturità dell'apparato gastrointestinale. Tra essi la stipsi, che interessa mediamente circa l'8% dei lattanti, è una condizione particolarmente avvertita dalle mamme, che molte volte si sentono colte alla sprovvista e perciò disorientate.

Per definizione la stipsi è caratterizzata dalla riduzione della frequenza delle evacuazioni e dalla difficoltà nell'emissione delle feci per un intervallo di tempo in genere superiore alle due settimane. Ma oltre a destare ansia e preoccupazione essa diventa

spesso molto fastidiosa, se si considera che fino nel 40% dei casi nei primi 6 mesi di vita dà luogo a sintomi tali da alterare il benessere dei piccoli. Distensione del colon, dolore, pianto, irritabilità sono le sue manifestazioni più comuni, senza poi dimenticare che essa può anche favorire o determinare l'insorgenza di coliche addominali e ragadi, cioè screpolature, talvolta sanguinanti e dolorose, a livello anale.

Un disturbo che si auto-mantiene

■ Nella stipsi si instaura un circolo vizioso: la riduzione del numero di scariche comporta un maggior riassorbimento di acqua dalle feci, che diventano di conseguenza più compatte e tendono ad accumularsi: in questo modo risulta ostacolato il normale tran-

sito intestinale, subentra nel piccolo uno stato di disagio e la tensione a cui va incontro l'intestino può evocare una sensazione di dolore. Tutti questi fenomeni si ripercuotono a loro volta sulla regolarità dei pasti del lattante, sul suo ritmo sonno-veglia e perfino sulla composizione della flora batterica intestinale. In altre parole la stipsi non rimane un fenomeno isolato ma scatena una cascata di altri disturbi, che suscitano nei genitori perplessità e allarmismo e li portano a consultare il pediatra.

Va precisato che nel 90% dei casi non è possibile identificare una causa organica e cioè una vera e propria malattia, per cui si parla di "stipsi funzionale". In ogni caso si possono delineare tre principali situazioni in cui è più facile osservare la sua comparsa: in occasione del passaggio dal

latte materno a quello formulato; per effetto legato alla formula in uso; infine, come si osserva in altre circostanze, è correlata a una condizione di stitichezza familiare. I genitori non devono perciò temere nel sentirsi dire dal pediatra che non c'è una chiara ragione in grado di spiegare il disturbo.

Come si può affrontare

■ Altamente sconsigliabile, per quanto ancora diffusa, è la pratica della stimolazione meccanica dell'ano con la punta del termometro: tale operazione, oltre a essere disturbante per il lattante, promuove un riflesso condizionato al quale rischia di generare una sorta di controproducente dipendenza. Se il bambino cerca di spingere, ma inutilmente, per poi arrestarsi e cadere in preda a un pianto di dolore, può essere utile un microclistere evacuativo al fine di liberare l'ampolla rettale. Questa soluzione è senza dubbio efficace ma come provvedimento acuto: la vera questione sta nel trovare una strategia possibilmente risolutiva. Poiché l'utilizzo di lassativi o altri farmaci non è indicato, l'unica prospettiva che si delinea per i bambini non allattati al seno è il ricorso a una formula specifica. La ricerca si è attivamente impegnata su questo fronte e ha messo a punto degli accorgimenti su alcuni specifici componenti. La presenza di una quantità di lattosio superiore a quella della formula standard e alle capacità di assorbimento di questo zucchero a livello duodenale, per esempio, comporta tre azioni vantaggiose: favorisce i processi fermentativi e lo sviluppo della flora batterica nel colon, determina l'acidificazione delle feci - entrambi gli effetti stimolano la peristalsi inte-

stinale - e l'eccesso di lattosio nel colon richiama acqua, per cui si riduce la compattezza delle feci. Un altro dettaglio importante riguarda la qualità delle proteine. La caseina contenuta nella maggior parte delle formule per l'infanzia ha la proprietà di coagulare (nel gergo tecnico "flocculare") nello stomaco, ispessendo il contenuto gastrico e rallentando di conseguenza il transito intestinale. E' stato chiaramente dimostrato che i lattanti alimentati con formule più simili al latte materno, e cioè a minor contenuto di caseina e maggior concentrazione di proteine solubili, presentano una minor frequenza di episodi di stipsi.

Un ulteriore componente importante è il magnesio, un elemento naturale che possiede notoriamente un effetto lassativo e induce la secrezione di un particolare ormone, la colecistochinina (CCK), che stimola a sua volta la motilità intestinale. Infine anche un aumento del rapporto calcio/fosforo in una formula può essere una prerogativa tale da favorire la formazione di feci molli. In conclusione si può affermare che la stipsi del lattante alimentato artificialmente

può essere affrontata in maniera efficace con il semplice ricorso a un latte specifico che, nel pieno rispetto dei fabbisogni nutrizionali e senza effetti indesiderati o controindicazioni, grazie a opportuni adattamenti formulativi, è in grado di modificare la qualità delle feci e stimolare al tempo stesso la normale attività contrattile dell'intestino. Sarà compito del pediatra offrire i suggerimenti più opportuni a ciascun caso, sulla base delle sue caratteristiche ed esigenze.



COMPONENTI UTILI DI UN LATTE FORMULATO PER CONTRASTARE LA STIPSI

- **Aumento del tenore in lattosio:** comporta un incremento dei processi fermentativi nel colon, con riduzione del pH intestinale sviluppo della flora batterica e richiamo di acqua. Questi effetti si traducono in un aumento dell'attività contrattile dell'intestino e nella formazione di feci più morbide.



- **La riduzione della caseina, a vantaggio delle sieroproteine (proteine solubili)** riduce il naturale processo di coagulazione a cui essa va incontro nello stomaco, ispessendone il contenuto e rallentandone lo svuotamento.



- **L'aumento del contenuto in magnesio** sfrutta la naturale azione lassativa di questo elemento, che promuove anche la liberazione della colecistochinina, un ormone del tubo digerente che stimola la peristalsi.



- **L'aumento del rapporto calcio/fosforo** può contrastare la formazione di feci dure.



Come nasce una mamma

Uno spazio dedicato alla neomamma per accompagnarla e aiutarla nel percorso di crescita del suo bambino

S.O.S. NANNA

Come riconoscere e affrontare i disturbi del sonno del bambino?

■ Nella fascia 0-3 anni i disturbi del sonno riguardano in media un bambino su cinque e secondo alcune indagini pubblicate nella letteratura scientifica arrivano a interessarne anche uno su tre, mentre nella fascia d'età successiva si riducono a circa un bambino su sette.

I più esposti sembrano i primogeniti o i figli unici, quelli allattati al seno e quelli che dormono nel lettone. Un dato importante, comunque, è che nella prima infanzia essi tendono a persistere nel tempo: un'indagine condotta su pediatri e genitori ha infatti dimostrato che, in assenza di intervento, un bambino con disturbi del sonno a 12 mesi ha un'elevata probabilità di continuare a manifestarli anche a 24 e 36 mesi. Si tratta di un ampio ventaglio di manifestazioni che vengono classificate in relazione alla durata del riposo notturno (dissonnie) e al comportamento (parasonnie). Nelle dissonnie rientrano i risvegli notturni, le difficoltà di addormentamento, la narcolessia e gli episodi di apnea, mentre le parasonnie comprendono incubi, paure notturne, bruxismo, sonnambulismo e sonniloquio. E' bene sapere che il più delle volte (oltre l'80%) le cause sono psico-comportamentali (per esempio organizzazione della giornata, abitudini familiari, stimoli a cui il bambino viene esposto) e soltanto in una minoranza di casi sono di na-

tura organica (per esempio reflusso gastroesofageo, dermatite atopica, asma, otite, infezione delle vie aeree). Il sonno è un'esigenza fisiologica dell'organismo età-dipendente e nel bambino è di particolare importanza in quanto proprio di notte si formano nuove connessioni nervose e ha luogo la liberazione dell'ormone della crescita. Per questa ragione i genitori devono prestare attenzione non soltanto alla sua durata complessiva ma anche alla sua qualità e non avere esitazione a sottoporre al pediatra dubbi e richieste. Ne parliamo con il **dott. Giuseppe Di Mauro, presidente della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS).**

Quali sono le possibili conseguenze dei disturbi del sonno?

■ In generale un bambino che dorme poco e male può risultare di giorno sonnolento, fino a invertire il proprio ritmo sonno-veglia, oppure, come si osserva il più delle volte, agitato, irritabile e perfino aggressivo. Se pensiamo all'età scolare, sono inevitabili ripercussioni sulle capacità di attenzione, concentrazione e apprendimento e ricadute negative non soltanto sul comportamento ma anche sul rendimento e sul tono dell'umore, in termini di ansia e perfino sintomi depressivi. Sono state inoltre dimostrate correlazioni tra disturbi del sonno e aumento della pressione arteriosa, maggior assunzione di cibo

(responsabile di aumento di peso) e riduzione delle difese immunitarie. A tutti questi effetti vanno poi sommati i disagi vissuti dall'intero nucleo familiare.

Quali sono le abitudini corrette da mettere in pratica?

■ Innanzitutto è importante mantenere il più possibile una regolarità dei ritmi giornalieri, in particolare per quanto riguarda l'orario dei pasti, del risveglio e del momento di andare a letto. Nel contesto della cosiddetta "igiene del sonno" è importante il comfort ambientale (temperatura, umidità, assenza di stimoli sonori e luminosi), stabilire nei più piccoli un "rituale della nanna" (per esempio il bagnetto, il massaggio, la favola

Piccolo dizionario del sonno

APNEA: assenza temporanea del respiro; nel sonno è spesso legata a ingrossamento delle tonsille.

BRUXISMO: digrignamento notturno dei denti.

DISSONNIE: alterazioni del sonno legate alla sua durata.

IGIENE DEL SONNO: insieme di comportamenti e abitudini che favoriscono un sonno notturno di buona qualità e durata.

INCUBI: sogni che si verificano di solito tardivamente nel sonno, impauriscono e destano il bambino, che in genere li ricorda.

MELATONINA: sostanza ad attività simil-ormonale prodotta dall'ipofisi e disponibile anche come preparato naturale che induce e mantiene il sonno.

NARCOLESSIA: manifestazione di "colpi di sonno" improvvisi e ricorrenti.

PAURE (O TERRORI) NOTTURNI: episodi rapidi che si verificano per lo più nelle prime 4 ore di sonno e destano confusione e disorientamento nel bambino, che in genere non si sveglia del tutto e non li ricorda.



Gli stadi del sonno

I due principali stadi del sonno sono identificabili sin dai primi giorni di vita: il sonno attivo o REM (movimenti rapidi degli occhi: è la fase in cui si sogna) e il sonno tranquillo o non-REM (senza movimenti rapidi degli occhi e senza sogni). I lattanti, i bambini e gli adulti normali presentano un'alternanza di periodi di sonno REM e non-REM più volte durante la notte. Nel primo anno di vita la maggior parte dei lattanti a volte si sveglia normalmente nel corso della notte ma non sempre questo fenomeno si accompagna a pianto. Nei primi 3-4 mesi si instaurano dei cicli sonno-veglia più definiti e di notte tende a instaurarsi la maggior percentuale di tempo di sonno.



della buonanotte) e, in caso di necessità, intervenire in maniera graduale sulle abitudini del bambino, in modo da consentirgli di adattarsi. Il lattante andrebbe abituato sin da subito a dormire nel proprio lettino e a non addormentarsi in braccio o con il biberon oppure dopo essere stato sottoposto a stimoli. In sintesi possiamo dare questi consigli: insistere sulla ripetizione dei gesti e delle consuetudini prima di andare a dormire; definire precisi limiti temporali (durata) e spaziali (lettino, cameretta, vicinanza di oggetti e giochi preferiti) del sonno; rendere il momento della nanna il più naturale e spontaneo possibile senza mai imporlo come punizione; evitare di accorrere subito nel caso in cui il bambino dovesse piangere; trasmettergli sempre serenità e sicurezza e mai ansia o senso di preoccupazione.

Cosa si può fare per un bambino che dorme poco o male?

■ Innanzitutto è indispensabile creare le migliori condizioni comportamentali, psicologiche e ambientali. In secondo luogo è bene evitare il ricorso a farmaci, preparati di erboristeria o rimedi non specificamente studiati per i bambini, chiedendo sempre consiglio al proprio pediatra che potrà suggerire caso per caso le soluzioni più indicate. Alcune sostanze naturali, infatti, possono essere di aiuto

e sono reperibili singolarmente o in associazioni precostituite, gradevoli e di facile somministrazione: offrono numerosi vantaggi, tra cui la sicurezza, un'azione rapida, prevedibile e limitata a poche ore, l'assenza di dipendenza e del cosiddetto "effetto rimbalzo", cioè la ricomparsa del disturbo specifico o dell'insonnia alla prima sospensione. Tra i composti naturali vanno segnalati: la melatonina, utile a indurre e mantenere il sonno senza causare sedazione durante il giorno; il triptofano, precursore della melatonina e della serotonina (mediatore delle cellule nervose), efficace nelle parasonnie; la vitamina B6, coadiuvante del metabolismo energetico e del funzionamento del sistema nervoso; la niacina (o vitamina PP), che contrasta stanchezza e affaticamento; e infine estratti di erbe quali escolzia e passiflora, indicate per la loro azione rilassante e ansiolitica.

Fabbisogno di sonno in relazione all'età

Età	Ore di sonno
Neonato	16-18
6 mesi	14,5
12 mesi	13,5
2 anni	13
4 anni	11,5
7 anni	10,5
10-12 anni	9
Adolescente	8-9

PARASONNIE: alterazioni del comportamento durante il sonno.

RITMO SONNO-VEGLIA: ritmo fisiologico giornaliero di ciascun individuo caratterizzato dall'alternanza delle attività di sonno e di veglia.

SEROTONINA: neurotrasmettitore derivato dal triptofano che regola svariate funzioni, tra cui appetito, tono dell'umore e ritmo sonno-veglia.

SONNAMBULISMO: parasonnia caratterizzata dalla deambulazione nel sonno (il bambino si alza dal letto e può compiere qualche passo oppure recarsi in un'altra stanza).

SONNILOQUIO: episodi in cui il bambino pronuncia parole o frasi mentre dorme.

SONNO: stato fisiologico con riduzione della reattività agli stimoli e dello stato di coscienza.

TRIPTOFANO: aminoacido (componente delle proteine) coinvolto in numerose funzioni (apprendimento, attenzione, appetito, comportamento), precursore della melatonina e della serotonina.

VEGLIA: stato fisiologico caratterizzato da attenzione, consapevolezza di sé e capacità di compiere azioni.



I BAMBINI E LA MONTAGNA

mille modi per vivere una vacanza

Ermanno Baldo

U.O. di Pediatria, Ospedale "S. Maria del Carmine", Rovereto (TN)

La montagna per i bambini può essere un luogo ideale di vacanza, specialmente d'estate. Non ci sono mete obbligate o solo centri alla moda. La



montagna offre una infinità di posti da scoprire, dai piccoli villaggi ai centri più conosciuti ed ogni famiglia può scegliere il posto più

adatto alle proprie esigenze ed al tipo di vacanza che vuole fare.

Scelta l'altitudine adatta all'età del bambino e il luogo va detto che non c'è una vacanza ideale e che il modello "della passeggiata in luoghi ameni" a cui si attribuivano, nel

secolo scorso anche proprietà curative, non corrisponde più né all'idea che oggi abbiamo dello stato di salute, né allo stile di vita "sportivo" che oggi caratterizza le nostre vacanze ed anche le uscite per il weekend. La montagna e la vacanza sono per i bambini la libertà, gli ampi spazi, il tempo per giocare in compagnia, vivere la natura, esplorare e conoscere boschi, prati, sentieri e ruscelli e per misurarsi talvolta con le piccole difficoltà che presenta una natura non completamente addomesticata. La vacanza in

montagna può essere così una meta stimolante per il bambino, ma anche per la

L'ALTITUDINE GIUSTA.

Per un bambino sano non ci attendiamo problemi o disturbi fino oltre i 2.000-2.500 metri di altezza, se la salita è stata graduale ed è in buona salute. Se però si vuole salire oltre queste quote la raccomandazione principale è quella di una salita lenta per favorire l'acclimatamento. Se il bambino ha meno di due anni è sconsigliato comunque di salire oltre i duemila metri, mentre tra i 2 e i 5 anni i bambini si possono raggiungere i 2.500 metri e tra i 5 e i 10 anni si possono programmare ascensioni fino ai 3.000.



TANTI BENEFICI ANCHE PER LA MENTE

A livello metaforico, la montagna, rappresenta la meta, il punto di arrivo, l'idea di farcela, spingendosi verso l'alto. La montagna offre così nell'immaginario un'alternativa al mondo "tecnologico" e frenetico.

Con il suo silenzio e le occasioni di aggregazione si pone come occasione per coltivare un benessere legato al mondo della

natura ed allontanarsi dalla "sovra-stimolazione" quotidiana per riscoprire la bellezza della natura e il piacere di stare insieme agli altri. (Laura Franceschini, Psicologa, U.O. di Pediatria - Rovereto, TN).



sua famiglia, un luogo senza eccessi ambientali, dove trovare un clima più fresco ed asciutto e in generale più mite in estate. Ogni Valle è diversa, lungo ogni sentiero, anche vicino a casa, si pro-



pongono panorami nuovi o angoli di bosco da esplorare. Ogni paese, per quanto piccolo, diventa così luogo di incontri, di conoscenze e di piccole scoperte ed attrazioni irresistibili per i bambini, come la fontana fra le case ed il rumore del torrente che attraversa l'abitato.

I corsi d'acqua impetuosi e i laghi, come i sentieri impervi possono ovviamente diventare

anche un pericolo per i bambini, che per questo vanno seguiti con attenzione ed istruiti sui pericoli. Se la montagna è natura, i suoi centri abitati sono anche storia, chiese, castelli, musei, con mille

cose da visitare, letture e racconti, gite in bicicletta e anche passeggiate fra i borghi e i sentieri, occasioni per salire talvolta più in alto, quando la curiosità, la

condizione fisica ed il meteo lo permettono. La montagna chiede poi rispetto, consapevolezza e conoscenza delle difficoltà. Inse-

"MUSE" IL MUSEO DELLE SCIENZE DI TRENTO

Per i bambini e la famiglia è un posto magico, dove sono possibili tante attività interattive e di scoperta. Il percorso espositivo del Muse usa la metafora della montagna per raccontare la vita sulla Terra. Si



comincia dalla cima: terrazza e quarto piano ci fanno incontrare sole e ghiaccio, poi si scende ad approfondire le tematiche della biodiversità, della sostenibilità, dell'evoluzione fino al piano interato e alla meraviglia della serra tropicale. Il sistema MUSE è anche un network diffuso di musei e sedi territoriali a livello provinciale e non solo. (Per saperne di più www.muse.it).

re. Poi durante l'escursione si raccomanda di far bere i bambini a volontà, abituandoli a portare una borraccia nello zainetto, che deve essere adeguato all'età e mai troppo pesante. Bisogna ricordare anche di proteggere la pelle dal sole con creme ad alta protezione, soprattutto al viso e sulle parti scoperte, utilizzando anche un cappellino e occhiali da sole per evitare scottature ed irritazioni agli occhi. Non è invece necessa-

gnare ai bambini ad osservare ed apprezzare ogni singola cosa, a scoprire la marmotta, che sta diritta, di guardia, su una montagnola che domina il prato, lassù dove finisce il bosco, è una delle soddisfazioni più grandi per chi riesce a portare i bambini in altura. E' bene documentarsi prima su ogni itinerario, sui sentieri di cui va conosciuta la difficoltà ed il dislivello da supera-



rio utilizzare per i bambini un abbigliamento tecnico da alpinismo, piuttosto è bene vestirli "a cipolla", con più strati per avere una adeguata protezione termica. Indumenti traspiranti a contatto della pelle, poi un pile adatto a mantenere il calore, mentre giacca a vento e guanti devono essere disponibili nello zaino per gli sbalzi climatici repentini, sempre possibili in montagna anche d'estate.

Poi pantaloni lunghi, calzettoni e scarpe di buona qualità, adatte al trekking sono consigliate per proteggersi da ortiche, rovi ed

anche dal morso di zecche e dalle punture di insetti che sono soprattutto nell'erba alta. Ecco perché è consigliabile camminare sui sentieri e non rotolarsi nell'erba.

Quando si programma una vacanza in montagna è necessario attrezzarsi nel modo giusto, anche con la consapevolezza che con i bambini va condivisa ogni scoperta, ogni stupore davanti ai fiori, ai funghi, agli animali, al fascino del

bosco ed ai panorami che la montagna riserva a tutti, come ricompensa della fatica e della tenacia necessarie per conquistarla.



FONDAZIONE MUSEO CIVICO DI ROVERETO

Propongono una serie di itinerari alla scoperta del territorio per far vivere ai ragazzi giornate ricche di stimoli e di momenti di riflessione inseriti in un ambiente (il bosco della città) capace di ritornare a loro significative suggestioni. Una ricca ipotesi di lavoro articolata in attività indirizzate alla formazione di giovani attivi, capaci di esplorare, osservare, manipolare, porsi domande, raccogliere dati e sviluppare ragionamenti, e che possano essere futuri cittadini consapevoli di diritti e doveri e inseriti nel territorio. (Per saperne di più www.museocivico.rovereto.tn.it)

PER I PIÙ GRANDI L'ARRAMPICATA SPORTIVA

L'arrampicata sportiva è un'attività sportivo-ricreativa che può svolgere un'importante funzione di crescita nel bambino e nell'adolescente attraverso: l'educazione degli schemi motori e posturali perché si tratta di uno sport che coinvolge molti gruppi muscolari; l'educazione delle capacità coordinative e della mobilità articolare, sviluppando una maggiore padronanza del proprio corpo; la promozione e/o aumento dell'autostima, controllo della paura e infine il miglioramento delle dinamiche



di gruppo. Questa attività offre l'occasione di far praticare a bambini e adolescenti uno sport in tutta sicurezza, assistiti ed aiutati in ogni momento da una Guida Alpina ma anche da un medico che ben conosce gli aspetti di fisiologia del movimento, i giusti carichi da proporre e gli equilibri psico-attitudinali. (Antonio Prestini, Medico e Guida Alpina).



CAVALLINO BIANCO

Il miglior Family Hotel del mondo nelle meravigliose Dolomiti!



- Cavallino Bianco, primo e unico Grand Hotel dedicato esclusivamente a famiglie con figli.
- Lino Land: 1.250m² di divertimento - assistenza professionale a partire dal 1° mese di vita per 13 ore al giorno
- 660 m² di superficie acquatica con strepitose piscine dedicate ai bambini
- Beauty & Spa su 2.900 m² - acqua, saune e Spa Area per tutta la famiglia
- Offerta "All Inclusive" solo per famiglie con bambini & bebè
- Cucina gourmet: cucina raffinata e genuina per grandi e piccoli. Ristorante dedicato ai bambini con menù sano e bilanciato studiato da un'esperta nutrizionista
- Natura: situato tra le bellezze naturali della Val Gardena e nelle meravigliose Dolomiti, patrimonio naturale UNESCO. ricco programma di passeggiate ed escursioni
- Aperto tutto l'anno

*Time is Life...
...Live it now*



Via Rezia 22 | 39046 Ortisei in Val Gardena (BZ) | Dolomiti - Italia

Tel. +39 0471 783 333 | Fax +39 0471 797 517 | www.cavallino-bianco.com | info@cavallino-bianco.com

Don tutte belle le lingue del mondo



Letizia Quaranta
Bilingue per Gioco
<http://bilinguepergioco.com>
<http://learnwithmummy.com>

Katharina ha 18 anni, è nata in Austria ma è cresciuta in Italia. Mamma austriaca, papà italiano. Katharina parla perfettamente il tedesco, ma parla sempre in Italiano con la sua mamma. Sente di avere una doppia identità, è consapevole che ciò costituisce una ricchezza, ma in tutta sincerità trova che sia anche un po' un peso. Soprattutto quando per-

cepisce che il tedesco non è sempre ben accolto.

Sara ha 3 anni. Mamma e papà sono italiani e vivono tutti in Italia. La mamma però parla un ottimo inglese, e Sara gioca in inglese con la mamma fin da quando è molto piccola. Sara comprende tutto in inglese e lo parla bene, con un accento molto british, molto inusuale per una bimba che non ha mai messo piede in Inghilterra.

Katharina e Sara raccontano due storie diverse di bilinguismo. Possiamo guardare a queste storie facendo il gioco delle differenze, oppure possiamo cercare di capire cos'hanno in comune.

Katharina, Sara e migliaia di bambini che vivono in Italia, sono accomunati dal fatto di crescere ascoltando più di una lingua nella loro vita quotidiana.

Le lingue dei genitori variano, inglese, arabo, rumeno, cinese o qualsiasi altra lingua. I dubbi, sono spesso molto simili.

Farò bene a parlare la mia lingua a mio figlio?

Avrà un ritardo nel parlare?

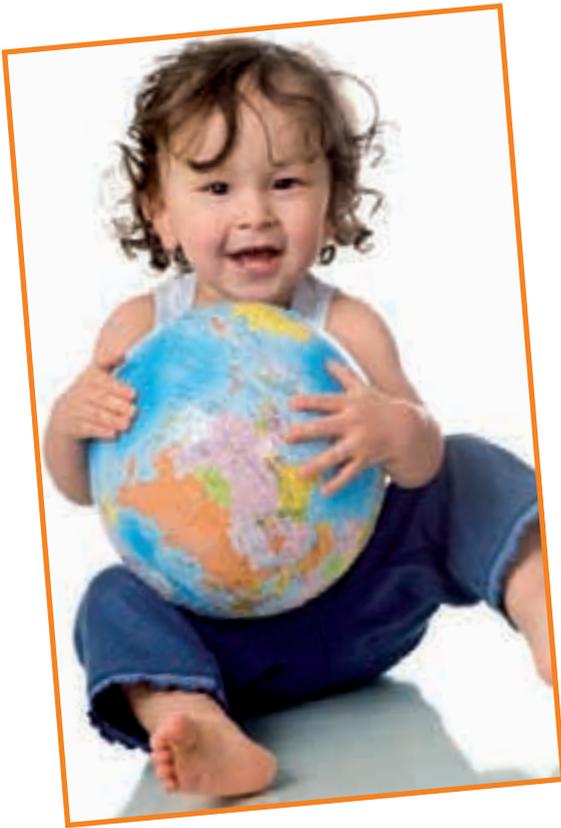
Mio marito (o mia moglie) dice che se gli parlo la mia lingua lui/lei non capisce e si sente escluso/a.

Le altre mamme mi guardano male e mi vergogno.

La mia lingua è inutile.



Non è raro che una famiglia rinunci al coltivare una seconda lingua nel quotidiano, anche quando uno o entrambi i genitori sono madrelingua. Spesso i condizionamenti sociali giocano un ruolo importante in questa scelta. Ma non di rado non si tratta affatto di una scelta, si tratta piuttosto di un'abitudine. Il bambino vive immerso in un contesto italiano e spesso frequenta una scuola italiana, comincia a parlare sempre più spesso in italiano, i genitori gli rispondono in italiano e poco alla volta, senza quasi accorgersene, la seconda lingua diventa un ospite sporadico.



Per saperne di più:

LETIZIA QUARANTA

Bilingue per Gioco

www.bilinguepergioco.com

Blog sul bilinguismo

Learn with Mummy

www.learnwithmummy.com

Gruppi di gioco in Inglese per bambini e genitori presenti in varie città italiane

bilinguepergioco@yahoo.com

Mantenere una seconda lingua nell'uso quotidiano non è così scontato, richiede impegno e determinazione. E qualche accorgimento:

Individua una routine

Decidi con calma quali sono i momenti o contesti da dedicare alla seconda lingua e fai in modo di rispettare questo schema. La routine si sa piace ai bambini, ma in questo caso aiuta anche i genitori. **Nota:** non occorre imporre la routine ai bambini, basta che gli adulti la rispettino.

Coinvolgi tutta la famiglia

Se alcuni membri della famiglia non sono convinti cerca di rispondere alle loro domande e paure, spesso infondate ma comunque legittime. In ogni caso, chiedi il loro supporto, una parola di sprezzo può distruggere mesi o anni di impegno. **Nota:** occhio alla suocera!

Cerca materiali di supporto

Libri, canzoni, audiolibri, video, tutto aiuta. Per tutte le lingue oggi è più facile che mai trovare risorse, anche gratuite o molto accessibili. Internet, se usata con criterio, è una grande risorsa.

Coltiva la tua lingua

La lingua è uno strumento vivo. Se non la usi si atrofizza, anche la lingua madre, per quanto ciò possa sembrare impossibile. Cerca occasioni per parlare con altri adulti madrelingua, guarda film in lingua originale (per te, per adulti, non solo per i bambini), ascolta la radio del tuo paese (tramite webradio si può ascoltare la radio di qualsiasi paese al mondo). **Nota:** anche solo ascoltare la lingua aiuta molto.

Datti aspettative realistiche

Un bambino che comprende perfettamente una seconda lingua ma non la parla è un bambino bilingue. In questo caso si parla di bilinguismo passivo. Non appena il bambino, o ragazzo, si troverà in una situazione in cui ha bisogno della lingua, in pochissimi giorni comincerà a parlarla. **Nota:** non mettere pressione sul bambino, dai a piene mani e accogli con gratitudine tutti i piccoli successi.

I neonatologi scettici sul parto in casa

■ Parto in casa? No grazie. E' la risposta della Società Italiana di Neonatologia (SIN) al recente decreto della Regione Lazio, che ha stabilito un rimborso di 800 euro per le donne che decidono di partorire tra le mura domestiche. La presa di posizione della SIN è motivata da ragioni di sicurezza: "Nonostante le alte competenze che ostetriche e ginecologi possano fornire, le complicità del parto e del post-partum non sono prevedibili in modo assoluto: ne è la prova la mole di contenziosi medico-legali che i colleghi ostetrici si trovano a dover fronteggiare" afferma Costantino Romagnoli, Presidente della Società. "Penso che l'obiettivo da perseguire sia quello della garanzia della massima sicurezza dell'evento parto sia per la madre che per il neonato, incrementando la collaborazione tra tutti gli operatori del settore, coinvolgendo maggiormente le famiglie nella gestione del post-partum e dell'allattamento e incrementando la dimissione precoce in sicurezza con accurati controlli di follow-up. Forse questo costa di più di 800 euro, ma è certamente più utile per i nostri neonati che sono il nostro futuro ■

Spesa sì, ma senza più sacchetti di plastica

■ Non è la prima volta che l'Unione Europea richiama l'attenzione sui rifiuti di plastica, ma il voto dei deputati durante l'ultima sessione plenaria di metà aprile ha approvato una direttiva sugli imballaggi: l'obiettivo è ridurre l'utilizzo delle buste di plastica della metà entro il 2017 e dell'80% entro il 2019. Già nel 2011 in Italia era stata prevista la loro messa al bando, ma sono ancora troppe - oltre otto miliardi, pari a 198 per ogni cittadino europeo secondo le stime del 2010 - quelle gettate ogni anno dopo l'uso. Saranno agevolati i sacchetti biodegradabili e nel prossimo quinquennio quelli per la frutta e la verdura saranno gradualmente sostituiti da involucri in carta riciclata o biodegradabili. Il vero impegno contro l'inquinamento dell'ambiente, però lo deve assumere ciascuno nella propria quotidianità, facendo opportuno ricorso a borse per la spesa riciclabili e non più a sacchetti usa e getta ■



SEGGIOLINI, CASCHI E "BIROCCINI"

Alice Bonoli
Ufficio Stampa - AUSL Imola

Il Codice della strada e il relativo Regolamento, all'articolo 225 spiega che è possibile trasportare in bicicletta soltanto bambini fino a 8 anni d'età; non esiste invece un limite «in basso», tuttavia il consiglio è di aspettare che il piccolo riesca a stare con la schiena dritta. Comunque, nei seggiolini fissati alla parte anteriore della bici, possono stare solo bambini fino ai 15 chilogrammi. Il seggiolino, inoltre, deve avere alcuni requisiti fondamentali. In particolare, deve avere il sedile con schienale, i braccioli, un sistema di fissaggio alla bici e un sistema di sicurezza (bretelle o cintura di contenimento più una struttura di protezione per i piedi). I braccioli possono essere omessi nel caso di seggiolini posteriori, ma solo per il trasporto di bambini di età superiore ai quattro anni. Chiaramente, specie se posizionato davanti, non deve intralciare la pedalata e i movimenti.

«La legge italiana - specifica Stefano Bolognesi, Comandante della Polizia Municipale di Castel S. Pietro Terme (BO) - non prevede un'omologazione specifica. Tuttavia, si può fare riferimento alla normativa europea». E' la EN 14344, in base alla quale i seggiolini possono avere tre sigle differenti, ossia A15 (posteriori, per bambini che pesano da 9 a 15 chili), A22 (posteriori, da 9 a 22 chili) e C15 (anteriori, da 9 a 15 chili). E' possibile utilizzare anche seggiolini

che si hanno già in casa «l'importante - precisa il comandante - è che abbiano i dispositivi previsti dal Codice, altrimenti è prevista una sanzione da 25 a 99 euro (articolo 182)». Una curiosità che ci viene spontanea è: cosa fare se il bambino si addormenta mentre siamo in movimento? Non di rado, infatti, si vedono genitori pedalare mentre con una mano reggono la testa del figlio. «Di per sé - chiarisce Bolognesi - non è un problema. E' però fondamentale che non venga ostacolata la libertà di movimento». In altre parole, se il piccolo sul sedile anteriore crolla con la testa appoggiata al braccio la posizione dell'adulto non cambia molto. Viceversa, può essere più pericoloso reggerlo se si addormenta nel sedile posteriore. Al contrario del seggiolino, non è invece obbligatorio l'uso del casco. In realtà, quando nel 2010 si stava modificando il Codice della strada, venne fatta la proposta di introdurre l'obbligo per i minori di 14 anni. La proposta passò al Senato, ma venne bloccata alla Camera dopo un'audizione parlamentare della Fiab (Federazione italiana amici della bicicletta) nella quale si ribadì il favore all'uso del casco per i ciclisti, ma la contrarietà all'obbligo, considerando la norma «in larga parte inapplicabile», visto anche che, come si legge nelle motivazioni della Commissione trasporti, «potrebbe avere delle conseguenze negative in relazione al contenzioso sugli incidenti in quanto le società di assicurazione potrebbero servirsene per rifiutare il risarcimento dei danni occorsi a conducenti mi-

nori privi di casco». Bolognesi aggiunge una precisazione: «Il casco è comunque consigliato, visti i rischi a cui vanno incontro i giovani ciclisti per strada. Basti pensare che è in dotazione nella nostra uniforme da vigili urbani e anche i professionisti lo usano. Farlo calzare ai bambini è una buona pratica».

Questo consiglio è utile soprattutto considerando il fatto che anche i bambini possono circolare su strada. «Anche se hanno le due routine aggiuntive - spiega il comandante -, il Codice non pone limiti. Ovviamente, se è presente la pista ciclabile c'è l'obbligo di utilizzarla, in alternativa si sta sulla carreggiata. L'importante è prestare attenzione e usare buon senso».

Lo stesso vale per i «rimorchi» con i quali si possono trasportare i bimbi. Anche dalle nostre parti, infatti, si vedono sempre più spesso i cosiddetti «biroccini» (singoli o gemellari), tecnicamente biketrailer. Il Codice impone dei limiti alle dimensioni. Tra bici e rimorchio non si possono superare i 3 metri di lunghezza, mentre il trailer deve avere una larghezza massima di 75 centimetri e un'altezza comprensiva di carico non superiore a un metro. Può trasportare al massimo 50 chili. «E' comunque consigliato utilizzarlo in ambito protetto - conclude Bolognesi -, sulle piste ciclabili l'importante è renderlo visibile». Al pari delle bici, infatti, deve avere i dispositivi di segnalazione visiva, in particolare luce rossa e catadiottri rossi nella parte posteriore e catarifrangenti (almeno uno per ogni ruota).

LA DERMATITE ATOPICA

Come affrontare la fase acuta

La dermatite atopica è una malattia infiammatoria della cute, non contagiosa, caratterizzata da un intenso prurito e da secchezza della pelle: eritema, desquamazione, vescicole e marcato arrossamento della pelle sono le caratteristiche comuni di chi è affetto da questa malattia. La sua origine è sconosciuta anche se si osserva una complessa interazione tra diverse cause - ambientali, genetiche, immunologiche e fattori biochimici - e nel 70% dei casi presenta familiarità. La dermatite atopica, soprattutto nella fase acuta, ha una pesante ricaduta sulla qualità della vita del bambino e della sua famiglia: il prurito insopportabile, le lesioni da grattamento che ad esso conseguono, il dolore, la perdita del sonno finiscono con l'incidere sulla sua vita sociale e sul suo rendimento scolastico. A prescindere dalla risoluzione spontanea, osservata nel 40% dei casi, al momento non esiste una soluzione definitiva. E' noto tuttavia che alcuni fattori possono peggiorare il quadro clinico, quali per esempio l'esposizione eccessiva della cute all'acqua, l'impiego di detersivi comuni, i tessuti di lana e fibre sintetiche, una sudorazione eccessiva e particolari condizioni psico-emotive. La cura prevede l'utilizzo in prima istanza di terapia con emollienti e idratanti, e nelle fasi acute di farmaci antiinfiammatori topici (corticosteroidi, immunomodulanti). Trattandosi di una patologia a carattere cronico e recidivante l'impiego di corticosteroidi o altri farmaci deve essere però limitato nel tempo, per evitare gli effetti collaterali di un loro impiego a lungo termine: la prevenzione delle recidive è quindi affidata all'impiego di creme emollienti e idratanti. Occorre però prestare attenzione alla scelta di prodotti che potrebbero peggiorare la condizione della pelle: si devono impiegare dermocosmetici appositamente studiati, ad azione antibatterica, con principi attivi capaci di migliorare lo stato della barriera cutanea e privi di conservanti, parabeni, coloranti o profumi.

La linea **Youderm SINATOP** è stata formulata proprio con l'obiettivo di proteggere, idratare e lenire la pelle atopica in maniera semplice ed efficace, nel rispetto delle sue caratteristiche e vulnerabilità: per l'igiene di tutti i giorni sono stati messi a punto una **Crema Extradratante Quotidiana** e un **Detergente Quotidiano Delicato**, mentre per un uso intensivo, finalizzato al controllo dei sintomi, sono disponibili un' **Emulsione Intensiva**, a rapido assorbimento e una **Crema Intensiva** ad azione protettiva. La prima può essere applicata per il trattamento di aree estese dopo il bagno o la doccia per favorire e sostenere la funzione di barriera della pelle, mentre la crema, da applicare 3 volte al giorno, è indicata per il trattamento di bruciore, prurito e dolore e grazie alle sue proprietà iperidratanti, contrasta la secchezza e promuove la riepitelizzazione della cute.



YOU•DERM

SINATOP

UNA LINEA SPECIFICA PER LA PELLE ATOPICA

Linea dermatologicamente testata
senza alcol, senza profumi, senza parabeni.

Per il trattamento
quotidiano
sono disponibili nella
linea un **Detergente
Delicato per l'igiene**
e una **Crema Extra-
idratante con proprie-
tà antibatteriche da
applicare dopo la nor-
male detersione.**



500 ml

CREMA

DETERGENTE

Per l'uso **sintomatico** la linea
propone una formulazione in **Crema Intensi-
va non steroidea** (per il trattamento di aree
specifiche) o in **Emulsione Intensiva** (per il
trattamento di superfici estese) da applicare
3 volte al giorno, indicata per il trattamento
di bruciore, prurito e dolore associati a vari
tipi di dermatiti, comprese dermatiti atopiche
e da contatto, contribuendo a migliorare la
xerosi cutanea mantenendo la cute idratata
e favorendo la riepitelizzazione.



100 ml

40 ml

CREMA INTENSIVA



120 ml

EMULSIONE INTENSIVA

Il lavaggio del naso

Una procedura preventiva e curativa

Piercarlo Salari
Pediatra Consultorio, Milano

Il naso è il primo organo esposto al contatto con tutti i componenti presenti nell'aria (fumo, vapori, particelle inquinanti) e diventa un bersaglio ancora più esposto alle insidie ambientali, se si pensa agli innumerevoli batteri e virus responsabili di infezioni, in particolare a carico delle vie aeree quali raffreddore, influenza, otiti e bronchiti. Questo vale soprattutto nei bambini piccoli, che hanno spesso un sistema difensivo non ancora preparato ad affrontare prontamente le aggressioni microbiche e hanno difficoltà a espellere il muco e di conseguenza a mantenere deterse le fosse nasali. Il muco costituisce un meccanismo di difesa naturale in quanto consente di intrappolare ed eliminare i germi: è questa la ragione per cui la sua produzione aumenta in caso di irritazione delle vie aeree ma anche il motivo per cui, in caso di accumulo, esso può diventare un terreno di coltura per i microrganismi. Tale eventualità è più frequente in neonati, lattanti e bambini piccoli, sia perché non sono in grado di soffiarsi il naso sia perché sono maggiormente predisposti alle complicazioni dovute al naso chiuso, tra cui l'otite, e hanno mucose estremamente delicate. Ecco allora una soluzione quanto mai preziosa ed efficace tutto l'anno sia come cura sia come prevenzione: il lavaggio nasale. La strategia più semplice, sicura ed efficace per prevenire le infezioni delle alte vie aeree e l'otite e offre una serie di vantaggi importanti: mantiene idratata la mucosa, favorisce la rimozione delle secrezioni,



agevola la respirazione e concilia il sonno. Per il lavaggio nasale sono disponibili vari preparati, in flaconcini monodose e spray. Alcuni recenti dati scientifici hanno dimostrato che è preferibile utilizzare una soluzione isotonica (cioè con la stessa concentrazione salina dei tessuti dell'organismo) e non ipertonica (più concentrata): l'acqua di mare opportunamente trattata e sterilizzata è un'opzione del tutto naturale e consente di sfruttare l'azione di un maggior numero di componenti rispetto alla classica soluzione fisiologica. Un dettaglio importante è che la soluzione utilizzata

TUTTI I VANTAGGI DEL LAVAGGIO NASALE

- ✓ Nel neonato e nel lattante ottimizza il lavoro respiratorio, agevolando l'allattamento
- ✓ Permette al naso di svolgere al meglio la sua funzione di riscaldamento e umidificazione (condizionamento) dell'aria, contribuendo a rimuovere eventuali particelle di smog o residui grossolani e svolgendo un effetto idratante sulla mucosa
- ✓ Riduce la quantità di secrezioni, diluendo gli eventuali microrganismi in esse presenti e prevenendone il possibile reflusso verso l'orecchio
- ✓ Compensa la fisiologica incapacità di soffiarsi il naso in età prescolare
- ✓ Migliora la percezione degli odori e il riconoscimento dei sapori, che risulta fondamentale soprattutto nei primi 18 mesi d'età, quando il bambino è più portato verso nuove esperienze gustative
- ✓ Favorisce indirettamente la percezione dei suoni e l'articolazione delle parole (fonazione)
- ✓ Concilia il riposo notturno e contribuisce a mantenere il bambino in una condizione di benessere generale
- ✓ Predisporre la mucosa nasale a eventuali trattamenti specifici
- ✓ L'utilizzo di un'acqua di mare consente di sfruttare l'azione di un maggior numero di componenti salini rispetto alla classica soluzione fisiologica
- ✓ Le soluzioni che tra le proprie indicazioni d'uso includono non solo l'igiene nasale quotidiana ma anche l'efficacia come co-adiuvante nelle infezioni di naso, orecchio e gola offrono un'ulteriore prerogativa e opportunità di impiego tutto l'anno

abbia tra le indicazioni d'uso non soltanto l'igiene nasale quotidiana ma anche la certificazione d'efficacia d'uso anche quando subentrino fattori patologici, quali le classiche infezioni di naso, orecchio e gola.

La tecnica corretta

■ Il lavaggio nasale è una procedura che inizialmente veniva praticata nell'ambito ospedaliero ed è stata poi "esportata", per la sua efficacia e semplicità, anche nell'ambiente domestico. Si tratta infatti di un'operazione innocua e utile non soltanto per favorire il benessere del bambino ma anche per prevenire l'insediamento di microrganismi, potenzialmente responsabili di infezioni delle alte vie aeree. La tecnica normalmente suggerita prevede che il bambino piccolo venga sdraiato a pancia in su con la testa ruotata da un lato, introducendo la soluzione dalla narice che resta in alto. Il bambino più grandicello, che potrebbe anche imparare a eseguire da solo la detersione delle fosse nasali, dovrebbe essere istruito a non soffiare con forza, per evitare di vanificare l'operazione. Una soluzione alternativa alla procedura classica può essere rappresentata dall'aerosol. L'eventuale ingestione della soluzione impiegata non comporta alcuna conseguenza. E' buona norma che il lavaggio delle narici venga effettuato sistematicamente 1-4 volte al giorno, fermo restando che un eventuale stato di raffreddamento o disagio potrebbe rendere consigliabile aumentare la frequenza della detersione a 4-6 volte al giorno.



Due campagne sull'uso consapevole dei farmaci in gravidanza e nel bambino

■ Promuovere un uso corretto dei farmaci in gravidanza e nei bambini. E' questo lo scopo dei due progetti scientifico-comunicativi del Ministero della Salute che saranno oggetto di una campagna mediatica veicolata da oltre 2.200 spot televisivi, 1.200 passaggi radiofonici, 7.000 affissioni, 7.300 impianti su trasporto pubblico, 100 pagine sulla stampa nazionale. In gravidanza i farmaci non vanno demonizzati ma considerati uno strumento che, quando necessario, consenta di mantenere la donna in salute e favorire l'armonico sviluppo del feto. Per quanto riguarda i farmaci in pediatria va ricordato che 7 farmaci su 10 spesso non hanno di fatto un'indicazione di impiego nel bambino, al quale vengono "adattati" per dosaggio e posologia sulla base dell'uso nell'adulto. E' dunque quanto mai utile per le famiglie poter accedere, in accordo con il pediatra ad informazioni in questi ambiti, attraverso un sito sicuro quale quello governativo. Quasi 9.000 schede a disposizione di genitori e operatori sanitari per aiutarli a compiere la scelta sulla terapia farmacologica più appropriata per bambini e adolescenti. Alla base di queste iniziative c'è inoltre un'attenta analisi della letteratura scientifica, grazie alla quale vengono rese disponibili informazioni preziose consultabili in www.farmaciegravidanza.gov.it - www.farmaciepediatria.gov.it ■



SENSIBILITÀ SMALTO PULIZIA GENGIVE FRESCHEZZA PLACCA WHITENING

NUOVO

7 BENEFICI
APPOSITAMENTE STUDIATI

**1 DENTIFRICO
COMPLETO**
PER DENTI SENSIBILI

SENSODYNE DENTIFRICO COMPLETO

È un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso. Aut. Min. San. 101072013. *Usato 2 volte al giorno.



DA UTILIZZARE
CON LE STRISCE REATTIVE



Contour
next



Semplifica l'informazione. Migliora la comunicazione con il medico.

CONTOUR® NEXT USB ti permette di organizzare le tue informazioni per creare un diario elettronico completo grazie:

- all'inserimento di carboidrati ed insulina
- alla consultazione dei dati direttamente sullo strumento o tramite il software GLUCOFACTS® DELUXE di Bayer

Autoregolazione del 11.10.2012



servizio clienti*
NUMEROVERDE
800-824055

* Assistenza Service sull'utilizzo dello strumento.



Bayer HealthCare

Distribuito in Italia da Bayer SpA
Via Galvani, 130 - 20156 Milano

Bayer Consumer Care AG
Frankfurt
4032 Basel, Switzerland



Contour.
next
Service Nextline



Contour.
next
USB

Contour® NEXT USB è un dispositivo diagnostico in vitro CE. Glucofacts® Deluxe di Bayer è un dispositivo medico CE. Bayer, la croce Bayer, Contour e Glucofacts sono marchi registrati da Bayer. © 2012 Bayer HealthCare. Tutti i diritti riservati. Le misurazioni devono essere eseguite nell'ambito di un controllo medico.



IL DELICATO

prendersi cura

morbidire i tessuti. Anche dopo il parto è importante continuare a prendersi cura del seno e in particolare del capezzolo. Per prevenire una delle complicanze più comuni dell'allattamento, le ragadi (piccoli tagli che si formano sull'areola o sul capezzolo, rendendo molto dolorosa la poppata), è sufficiente adottare alcuni semplici accorgimenti: fare attenzione di attaccare il bambino al seno in modo corretto; asciugare sempre i capezzoli a fine poppata e mantenerli asciutti tra un pasto e l'altro, proteggendoli da sfregamenti traumatici contro gli indumenti; ridurre l'uso di saponi e detergenti.

Igiene intima

■ Per impedire l'instaurarsi d'infezioni, è importante osservare un'accurata e frequente igiene dei genitali esterni sia per la presenza delle lochiazioni (le secrezioni vaginali presenti nei primi quaranta giorni dopo il parto) sia per gli esiti di un'eventuale episiotomia (il taglio che viene fatto per facilitare l'espulsione del bambino).

Pertanto, se in presenza di punti di sutura è utile ricorrere a un detergente dotato di proprietà antibatteriche, sarà importante anche dopo utilizzare un detergente intimo neutro ad azione idratante ed emolliente in grado di rispettare l'acidità vaginale, che è il più importante mezzo di autodifesa del delicato equilibrio della flora batterica e garantisce la protezione da irritazioni e infezioni. Va anche ricordato che durante le mestruazioni l'acidità vaginale cambia, passando da valori di pH compresi tra 3,5-4,5 a valori intorno alla neutralità (pH 6-7) determinando così la

Nessuna paura: è il baby blues!

■ Oltre il 70% delle neomamme, nei giorni immediatamente successivi al parto, manifesta lievi sintomi di depressione, una forma benigna e transitoria (correlata alla brusca riduzione dei livelli ormonali) che si accompagna a deflessione del tono dell'umore con sentimenti d'inadeguatezza a svolgere il ruolo di madre, labilità emotiva, ansia e insonnia. Si tratta di una reazione molto comune i cui sintomi si esauriscono in genere spontaneamente nell'arco di una settimana/dieci giorni.

Alcuni consigli pratici

Cura del seno

■ E' sempre bene partire con anticipo e preparare il seno all'allattamento alcune settimane prima del parto, attraverso l'applicazione locale di olio di mandorla per am-

Francesca Merzagora
Presidente O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, Milano

Per puerperio s'intende il periodo di tempo che intercorre tra il parto e le sei-otto settimane successive. Si tratta di un momento straordinario ed emozionante, ma al tempo stesso molto faticoso sul piano fisico e psico-emotivo, caratterizzato da sentimenti altalenanti e ambivalenti che spesso spaventano le neomamme, facendole sentire inadeguate o in colpa. Nessuna inadeguatezza: per tutte è così. Il neonato arriva senza un libretto di istruzioni, è necessario darsi tempo per imparare a conoscerlo, capirlo, accudirlo, entrare in sintonia con lui.

PERIODO DEL PUERPERIO

del proprio benessere psicofisico

possibilità di un maggior rischio di sviluppo di germi patogeni. Per una corretta igiene intima è opportuno asciugare scrupolosamente la zona, tamponandola delicatamente con una salvietta morbida. Per le perdite vaginali, si raccomanda l'uso esclusivo di assorbenti esterni, meglio se in fibre naturali che permettono alla pelle di respirare, da cambiare frequentemente.

Alimentazione

■ Per favorire la ripresa dopo il parto e soprattutto se si allatta, è importante seguire una dieta equilibrata e varia, ricca di verdure, frutta, proteine, fibre e cereali. Occorre inoltre bere molti liquidi. Liquidi e fibre, in particolare, aiutano a contrastare la fisiologica stitichezza post-partum e a prevenire la comparsa o l'aggravarsi di emorroidi.

Riposo

■ Non bisogna farsi sopraffare dalle incombenze familiari, domestiche e lavorative. E' meglio limitare nei primi giorni le visite a

casa di parenti e amici: la neomamma ha bisogno di riposo e tranquillità per potersi dedicare serenamente al proprio bambino. I nuovi ritmi imposti dal neonato sono molto faticosi e l'alterazione del riposo notturno incide pesantemente non solo sulle energie fisiche ma anche sull'umore. E' quindi fondamentale riposare il più possibile durante la giornata, approfittando dei momenti "di tregua". Stress e fatica peraltro riducono la produzione di latte.

Dialogo e condivisione

■ E' molto importante condividere le proprie paure, i propri stati d'animo e pensieri, anche quelli negativi, con le persone vicine, in primo luogo con il partner. Diventare genitori mette in crisi l'equilibrio della coppia; per questo è fondamentale mantenere il dialogo, raccontare le proprie emozioni e soprattutto programmare del tempo insieme. Per qualsiasi dubbio, è sempre raccomandato rivolgersi al proprio ginecologo e pediatra di fiducia.

Baby blues e depressione post-partum: due condizioni ben distinte

Il baby-blues si manifesta di solito tra il terzo e il sesto giorno dopo il parto ed è caratterizzato da umore variabile, irritabilità, ansia e facile propensione al pianto. Malgrado questo stato di malinconia, la mamma non perde la capacità di accudire il proprio neonato, di provare sentimenti positivi e di dormire serenamente. Il disturbo si attenua per poi scomparire nell'arco di una decina di giorni.

La depressione post-partum può invece manifestarsi nel corso dell'intero primo anno di vita del bambino, anche se è di fatto più frequente nei primi mesi. Può essere conseguenza o meglio evoluzione del baby blues ma il più delle volte subentra in maniera del tutto autonoma. I sintomi principali sono quelli della classica sindrome depressiva: riduzione del tono dell'umore (tristezza, disperazione), perdita dei propri interessi, calo di auto-stima e di energia, incapacità di provare sentimenti (anedonia), senso di inadeguatezza per il ruolo di madre e senso di colpa, difficoltà nel mantenere un contatto fisico con il bambino e nel sostenere l'allattamento al seno. Possono anche associarsi altri sintomi depressivi aspecifici, sia psichici (difficoltà di attenzione e concentrazione, alterazioni dell'appetito, ansia, disturbi del sonno, rallentamento psico-motorio, incapacità di prendere decisioni) sia fisici (mal di testa, vertigini, dolori addominali e lombari, nausea e perdita di peso). Il supporto familiare è quanto mai necessario e soprattutto è fondamentale il riconoscimento precoce per un tempestivo e adeguato intervento clinico-terapeutico.



IMPARIAMO A MANGIARE BENE

Frutta e verdura sono importanti nell'alimentazione dei bambini

Frutta e verdura sono alimenti importanti per tutti i componenti della famiglia, non solo perché sono buone, ma perché portano colore in tavola e apportano sostanze indispensabili al mantenimento e al miglioramento del benessere.

Il tutto, poi, con poche calorie e in un grande volume, una caratteristica assai importante, perché favorisce il senso di sazietà, aiutando così a prevenire sovrappeso e obesità, mali subdoli della nostra epoca.

Per questo è molto importante che, fin da piccoli, i bambini imparino attraverso l'esempio di genitori e nonni ad assumere come gesto spontaneo il consumo di frutta e verdura biologica e di stagione, senza che risulti una forzatura "perché fanno bene".

Le sostanze più interessanti sono quelle a effetto antiossidante, come la vitamina C che, oltre a contribuire alla protezione delle cellule dallo stress ossidativo, contribuisce al mantenimento della funzioni del sistema immunitario e dei vasi sanguigni, del sistema nervoso e della funzione psicologica, alla formazione del collagene per la normale funzione di pelle, ossa, cartilagini, gengive e denti, contribuisce al normale metabolismo energetico e alla riduzione della stanchezza e dell'affaticamento.

Nel quadro di un'alimentazione equilibrata, la quantità di frutta e verdura adeguata per i bambini dipende dall'età: si inizia durante lo svezzamento con l'acqua di cottura di frutta e verdura, per poi passare a piccole porzioni. Man mano che i bambini crescono, si arriverà verso i 3 anni a circa 150 g di frutta e circa 350 g di verdura; verso i 10 anni le porzioni saranno quelle dell'adulto, ovvero 300 g di frutta e 750 g di verdura al giorno.

Fragola o banana?

L'importante è che sia bio!

Offrire ai più piccoli alimenti prodotti senza ricorrere a pesticidi chimici di sintesi e a molti additivi, significa aiutarli a crescere con una vera attenzione al loro benessere.

Da alcuni studi risulta che nella pipì dei bambini che consumano alimenti convenzionali sono presenti residui di pesticidi. La loro situazione è più delicata di quella degli adulti perché hanno sistemi di eliminazione delle sostanze tossiche dall'organismo ancora immaturi (non a caso non diamo loro alcolici!).

In proporzione al peso, i piccoli assumono molto più cibo di un adulto, e i limiti legali per la tolleranza dei residui di pesticidi e inquinanti sono tarati su un adulto dal peso di 60 kg.

La fragola

Profumata e dalla forma di cuore è il frutto più amato dai bambini; per questo motivo spesso la ritroviamo utilizzata per insaporire yogurt, dolcetti e perfino sciroppi!

Le mamme devono far attenzione ad acquistarle solo in piena stagione (da aprile ad agosto) e da colture biologiche, perché la fragola è una piccola spugna e assorbe grandi quantità di inquinanti.



SPAZIO PER I BAMBINI



CHI SONO

Latte per l'uomo, letame per la Terra

Mi presento. Sono Mica, la mucca amica. Di giorno me ne sto beata a pascolare tra i prati: prendo un po' di sole e poi mi riposo all'ombra. Ma non pensare che io sia una sfaticata, perché sono utile all'uomo e alla terra. Il mio latte, infatti, può alimentare l'uomo, mentre il mio letame contribuisce alla fertilità del suolo.

FAI UN SALTO DI QUALITÀ. PROVA LE RICETTE DI CLUB 4-10.



SCOPRI IL GUSTO DELLE RICETTE CLUB 4-10.
LA LINEA SENZA GRASSI TROPICALI CHE TI AIUTA A COMPORRE
UNA DIETA EQUILIBRATA E GOLOSA PER IL TUO BAMBINO.



Alla Coop dedichiamo grande attenzione alla salute dei più piccini. Insieme alle principali società scientifiche, promuoviamo una dieta bilanciata e incentiviamo i genitori a moderare il consumo, in quantità elevate, di prodotti con uno scorretto profilo nutrizionale. Per saperne di più www.alimentazionebambini.it



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

NETW  **ORK**

Genitori ● Pediatria ● Scuola

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



Ministero della Salute

Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione



Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca

