



# CONOSCERE PER CRESCERE

LA RIVISTA DEI PEDIATRI ITALIANI PER LA FAMIGLIA

Anno III - Giugno 2012



LE ASSOCIAZIONI E LA SCUOLA



Società  
Italiana di  
**Pediatria**



**EDITEAM** s.p.a.  
GRUPPO EDITORIALE

# La tranquillità di saperlo protetto.



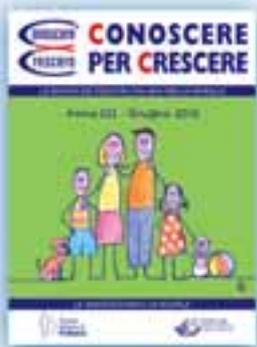
ARMANDO TESTA

In gravidanza e nei primi anni di vita del tuo bambino c'è più bisogno di protezione. Da sempre AMUCHINA ti è vicina per eliminare germi e batteri da frutta e verdura, biberon, tettarelle, ciucci e giocattoli. Così tuo figlio è più protetto e tu sei più tranquilla.

[www.amuchina.it](http://www.amuchina.it)



**AMUCHINA è con te.**



#### DIRETTORE SCIENTIFICO

Marcello Lanari

#### DIRETTORE RESPONSABILE

Franca Golisano

#### COMITATO DI REDAZIONE

Rino Agostiniani  
Luca Bernardo  
Giovanni Corsello  
Tiziano Dall'Osso  
Valeria Fasolato  
Bianca Lattanzi  
Marina Picca  
Piercarlo Salari  
Michele Salata  
Maria Grazia Sapia  
Laura Serra  
Paola Sogno Valin  
Maria Grazia Zanelli

[www.sip.it](http://www.sip.it)

#### COLLABORATORI ESTERNI

Federica Lanari

#### SEGRETERIA DI REDAZIONE

[info@editeam.it](mailto:info@editeam.it)

#### AREA COMMERCIALE E PUBBLICITÀ

[editoria@editeam.it](mailto:editoria@editeam.it)

Copyright © 2012

#### EDITEAM Gruppo Editoriale

Via Del Curato 19/11, 44042 Cento (FE)

Tel. 051.904181/903368

Fax. 051.903368

[www.editeam.it](http://www.editeam.it)

[info@editeam.it](mailto:info@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 2012.

Tiratura di questo numero 300.000 copie.

# Sommario

## Editoriale

**2** Educare SI, ma a mani ferme  
Marcello Lanari

## Investire in salute

*Spazio dedicato allo stile di vita*

**22** L'importanza della frutta nell'alimentazione  
Laura Serra

**26** Perché l'obesità è in aumento?  
La realtà italiana  
Lorenzo Iughetti

**28** Obesità infantile e fegato grasso due killer silenziosi  
Claudia Della Corte, Donatella Comparcola, Giuseppe Morino,  
Bronislava Papadatou, Francesca Ferretti, Maria Rita Sartorelli,  
Valerio Nobili

**36** Equilibrio nutrizionale nella dieta dai 12 ai 36 mesi  
Il ruolo del latte  
Claudio Maffei

## Conoscere per prevenire

*Spunti di educazione e innovazione sanitaria*

**3** Il riflesso dell'occhio rosso  
Roberto Perilli, Giovanni Visci

**6** Piccoli consigli per prepararsi alle vacanze  
Paola Sogno Valin

**11** Sanità e Turismo  
Firmato a Salerno il primo Protocollo di Intesa

**12** Attenti alle zecche  
Laura Serra

**18** Una salute di... ferro  
Teresa Cazzato, Marina Picca

**42** Quando iniziare la prevenzione odontoiatrica?  
Meglio in gravidanza  
Carlo Ghirlanda, Mauro Rocchetti

**44** Latte crudo  
Laura Serra

## La bussola

*Supporto per interpretare sintomi e disagi*

**4** Uno schiaffo non finisce mai

**14** Paracetamolo e asma: un binomio da sfatare  
Michele Miraglia del Giudice

**38** Genitori Più  
Prendiamoci più cura della loro vita

**40** E' arrivato tuo fratello  
Raffaella Pasciuti

## Codice rosso

*Riflessioni e suggerimenti sui comportamenti a rischio*

**16** Poveri diavoli  
Sette sataniche: un fenomeno in crescita tra i giovanissimi  
Luca Bernardo

## Le pagine rosa

*Grand'angolo sulla salute della mamma e del bambino*

**30** Nutrire la vita che cresce  
Nicola Surico

**32** Irregolarità del ciclo mestruale  
Quando preoccuparsi?  
Gianni Russo, Silvia Meroni, Alessandra di Lascio, Marco Pitea,  
Moira Gianninoto, Teresa Genoni

Si ringrazia per il contributo la



# Educare Sì, ma a mani ferme



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

**E**pisodi che ricordiamo, quale quello del genitore italiano fermato l'estate scorsa dalla Polizia locale durante un soggiorno di vacanza in Svezia, per aver schiaffeggiato il proprio bambino, riaccendono il dibattito sulle punizioni corporali quale metodo educativo per i figli.

L'arresto del genitore in Svezia, seppur da molti giudicato assolutamente eccessivo (e a mio parere con ricadute potenzialmente molto negative riguardo all'immagine genitoriale agli occhi di quel figlio), non era tuttavia un sopruso legale, poiché in quel Paese, come in soli altri 32 Paesi nel mondo, di cui tuttavia 23 in Europa, vi è un esplicito divieto legislativo circa l'uso di punizioni fisiche e umilianti nei confronti dei bambini in tutti i contesti, compreso quello familiare. In Italia, da anni, le punizioni fisiche sono vietate in ambito scolastico e nell'ordinamento penitenziario. Non vi è invece un esplicito divieto in ambito familiare.

La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, nella quale viene sancito che tutte le persone, indipendentemente da etnia, sesso, lingua, colore, religione, opinioni, ricchezza o status sociale hanno gli stessi diritti, è stata arricchita nel 1989 dalla Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ratificata da 192 Paesi, cioè da tutti i Paesi del mondo ad eccezione di Stati Uniti e Somalia, riconoscendo a pieno titolo ai minori gli stessi diritti degli adulti. Tra questi vi è esplicito il riferimento (Articolo 19) al diritto che i bambini hanno di essere protetti contro ogni violenza fisica e mentale, che non è possibile giustificare in nessun caso o situazione.

In gran parte del mondo, per molti genitori crescere un figlio riconoscendone i diritti come individuo e come cittadino è un concetto piuttosto nuovo e inusuale. Molti di essi infatti sono stati educati prima che la Convenzione fosse scritta e comunque in un clima familiare nel quale il mondo degli adulti e quello dei bambini avevano pochi momenti di incontro e nel quale le punizioni fisiche erano socialmente riconosciute come una prassi educativa.

Secondo una recente indagine commissionata da Save the Children ad IPSOS, tuttora nel nostro Paese il 27% dei genitori ricorre più o meno di frequente con i propri figli agli schiaffi e circa un quarto di questi lo fa, poiché ritiene che sia un metodo educativo efficace. Inoltre, sempre secondo l'indagine, per il 57% degli intervistati dare uno schiaffo una volta ogni tanto non provoca conseguenze negative ed anzi può avere un effetto benefico.

A smentire questo convincimento, già dai primi anni '90 sono iniziati a comparire studi che evidenziavano come le punizioni corporali ed umilianti rivolte ai bambini potessero comprometterne un armonico sviluppo psicoemotivo e attualmente a tale riguardo vi è una mole considerevole di letteratura scientifica, supportata dalle cresciute competenze della psicologia e della neuropsichiatria infantile. Studi neuroradiologici hanno addirittura evidenziato come aree specifiche del cervello, deputate all'apprendimento ed altre implicate nella propensione all'uso di droghe, siano modificate nei bambini sottoposti a punizioni fisiche. Sostenuti da robuste evidenze scientifiche, i principali punti a sfavore delle punizioni fisiche sono la capacità di condizionare una riduzione dell'autostima e della sicurezza in sé stessi, timori all'esplorazione del contesto ed alla sperimentazione delle proprie capacità, approccio violento alla risoluzione dei problemi e dei conflitti interpersonali con propensione a comportamenti antisociali, instabilità emotiva, depressione. Poiché chi le infligge tende spesso ad assumere atteggiamenti sempre più violenti, numerosi rilievi hanno poi evidenziato, come deriva dalle punizioni corporali, il maltrattamento vero e proprio, anche in ambito familiare.

Il contesto nel quale oggi siamo genitori, affannati a mantenere il posto di lavoro, ad attendere ad impegni talvolta incompatibili con lo spazio per gli affetti, a conseguire performance sempre più sfidanti (e spesso lontane dai nostri bisogni più veri e profondi), non è certo semplice. Siamo sempre più soli nell'allevare i figli (il 12% dei bambini vive con un solo genitore), sempre più lontani da un modello familiare nel quale nonni, fratelli, zii erano parte di un nucleo affettivo vicino e presente, in grado di tener sempre "acceso il focolare".

In questo contesto l'educazione della prole per molti genitori si è probabilmente caricata di adempimenti che vengono vissuti con ansia, consapevoli del mondo complesso ed estremamente competitivo nel quale i loro figli dovranno farsi spazio, ricorrendo dunque alle punizioni corporali quale metodo educativo ritenuto "rapido ed efficace". Tuttavia non è così!

Le punizioni fisiche e le altre punizioni degradanti indeboliscono il legame tra genitori e figli, generando sentimenti di rancore e ostilità nei confronti dei genitori, che spesso non espressi, inducono i bambini ad avere paura e quindi a mentire per difendersi. Insegnano loro inoltre un modello violento di risoluzione dei problemi e delle conflittualità, che spesso applicheranno con fratelli, amici o partner futuri.

Dunque rinunciare ad educare i figli? Assolutamente no. La risposta va cercata in un modello di genitorialità positiva che certamente passa attraverso il tentativo di comprendere realmente cosa pensino i nostri figli e cosa determini i loro convincimenti, attraverso una costante rappresentazione del nostro essere presenti per loro, attraverso l'individuazione di obiettivi educativi di "lungo termine", sui quali essere però coerenti ed inflessibili.



# IL RIFLESSO dell'occhio ROSSO

pellicola di una macchina fotografica) che è di colore rosso-arancione e torna, riattraversando la pupilla, alla macchina fotografica.

Pertanto, noi vediamo in fotografia il colore della retina. Questo - del tutto amatoriale - è un "mini-atto diagnostico": la presenza di un riflesso rosso e simmetrico significa che non ci sono ostacoli sul percorso della luce del flash e che la retina è del giusto colore (e, verosimilmente, della giusta conformazione). Se trasferiamo questi principi all'esame di un neonato o di un lattante, è facile comprendere come, esaminandolo con strumenti appositi e con la pupilla dilatata per avere accesso al maggior numero di strutture

possibile, si possa capire lo stato di conformazione di buona parte delle strutture interne dei suoi occhi.

E' così che possono essere rivelate opacità di strutture come la cornea, il cristallino (cataratte congenite), o la presenza di strutture anomale, quali tumori o esiti di infezioni intrauterine o errori di maturazione del bulbo oculare stesso. Ciò permette una diagnosi precoce che, a volte (nel caso dei tumori), può salvare l'integrità del bulbo oculare o anche la vita, ma il più delle volte permette - come nel caso delle cataratte congenite, circa una ogni duemila nati - di organizzare l'intervento di asportazione nelle prime settimane di vita e permettere uno sviluppo visivo il più corretto possibile, anche se comunque con limitazioni.

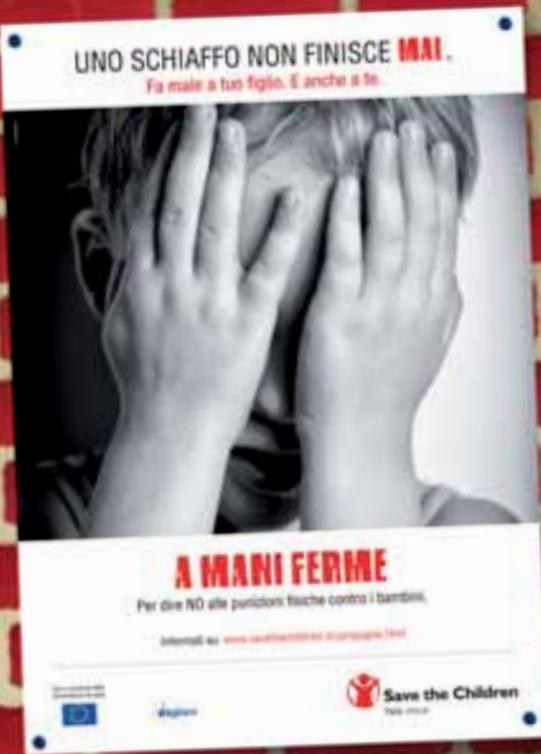
A cura di Roberto Perilli\*, Giovanni Visci\*\*  
\*Oculista, Ospedale di Pescara  
\*\*Pediatra, Pescara

Il riflesso rosso del fondo oculare è un fenomeno ben noto a tutti noi: quando scattiamo una foto con il flash e ne risultano gli occhi rossi, ciò accade perché la luce del flash entra nell'occhio attraverso la pupilla, si riflette sulla retina (che è lo strato che tappezza l'interno del bulbo oculare e che riceve l'immagine, come la

Il Centro per l'Ipovisione di ADRICESTA, presso l'Unità Operativa di Oculistica dell'Ospedale di Pescara, ha iniziato a giugno 2011, quarto ospedale in Italia, un'attività di screening per la quale i neonati vengono sottoposti all'esame del riflesso rosso in seconda-terza giornata di vita, prima della dimissione, o, al più, entro una settimana. Questo in accordo con le Linee Guida di riferimento delle Società di Pediatria ed Oculistica americane, non essendoci in Italia un orientamento preciso a riguardo.

Dall'inizio dell'attività ad oggi sono stati sottoposti a screening circa 1.200 neonati, e sono stati identificati due neonati patologici. I neonati sono stati inviati al servizio di Oftalmologia Pediatrica della stessa Unità Operativa di Oculistica, che ha provveduto a pianificare l'intervento terapeutico con un guadagno di tempo ed un miglioramento della prognosi visiva importante per i piccoli pazienti.

# UNO SCHIAFFO NON FINISCE MAI



cura di Paulo Sérgio Pinheiro - ha messo in evidenza che nel mondo sono **milioni i bambini vittime di violenza**, che *subiscono maltrattamenti [...] da quelle stesse persone che dovrebbero prendersi cura di loro* (3). Nello studio si raccomandava agli Stati di vietare ogni forma di violenza nei confronti dei minori, comprese le punizioni corporali e le altre forme di castigo crudeli o umilianti, in qualsiasi contesto, compreso quello familiare entro il 2009. La richiesta di introdurre un divieto esplicito alle punizioni fisiche è stata indirizzata al nostro Paese anche dal Consiglio d'Europa che nel giugno 2008 ha lanciato a Zagabria una Campagna contro le punizioni corporali, per ottenerne l'abolizione e promuovere una genitorialità positiva in tutti i 47 Stati membri (4). Non da ultimo, lo stesso Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza nell'ottobre 2011 ha raccomandato all'Italia di introdurre un divieto esplicito delle punizioni fisiche anche in ambito familiare (Osservazioni conclusive rivolte all'Italia a seguito dell'esame svoltosi a settembre).

Secondo l'Iniziativa Globale *End All Corporal Punishment of Children*, nel mondo sono 32 i Paesi che hanno vietato le punizioni corporali in tutti i contesti, compreso quello familiare. **In Europa sono 23 i Paesi che le hanno espressamente vietate, a partire**

dalla Svezia - primo Paese ad introdurre il divieto nel 1979 - fino alla Polonia che ha introdotto il divieto nel 2010 (5).

In Italia, le punizioni fisiche sono proibite in ambito scolastico (6) ed anche dall'ordinamento penitenziario (7). Non sono invece espressamente vietate per legge le punizioni fisiche sui bambini in ambito familiare, anche se a partire dal 1996 la Corte di Cassazione (8), con la c.d. Sentenza Cambria, ha riconosciuto l'illiceità dell'uso della violenza fisica o psicologica finalizzata a scopi ritenuti educativi.

Save the Children, la più grande organizzazione internazionale indipendente che si occupa della Promozione e della Tutela dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, è impegnata in tutto il mondo per l'eliminazione di ogni forma di punizione fisica nei confronti dei minori in tutti i contesti, al fine di garantire il rispetto dei diritti di tutti i bambini. Per questo motivo dal 2008, anno in cui è stato organizzato il primo incontro pubblico sul tema, ci siamo impegnati anche in Italia per portare all'attenzione dell'opinione pubblica e dei più importanti referenti istituzionali la tematica. Dal 2011, Save the Children Italia coordina il progetto *Educate, do not punish* finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del programma Daphne III, che ha come obiettivo proteggere i minori dalle punizioni fisiche o corporali e dalle altre forme di punizioni umilianti e degradanti in tutti i contesti, compreso quello familiare, attraverso la promozione della genitorialità positiva e la realizzazione di azioni di sensibilizzazione rivolte a referenti istituzionali, genitori e pediatri, grazie alla collaborazione con la Società Italiana di Pediatria (SIP) e dell'Associazione Nazionale Pedagogisti. Il Progetto, della durata di due anni, vede il coinvolgimento di tre partner europei (Save the Children Svezia, Save the Children Romania e Save the Children Lituania). I quattro Paesi coinvolti, pur avendo normative diverse in merito (in Italia e Lituania l'utilizzo di punizioni corporali nei confronti dei bambini in ambito familiare non è espressamente vietato per legge, mentre in Svezia è vietato dal 1979 ed in Romania dal 2004), stanno realizzando attività di sensibilizzazione sulla genitorialità positiva, considerata essenziale anche per i Paesi che hanno già inserito un esplicito divieto normativo di punizioni corporali.

Valerio Neri,  
Direttore Generale, Save the Children in Italia

1. General Comment n. 8. The right of the child to protection from corporal punishment and other cruel or degrading forms of punishment (arts. 19; 28, para. 2; and 37, inter alia), 2006.  
2. Disponibile in italiano al link: [http://www.unicef.it/Allegati/Rapporto\\_violenza\\_UNU.pdf](http://www.unicef.it/Allegati/Rapporto_violenza_UNU.pdf)



La Guida pratica propone **quattro principi della genitorialità**:

- Individuare i nostri **obiettivi di lungo termine**: avendo una visione più ampia, comprenderemo meglio i motivi del comportamento di nostro figlio e quale insegnamento apprenderà a seconda della nostra reazione.
- Fare sentire il nostro **affetto** (protezione fisica e emotiva) e fornire **punti di riferimento** (dare ai nostri figli gli strumenti di cui hanno bisogno per raggiungere i loro obiettivi in modo autonomo).
- Comprendere **cosa pensano e cosa provano i nostri figli**: per riuscire a educare i nostri figli con successo dobbiamo avere aspettative realistiche sulle loro capacità, comprendere che potrebbero non avere l'esperienza o le informazioni di cui hanno bisogno per riuscire in quello che stanno facendo.
- Assumere un approccio che mira alla **risoluzione problemi**, piuttosto che un approccio punitivo, concentrandoci sugli obiettivi di lungo termine, ricordandoci di far sentire il nostro affetto e di dare loro tutte le informazioni di cui hanno bisogno per imparare.

Essere genitore è una delle esperienze più straordinarie della vita. Ci spinge a dare il meglio di noi, ma allo stesso tempo può mettere alla prova la nostra pazienza e la nostra capacità di gestire lo stress. A volte, situazioni di pericolo, preoccupazione o ansia ci portano a fare e a dire delle cose che in realtà non vorremmo dire o fare e di cui poi ci pentiremo. In alcune situazioni, i genitori si sentono costretti ad utilizzare le punizioni fisiche per educare i propri figli. In realtà, ogni volta che utilizziamo punizioni fisiche o umilianti, i nostri figli imparano cose ben diverse da quello che vorremmo insegnare loro. Le punizioni fisiche, oltre ad essere un inefficace metodo educativo, insegnano ai nostri figli l'uso della violenza come metodo accettabile ed appropriato per risolvere le situazioni di conflitto o per ottenere che gli altri facciano quello che vogliamo. Chi subisce punizioni di questo tipo dai propri genitori durante l'infanzia, probabilmente le userà anche con i propri figli.

Il Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, il più importante organismo internazionale sui Diritti dell'Infanzia, definisce le punizioni corporali come "qualsiasi punizione per la quale viene utilizzata la forza fisica, allo scopo di infliggere un certo livello di dolore o di afflizione, non importa quanto lieve. Nella maggior parte dei casi consiste nel colpire ("picchiare", "schiaffeggiare", "sculacciare") i bambini, utilizzando la mano o un utensile-frusta, bastone, cintura, scarpa, cucciaio di legno, ecc. [...]" (1). Gridare, urlare, offendere e sminuire, ignorare, mettere in imbarazzo, mortificare, rifiutare, negare affetto, umiliare pubblicamente, minacciare l'uso della violenza sul bambino, o su persone, animali, oggetti a cui il bambino è molto affezionato, rientrano nelle cosiddette punizioni umilianti e degradanti.

Un importante studio pubblicato nell'agosto 2006 - **Studio delle Nazioni Unite sulla violenza nei confronti dei minori** (2) a

Nell'ambito del progetto europeo, il 27 marzo 2012, Save the Children ha lanciato la Campagna **A MANI FERME. Per dire NO alle punizioni fisiche contro i bambini**. Durante l'evento di lancio sono stati presentati e commentati i risultati del sondaggio *I metodi educativi e il ricorso a punizioni fisiche. Vissuto e opinioni di genitori e figli*, realizzato da IPSOS per Save the Children Italia e la *Guida pratica alla genitorialità positiva. Come costruire un buon rapporto genitori-figli*, uno strumento di facile consultazione per genitori, professionisti e per tutti coloro che guidano i bambini, le bambine e gli adolescenti nel percorso di crescita.

Nell'ambito della Campagna sono stati prodotti anche dei *depliant* rivolti alle istituzioni e all'opinione pubblica, dei poster ed uno SPOT TV. Inoltre, in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria, è in corso di realizzazione una ricerca comparativa per conoscere l'opinione dei pediatri su questo tema. Il parere dei pediatri infatti è estremamente importante, sia per la loro profonda conoscenza delle realtà familiari, sia come specialisti ai quali i genitori frequentemente si rivolgono per avere pareri e consigli sull'educazione dei figli.



Tutti i materiali della Campagna sono disponibili sul sito di Save the Children Italia:  
[www.savethechildrenitalia.it/campagne](http://www.savethechildrenitalia.it/campagne)

Per maggiori informazioni o approfondimenti potete scrivere all'indirizzo e-mail:  
[advocacy@savethechildren.it](mailto:advocacy@savethechildren.it)

3. Studio della Nazioni Unite sulla violenza nei confronti dei minori, pag. 20.  
4. <http://www.coe.int/aboutcoe/index.asp?page=nosActions&sp=3#action3>  
5. <http://www.endcorporalpunishment.org/pages/frame.html>  
6. Regolamento Scolastico 1928; Cass. Sez. I ord. 2876 del 29/03/1971: "... gli ordinamenti scolastici escludono in maniera assoluta le punizioni consistenti in atti di violenza fisica".  
7. Legge 354/1975 - Norme sull'ordinamento Penitenziario, "che non consente l'impiego della forza fisica nei confronti dei Detenuti..."  
8. Suprema Corte di Cassazione - Sezione Sesta Penale - Sentenza n. 4904/1996.

# Piccoli consigli per prepararsi alle VACANZE



A cura di Paola Sogno Valin  
Pediatra, Milano

Le vacanze sono un bene prezioso per la famiglia, per gli adulti oberati da impegni e da attività stressanti, e soprattutto per i bambini che possono allontanarsi dalle città e passare più tempo all'aperto e con la famiglia. Purtroppo, anche durante questo felice periodo dell'anno, i bambini si ammalano. Ecco alcuni preziosi suggerimenti che oscillano tra la prevenzione e l'intervento precoce in attesa di sentire o incontrare il Pediatra.

Alcune raccomandazioni fondamentali per le vostre vacanze:

- ▶ nel caso in cui il vostro bambino sia affetto da una particolare patologia è buona norma portare con sé una succinta relazione del vostro Curante, con

le prescrizioni abituali, trascritte in modo chiaro;

- ▶ se i vostri bambini hanno avuto reazioni allergiche a qualche farmaco, fateveli indicare e certificare dal vostro Curante prima della partenza;



- ▶ se i vostri bambini soffrono di particolari allergie e/o intolleranze alimentari, non dimenticate nulla del materiale che vi occorre (farmaci, cibi, ad esempio nel caso di celiachia), o preoccupatevi che sia tutto reperibile sul posto.

Inoltre avvisate in anticipo l'albergo o il villaggio turistico in cui soggiornate;

- ▶ prima di partire, controllate bene le vaccinazioni dei bambini.

## Sole: istruzioni per l'uso

Il sole è ritenuto da sempre un elemento salutare, sole e vita all'aperto sono gli elementi essenziali per uno sviluppo osseo ottimale. Tuttavia bisogna fare attenzione quando ci si espone al sole, poiché i bambini hanno un'epidermide non ancora matura: i melanociti, cellule che elaborano un pigmento scuro chiamato melanina, non sono ancora maturi; inoltre, il rivestimento esterno o strato corneo della pelle è sottilissimo e quindi molto permeabile all'azione dei raggi solari.

I raggi ultravioletti (UVA ed UVB) rappresentano la componente della luce solare responsabile dei danni acuti e cronici nella cute. L'effetto acuto, a breve termine, rappresentato dall'eritema e dall'ustione solare, fino al temibile colpo di calore è ben noto e deve essere accuratamente evitato. L'abbronzatura, da molti vista solo come una miglioria estetica, è in realtà una modalità di difesa del nostro organismo contro questi effetti acuti.

L'intensità dei raggi UV alla quale siamo esposti dipende da numerosi fattori: la latitudine (aumenta dai poli verso l'equatore), l'altitudine, la stagione e l'ora del giorno a cui ci si espone (se il sole è più alto, minore è lo strato di atmosfera che la radiazione attraversa, di conseguenza la radiazione che giunge sulla

terra è più intensa); la nuvolosità (le nuvole arrestano i raggi infrarossi diminuendo la sensazione di calore ma non arrestano con la stessa intensità i raggi UV) e l'irraggiamento riflesso (la neve riflette l'80% della radiazione solare, la sabbia il 20-25%, l'acqua il 10-20%, l'erba il 3-5%).

## Requisiti del solare per uso pediatrico

1. Elevato coefficiente di protezione solare.
2. Ampio spettro di protezione (UVA+UVB).
3. Fotostabile e non tossico.
4. Cosmeticamente accettabile.
5. Con chiare informazioni ed indicazioni d'uso.
6. Resistente all'acqua.
7. Ipoallergenico.

## Come proteggere i bambini dal sole?

Qualche piccolo consiglio per sfruttare tutti i benefici che possiamo trarre dai raggi solari senza sgradevoli conseguenze.

- La prima regola, che in assoluto vale per tutti, è evitare di esporre i bambini al sole nelle ore più calde della giornata, dalle 10 alle 16 anche nelle giornate nuvolose.
- I lattanti non devono essere esposti alla luce diretta del sole, devono essere tenuti all'ombra, sotto l'ombrellone, protetti da un cappello a tesa abbastanza larga per proteggere il viso, il collo e le spalle. Quando l'intensità dei raggi solari è particolarmente elevata, non esitate a ricorrere a una ragionevole copertura della carrozzina, del passeggino o del lettino da mare dove il piccolo riposa.

- Coprire la testa del bambino con una bandana o meglio un cappellino a falda larga. Un copricapo è sempre necessario e se il bimbo proprio non lo tollera, la mediazione è inumidirgli costantemente il capo.
- Proteggete gli occhi dei piccoli con lenti da sole. I baby occhiali devono dare garanzia di sicurezza e solidità: in tal senso controllate che le lenti siano infrangibili, abbastanza scure, grandi e dotate di un efficace filtro contro i raggi ultravioletti - UVA ed UVB. Controllate che la montatura sia in plastica con le asticelle flessibili, ricordate sempre che le lenti per i piccoli non devono essere un vezzo, quanto piuttosto una "utilità", perciò curatene prima la funzionalità e poi l'estetica. Comprateli dunque di buona qualità in negozi specializzati.
- Proteggere il bambino con la crema solare: applicare una crema protettiva con fattore di protezione alto, a seconda della scala della casa produttrice, non comedogena. La crema protettiva deve essere applicata in modo generoso, 20 minuti prima dell'esposizione al sole e riapplicata almeno ogni 2-3 ore o più frequentemente in caso di intensa sudorazione e dopo il bagno in mare o piscina.

- Evitare che il bambino giochi per troppo tempo nell'acqua, in piscina o al mare, in particolare nelle ore centrali della giornata.
- Attenzione va rivolta all'esposizione in montagna, specie sulla neve, dove i rischi cutanei ed oculari possono essere maggiori rispetto al mare.
- Nelle ore più calde quando si cammina sulla spiaggia o se il bimbo ha difficoltà a camminare a piedi nudi, potete ricorrere a scarpette di gomma morbida specifiche per il mare. Queste diventano necessarie anche per i bambini più grandi nelle spiagge con gli scogli, per evitare spiacevoli incidenti.
- Insegnate ai vostri bambini a bere frequentemente: aiuta l'organismo a ripristinare il proprio equilibrio, reintegrando i liquidi persi con la sudorazione che aumenta con l'aumentare dell'esposizione al calore. L'acqua è la cosa migliore da bere, ma vanno bene, più raramente anche succhi di frutta e bevande poco zuccherate e non gassate.



**Eritema solare**

■ La parola "eritema" indica un arrossamento della pelle. L'eritema solare è una forma particolare di dermatite dovuta a un'esposizione al sole troppo prolungata nel tempo di una pelle non sufficientemente protetta o abituata al sole. L'arrossamento della cute, che solitamente colpisce le parti più scoperte e maggiormente delicate come la schiena, il torace, il collo, le braccia, le gambe e il viso, può essere accompagnato da un fastidioso prurito. Nei casi più gravi, può provocare febbre, malessere generale, comparsa di vere e proprie bolle o formazione di rughe assai marcate e zone molto arrossate specie sul viso e sulle mani: una vera e propria ustione di primo grado. Questo fenomeno colpisce soprattutto i bambini, in quanto la loro pelle è molto sensibile e particolarmente delicata, e i giovani dai 20 ai 30 anni. E' necessario curarlo subito per evitare ulteriori complicazioni; solitamente guarisce in 5-7 giorni.

Per prevenire la comparsa di queste irritazioni cutanee occorre partire dall'alimentazione: già qualche giorno prima di esporsi al sole, bisogna scegliere cibi ricchi di vitamina C, E, betacarotene, come carote, spinaci freschi, peperoni, pomodori, arance, limoni, albicocche e olio d'oliva. Inoltre, bisogna esporsi al sole in modo progressivo e graduale e con un'adeguata protezione solare opportunamente applicata.



La cura dell'eritema solare si effettua attraverso l'utilizzo di creme lenitive e l'astensione dall'esposizione solare per alcuni giorni dopo la sua scomparsa. Dopo un controllo medico

potranno essere prescritti antistaminici ed in casi più conclamati, su specifica indicazione, si potrà ricorrere a creme a base di cortisone.

**Colpo di sole - colpo di calore**

■ Durante le ore con temperatura più elevata, per esposizione prolungata al sole o diretta senza alcuna protezione del capo, possono insorgere gravissimi disturbi della termoregolazione, quali colpo di sole o colpo di calore. I bambini, a causa dell'eccessivo calore atmosferico, perdono progressivamente liquidi ed insieme ad essi notevole quantità di sodio, determinando così nell'organismo alterazioni idroelettrolitiche. I bambini possono cominciare ad accusare crampi, cefalea, vertigini, confusione mentale, fino ad arrivare ad uno stato di letargia che può aggravarsi con il coma.



La cute, ad una semplice ispezione, appare molto calda e secca, come se fosse prosciugata ed ormai priva di contenuto acquoso. Il rialzo termico diventa di notevole grado e spesso supera i 41°C. E' fondamentale prevenire questi gravi disturbi, evitando lunghe esposizioni solari nelle giornate troppo calde, usare schermature e offrire ripetutamente ai bambini liquidi freschi.

In questi casi occorre ricordare bene i provvedimenti urgenti da prendere, in attesa di un intervento sanitario:

- ▶ spogliare il bambino e portarlo subito in un ambiente fresco e ventilato;
- ▶ bagnarlo in modo progressivo e continuo, con acqua fresca con aggiunta di qualche cubetto di ghiaccio e proseguire questo

trattamento fino ad ottenere un calo della temperatura intorno ai 38-39°C;

- ▶ non utilizzare antipiretici, perché agiscono per termolisi con induzione della sudorazione;
- ▶ iniziare la reidratazione con soluzioni saline pronte, in attesa dell'intervento medico; questi, attraverso la valutazione del tasso ematico di sodio, sceglierà il programma più adeguato per una corretta reidratazione per via venosa.

**Altri piccoli problemi cutanei**

■ Quando i bimbi giocano in spiaggia è preferibile che indossino sempre il costumino, meglio se asciutto. La moltiplicazione dei germi aumenta molto quando alla sabbia calda si associa il costumino umido, è per questo che è buona norma disporre di un ricambio e sostituire il costume dopo il bagno.

**Stafilococcia cutanea o impetigine**

Negli ultimi anni, a causa delle note variazioni climatiche con aumento della temperatura e dell'umidità, è stato notato un aumento di infezioni della pelle causate da batteri denominati Stafilococchi, soprattutto nei bambini. Sulla pelle del vostro bambino possono insorgere bolle o vescicole, con margine arrossato e con contenuto liquido purulento, a volte diffuse anche al cuoio capelluto, al cavo ascellare e agli arti.

In questi casi non esitate a consultare il pediatra; tuttavia, se volete prevenire tali malattie, vi consigliamo di praticare sempre, al rientro dalla spiaggia, una buona doccia ristoratrice per detergere bene la cute dei vostri bambini, allontanando così germi e detriti ancorati sull'epidermide.

Il trattamento si avvale nella maggioranza dei casi di preparati antibiotici topici da applicare nelle zone coinvolte, in casi più gravi si deve ricorrere ad antibiotici per via orale o iniettiva.

**Sudamina**

I bambini, durante il periodo estivo, sudano di più per eccesso di calore esterno, in questi casi può

sviluppare la cosiddetta sudamina, che si manifesta con la presenza sulla cute di lesioni puntiformi o, più frequentemente, con papule rilevate, arrossate e pruriginose, in sedi diverse ma con predilezione per il collo, il tronco e nei punti di frizione della pelle. Questa è dovuta a ostruzione delle ghiandole sudoripare e ritenzione di sudore ed è più frequente nei bambini nel primo anno di vita.

In generale si risolve spontaneamente se si eliminano le cause scatenanti: elevata temperatura e indumenti troppo pesanti. E' bene scegliere vestiti di cotone o di lino, molto leggeri ed ampi; inoltre, rientrando dalla spiaggia, fate ai vostri piccoli un bel bagnetto ristoratore con amido di riso. A malattia conclamata, dopo il bagno con amido di riso, adoperate una polvere aspersoria assorbente e un preparato a base di vitamina E, da applicare sulla cute.

**Punture di insetti**

Durante l'estate, le punture da imenotteri (api, vespe) aumentano di frequenza ed in particolare sono in causa quelli appartenenti alla famiglia degli apidi (ape comune, bombi) o dei vespoidi (vespule o gialloni, vespe o calabroni). Frequenti sono le reazioni locali (arrossamento, dolore, gonfiore e prurito), meno frequenti (1%) sono la comparsa di sintomi più importanti (gonfiore, difficoltà al respiro, fino allo shock anafilattico) che possono comparire in soggetti predisposti o con specifica allergia. I provvedimenti saranno certamente differenziati per queste due diverse categorie di bambini.



**Provvedimenti**

- ▶ Immediata rimozione del pungiglione mediante pinzette, o delicatamente con le unghie, senza comprimere la zona di puntura;
- ▶ applicazione di ghiaccio o impacco freddo;

- ▶ applicazione di pomate a base di cortisone;
- ▶ in caso di segni di reazione generale quali formicolio, senso di calore al cuoio capelluto o alle mani o ai piedi, rossore del volto, difficoltà respiratorie, non esitate un solo istante a richiedere l'intervento del medico o a recarvi al più vicino pronto soccorso o presidio di guardia medica.

Le famiglie di bambini predisposti o che hanno avuto precedenti reazioni generalizzate alle punture da imenotteri, devono portare con sé cortisonici per via orale, ma soprattutto l'adrenalina pediatrica in fiala-siringa pronta (prescritta ovviamente dal pediatra), da poter iniettare subito. Non esitate a somministrare questi farmaci voi stessi, in attesa di reperire il medico.

**Alcune raccomandazioni per i bambini allergici al veleno da imenotteri**

- ▶ I bambini con queste caratteristiche, devono evitare di camminare scalzi con calzature aperte, in campagna o sulla sabbia;
- ▶ porre attenzione nel praticare lo sport: il sudore attira gli imenotteri;
- ▶ evitare rigorosamente luoghi ove è stato consumato cibo all'aperto, con residui alimentari visibili (dolci, carne, pesce, ecc.);
- ▶ tenersi lontani dai bidoni della spazzatura o da aiuole fiorite;
- ▶ infine, ricordare che le lozioni antizanzare non sono efficaci contro gli imenotteri.



**SOS Spiaggia**

■ Durante il bagno in mare i bambini possono fare alcuni incontri spiacevoli: meduse, tracine e ricci di mare!

Le meduse presentano sui tentacoli capsule contenenti un liquido fortemente urticante. Generalmente causano reazioni locali quali arrossamento, edema, prurito e dolore urente molto intenso ed a volte lo sviluppo successivo di una "bolla" denominata "flitene". Queste sostanze sono però termolabili e, di conseguenza, subito dopo il contatto, deve essere applicato un impacco caldo-umido per neutralizzare la loro azione. Per la persistenza dei sintomi si può procedere all'applicazione di creme a base di cortisone. Nei litorali a fondo sabbioso, durante il bagno in mare, si possono incontrare le tracine, note più comunemente come "pesci ragno". A seguito della puntura dell'aculeo posto sul dorso del pesce si accusa un intenso dolore che raggiunge il



bene che questa procedura sia effettuata da personale medico esperto. Successivamente disinfettare accuratamente e applicare una crema antibiotica. Se i vostri bambini giocano vicino agli scogli, utilizzare delle scarpine di gomma può facilmente evitare spiacevoli conseguenze.

### SOS piscine

■ In generale solo un corretto utilizzo della piscina da parte degli utenti può prevenire la diffusione delle infezioni legate all'acqua e agli ambienti umidi. In particolare gli utenti non devono utilizzare la piscina se affetti da diarrea o malattie cutanee; i genitori di bambini ancora in età da pannolino devono avere cura di cambiarli con frequenza, e di lavarli, lontano dalla vasca, ogni volta prima di farli entrare in acqua. Similmente l'utilizzo della cuffia, la doccia ed il passaggio in vasche con disinfettanti per i piedi sono pratiche molto importanti per ridurre "le infezioni da piscina".

culmine nel giro di 45 minuti e può durare per circa un giorno. Nonostante il forte dolore, il veleno non è pericoloso e tutto si risolve in fretta. Poiché il veleno è termolabile, in seguito alla puntura è utile immergere la parte colpita, per almeno un'ora nell'acqua molto calda o sotto la sabbia calda. Successivamente è bene disinfettare la zona colpita e in caso di dolore molto intenso o sintomi generali (nausea e vomito) consultare un medico, il quale dopo aver controllato lo stato generale e locale, valuterà la possibilità di prescrivere antidolorifici e la necessità di profilassi antibiotica e antitetanica. Nei litorali rocciosi e sugli scogli si possono incontrare i ricci di mare. In caso di puntura con aculeo bisogna anzitutto cercare di estrarre l'aculeo con una pinzetta. E' bene fare attenzione poiché gli aculei sono fragili e si spezzano facilmente; nel caso questo risulti difficile, o nel caso di punture più profonde è



Le infezioni possono essere trasmesse, oltre che per ingestione di acqua contaminata, anche per contatto. Tra i virus più frequentemente implicati ricordiamo gli Adenovirus (associati a faringiti e congiuntiviti), i Mulluscipoxvirus ed il Papilloma virus, agenti rispettivamente del Mollusco Contagioso e delle verruche. Agenti batterici sono lo Pseudomonas e lo Stafilococco, che causano follicoliti, congiuntivi-

ti e irritazioni cutanee e delle prime vie aeree. Nelle superfici attorno alle vasche si annidano invece soprattutto funghi e lieviti che provocano micosi. Da ricordare inoltre che caldo, cloro, acqua contaminata, possono favorire la comparsa di otite esterna acuta per infiammazione del condotto uditivo. Inoltre, l'eccesso di cloro nelle piscine può determinare irritazioni e arrossamento congiuntivale.

### Alcuni piccoli suggerimenti per limitare le "infezioni da piscina" sono:

- ▶ proteggere gli occhi con appositi occhialini e dopo ogni immersione ed alla sera effettuare una deterzione accurata;
- ▶ porgere attenzione alla deterzione e asciugatura dell'orecchio esterno, che realizzerete con un batuffolo di cotone o di garza, evitando l'uso traumatico dei bastoncini;
- ▶ insegnare ai vostri bambini di non ingerire l'acqua della piscina;
- ▶ far utilizzare ai vostri bambini le ciabattine per camminare a bordo piscina o negli spogliatoi ed evitare di scambiare con altri bambini accappatoi o asciugamani.



**Ricordate** inoltre di far entrare i bambini nella piscina solo nelle ore in cui è presente un bagnino esperto, generalmente attrezzato per ogni tipo di pronto intervento.

# Sanità e Turismo

## Firmato a Salerno il primo Protocollo di Intesa

Un protocollo di intesa tra azienda sanitaria, amministrazioni ed enti locali, che segna una tappa storica e potrà fungere da modello esemplare per altre realtà nazionali. Questa l'iniziativa pionieristica e innovativa intrapresa in costiera amalfitana, nella consapevolezza che, oltre a prendersi cura dei propri cittadini, le aree turistiche devono garantire ai vacanzieri un'assistenza sanitaria tempestiva, appropriata ed efficiente. Da qui la formale sottoscrizione di un impegno tra la Asl Salerno, ed in particolare dal Distretto Sanitario n. 63 di Cava de' Tirreni - Costa d'Amalfi, diretto dalla dott.ssa **Grazia Gentile**, e gli Assessorati al Turismo e alle Politiche Sanitarie della Provincia di Salerno, in collaborazione con Sindaci, Amministratori Locali, Guardia Costiera, Autorità Portuale, Confindustria Turismo e Unione Nazionale Consumatori. "A fronte di soli 40mila residenti, nei mesi di luglio e agosto giungono in costiera amalfitana un milione e duecentomila turisti, dei quali uno su cinque, come dimostrano i dati europei, è portatore di una patologia" ha precisato **Grazia Gentile**, che ha appositamente or-

ganizzato un convegno sui bisogni di salute del bambino in vacanza. "Dobbiamo pensare ad affrontare le emergenze, organizzando i servizi in modo da offrire la massima rapidità di intervento con sistemi dedicati e mezzi più appropriati, quali guardie mediche turistiche, ambulanze medicalizzate, elisoccorso, idroambulanza per il soccorso via mare, ma dobbiamo con uguale impegno occuparci anche dei turisti che sono affetti da malattie croniche o hanno bisogno di una continuità di cure specialistiche e hanno pari diritto di potersi recare in vacanza in piena tranquillità". Così, se la traumatologia, in una zona che offre l'opportunità di bagni in mare come pure di escursioni in montagna, si colloca al primo posto delle potenziali emergenze, altrettanto importante è la gestione di eventuali complicanze in un bambino diabetico o in un anziano cardiopatico, senza poi dimenticare l'opportunità di veicolare messaggi virtuosi di stile di vita e consigli alimentari attraverso la rete di albergatori e ristoratori.

Per info e notizie: [www.aslsalerno.it](http://www.aslsalerno.it)  
[dsb4.direzione@aslsalerno.it](mailto:dsb4.direzione@aslsalerno.it)

### Progetto: Voi con Noi. Noi per Voi Garantire Salute ai Turisti in Costa di Amalfi

I servizi a disposizione del turista, ad integrazione dei servizi sanitari esistenti, disponibili in Costa d'Amalfi nel periodo Luglio-Agosto

- **PROGETTO CUORE**  
guardia medica turistica nei Comuni di: Vietri sul Mare, Minori, Ravello, Furore, Positano. Postazioni di 118, idroambulanza ed elisoccorso nei comuni di: Cetara, Maiori e Positano.
- **PROGETTO LIBECCIO**  
dedicato alla continuità degli interventi riabilitativi e di rieducazione funzionale a disposizione nel comune di Ravello.
- **PROGETTO GRECALE**  
poli specialistici territoriali composti da team multidisciplinari di diabetologi, cardiologi, oculisti, neurologi siti nei comuni di Vietri sul Mare, Maiori, Ravello e Positano.
- **PROGETTO TURISMO FRAGILE**  
strutture sul territorio dedicati ai turisti con abilità diverse, o in condizione di non auto-sufficienza, nei comuni di Cava de' Tirreni e Maiori.
- **PROGETTO MARSUPIO**  
consultori familiari a disposizione di mamma e bambino che garantiscono visite ostetriche-ginecologiche e pediatriche, servizi di neuropsichiatria infantile e consulenza sulla gravidanza e puerperio nei comuni di Vietri sul Mare, Cetara, Ravello e Positano.
- **PROGETTO TEENAGER**  
dedicato all'ascolto e consulenza agli adolescenti, grazie a pediatri, ostetriche, ginecologi, assistenti sociali, psicologi. Massima attenzione ai ragazzi, quindi, che proprio nel periodo estivo vivono le prime esperienze sessuali e si espongono a rischi talvolta sottovalutati. Il servizio è attivo a Vietri sul Mare, Ravello, Praiano e Positano.



# Attenti alle zecche

Le zecche sono piccoli artropodi, simili a ragni, ampiamente diffuse in molti ambienti naturali. Sono dei parassiti temporanei di numerosi animali selvatici e domestici (cani, cervi, scoiattoli, ecc.) ed occasionalmente dell'uomo. Quella più pericolosa per l'uomo è la zecca dei boschi (*Ixodes ricinus*). La zecca dei boschi è scura e molto piccola: nello stadio di larva non è più grande di una testa di spillo, nello stadio successivo di ninfa è grande circa 1 mm e mezzo, mentre l'adulto è di poco più grande.

Le zone infestate sono prevalentemente quelle umide e/o ai margini dei boschi, ricche di vegetazione erbosa, più frequenti ad altitudini inferiori ai 1.500, ma le zecche possono trovarsi anche in zone a clima caldo e asciutto o dove la vegetazione è più rada. La loro presenza dipende, infatti, essenzialmente dall'esistenza sul territorio di ospiti da parassitare, per questo luoghi come stalle, cucce di animali e pascoli sono tra i loro habitat preferiti.

Le zecche si collocano sulla faccia inferiore delle foglie e dell'erba e si lasciano cadere sull'animale o sull'uomo; si arrampicano sul mantello degli animali o sui vestiti dell'uomo fino a raggiungere una porzione di cute scoperta, dove pungono, utilizzando il rostro di cui dispongono e iniziano a succhiare sangue. Il "morso" è generalmente indolore perché nella loro saliva è contenuta una sostanza "anestetica". Solitamente rimangono come parassiti nell'organismo dell'ospite per un periodo che varia tra i 2 e i 7 giorni e poi si lasciano cadere spontaneamente. Nei Paesi a clima temperato la loro attività è massima nel periodo maggio-ottobre. Il morso della zecca non è di per sé pericoloso per l'uomo, ma il rischio è legato alla possibilità di trasmettere all'ospite diversi agenti infettivi (batteri, virus, ecc.) responsabili di malattie complesse (rickettsiosi e borreliosi), talora serie, non sempre facili da riconoscere.

## Meningoencefalite da zecche

La meningoencefalite da zecche o meningoencefalite primaverile-estiva, è una malattia virale acuta del sistema nervoso centrale, causata da un arbovirus simile ai virus responsabili della febbre gialla e della dengue, trasmessa da zecche.

Il virus trasmesso dalle zecche infetta diversi animali, selvatici o domestici, fra cui roditori, caprioli, ovini, caprini che contribuiscono al mantenimento del ciclo di trasmissione dell'infezione. Gli uccelli, molto probabilmente, contribuiscono a trasportare passivamente zecche infette anche a notevole distanza durante le loro migrazioni.

Dopo il morso di zecca infetta, nel 70% dei casi circa, si manifesta un'infezione con sintomi poco rilevanti, che può passare inosservata. Nel restante 30% dei casi, dopo 3-28 giorni dal morso di zecca si manifesta una sintomatologia simil influenzale (febbre alta, mal di testa, mal di gola, stanchezza, dolori ai muscoli e alle articolazioni) che si risolve, in genere, dopo 2-4 giorni ma, dopo un intervallo senza disturbi di 8-20 giorni, può iniziare una seconda fase caratterizzata da disturbi del sistema nervoso centrale. Il decorso della meningoencefalite è, in genere, più mite nei bambini e nei soggetti più giovani con progressivo aumento della severità al progredire dell'età.



## Prevenzione

- Esistono alcune precauzioni per ridurre significativamente la possibilità di venire a contatto con le zecche quando si fanno gite all'aria aperta nei periodi a rischio, o perlomeno per individuarle rapidamente, prima che possano trasmettere una malattia:
  - vestirsi con abiti chiari per rendere più facile l'individuazione delle zecche;
  - usare indumenti ben stretti intorno alle caviglie (infilare i pantaloni dentro alle calze o agli stivali) e ai polsi e applicare repellenti sui vestiti;
  - indossare preferibilmente un cappello;
  - cercare di camminare al centro dei sentieri, evitando di strisciare contro la vegetazione posta ai lati; non addentrarsi nelle zone in cui l'erba è alta;
  - evitare di sedersi e di appoggiare indumenti o zaini sull'erba (usare teli di plastica);
  - terminata l'escursione, effettuare, al ritorno a casa, un'accurata ispezione su tutto il corpo alla ricerca di eventuali parassiti; le zecche tendono a localizzarsi preferibilmente sulla testa, sul collo, dietro le ginocchia, sui fianchi;
  - spazzolare gli indumenti prima di portarli all'interno delle abitazioni;
  - se individuate sulla pelle, le zecche vanno prontamente rimosse perché la probabilità di contrarre un'infezione è direttamente proporzionale alla durata della permanenza del parassita nell'ospite;
  - tenere tagliata l'erba di prati e giardini delle vostre abitazioni;
  - trattare gli animali domestici con sostanze acar repellenti prima dell'escursione e comunque ispezionare sempre il loro mantello.

## Rimozione della zecca

- La zecca deve essere afferrata con una pinzetta a punte sottili, il più possibile vicino alla superficie della pelle, e rimossa tirando dolcemente, cercando di imprimere un leggero movimento di rotazione:
  - durante la rimozione bisogna prestare la massima attenzione a non schiacciare il corpo della zecca, per evitare il rigurgito di sangue

già ingerito, che aumenterebbe la possibilità di trasmissione di agenti patogeni;

- disinfettare la cute prima e dopo la rimozione della zecca con un disinfettante non colorato;
- evitare di toccare a mani nude la zecca nel tentativo di rimuoverla, le mani devono essere protette (con guanti) e poi lavate;
- spesso il rostro rimane all'interno della cute: in questo caso deve essere estratto con un ago sterile;
- distruggere la zecca, possibilmente bruciandola.

## Cosa non fare

- Non utilizzare per rimuovere la zecca: alcol, benzina, acetone, trielina, ammoniaca, olio o grassi, né oggetti arroventati, fiammiferi o sigarette per evitare che la sofferenza indotta possa provocare il rigurgito di materiale infetto;
- non somministrare antibiotici per uso sistemico nel periodo di osservazione, per non mascherare eventuali segni di malattia e rendere più complicata la diagnosi; nel caso in cui, per altre ragioni, fosse necessario iniziare un trattamento antibiotico, è opportuno impiegare farmaci di cui sia stata dimostrata l'efficacia sia nel trattamento delle rickettsiosi che delle borreliosi, malattie appunto trasmesse dalle zecche.

## Cosa fare se il bambino è stato punto da una zecca?

- Rimuovere delicatamente la zecca;
- non somministrare, di routine, profilassi antibiotica, ma valutare l'indicazione caso per caso, consultando il Pediatra;
- non effettuare esami sierologici per borrelia in assenza di sintomi suggestivi di malattia;
- operare un'attenta osservazione nei 30-40 giorni successivi, segnalando tempestivamente al Pediatra la comparsa di eventuali segni e sintomi di infezione: comparsa di un alone rossoastro che tende ad allargarsi nella zona dell'inoculo, febbre, mal di testa, debolezza, dolore alle articolazioni, ingrossamento dei linfonodi.

## La borreliosi di Lyme

deve il nome all'omonima cittadina americana in cui fu descritto il primo caso nel 1975. A causarla è un batterio della famiglia delle spirochete, la *Borrelia* di cui sono serbatoi naturali i topi del bosco. Altri animali selvatici (come lepri, volpi, ungulati e uccelli) possono occasionalmente ospitare il batterio e contribuire alla sua diffusione in ambiente silvestre. L'infezione colpisce prevalentemente la pelle, le articolazioni, il sistema nervoso e gli organi interni. Può manifestarsi con sintomi gravi, persistenti e, se non viene curata, assume un decorso cronico. Le zecche (specialmente del genere *Ixodes*, il più diffuso in ambiente alpino) sono il principale vettore della malattia. Succhiando il sangue degli animali infetti, raccolgono il batterio e con i morsi successivi sono in grado di trasmetterla ai nuovi ospiti. I principali serbatoi dell'infezione sono rappresentati da animali selvatici (roditori, caprioli, cervi, volpi, lepri). In Europa la percentuale di zecche infestate dalla *Borrelia burgdorferi* è stata stimata pari al 5-30%, con notevoli variazioni da zona a zona; il rischio di contrarre l'infezione è comunque basso, anche in zone di alta endemia. Perché la zecca infetta trasmetta la *Borrelia burgdorferi* all'ospite è necessaria una permanenza del parassita di almeno 36 ore. L'uomo viene punto prevalentemente in tarda primavera-autunno, con un picco massimo in giugno-luglio: la zecca si attacca ai capelli, ai peli o ai vestiti e successivamente raggiunge un'area della pelle e vi si ancora; essa si nutre per un periodo che va da due ore a sette giorni per poi staccarsi.

Dopo un periodo di incubazione variabile da 3 a 32 giorni, può comparire, nella sede della puntura della zecca, una lesione cutanea (macula o papula) di forma circolare con contorno esterno rosso vivo e zona centrale più chiara (eritema cronico migrante) che si espande progressivamente (primo stadio). Se a questo stadio non si interviene con terapia antibiotica appropriata possono, successivamente, subentrare disturbi neurologici o articolari (artrite, in genere del ginocchio) (secondo stadio). Nel terzo stadio della malattia di Lyme si instaura un'artrite cronica e compaiono importanti manifestazioni neurologiche.

La malattia risulta particolarmente presente in alcune Regioni come Liguria, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Trentino Alto Adige ed Emilia Romagna.

# Paracetamolo e asma: un binomio da sfatare

A cura di Michele Miraglia del Giudice  
Dipartimento di Pediatria "F. Fede",  
Seconda Università di Napoli

Il paracetamolo è uno dei farmaci di maggiore impiego in tutta l'età pediatrica. Viene infatti impiegato per ridurre la febbre ed è anche caratterizzato da un'apprezzabile azione analgesica, tanto che viene spesso usato - e non soltanto nei bambini - anche per controllare il dolore dopo un intervento chirurgico. Negli ultimi anni, però, è sorta una discussione, che dal mondo della ricerca scientifica si è estesa a quello della vita quotidiana: è stato infatti sollevato il dubbio che la somministrazione precoce del paracetamolo favorisca l'insorgenza di asma nel periodo scolastico. Del resto chiunque, con una semplice ricerca su internet, può rendersi conto della miriade di osservazioni e commenti, dal tono più o meno allarmistico, che, oltre a non fare chiarezza, confondono le idee e in alcuni casi demoliscono non tanto l'immagine di un farmaco, quanto l'esperienza produttiva di

decenni di impiego che ha attribuito al paracetamolo il suo importante ruolo terapeutico.

## Gli antefatti

■ Ogni giorno i ricercatori osservano e registrano migliaia di dati, il più delle volte contrastanti tra loro, dei quali solo una parte sono poi destinati a pubblicazione. Nel 2008, su una prestigiosa rivista internazionale, il Lancet, uscì un articolo che, malgrado alcune riflessioni critiche degli stessi autori, che invitavano alla cautela, creò scalpore. Si trattava di un'indagine su oltre 205mila bambini di 6-7 anni d'età di 31 Paesi nel contesto di uno studio più ampio, il programma ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), a sostegno dell'ipotesi secondo cui l'impiego del paracetamolo nella prima infanzia sarebbe un fattore di rischio, con rapporto dose-dipendente, per la comparsa di asma, eczema e rinocongiuntivite in età scolare. La conclusione era emersa dall'analisi delle risposte a un questionario scritto sottoposto ai genitori con l'obiettivo di stabilire, oltre alla diffusione dei sintomi allergici, la frequenza di utilizzo del paracetamolo nei 12 mesi prece-

denti e nel primo anno di vita. E' facile che chi non si occupa di ricerca ceda alla tentazione di leggere un dato, soprattutto se negativo, in maniera assoluta. Ma nell'ambito medico questo non è certamente l'approccio corretto: gli stessi esami del sangue, per esempio, non servirebbero a nulla se non fossero interpretati alla luce delle caratteristiche del singolo individuo. Allo stesso modo le conclusioni di uno studio, per quanto possano essere valide, corrette ed innovative, devono essere sempre valutate tenendo in considerazione i metodi applicati.

## Una lettura critica dei dati

■ Nel caso dell'articolo di Lancet sarebbe troppo semplicistico e riduttivo limitarsi alla deduzione finale senza prestare attenzione ad alcuni limiti importanti della qualità dei dati riportati. Analizziamo innanzitutto il tipo di indagine. L'utilizzo di questionari è un metodo a cui si fa spesso ricorso, in quanto è molto efficace per "fotografare" una situazione reale (nel caso specifico quanti bambini presentavano disturbi di tipo allergico), ma diventa meno preciso se si chiede agli intervistati di ricordare come si erano comportati nel passato. A maggior ragione se il quesito riguarda la frequenza con cui avevano somministrato un farmaco più di cinque anni fa. Una seconda obiezione riguarda il rapporto causa-effetto, che in questo tipo di studio non è facilmente dimostrabile. Non si può escludere che, se

anziché sul paracetamolo l'indagine si fosse concentrata su altri fattori, per esempio sull'epoca di introduzione di un particolare alimento o sull'esposizione al fumo o all'inquinamento ambientale, la conclusione sarebbe stata molto simile.

Un altro limite non meno rilevante è legato al fatto che i ricercatori non avevano preso in esame l'impiego di altri analgesici-antipiretici: è evidente che l'uso del paracetamolo è correlato alla cura di infezioni, tra cui quelle respiratorie da virus, che possono notoriamente predisporre il piccolo al successivo sviluppo di reattività allergica. Non è ancora tutto.

Nella ricerca di Lancet la diagnosi di eczema e asma dipendeva dalla percezione dei genitori e non da una valutazione condotta da un medico. Allo stesso modo non è apparso convincente il criterio con cui era stato classificato l'utilizzo di paracetamolo in relazione a quello di antinfiammatori non steroidei, che sono una classe di farmaci notoriamente correlata all'insorgenza di asma e di largo impiego nell'infanzia per il trattamento di malattie gravate da dolore e/o febbre.

Proprio tra queste malattie spiccano le infezioni delle basse vie aeree, causa riconosciuta di aumentato rischio di insorgenza di asma nei

bambini. Non bisogna inoltre sottovalutare che i bambini asmatici sono maggiormente predisposti a eventi infettivi, cosicché il ricorso al paracetamolo, nello studio su Lancet, come pure nella quotidianità, potrebbe essere stato conseguenza e non causa della patologia asmatica. Allo stesso modo, infine, non si può escludere che il maggior utilizzo di paracetamolo riscontrato nei bambini asmatici fosse stato giustificato proprio dalla tollerabilità e dalla sicurezza di questo principio attivo, preferito di conseguenza, anche in questa particolare categoria di piccoli pazienti, ad altri farmaci analgesici/antipiretici.

## Una presa di posizione importante e chiarificatrice

■ Mentre il mondo scientifico continua a discutere, i genitori vogliono giustamente delle chiare

indicazioni su cosa fare se il loro bambino dovesse presentare febbre. In altre parole se poter fare affidamento sul paracetamolo. La risposta è stata fornita dall'EMA, l'Agenzia Europea dei Farmaci: in una nota diramata il 24 febbraio 2011 ([http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Report/2011/02/WC500102322.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2011/02/WC500102322.pdf)) ha infatti affermato che "la completa assenza di una relazione tra uso di paracetamolo e comparsa di asma nei bambini in seguito ad esposizione durante la gravidanza o nella prima infanzia". Per questa ragione non è stato intrapreso alcun intervento e l'indicazione è di continuare a impiegare il paracetamolo secondo le indicazioni ufficiali e nel rispetto della posologia corretta.

# Poveri diavoli

## Sette sataniche: un fenomeno in crescita tra i giovanissimi

A cura di Luca Bernardo, Pediatria  
Ospedale Fatebenefratelli, Milano  
Presidente Commissione Nazionale MIUR  
Disagio Adolescenti-Bullismo

C'è ancora molto mistero, ma qualcosa di più si sa sulle sette sataniche e il fascino che esercitano sul mondo giovanile. Gli adoratori del diavolo in Italia sono infatti circa 7.000, suddivisi fra distinte sette e forme di religiosità minori, il 36% di essi sono giovani dai 15 ai 24 anni. Il "Gruppo di Ricerca sulle Sette" (GRIS) riporta un significativo aumento del fenomeno a livello adolescenziale dal 1995 ed illustra le molteplici occasioni per aderirvi, dalla musica, al web, ai film horror, alle cattive amicizie, a raduni camuffati da feste, a libretti in circolazione sulla consacrazione di Satana e il modo per suicidarsi... persino giochi di demoni per bambini piccoli.

### Qual è la geografia delle sette?

■ A livello mondiale, il primato pare lo detenga Londra, poi Torino, seguono San Francisco, Chicago e Roma, città legate tra loro da inquietanti geometrie esoteriche. Persino in Sud Africa tale fenomeno ha solidamente preso piede. In Italia le altre città dove è più vivo il fenomeno, oltre a Roma e Torino, sono Genova, Napoli e Palermo. A Milano sono attive 5 sette sataniche e ci sono due locali, uno in centro e l'altro in periferia, dove sono attivi gruppi di reclutamento.

### Il Satanismo adolescenziale ha caratteristiche diverse da quello adulto?

■ Quello giovanile si chiama "Satanismo acido-selvaggio o adolescenziale" ed è contrapposto e disprezzato da quello "culturale" degli adulti. I giovani non fanno generalmente parte di gruppi organizzati né gerarchicamente né ritualmente, provengono da contesti già di teppismo, criminalità, sono profanatori del "male di vivere" ed "antitutto", ribelli e aggressivi, eversivi da ogni forma di controllo. Si ispirano al rock, alla musica "nichilistica" metallica (nella quale decodificano messaggi di satanismo espressi nella lettura di parole al contrario), fanno uso di sostanze stupefacenti, alcol, mettono in scena rituali satanici spesso "caserecci" sotto l'influsso di film, trasmissioni televisive, giornali, più spesso fumetti.

### Qual è l'identikit psicologico e comportamentale che accomuna i sostenitori del diavolo?

■ Sono per lo più giovani fragili, confusi, solitari, con bassa autostima, pessimisti, provenienti da contesti familiari disgregati, predisposti ad essere "anestetizzati mentalmente". "Una vita priva di interessi", se non "l'alcol, la droga, il sangue", come testimonia Mario Maccione, ex giovane satanista (appartenente alle "Bestie di Satana") attualmente in carcere.

### Vi sono differenze fra satanismo italiano e straniero?

■ In Italia, il satanismo giovanile presenta simili caratteristiche a quello internazionale, si differenzia per le statistiche ad oggi più incerte e difficili.

### Come si può combattere il Satanismo giovanile?

■ La soluzione al problema si basa su un'opera di informazione sui suoi reali e non immaginari pericoli, accompagnata da un'azione totale di demitizzazione dei mass media ed un'educazione seria e rigorosa.

I genitori in prima persona devono essere in grado di insegnare valori concreti, essere una presenza ferma e "manipolatoria" nella vita dei figli; devono essere pronti a sostituire tempestivamente l'espressione "Faccio ciò che voglio e nessuno può dirmi nulla", tanto enfatizzata dai satanici, con "Imparo ad agire in maniera responsabile, autonoma e critica". Vorrei concludere con una frase di Massimo Introvigne, sociologo e studioso di satanismo: "Se si vuole veramente contrastare il satanismo occorre togliergli il suo alone mitologico, presentarlo come una realtà non tanto misteriosa e affascinante quanto squallida. I satanisti non sono, infatti, potenti principi delle tenebre: sono, piuttosto, poveri diavoli".

## Come avviene la manipolazione mentale

Quando facevo parte di una setta satanica i miei amici e familiari mi dicevano spesso che ero stato "plagiato", o che mi trovavo sotto "controllo mentale". All'epoca pensavo che "controllo mentale" significasse essere ammanettato, torturato e interrogato sotto luci violente, e sapevo che a me non era accaduto. Così quando mi chiamavano "robot plagiato" pensavo che mi stessero semplicemente perseguitando per le mie convinzioni e credenze.

E i loro commenti negativi finivano per rafforzare la mia dedizione al gruppo. Come qualsiasi altro membro di un gruppo distruttivo, prima di riuscire a capire che vi ero stato sottoposto avevo bisogno di capire che cos'è davvero il controllo mentale e come viene usato".

Questo è un chiaro esempio di manipolazione mentale: la persona in questione è parte integrante di una setta o meglio una sua nuova pseudo personalità, totalmente controllata nel comportamento, nelle emozioni e nel pensiero, come afferma il noto studioso Steven Hassan. I giovani sono facilmente "manipolabili" o predisposti ad essere "manipolati": non sono necessariamente deboli in termini di personalità, bensì vulnerabili, ossia possono attraversare un periodo transitorio, o un momento di vita difficile e di ribellione, o essere protagonisti di una delle tante crisi esistenziali o di episodi stressanti e/o traumatici. Ma come vengono manipolati? Il bombardamento affettivo o "love bombing" è un approccio

seduttivo, soprattutto iniziale, basato su complimenti, lusinghe e forme di "coccole" rivolte ai nuovi arrivati da parte dei membri atti a dare il benvenuto. Ci sono poi svariati metodi suggestivi finalizzati a diminuire progressivamente le capacità critiche e razionali: percorsi mentali di indottrinamento, forme di isolamento, accompagnati anche da una restrizione dei normali ritmi fisiologici (perdita di sonno, stanchezza fisica, regime alimentare modificato). Per non parlare delle tecniche ad oggi più utilizzate fra i giovani, ossia quelle volte ad attaccare il loro Sé e a produrre una crisi di identità totale: confessioni e ricordi, inizialmente condivisi, vengono successivamente "annebbiati" o distrutti dai manipolatori, al fine di destabilizzare le loro credenze, i loro valori e giudizi. E' proprio il Sé l'elemento debole ed ambiguo dei giovanissimi e da "sfruttare mentalmente": ancora in evoluzione e totalmente contraddittorio, il Sé è oscillante fra sentimenti irrisolti, confusi all'interno della famiglia, incomprensioni, sentimenti di insicurezza, inadeguatezza, frustrazione e solitudine... La famiglia diventa, sotto effetto della "trance", un ambiente "sbagliato", che deve essere prontamente sostituito da una famiglia nuova e "giusta". Come sfuggire e liberarsi da tale controllo mentale distruttivo? Prendendo coscienza di essere "abusati psicologicamente". Amici e parenti possono essere un utile supporto, ma la "disintossicazione" prevede solitamente un aiuto professionale, al fine di ritornare "mentalmente liberi" ed evitare eventuali ricadute.

# Una salute di... FERRO

A cura di Teresa Cazzato  
Pediatra di Famiglia, Taranto - SICuPP  
Marina Picca  
Pediatra di Famiglia, Milano - SICuPP

Vitamine e minerali sono componenti fondamentali per la vita e la salute degli uomini. Esistono più di cento diversi minerali, di questi almeno cinquanta sono da ritenere indispensabili per la vita e tra questi il ferro.

## Perché è importante il ferro

Il ferro è necessario per la sintesi dell'emoglobina e di enzimi coinvolti nella produzione di energia; interviene in funzioni come il trasporto di ossigeno dal polmone ai tessuti, la respirazione cellulare, il metabolismo delle vitamine del gruppo B, la sintesi di alcuni ormoni quali l'adrenalina e la norepinephrina, il funzionamento di molti enzimi, la difesa dalle infezioni.

## Come viene assorbito

Il ferro viene assorbito principalmente nell'intestino tenue ed in particolare nel duodeno. Gli alimenti che lo contengono vengono attaccati nello stomaco dai succhi gastrici che, tra le varie attività, dissociano il ferro dal resto del cibo, dissociazione favorita anche dalla cottura dello stesso cibo. Molti alimenti sono ricchi di ferro, ma non tutti lo contengono in una forma facilmente disponibile per l'essere umano (biodisponibilità). Carni e pesce ne sono ricchi, nella forma (ferro-eme) particolarmente disponibile. Il latte materno, per quanto non particolarmente ricco di questo elemento, lo contiene in una forma grandemente biodisponibile e ciò rappresenta uno degli innumerevoli vantaggi dell'allattamento al seno.

## In che forma e dove si trova nell'organismo

Lo troviamo in parte immagazzinato sotto forma di mioglobina nei muscoli, ferritina ed emosiderina per esempio nel fegato, nel midollo osseo, nella mucosa intestinale, nella placenta, ecc. e in parte come ferro circolante presente nell'emoglobina.

## Cosa succede quando manca

Per mantenere il ferro corporeo in equilibrio (equilibrio marziale), è necessario che l'apporto bilanci le perdite. In caso di scarso apporto protratto o eccessiva perdita si instaura una condizione chiamata carenza marziale, che se protratta può sfociare nell'anemia sideropenica (da carenza di ferro). Questa si evidenzia con una riduzione, rispetto ai valori normali per l'età, dell'emoglobina contenuta nei globuli rossi. A causa della ridotta capacità di trasporto di ossigeno da parte dell'emoglobina si possono avere dei sintomi tanto più gravi quanto più è basso il livello di emoglobina e quanto più rapidamente si instaura l'anemia.

## Quali sono i sintomi

Il bambino presenta spesso pallore, evidente a livello della cute, delle mucose e della congiuntiva. Può essere irrequieto, stanco e inappetente. Può essere più facilmente soggetto a infezioni, può presentare caduta dei capelli e lesioni agli angoli della bocca, delle unghie. Nei soggetti più adulti sintomi frequenti possono essere la cefalea, vertigini, astenia, ipotensione, tachicardia, ecc.

## Quali sono i fattori di rischio

Una carenza di ferro può essere dovuta a scarso apporto o as-



sorbimento, aumento delle perdite, aumento delle richieste.

● **Scarso apporto o assorbimento:** può essere dovuto ad una alimentazione non equilibrata rappresentata da una dieta povera di alimenti di origine animale (in particolare carni rosse) e ad altri cibi che ne sono ricchi, oppure a situazioni che ne rendono difficile l'assorbimento. Una malattia, che comporta un alterato assorbimento del ferro è per esempio la celiachia.

- **Aumento delle perdite:** si associa in genere a perdite di sangue come epistassi (sangue dal naso) recidivanti, microemorragie intestinali legate all'assunzione nel primo anno di vita di latte vaccino o, frequentemente nel sesso femminile, per cicli mestruali abbondanti.
- **Aumento delle richieste:** si può verificare, ad esempio, per un bambino nato pretermine o piccolo per l'età gestazionale, a causa dei suoi bassi depositi di ferro alla nascita e per aumentato fabbisogno in fase di rapida crescita. E' piuttosto frequente anche durante l'adolescenza, quando vi è un rapido accrescimento e le riserve di ferro possono andare in esaurimento, oppure in caso di intensa attività fisica.

## Cibi e sostanze che possono influenzare l'assorbimento di ferro

Alcune sostanze nella dieta, come l'acido ascorbico o vitamina C e l'acido citrico (presente nel limone) favoriscono l'assorbimento del ferro. Un effetto contrario possono darlo l'acido tannico ed altri polifenoli presenti nel caffè o nel tè. Anche alte concentrazioni di fibre e di calcio possono inibire l'assorbimento del ferro. Un'alimentazione sana ed equilibrata comporta, salvo nelle situazioni già menzionate, un buon equilibrio marziale, non essendo pertanto necessaria una supplementazione medicinale.

**Importante:** il ferro medicinale deve essere assunto sempre su consiglio medico. Infatti quantità eccessive o non necessarie possono essere dannose per la salute.

## Quali sono gli alimenti ricchi di ferro?

Gli alimenti maggiormente ricchi di ferro sono:

- ▶ legumi
- ▶ carni rosse
- ▶ pesce
- ▶ tuorlo d'uovo
- ▶ verdure a foglia verde
- ▶ cioccolato fondente
- ▶ frutta secca.

Quello che conta maggiormente, è la capacità di assorbire il ferro alimentare da parte del nostro organismo, che varia notevolmente da alimento ad alimento. Tale capacità è massima per interiora e carni rosse, e minima per i vegetali a foglia verde. Gli spinaci, seppur contengano ferro, non ne sono particolarmente ricchi (a differenza di quanto affermano le credenze popolari) e, inoltre, il contenuto di fitato ne riduce l'assorbimento. La vitamina C e l'acido citrico facilitano l'assorbimento del ferro: per questo si raccomanda di condire le verdure con il limone.

NOVITÀ

# LibraMed regola il picco glicemico contro sovrappeso e obesità



libraMed Fitomagra



- riduce l'accumulo dei grassi
- riduce la circonferenza ombelicale
- riduce il senso di fame



Indicato anche per bambini da 8 anni di età  
Senza Glutine - Gluteno free

È UN DISPOSITIVO MEDICO CE 0373

Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni per l'uso.

Libramed, grazie al suo complesso brevettato Policaptili Gel Retard®, agisce controllando i picchi glicemici, riducendo l'accumulo dei grassi e il senso di fame. Grazie a questo meccanismo d'azione Libramed, in associazione ad una dieta equilibrata e ad una regolare attività fisica, favorisce la riduzione del peso e della circonferenza ombelicale.



L'EVOLUZIONE DELLA FITOTERAPIA

Aboca S.p.A. Società Agricola Sansepolcro (AR) - www.aboca.it

# Si divezza a 6 mesi

Dr. Marina Cammisa Pediatra

In collaborazione con: Prof. Andrea Vania, presidente ECOG (European Childhood Obesity Group), membro comitato direttivo SIO (Società Italiana Obesità) e Dr. Margherita Caroli, Past president ECOG. Tratto da: [www.alimentazionebambini.it](http://www.alimentazionebambini.it)



È sufficiente che un lattante si avvicini ai quattro mesi di età che subito si scatena la fantasia dei genitori su come sarebbe se il piccolo cominciasse a prendere cibi solidi, con incalzanti domande al pediatra (se va bene) su quando cominciare.

Parliamo di **divezzamento**, termine non molto felice perché sembra voler indicare il momento in cui si toglie al bambino il "vizio del latte" e che, invece, indica il momento in cui all'alimento liquido, rappresentato dal latte, si affiancano altri alimenti solidi che progressivamente completeranno l'alimentazione, traghettandola verso quella dell'adulto.

Numerose sono le motivazioni che i genitori adducono per accelerare questo momento:

- crescita non confacente alle loro aspettative;
- identificazione del masticare con un salto di crescita;
- confronto con le esperienze degli altri;
- necessità lavorative;
- insistenza dei parenti, soprattutto nonni e vicini onniscenti;
- stanchezza nell'allattamento;
- divertimento nell'osservare il piccolo;
- paura che il latte materno non sia più adeguato.

Eppure, nessuna di queste motivazioni giustifica l'anticipazione del momento del divezzamento, infatti non tutto ciò che è apparentemente possibile, è lecito e opportuno.

È ormai opinione condivisa da tutte le Società Scientifiche Italiane ed Internazionali e sostenuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che

**il divezzamento non deve essere iniziato prima dei 6 mesi**, sia che il piccolo sia allattato con latte materno che con latte adattato.

Infatti la finalità del divezzamento è quella di integrare l'alimentazione latte di micronutrienti (ferro e zinco), aumentare l'apporto di proteine di elevato valore biologico e aumentare l'apporto di calorie che solo a questa età cominciano a essere insufficienti con il solo latte.

A 6 mesi si osserva l'acquisizione di nuove competenze psico-motorie del lattante che riconosce e accetta il cucchiaino, ed è **pronto a masticare e inghiottire cibi solidi**, mentre il riflesso di estrusione della lingua scompare.

Inoltre a 6 mesi il rene è in grado di sopportare un carico osmolare maggiore e soprattutto la mucosa intestinale è "matura" sia dal punto di vista digestivo che delle difese immunitarie.

Quindi pazientate! Le motivazioni scientifiche per una alimentazione complementare che inizi ai 6 mesi di età sono numerose e condivise, intanto suggerirei di godervi l'unicità dell'intimità che si crea durante l'allattamento e che difficilmente potrà riprodursi in altri momenti della relazione con un figlio.

Non avere fretta, si rivela ancora una volta una regola di vita che tenga conto dei nostri e degli altrui ritmi (quelli del lattante).

**Si otterrà così un graduale e progressivo cambiamento dell'alimentazione del bambino senza forzature e anomalie**, nel rispetto delle sue esigenze e competenze, e del nostro compito di tutori della sua salute.

## LINEA CRESCENDO: IL TUO BAMBINO È IN BUONISSIME MANI.



### LINEA CRESCENDO, PENSATA PER PRENDERSI CURA DEI PIÙ PICCINI.

I primi passi li abbiamo mossi insieme ai vostri bimbi. Stando di fianco a loro, giorno dopo giorno, possiamo dire di essere diventati grandi. Crescendo a marchio Coop è una linea completa per prendersi cura in ogni momento dei più piccini: body, tutine, calzini in cotone proveniente da agricoltura biologica, pannolini, salviette, prodotti per l'igiene e un'ampia offerta di alimenti biologici. Tutto senza dimenticare la convenienza. Perché alla Coop, per i nostri clienti più piccoli, abbiamo sempre due occhi di riguardo. SCOPRI LA NUOVA GRAFICA CON LE ILLUSTRAZIONI DI NICOLETTA COSTA.



# L'IMPORTANZA DELLA FRUTTA NELL'ALIMENTAZIONE

A cura di Laura Serra  
Pediatra, Imola

L'affermazione del filosofo Ludwig Feuerbach "L'uomo è ciò che mangia" è quanto mai vera ed attuale! Esiste infatti uno stretto legame tra una corretta alimentazione e una vita in buona salute. La prima regola da rispettare è l'adozione di una dieta equilibrata e variata accompagnata dallo svolgimento giornaliero di attività fisica. Se si introducono più calorie di quelle che si consumano, soprattutto nelle fasi della vita nelle quali non vi è un rapido accrescimento, c'è il rischio dell'insorgenza di sovrappeso e di obesità. Frutta e verdura sono particolarmente importanti per una sana alimentazione, in primis per il loro valore nutritivo, associato ad un ridotto apporto calorico, tanto che le raccomandazioni dei nutrizionisti suggeriscono di assumere giornalmente 3-6 porzioni di tali nutrienti, meglio se di colori diversi (rosso, giallo-arancio, verde, bianco, blu-violetto, in quanto a colori diversi corrispondono caratteristiche nutrizionali differenti) nei diversi pasti, dalla prima colazione, agli spuntini e alle merende, oltre che a pranzo e a cena. La quantità giornaliera consigliata di frutta e verdura dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è di almeno 400 mg al giorno. Il consumo di frutta e verdura andrebbe incentivato soprattutto nei bambini e negli adolescenti, anche per arginare l'epidemia di obesità che minaccia di trasformare i prossimi decenni in un'emergenza di salute pubblica. E' stata, inoltre, dimostrata una correlazione diretta tra consumo di frutta e verdura e riduzione del rischio di insorgenza di diabete di tipo 2, patologie cardiovascolari e alcuni tipi di tumore (del cavo orale, gastrointestinali, della mammella e dei polmoni). La frutta, la verdura e i legumi, contengono una serie di sostanze ad azione protettiva, prevalentemente "antiossidante" che si esercita contrastando l'azione dei "radicali liberi", composti derivati dai normali processi metabolici o attraverso l'azione di agenti esogeni quali l'esposizione al fumo di sigaretta, agli inquinanti ambientali e alla luce ultravioletta, che hanno la capacità di alterare la struttura delle membrane cellulari e del materiale genetico (il DNA), aprendo la strada a processi di invec-

chiamento precoce e a tutta una serie di reazioni che sono all'origine di diverse forme tumorali.

La presenza della frutta nell'alimentazione del bambino è importante fin dal momento del svezzamento (dal sesto mese), sia dal punto di vista nutrizionale, sia dal punto di vista educativo, per abituarlo ad un'ampia gamma di sapori. E' indispensabile che anche i genitori consumino frutta, in quanto se chi propone l'alimento è il primo a non farne uso, fornisce un messaggio "incoerente" e non incentiva l'abitudine ad assumerlo. In particolare, durante i mesi estivi, per il loro contenuto in acqua e sali minerali, i frutti di stagione possono aiutare a combattere la disidratazione e costituiscono un ottimo spuntino a basso contenuto calorico.

Quasi tutti i frutti sono caratterizzati da uno scarso apporto proteico, un buon

apporto di carboidrati e un ridotto apporto di grassi, ad eccezione di quelli detti oleosi, come la frutta secca (noci, nocciole e simili), ed alcuni frutti come l'avocado e il cocco. L'apporto calorico dipende, soprattutto, dal contenuto di acqua che può

arrivare in quelli meno calorici (anguria, pompelmo) a superare il 90%: varia da 15-70 Kcal/100 g per la frutta fresca a 550-660 Kcal/100 g per quella oleosa. La frutta oleosa contiene grassi vegetali di elevata qualità grazie al contenuto in acidi grassi essenziali, sia di tipo omega-6 che omega-3, che migliorano il rapporto colesterolo "buono" (HDL)/colesterolo "cattivo" (LDL, cioè quella parte di colesterolo che tende a permanere nel sangue e a depositarsi sulle pareti delle arterie).

La frutta fornisce una buona fonte di zuccheri semplici, prontamente disponibili a scopo energetico come fruttosio, glucosio e saccarosio. La presenza di fruttosio in quantità significativa è importante, in quanto questo zucchero ha un basso "indice glicemico" e al contrario del saccarosio, non stimola direttamente la produzione di insulina. La frutta è una fonte preziosa di vitamine, sali minerali e fibre. La fibra alimentare di per sé non ha valore nutritivo o energetico, ma è ugualmente molto importante per la regolazione di diverse funzioni fisiologiche nell'organismo. Essa è costituita per la maggior parte da carboidrati (zuccheri) complessi, non direttamente utilizzabili ed assorbibili dall'organismo umano. Alcuni di questi composti (cellulosa, emicellulosa e lignina) sono insolubili in acqua, e agiscono prevalentemente sul funzionamento del tratto gastrointestinale, ritardando lo svuotamento gastrico e facilitando nell'intestino il transito del bolo alimentare e l'evacuazione delle feci. Invece altri composti (pectine, gomme e mucillagini) sono solubili in acqua e regolano l'assorbimento di alcuni nutrienti (ad esempio zuccheri e grassi) riducendolo e rallentandolo, contribuendo così al controllo del livello di glucosio e di colesterolo nel sangue. La fibra alimentare facilita inoltre il raggiungimento del senso di sazietà, in quanto contribuisce ad aumentare il volume del cibo ingerito e a rallentare lo svuotamento dello stomaco. Le vitamine sono sostanze organiche non energetiche indispensabili per la vita e devono essere necessariamente assunte con gli alimenti; la loro carenza, soprattutto se prolungata, può produrre conseguenze negative. La frutta fresca giunta a completa ma-

turazione è, inoltre, ricca di sali minerali (potassio, calcio, magnesio i principali) e acidi organici (citrico, tartarico, malico, ossalico, ecc.), importanti per reintegrare le perdite idriche e per il normale funzionamento dei processi metabolici del nostro organismo.

... Una macedonia al giorno toglie il medico di torno ...

## Quante porzioni di frutta al giorno?

Secondo le indicazioni dei nutrizionisti, vanno consumate 3-6 porzioni di frutta al giorno. Una porzione di frutta corrisponde a circa 150 g, ovvero un frutto medio/grande (arance, mele) o 2-3 frutti piccoli (albicocche, mandarini, ecc.).

## Con la buccia o senza?

Se ben lavata, e soprattutto se biologica, andrebbe mangiata con la buccia.

## Frutta o succhi di frutta?

Meglio la frutta in quanto contiene più fibre ed è meno calorica.

## Frutta di stagione o tutti i tipi di frutta tutto l'anno?

Il ritmo di vita di frutta e verdura nelle diverse stagioni corrisponde meglio alle esigenze dell'organismo umano in quel particolare periodo dell'anno. E' sempre preferibile consumare prodotti stagionali, di provenienza locale o almeno nazionale, in quanto più tempo passa tra la raccolta dei vegetali e il momento del consumo, più diminuisce la quantità di micronutrienti, soprattutto di vitamine... inoltre costa meno!



VITAMINA A BETACAROTENE	Frutti giallo scuro/arancio: meloni, albicocche, papaya, mango, cachi, mandarino, arancia, pesche
VITAMINA B1	Noci, nocciole
VITAMINA B2 RIBOFLAVINA	Pinoli, arachidi, noci, pistacchi
VITAMINA B3 NIACINA	Datteri, frutta secca
VITAMINA B5 ACIDO PANTOTECNICO	Pinoli, arachidi, noci, pistacchi
VITAMINA B6 PIRIDOSSINA	Pinoli, arachidi, noci, pistacchi
VITAMINA B8 BIOTINA	Pinoli, arachidi, noci, pistacchi
VITAMINA B9 ACIDO FOLICO	Meloni, succo d'arancia
VITAMINA C	Agrumi, fragole, meloni, frutti di bosco, kiwi, papaya, mango, melograno, fico d'india, mela cotogna
VITAMINA E	Noci brasiliane, mandorle, arachidi



“Frutta nelle scuole” è il più grande programma comunitario di educazione alimentare rivolto agli alunni delle scuole primarie per promuovere abitudini alimentari sane ed equilibrate, attraverso il consumo consapevole di frutta e verdura; in Italia è gestito dal Ministero delle Politiche Agricole in collaborazione con la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Il programma, promosso dall’Unione

Europea mira ad incentivare l’adozione di abitudini alimentari sane ed equilibrate attraverso la somministrazione gratuita di frutta e verdura fresca a bambini tra i 6 e gli 11 anni; coinvolge circa 950.000 bambini su tutto il territorio nazionale. Ogni alunno delle scuole aderenti al progetto nelle Regioni sopracitate riceve gratuitamente frutta e verdura fresca, intera e/o tagliata e pronta all’uso in confezioni monodose. Le più importanti organizzazioni di produttori italiani insieme alla Cooperativa Alimos attuano quest’anno in 14 Regioni tale progetto, garantendo la provenienza italiana di tutti i prodotti distribuiti nelle scuole. Le specie frutticole e orticole oggetto di distribuzione sono: albicocche, arance, ciliegie, clementine, fragole, kaki, mandarini, mele, pere, nectarine, susine, uve da tavola, carote e pomodorini. La merenda a base di frutta viene consumata dai bambini nel corso della mattinata, lontano dai pasti, per rimarcare la valenza educativa. Per saperne di più: [www.fruttanellescuole.gov.it](http://www.fruttanellescuole.gov.it) [www.alimentalasalute.net](http://www.alimentalasalute.net) [www.alimos.it](http://www.alimos.it)

## Principali classi di antiossidanti presenti nei prodotti ortofrutticoli freschi

- **ACIDO ASCORBICO** (vitamina C).
- **CAROTENOIDI** (i pigmenti dalla colorazione gialla, arancione e rossa di cui sono ricchi i vegetali e i frutti giallo-arancio - per la presenza di β-carotene - e quelli rossi come il pomodoro - per la presenza di licopene).
- **COMPOSTI FENOLICI** (presenti in elevata concentrazione praticamente in tutti gli alimenti di origine vegetale e nell’uva).
- **TOCOFEROLI** (presenti nei semi oleosi e negli ortaggi a foglia verde).
- **COMPOSTI SOLFORATI ISOTIOCIANATI** e **DITIOLIONI** di cui sono ricche le verdure della famiglia delle crucifere (broccoli, cavolfiore, cavolo) e **ALLO-SOLFURI** di cui è ricco l’aglio.
- **FITOESTROGENI** soia, cereali integrali, cavoli, cavolfiori, noci, ecc.
- **FLAVONOIDI** tè verde, vino rosso, crucifere, soia, ecc.
- **INDOLI** presenti nelle crucifere.
- **MINERALI** selenio, zinco.

### NOTA BENE

Finora nessuno studio ha dimostrato che la somministrazione dei singoli componenti sotto forma di integratori possa dare gli stessi effetti benefici che sono associati all’ingestione di frutta e vegetali freschi. Di conseguenza, si pensa che tali effetti siano dovuti soprattutto all’azione congiunta e sinergica di molteplici costituenti (molti dei quali probabilmente ancora da individuare), presenti negli alimenti.

### Principali alimenti ricchi di fibre

- **Legumi:** fagioli, fave, ceci, lenticchie, piselli.
- **Cereali e derivati:** pasta, biscotti, pane e cereali da colazione (soprattutto se integrali), prodotti da forno, orzo perlato.
- **Verdura e ortaggi:** carciofi, cavoli, cicoria, carote, melanzane, barbabietole, funghi, agretti, finocchi.
- **Frutta fresca:** pere, mele, fichi, banane, kiwi, lampogni, fichi d’India, ribes.
- **Frutta secca in guscio:** noci, nocciole, mandorle.
- **Frutta essiccata:** albicocche secche, fichi secchi, mele essiccate, uva passa, prugne secche, castagne secche.



## IL CALENDARIO DELLA FRUTTA

 <b>ALBICOCCHE</b> giugno - luglio - agosto	 <b>MELAGRANE</b> settembre - ottobre - novembre - dicembre
 <b>ARANCE</b> dicembre - gennaio - febbraio - marzo - aprile - maggio	 <b>MELE</b> ottobre - novembre - dicembre - gennaio - febbraio
 <b>CACHI</b> ottobre - novembre - dicembre	 <b>MELONI</b> luglio - agosto - settembre
 <b>CILIEGE</b> maggio - giugno	 <b>MIRTILLI</b> luglio - agosto
 <b>COCOMERI</b> giugno - luglio - agosto - settembre	 <b>MORA DI GELSO</b> luglio - agosto
 <b>FICHI</b> luglio - agosto - settembre	 <b>MORE DI ROVO</b> luglio - agosto
 <b>FRAGOLE</b> aprile - maggio - giugno	 <b>NESPOLE</b> maggio
 <b>FRAGOLINE DI BOSCO</b> luglio - agosto	 <b>NOCCIOLE</b> ottobre - novembre - dicembre
 <b>KIWI</b> ottobre - novembre	 <b>NOCI</b> ottobre - novembre - dicembre
 <b>LAMPONI</b> luglio - agosto	 <b>PERE</b> agosto - settembre - ottobre - novembre - dicembre - gennaio - febbraio
 <b>LIMONI</b> maggio - giugno	 <b>PESCHE</b> giugno - luglio - agosto - settembre
 <b>MANDARANCI</b> aprile	 <b>POMPELMI</b> dicembre - gennaio - febbraio - marzo
 <b>MANDARINI</b> novembre - dicembre - gennaio - febbraio	 <b>PRUGNE</b> giugno - luglio - agosto - settembre
 <b>MANDORLE</b> ottobre - novembre - dicembre	 <b>UVA</b> agosto - settembre - ottobre - novembre

## News



### LA FRUTTA: un’arma di prevenzione

■ L’aumento di incidenza delle malattie infiammatorie croniche intestinali (Crohn e colite ulcerosa) riscontrato in molti Paesi è legato sicuramente alla predisposizione genetica, ma è pesantemente condizionato dall’adozione di determinati stili di vita e dall’alimentazione. L’alto consumo di mono e disaccaridi e di grassi aumenta il rischio di sviluppare una malattia cronica intestinale, al contrario un alto consumo di vegetali e di frutta riduce tale rischio. E ancora, bassi livelli plasmatici di alcuni micronutrienti, in particolare la vitamina D, possono aumentare il rischio di entrambe le malattie. Le scorrette abitudini alimentari in generale, possono determinare una maggiore suscettibilità alle malattie croniche intestinali, rispetto all’assunzione o meno di singoli nutrienti ■



# L'OBESITÀ PERCHÉ E' IN AUMENTO?

## LA REALTÀ ITALIANA

A cura di Lorenzo Iughetti,  
Clinica Pediatrica,  
Università di Modena e Reggio Emilia

La prevalenza dell'obesità è in continuo aumento in tutto il mondo, interessando sia adulti che bambini. Negli adulti l'incremento è stato registrato in tutti i continenti: nelle Americhe, dove è stato registrato non solo negli USA in cui la prevalenza del sovrappeso è aumentata più del 50% dal 1991 al 1999, ma anche in Canada e in Brasile, che è passato dal problema della malnutrizione a quello del sovrappeso; in Africa, in Australia e in Europa, dove l'incremento è stato più basso in alcuni Paesi come la Svezia e molto elevato in altri come nell'est della Germania.

La prevalenza dell'obesità ha raggiunto valori preoccupanti anche nella popolazione pediatrica: in questa fascia di età l'aumento si è avuto non solo nei cosiddetti Paesi sviluppati come gli Stati Uniti, ma persino nelle aree urbane dei Paesi africani.

In Italia i dati più recenti scaturiti dall'indagine nazionale promossa dal Ministero della Salute "OKKIO

alla salute" parlano di una prevalenza nella fascia di età 6-11 anni estremamente elevata, che varia dal 23% della Valle d'Aosta al 49% della Campania. In altre parole in Italia oltre 1.100.000 bambini presentano una condizione di sovrappeso, condizione che costituisce un'importante ipoteca sulla loro futura salute.

Molte sono le ragioni alla base di questo continuo incremento, a partire da condizioni che interessano le prime fasi dell'esistenza.

In particolare, è noto da tempo che l'alimentazione al seno materno costituisce una valida protezione nei confronti dello sviluppo di obesità. In effetti i bambini allattati al seno possono imparare ad autoregolarsi da un punto di vista calorico meglio dei bimbi non allattati al seno, e sono in grado di adattarsi più velocemente ai nuovi alimenti, influenzando la densità calorica della loro dieta. Peraltro i latti formulati provocano una maggiore risposta insulinica e il maggiore apporto proteico derivante dai latte-formula ha un effetto sul metabolismo del glucosio.

Quello che tuttavia non sempre viene sottolineato a sufficienza è che la protezione conferita dall'allattamento materno si realizza solo in

quei soggetti nei quali l'allattamento al seno è stato prolungato, con una durata oltre i 6 mesi.

Ora, seppure i dati sulla percentuale d'allattamento al seno in molte regioni del nostro Paese siano incoraggianti nei primi mesi di vita, arrivando a raggiungere percentuali del 90%, essi si riducono drasticamente dopo il primo trimestre, per diminuire progressivamente in modo rapido nei mesi successivi, diventando quasi insignificanti oltre i 6 mesi. Viene quindi a mancare in gran parte della popolazione infantile un potente fattore di protezione nei confronti dell'obesità. Al rapido passaggio dall'alimentazione con latte materno a latte di formula spesso si aggiunge anche un **divorzamento precoce e incongruo**, caratterizzato spesso da un elevato apporto proteico, condizione che proprio studi italiani hanno dimostrato essere significativamente associato con lo sviluppo di obesità.

Molto spesso inoltre, anche da parte dei medici, l'obesità non è ancora vissuta come una condizione da contrastare precocemente e questo può portare ad una sottovalutazione dell'importanza del realizzarsi già nei primi anni di vita di una condizione di sovrappeso. Il realiz-

zarsi di un precoce aumento di peso in una fase della vita in cui fisiologicamente questo non dovrebbe avvenire (early adiposity rebound) costituisce anch'esso un fattore associato allo sviluppo di obesità negli anni successivi.

Un ruolo importante nell'incremento di prevalenza dell'obesità giocano poi le cattive abitudini alimentari che si sviluppano negli anni della fanciullezza, ma che si perpetuano aggravandosi in adolescenza. E' ormai ben dimostrato come le pratiche di una **corretta alimentazione (abitudine alla prima colazione, consumo abbondante di frutta e vegetali, scarso ricorso agli zuccheri semplici)** siano poco seguite. In effetti i comportamenti alimentari di una larga parte della popolazione pediatrica risultano caratterizzati da omissione della prima colazione, uso abituale di snacks, frequente assunzione di bevande zuccherate, consumo eccessivo di farinacei e grassi e scarso di frutta e verdura, scarso

contenuto in fibre alimentari della dieta. Dati recenti evidenziano che queste cattive abitudini riguardano circa i 2/3 degli adolescenti europei. Inoltre specie negli adolescenti si assiste ad episodi periodici di "abbuffate" e "quasi digiuno" sintomi di un disordine comportamentale che spesso si associa all'obesità.

Queste scorrette abitudini alimentari sono peraltro stimolate da una pressante opera pubblicitaria, esercitata soprattutto tramite la televisione. Il ruolo della televisione come mezzo "obesogeno" è ormai da tempo dimostrato ed è stato sottolineato. L'uso temporalmente incongruo del mezzo televisivo si correla direttamente con la prevalenza di obesità, non solo perché la televisione obbliga ad un atteggiamento passivo e sedentario, ma anche perché attraverso di essa vengono spesso veicolati messaggi pubblicitari ingannevoli, ma che comunque grande presa hanno sui giovani consumatori. In effetti, la

Società Italiana di Pediatria ha effettuato negli anni scorsi uno studio sull'affollamento pubblicitario televisivo, dimostrando che se un bambino guarda per due ore al giorno un canale televisivo delle tv commerciali, nella fascia oraria compresa tra le 15,00 e le 18,00 rischia di vedere, in un anno, 31.500 spot pubblicitari di cui almeno il 20% dedicati a prodotti alimentari. A fronte di questa massiccia campagna di indottrinamento commerciale latita ed è limitata ad iniziative sporadiche una seria, strutturata e continuativa Campagna di promozione di una sana alimentazione, che dovrebbe far parte integrante dei programmi scolastici, per avere la possibilità di raggiungere tutta la popolazione pediatrica.

Tra i fattori che contribuiscono all'incremento della prevalenza dell'obesità non bisogna poi dimenticare di citare quelli che incidono sulla spesa energetica e che afferiscono alla sfera dell'attività fisica. Esistono numerosi dati che evidenziano come negli ultimi 2 decenni, caratterizzati dal continuo incremento della prevalenza dell'obesità, si sia realizzata anche nel nostro Paese una **progressiva "sedentarizzazione"** anche della popolazione pediatrica, legata strettamente alle mutate condizioni socio-economiche del Paese. La scomparsa della possibilità del gioco libero all'aperto nelle nostre città, il già citato aumento del tempo trascorso davanti al televisore, la diminuita attenzione portata all'attività fisica in ambito scolastico, la professionalizzazione dell'attività sportiva già in età pediatrica sono tutti fattori che concorrono in misura significativa allo sviluppo dell'obesità.

Interrompere la crescente spirale evolutiva dell'obesità è sicuramente molto difficile, per riuscirci occorre affrontare in modo coordinato tutti i fattori che sino ad ora quasi incontrastati hanno favorito questa evoluzione.



# obesità infantile e fegato grasso due killer silenziosi

A cura di **Claudia Della Corte, Donatella Comparcola, Giuseppe Morino\*, Bronislava Papadatou, Francesca Ferretti, Maria Rita Sartorelli, Valerio Nobili**  
U.O. **Malattie Epatometaboliche e \*U.O. Dietologia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma**

La frequenza dell'obesità in età pediatrica e adolescenziale è in progressivo aumento nei Paesi Occidentali, soprattutto in quelli ad elevato tenore di vita. Con il termine di **steatosi epatica** si indica l'accumulo di grasso nel fegato, la cui causa, che nell'adulto è più frequentemente l'alcol, nel bambino è più comunemente l'eccesso di peso (sovrappeso o vera e propria obesità). Negli ultimi 20 anni la **steatosi epatica non alcolica**, conosciuta dagli esperti come **NAFLD**, dall'inglese "Non Alcoholic Fatty Liver Disease", ha raggiunto proporzioni epidemiche in età pediatrica, diventando la patologia epatica cronica di più frequente riscontro nel mondo occidentale. Si stima che una percentuale vicina al 15% dei bambini sia affetta da questa patologia. Questo aumento incontrollato di casi di steatosi epatica si associa ad un parallelo incremento - allo stesso modo incontrollato - dei casi di obesità pediatrica. Numerosi ormai gli allarmi che arrivano dalle principali organizzazioni mondiali deputate al controllo dello stato di salute della popolazione. Il segno caratteristico della malattia è rappresentato dalla presenza di grasso nel fegato riscontrabile ad una ecografia e facilmente ed accuratamente diagnosticabile con gli ecografi di ultima generazione. La diagnosi di NAFLD/NASH è tuttavia ancora affidata all'esecuzione di un'agobiopsia epatica.

Sebbene inizialmente considerata una malattia a due stadi (accumulo di grasso nel fegato e progressione infiammatoria della patologia), adesso si concorda sul fatto che la NAFLD sia una malattia in cui più fattori (genetici, alta introduzione di calorie, scarsa attività fisica, consumo di cibi preconfezionati) concorrono nel promuovere l'inizio della malattia e la sua progressione. Se le conseguenze dovute alla progressione del danno epatico, quali infiammazione, necrosi e cirrosi, sono ben note e già più volte segnalate in letteratura, meno note sono le strategie terapeutiche da adottare dopo una diagnosi di NAFLD. Sicuramente c'è unanime accordo sulla necessità di un miglioramento della qualità di vita attraverso l'adozione di un **regime dietetico bilanciato e di un incremento dell'attività fisica**. Lo scopo è quello di un cambiamento duraturo delle abitudini alimentari volto a ridurre l'apporto calorico e ad incrementare la quota di alimenti a basso indice glicemico, ricchi in fibre e di acidi grassi insaturi.

Sfortunatamente nella popolazione pediatrica sia l'aderenza al regime dietetico sia l'attività fisica sono obiettivi di difficile raggiungimento, per cui negli ultimi anni, in associazione con le modifiche dello stile di vita, sono stati sperimentati approcci farmacologici basati sull'impiego di sostanze ad azione anti-ossidante, insulino-sensibilizzante ed anti-steatogena (metformina, vitamina E e acido docosae-saenoico). Di questi quello che ha dimostrato risultati più incoraggianti è stato l'acido docosae-saenoico (DHA), che è stato associato ad una drastica riduzione della presenza di grasso nel fegato dopo solo 6 mesi di trattamento. Nonostante questi incoraggianti risultati, comincia sempre più a diffondersi nel mondo scientifico la teoria di una terapia "multi-target", che associ le varie sostanze elencate, con il fine ultimo di trattare tutte le componenti del danno epatico: l'accumulo di grasso, l'infiammazione e la fibrosi. Considerata l'epidemia di obesità osservata negli ultimi anni, il conseguente aumento

dei casi di NAFLD in età pediatrica appare preoccupante, perché la NAFLD è una malattia dal decorso subdolo, generalmente asintomatico, che agisce come un "killer silenzioso", creando danno epatico (fino alla cirrosi) e malattie cardiovascolari. Questa progressione della NAFLD in età pediatrica necessita di una pronta contro-offensiva, anche perché durante il periodo cruciale dell'adolescenza l'esposizione ad altri possibili agenti epatotossici, quali alcol e droghe, potrebbe creare un mix particolarmente pericoloso, esacerbando la severità della malattia. Per le ragioni sopra esposte, noi auspichiamo una maggior attenzione delle famiglie al problema dell'obesità, anche perché riteniamo che i progressi che si stanno compiendo nella ricerca clinica in questo settore potranno offrire nei prossimi anni al bambino con NAFLD strumenti diagnostici non invasivi, per il monitoraggio della malattia. Per la diagnosi, invece, resterà sempre indispensabile la biopsia epatica.

**Con il termine NAFLD ci si riferisce generalmente ad un gruppo di patologie del fegato, le cui caratteristiche vanno dall'accumulo di grasso in quantità superiore al 5% delle cellule epatiche (steatosi epatica semplice) alla forma evolutiva della malattia, la steatoepatite non alcolica (NASH), caratterizzata dalla presenza di infiammazione e morte delle cellule epatiche, talora associata a fibrosi, che può progredire, anche in età adolescenziale, verso un quadro di cirrosi. Come descritto negli adulti, anche i bambini affetti da NAFLD possono presentare un danno metabolico generale, caratterizzato da aumento della circonferenza addominale, ipertensione, resistenza all'insulina, ipercolesterolemia, tutte condizioni che aumentano il rischio di sviluppare diabete mellito di tipo 2, sindrome metabolica e malattie cardiovascolari. Da un punto di vista laboratoristico, i bambini affetti da steatosi epatica presentano generalmente un moderato aumento degli enzimi epatici (transaminasi), un aumento dell'insulina a digiuno ed alterazioni del profilo dei grassi (colesterolo, trigliceridi, HDL, LDL, apolipoproteine).**

**Insulina:** ormone che permette al glucosio che circola nel sangue, di penetrare nelle cellule dell'organismo in cui viene utilizzato per produrre energia; è prodotta dalle  $\beta$ -cellule del pancreas.

**Insulinorestenza:** il glucosio non riesce a penetrare all'interno delle cellule in presenza di normali livelli di insulina in quanto la cellula "resiste all'azione dell'insulina". Il pancreas tenta di ovviare a questa situazione aumentando la secrezione d'insulina che raggiunge alte concentrazioni nel plasma (iperinsulinemia). Questo equilibrio può rompersi, determinando un aumento della glicemia a digiuno. In una minoranza di casi questa condizione evolve, già in età pediatrica, in un vero diabete. Nei soggetti obesi si nota spesso una ridotta sensibilità dei tessuti periferici (in particolare tessuto adiposo e muscolo scheletrico) all'azione dell'insulina; anche se non tutti i soggetti obesi sono insulinorestenzi e non tutti quelli insulinorestenzi sono obesi, è accertato che l'eccesso ponderale riduce la sensibilità all'insulina dei tessuti periferici.

**Obesità:** l'obesità consiste in un eccesso di tessuto adiposo. Secondo le definizioni più accreditate è definito 'sovrappeso' o 'a rischio di obesità' chi ha un indice di massa corporea (BMI) compreso fra l'85° e il 95° percentile calcolato per età e sesso. Si parla di obesità moderata (o di I grado) per chi si trova tra il 95° e il 97° percentile, mentre oltre il 97° l'obesità diventa 'grave' (o di II grado). Un bambino o un adolescente con un BMI elevato presenta un elevato rischio di essere sovrappeso o obeso a 35 anni, e il rischio aumenta con l'età: bambini con eccesso ponderale grave (BMI superiore al 95° percentile) rimangono per il 77% obesi in età adulta. L'obesità deriva da uno squilibrio fra assunzione di nutrienti e dispendio calorico. Questi due elementi dipendono ovviamente dagli stili di vita, ma sono anche determinati da fattori genetici (Maffei, 1998). Anche la ridotta sensibilità all'insulina è geneticamente determinata. Frequentissima fra gli obesi e rilevata anche in età pediatrica, la presenza di grasso nel fegato (steatosi) che può dare luogo con il passare degli anni, a una epatite. Il fegato danneggiato aggrava lo squilibrio metabolico e può, a distanza di tempo, degenerare in cirrosi.

**Sindrome metabolica:** viene definita dalla presenza di 3 o più delle seguenti condizioni: obesità, insulinorestenza, diabete di tipo 2 (T2DM) o alterata tolleranza al glucosio (IGT), ipertrigliceridemia, ipercolesterolemia, ridotti livelli di colesterolo HDL, ipertensione. Ognuna di queste condizioni rappresenta "di per sé" un fattore di rischio cardiovascolare, la loro simultanea presenza aumenta in maniera esponenziale tale rischio. La sindrome metabolica comporta anche il rischio di grave disfunzione epatica a lungo termine. Tutti gli aspetti della sindrome metabolica possono rallentare nella loro evoluzione e perfino regredire con un miglioramento degli stili di vita e una riduzione del peso corporeo.

**Diabete di tipo 2 (T2DM):** si sviluppa per lo più in età adulta (>40 anni di vita) ed è spesso associato a obesità grave e a resistenza all'azione dell'insulina, che almeno nelle fasi iniziali viene prodotta in quantità superiore alla norma (iperinsulinismo). Dopo svariati anni dall'esordio, le isole del pancreas che producono insulina possono esaurire la loro capacità di produrre l'ormone. La relazione fra obesità e T2DM è forte; più dell'85% dei bambini e adolescenti diagnosticati come T2DM è in sovrappeso o obeso.

**Adiposity rebound:** nei bambini, dopo il primo anno di vita, i valori di Body Mass Index (BMI) diminuiscono per poi stabilizzarsi e riprendere ad aumentare fisiologicamente in età prescolare. Questo fenomeno viene definito rimbalzo adiposo o 'adiposity rebound'. Alcuni studi hanno dimostrato che in soggetti con basso peso neonatale un adiposity rebound particolarmente precoce comporta un elevato rischio di sviluppare obesità grave che persiste in età adulta.



A cura di Nicola Surico  
Presidente della Società Italiana  
di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)

# Nutrire la vita che cresce

La qualità dell'alimentazione durante la gravidanza influenza profondamente la salute della madre e del prodotto del concepimento, come dimostra il dato che l'incremento ponderale durante la gravidanza è in grado di influenzare il peso del feto alla nascita e la salute dello stesso. E' stato purtroppo stimato che molte donne in età fertile, non sono in grado di mantenere un buono stato nutrizionale prima, durante o dopo la gravidanza; in particolare durante la gestazione e l'allattamento è inadeguato l'apporto alimentare di ferro, di vitamine A, C e del gruppo B, al contrario l'introito di sodio e grassi saturi tende ad essere troppo elevato.

Alcuni studi su animali hanno poi dimostrato come, nella fase iniziale dello sviluppo fetale, esista un periodo "critico", in cui la variazione dell'apporto nutritivo può alterare irreversibilmente la struttura e la funzione di alcuni organi bersaglio del feto.

Il peso neonatale è influenzato, oltre dall'apporto di nutrienti, da diverse variabili quali altezza, peso, parità, etnia materna ed eventuale esposizione a fattori ambientali nocivi. Neonati di uguale peso, inoltre, possono differire nella composizione tissutale corporea e nella capacità di indurre i diversi processi metabolici. Alcuni dati di recente pubblicazione hanno dimostrato come l'esposizione a una nutrizione subottimale nella vita intrauterina, abbia un effetto permanente, "geneticamente programmato", sulla struttura e sulla funzione di alcuni tessuti chiave. In particolare una carenza di proteine in gravidanza è stata associata a una significativa ridu-



## Dieta povera in gravidanza, maggior rischio di diabete per la prole in età adulta

**I bambini cresciuti nel grembo di una mamma che segue una dieta povera sono più a rischio di diabete di tipo 2 in età adulta. Il meccanismo responsabile è stato scoperto da un team di ricercatori dell'Università di Cambridge e dell'Unità di Tossicologia del Medical Research Council presso l'Università di Leicester finanziati dal Biotechnology and Biological Sciences Research Council:**

**essi hanno dimostrato, sia nei ratti sia negli uomini, che i soggetti che sperimentano una dieta povera durante la vita nel pancione hanno minori capacità di immagazzinare correttamente i grassi in età avanzata e vanno più facilmente incontro al loro accumulo nel fegato e nei muscoli. Un fenomeno, questo, strettamente legato all'insorgenza di complicazioni metaboliche e cardiovascolari.**

**magazzinare correttamente i grassi in età avanzata e vanno più facilmente incontro al loro accumulo nel fegato e nei muscoli. Un fenomeno, questo, strettamente legato all'insorgenza di complicazioni metaboliche e cardiovascolari.**

zione del peso alla nascita, alla riduzione della rappresentazione della massa grassa e ad una diminuzione delle dimensioni delle cellule adipose. Tali modificazioni si associano a un maggior rischio di sviluppare in età adulta, insulino-resistenza e ridotta tolleranza al glucosio.

I professionisti della nutrizione dovrebbero pertanto aiutare le gestanti a seguire una dieta in base all'età, al livello di attività fisica e all'epoca gestazionale. Considerando che la variazione di peso consigliata in gravidanza va stabilita in base all'indice di massa corporea (BMI) pregestazionale, si può presumere che la maggior parte delle donne abbia bisogno di un apporto calorico giornaliero tra le 2.200 e le 2.900 Kcal. Non è necessario stravolgere le scelte dietetiche: bisognerà invece riequilibrarle tenendo presente l'aumentato fabbisogno di energia e di alcuni nutrienti. Durante la gravidanza aumenta il fabbisogno di proteine, di alcune vitamine, come acido folico e vitamina D e di alcuni minerali come calcio e fosforo. Ecco perché è utile il consumo di latte per il contenuto di calcio, fosforo, magnesio, vitamine A e D e di alimenti con proteine ad elevato valore biologico, quali carne, pesce, uova e formaggi. In caso di dieta vegana è necessario supplementare la dieta anche con amminoacidi essenziali e vitamina B12. Tra gli alimenti da consumare con mode-

razione ricordiamo caffè, tè e bevande che contengono caffeina, mentre è da eliminare il consumo di alcolici. E' importante evitare il consumo di latte non pastorizzato, carni crude, insaccati, verdura e frutta non correttamente lavate (per il rischio di contrarre malattie infettive quali toxoplasmosi, salmonellosi e brucellosi). Sarebbe preferibile sostituire la carne con il pesce almeno 2-3 volte alla settimana per la presenza di acidi grassi polinsaturi, fosforo, iodio e per la maggiore digeribilità. Si raccomanda di preferire cibi poco elaborati, facilmente digeribili e non eccedere nel consumo di alimenti dolci al fine di contenere l'aumento ponderale. Inoltre, l'uso del sale dovrebbe essere ridotto ma non eliminato, per non accentuare la ritenzione idrica e per un miglior controllo pressorio. Non bisogna dimenticare che la gravidanza offre l'opportunità di correggere alcuni comportamenti alimentari errati con un beneficio immediato sulla salute e ridurre il rischio a lungo termine di sviluppare malattie croniche sia nella madre che nel feto.

## "Mangiar bene conviene"

**Una nuova Campagna Nazionale dei Pediatri italiani per vincere l'obesità infantile con un gioco di squadra**

Non c'è più tempo da perdere: pediatri e genitori devono allearsi e combattere insieme una vera e propria epidemia, subdola ma molto pericolosa per il futuro di bambini e ragazzi: l'**obesità**. Il suo preoccupante aumento, soprattutto in età evolutiva, non risparmia alcun Paese occidentale: in Europa è mediamente sovrappeso o obeso un bambino su cinque, uno su tre nella fascia d'età tra i 6 e i 9 anni e in Italia il problema interessa oltre un milione di bambini, candidati a soffrire da grandi di numerose malattie croniche tra cui diabete e ipertensione. Proprio con l'obiettivo di contrastare questa realtà è stato creato il **"Network GPS"** (Genitori-Pediatra-Scuola), una triade virtuosa e strategica a supporto di una



**Campagna Nazionale di Educazione Nutrizionale denominata "Mangiar bene conviene".**

Grazie a una serie di materiali di supporto appositamente realizzati i genitori potranno contare su nuovi strumenti che consentiranno loro di seguire più da vicino l'alimentazione dei propri figli, orientandoli verso uno stile di vita corretto, e di interagire più strettamente con il proprio pediatra, promotore e garante di questa importante Campagna.

"Mangiar bene conviene" è un progetto congiunto della **Società Italiana di Pediatria (SIP)** e della **Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)** che persegue obiettivi condivisi a favore delle famiglie italiane.



# Irregolarità del CICLO MESTRUALE Quando preoccuparsi?

A cura di Gianni Russo, Silvia Meroni, Alessandra di Lascio, Marco Pitea, Moira Giannino, Teresa Genoni  
U.O. Pediatria, Centro di Endocrinologia e Diabetologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza, IRCCS Istituto Scientifico San Raffaele, Milano

## Ciclo mestruale

■ Nella popolazione italiana il menarca (ovvero la prima mestruazione) avviene a un'età media di 12-12,5 anni, dopo circa 2-2,5 anni dall'inizio dello sviluppo puberale che nelle ragazze si rende evidente con lo sviluppo del seno. Nell'ultimo secolo si è assistito a un anticipo dei tempi dello

sviluppo puberale, riconducibile a vari fattori ambientali come migliori condizioni di salute, migliore stato nutrizionale e socio-economico.

Il flusso mestruale avviene ogni 28 giorni (range 25-35 giorni), ha una durata di 4-6 giorni e prevede una perdita ematica media di 40-60 ml. Il ciclo mestruale è il risultato dell'interazione dell'attività di diverse ghiandole del nostro organismo. L'ipofisi, piccola ghiandola che si trova alla base degli emisferi cerebrali dietro alla radice del naso, funge da "centralina" della produzione ormonale del nostro organismo e produce una serie di ormoni che vanno a loro volta

a stimolare la secrezione di altri ormoni da parte di ghiandole periferiche. Con l'avvio della pubertà LH ed FSH (ormoni prodotti dall'ipofisi chiamati gonadotropine) vengono secreti in modo pulsatile (con picchi giornalieri) e stimolano le ovaie a produrre estrogeni e progesterone. Gli estrogeni portano allo sviluppo del seno e favoriscono il metabolismo osseo; il progesterone invece è principalmente implicato nella gravidanza e crea l'ambiente adatto all'inizio e la prosecuzione di questa. La combinazione di estrogeni e progesterone determina con un ciclo mensile la proliferazione, differenziazione e disgregazione delle cellule dell'endometrio (rivestimento interno dell'utero), il cui risultato è il flusso mestruale.

## Irregolarità mestruali

■ Le irregolarità mestruali consistono in alterazioni del ritmo, della quantità e della durata del flusso, nonché nella comparsa di perdite ematiche tra un flusso e l'altro.

Sono molto comuni in epoca adolescenziale, soprattutto nei primi 2-3 anni dalla comparsa del flusso mestruale; è compito del medico quindi assicurare la ragazza circa l'irregolarità delle prime mestruazioni, riconducibile a una non ancora completa maturazione della ciclicità della produzione ormonale.

Dato che il verificarsi del menarca e dei successivi cicli mestruali dipende dall'interazione tra ipotala-

mo-ipofisi-ovaio, un'alterazione a tali livelli, transitoria o persistente, può determinare un quadro d'irregolarità mestruali.

## Quando rivolgersi al medico in caso di irregolarità mestruali?

■ Le irregolarità mestruali devono essere indagate se associate a segni clinici quali obesità, acne ed irtutismo (presenza di peli in sedi tipicamente maschili), che possono indicare un'aumentata produzione di androgeni, ormoni maschili prodotti dalle ghiandole

surrenali ed in piccola parte dall'ovaio.

In tali casi, il quadro può essere suggestivo di una patologia alla cui base vi è un'alterata produzione ormonale, quali la sindrome dell'ovaio policistico, l'iperplasia surrenalica congenita o, meno frequentemente, i tumori ovarici o surrenali. Da non dimenticare che anche un'alterazione della funzionalità della tiroide può determinare alterazioni del ciclo mestruale.

È importante rivolgersi al medico se i flussi mestruali sono particolarmente abbondanti e/o

molto ravvicinati, per escludere un'anemizzazione (calo dell'emoglobina) o un'eventuale alterazione dei processi della coagulazione.

## Amenorrea

■ Il termine amenorrea indica l'assenza di cicli mestruali spontanei, ed è distinta in:

- **primaria:** se non è mai comparso il menarca e non è comparso il seno ad un'età maggiore di 14 anni, oppure se è comparso il seno ma non è ancora comparso il menarca ad un'età maggiore di 16 anni.
- **secondaria:** se vi è assenza dei cicli mestruali per un periodo superiore ai sei mesi in una ragazza che ha già avuto il menarca.

Le cause di amenorrea possono essere raggruppate in tre categorie principali, in ordine di frequenza:

- **Ritardo costituzionale di crescita e di sviluppo puberale.**

Si tratta di una condizione parafisiologica frequente nel periodo adolescenziale, è solitamente una condizione transitoria che non necessita di alcuna terapia ed ha una prognosi molto buona, sia per quanto concerne la statura definitiva sia per lo sviluppo puberale e la futura capacità riproduttiva. Viene suggerita in presenza di una storia di ritardo puberale in uno dei genitori e non necessita terapia.

- **Patologie organiche o funzionali a carico del sistema nervoso centrale (ipogonadismo ipogonadotropo).**

L'ovaio è potenzialmente funzionante, ma non è adeguatamente stimolato dall'ipotalamo (LHRH) o dall'ipofisi (LH e FSH). Le patologie organiche comprendono: lesioni tumorali, malattie infettive, infiammatorie e degenerative croniche. I disturbi funzionali (patologie non organiche), che de-

## Irregolarità mestruali: alcuni termini e definizioni:

### Alterazioni del ritmo:

- ▶ **Polimennorrea:** intervallo tra i flussi mestruali inferiore a 25 giorni
- ▶ **Oligomennorrea:** intervallo tra i flussi mestruali maggiore a 36 giorni
- ▶ **Amenorrea:** assenza del ciclo mestruale

### Alterazione della quantità e durata del flusso:

- ▶ **Ipermennorrea:** perdita ematica abbondante (>80 ml)
- ▶ **Menorragia:** flusso mestruale molto abbondante e/o di durata superiore alla norma
- ▶ **Ipomennorrea:** perdita ematica inferiore alla norma

### Perdite ematiche tra un flusso e l'altro:

- ▶ **Mefrorragia:** perdita ematica tra un flusso e l'altro
- ▶ **Spotting:** perdita ematica tra un flusso e l'altro di scarsa entità

## Inquadramento dell'amenorrea:

terminano un quadro di amenorrea transitoria, comprendono: anoressia nervosa, marcato calo ponderale, sport agonistico, malattie croniche non ben controllate (patologie epatiche, insufficienza renale, diabete, malattie infiammatorie intestinali, celiachia). Esistono anche condizioni genetiche, molto più rare, tra cui la Sindrome di Kallmann.

- **Disfunzione ovarica (ipogonadismo ipergonadotropo).** L'ovaio non funziona in modo corretto e quindi non è in grado di produrre adeguatamente gli ormoni estrogeni e progesterone. La forma clinica più frequente è la Sindrome di Turner, un'alterazione cromosomica che interessa il cromosoma X, i cui elementi caratterizzanti sono bassa statura, insufficienza ovarica e caratteristiche fisiche tipiche.

Infine, l'amenorrea può dipendere da altre alterazioni ormonali: eccesso di produzione di androgeni, difetti nella funzionalità tiroidea, eccesso di produzione di prolattina e cortisolo. Da non dimenticare la possibilità di una gravidanza in caso di adolescenti con amenorrea secondaria.

### Quando rivolgersi al medico in caso di amenorrea?

■ L'amenorrea è un evento raro in una ragazza sana e può essere dovuta a cause rilevanti e non trascurabili. E' opportuno quindi che la ragazza venga valutata in tempi sufficientemente rapidi da un medico esperto per effettuare esami ormonali e strumentali in grado di definirne la causa.

### Cicli mestruali dolorosi: cosa fare?

■ Il termine dismenorrea indica il verificarsi di cicli mestruali dolorosi, talvolta di entità tale da interferire con il normale svolgimento delle attività quotidiane.

#### ► Raccolta di dati anamnestici:

- **Dati sullo sviluppo puberale nei familiari (comparsa pubertà genitori e fratelli).**
- **Presenza di malattie croniche (come ad esempio malattie infiammatorie croniche, celiachia, diabete) e trattamenti farmacologici (es: radioterapie, chemioterapie, trattamento con cortisonici).**
- **Alimentazione, variazioni di peso e stati di denutrizione.**
- **Stress, disagio psichico (disturbi del comportamento alimentare).**
- **Attività sportiva intensiva soprattutto di tipo agonistico.**

#### ► Valutazione clinica:

- **Ricerca di aspetti fenotipici particolari, dati auxologici e valutazione dello sviluppo puberale.**
- **Esami ematochimici, ormonali e strumentali di I e II livello.**

Sono molto poco frequenti nei primi anni dopo il menarca. Nella maggior parte dei casi è un dolore funzionale, cioè non legato a patologie organiche (*dismenorrea primaria o funzionale*). Il dolore è crampiforme, localizzato in regione sovrapubica con possibile irradiazione verso i fianchi e la regione lombare; si presenta all'inizio del flusso mestruale e persiste per 1-2 giorni. I farmaci più efficaci sono gli antinfiammatori (ibuprofene, naprossene). Qualora la risposta a tali farmaci sia insoddisfacente, occorre rivalutare la possibile natura *secondaria* della dismenorrea ed escludere pertanto la presenza di patologie a carico di utero e ovaie (cisti ovariche, endometriosi, malformazioni, infiammazione cronica pelvica, fibromi uterini).

### Il significato di alcune parole del testo:

- **Ipotalamo:** situato all'interno del cervello secerne il fattore di rilascio delle gonadotropine (LHRH).
- **Ipofisi:** piccola ghiandola che si trova alla base degli emisferi cerebrali che funge da "centralina" della produzione ormonale del nostro organismo e produce una serie di ormoni che vanno a loro volta a stimolare la secrezione di altri ormoni da parte di ghiandole periferiche del nostro organismo.

- **LH, FSH:** ormoni prodotti dalla ghiandola ipofisi chiamati gonadotropine che vanno a stimolare l'ovaio.
- **Estrogeni e Progesterone:** ormoni sessuali prodotti dalle ovaie.
- **Androgeni:** ormoni sessuali maschili, prodotti dai testicoli. Sono presenti in misura minore anche nelle donne, prodotti dai surreni e, in piccola parte, dalle ovaie. Il principale ormone androgeno è il testosterone.
- **Caratteri sessuali secondari:** caratteristiche fisiche che si sviluppano durante la pubertà; nella donna, in particolare, il principale carattere sessuale secondario è rappresentato dallo sviluppo del seno.
- **Irsutismo:** presenza nella donna di peli in sedi tipicamente maschili, dipendente dall'aumentata produzione di androgeni.
- **Ipogonadismo:** ridotta produzione degli ormoni sessuali. Questa può essere dovuta ad un'adeguata secrezione ormonale da parte delle ovaie (si parlerà quindi di ipogonadismo ipergonadotropo) oppure da ridotta produzione di ormoni da parte della ghiandola ipofisi (si parlerà di ipogonadismo ipogonadotropo).

## Con il gelato, aggiungi felicità alla tua alimentazione

Crema, ghiacciolo, granita, sorbetto, semifreddo, su stecco o cono, tra due biscotti, e tante altre forme ancora: tanti sono i gelati che conosciamo, tutti amatissimi da grandi e piccoli. Sì, perché il gelato è un alimento che unisce gusto, freschezza e una consistenza unica. Non solo: il diverso profilo nutrizionale dei vari tipi di gelato e i formati mini vanno incontro alle differenti esigenze individuali, permettendo ad adulti, bambini ed anziani di concedersi un momento di gusto – e perché no? Qualche attimo di felicità – senza rinunciare all'equilibrio nutrizionale e calorico.

Infatti, grazie alla sua versatilità, il gelato può aiutarci a comporre pasti pratici, veloci e bilanciati, se accompagnato ad esempio a cereali, verdure, frutta di stagione.

I nutrizionisti spiegano che per distribuire meglio l'energia e gli elementi nutritivi introdotti durante le 24 ore 5 pasti sono meglio di 3\*. Insieme ai pasti principali (colazione, pranzo e cena), fare uno spuntino a metà mattina e la merenda nel pomeriggio aiuta a mantenere attivo il metabolismo e ad arrivare meno 'affamati' ai pasti principali\*. I nutrizionisti suggeriscono anche di soddisfare il 5-7% del fabbisogno energetico giornaliero con questi mini-pasti, a tutte le età: 100-140 kcal per un adulto (GDA di 2000 kcal), circa 80-150 kcal per un bambino di 8-10 anni (fabbisogno calorico medio tra circa 1600 e 2100 kcal).\*\*

**A metà mattina, un break gustoso:**

una pesca (150 g) e un Liuk Limone (79 g), per 141 kcal  
succo d'arancia (150 g) e Cucciolone Mini (34 g) per 140 kcal

**Un pranzo invitante:**

carpaccio di bresaola (40 g) con funghi (40 g) e mais (70 g), pane (80 g), una mela (150 g) e Magnum Mini classico (50 g) per 683 kcal.

**Nel pomeriggio, una pausa golosa:**

una pera (150 g) e Corretto Mini Classico (19 g) per 120 kcal  
Cucciolone Mini Cooky (35 g) per 120 kcal

**Una cena stuzzicante:**

Merluzzo (100 g) con insalata di ortaggi (300 g), pane integrale (80 g), una pera (150 g) e Viennetta Vaniglia (40 g) per 650 kcal.

\*Fonte: INRAN, 2008  
\*\* Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation 2001 "Human Energy Requirements"

# Equilibrio nutrizionale nella dieta dai 12 ai 36 mesi

## Il ruolo del latte

A cura di Claudio Maffei  
Dipartimento di Scienze della Vita e della Riproduzione dell'Università di Verona

L'alimentazione del bambino nel secondo anno di età viene meno sottoposta dalle mamme al controllo del pediatra. Questo comporta la possibilità che le abitudini nutrizionali del bimbo non vengano a consolidarsi in funzione di un'accurata valutazione dei fabbisogni. Così la "dieta" non viene costruita per soddisfare i fabbisogni, evitando al contempo eccessi e carenze di nutrienti, ma in base a motivazioni differenti. Di conseguenza il rischio di errore è ben più elevato.

Gli studi disponibili infatti evidenziano come siano riscontrabili scostamenti anche importanti dell'assunzione di nutrienti rispetto a quanto raccomandato. In particolare, nel secondo anno di vita, i bambini assumono mediamente troppe proteine. Questo comporta delle conseguenze. I risultati di un interessante studio condotto in Germania (studio DONALD), hanno evidenziato che un elevato apporto di proteine nel corso del secondo anno di vita predice la condizione di sovrappeso all'età di 7 anni, con tutte le implicazioni associate.

Ma quando l'apporto di proteine è da considerarsi eccessivo? Purtroppo, nei primi anni di vita è assai difficile attenersi alle raccomandazioni. Infatti, l'apporto di sicurezza (LARN) per le proteine

(corretto per la qualità proteica) è di 1,48 g per kg di peso per giorno a 18 mesi e di 1,43 a 30 mesi.

Pertanto, 500 ml di latte vaccino, quantità consigliata dall'American Heart Association tra i 12 ed i 36 mesi, coprono circa il 90% del fabbisogno proteico di sicurezza medio di un piccolo di 20 mesi (12 kg) e l'80% di quello di un bimbo di 30 mesi (14 kg).

Fabbisogni proteici LARN

Età (mesi)	Peso (kg)	Fabbisogno proteico (g)
6	8	16,72
12	10	18,70
18	11	16,28
30	14	20,02

Questo non sarebbe di per se un problema se gli altri alimenti presenti nell'alimentazione del bambino contenessero poche proteine.

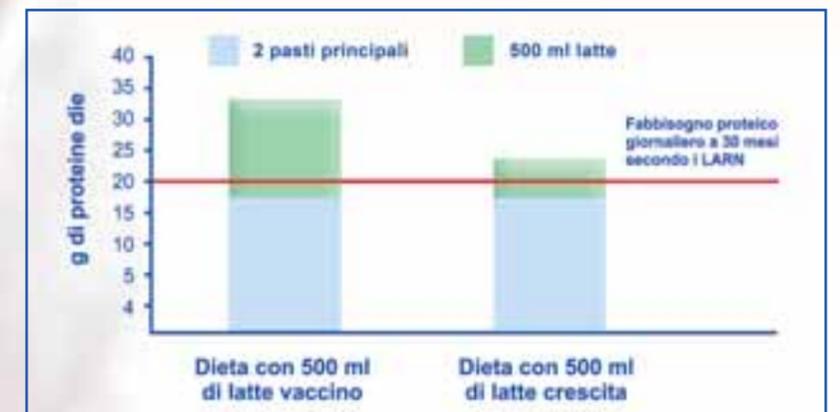
Ma non è questo il caso. Cereali insieme a carne, pesce, legumi e uovo fanno infatti parte del menù standard del bimbo di questa età. Porzioni ragionevoli di questi alimenti, tali da garantire sazietà e soddisfazione del piccolo, contribuiscono in modo importante agli apporti proteici. Ad esempio, 30 g di carne di manzo/pollo e 40 g di trota o spigola contengono circa 6 g di proteine; 30 g di pasta ne contengono circa 3 g. Pertanto, con i due pasti principali il fabbisogno proteico giornaliero di sicurezza è quasi coperto.

BAMBINO DI 30 MESI	
PRANZO	30 g pasta + 30 g manzo = 9,15 g di proteine
CENA	30 g riso + 40 g spigola = 8,6 g di proteine
17,8 g di proteine = 89% del fabbisogno proteico	
E quando alla dieta si aggiunge il latte vaccino?	
+ 500 ml latte vaccino al giorno = SURPLUS PROTEICO +13,3 g rispetto al fabbisogno	

L'assunzione di latte vaccino, che contiene in media 3,1 g di proteine in ogni 100 ml comporterebbe quindi un surplus proteico non desiderabile. Una possibilità per limitare questo inconveniente potrebbe essere quello di diluire il latte vaccino con acqua, ma questo comporterebbe una riduzione della quantità di proteine, ma nello stesso tempo porterebbe ad un'ulteriore diluizione dei micronutrienti, (quali ad esempio ferro e vitamine), già presenti in basse quantità nel latte vaccino. Poiché le altre fonti proteiche come carne, cereali, legumi, uova e pesce dovrebbero rimanere presenti nella dieta equilibrata del bambino,

una possibilità di ridurre la quota proteica è data dall'assunzione del latte di crescita al posto del latte vaccino. Questo latte formulato infatti contiene mediamente la metà delle proteine del latte vaccino e, al contempo, i nutrienti del latte vaccino (Ca, Fe, Zn, Vit. D, Vit. A, ecc.) opportunamente modificati in concentrazione per renderli adeguati ai fabbisogni di questa età.

In conclusione, l'obiettivo di raggiungere l'equilibrio nutrizionale nel bambino nel secondo anno di vita è più agevole per il pediatra anche per l'opportunità di disporre di un latte formulato ad hoc.





# 7 AZIONI PER IL TUO BAMBINO IL NUMERO PERFETTO PER LA VITA

## COSA VUOL DIRE ESSERE GENITORIPIÙ?

Voi genitori siete i protagonisti della salute dei vostri figli: a partire dal momento in cui avete scelto di concepirli, giorno dopo giorno durante la gravidanza, passo dopo passo nei suoi primi anni. In ogni momento della vita del vostro bambino, la cura, che solo un genitore attento e informato può dargli, è un bene prezioso. Per questo abbiamo scelto di promuovere 7 azioni per la salute del bambino: 7 azioni di fondamentale importanza per voi, ma soprattutto per lui. Ognuna di queste azioni lo protegge da più di un problema. Tutte insieme costituiscono un capitale di salute per la sua vita futura. Voi genitori potete fare davvero molto: quello che fate ha più forza se ogni azione è sostenuta insieme alle altre. Un esempio importante? Le vaccinazioni: un modo semplice, efficace e sicuro per proteggere i vostri bambini, contro pericolose malattie per le quali non esiste una terapia efficace. Vaccinare i vostri bambini significa proteggere la salute di tutti i bambini, ma è necessario l'impegno di tutti per poter godere dei benefici di questa azione. Essere genitori più, quindi, vuol dire essere genitori protagonisti del benessere del proprio figlio. Ma vuol dire anche utilizzare al meglio il Servizio Sanitario: ci siamo impegnati nella promozione delle 7 azioni per offrire, insieme a voi, più salute, più protezione e più sicurezza ai vostri bambini e alla comunità. Il Ministero promuove le 7 azioni attraverso gli operatori dei servizi ed è impegnato da tempo per garantire a tutti i bambini la protezione offerta dalle vaccinazioni attraverso la collaborazione tra i servizi vaccinali e i pediatri di famiglia.

È UNA CAMPAGNA DEL



Ministero della Salute

[www.genitoripiù.it](http://www.genitoripiù.it)

REGIONE CAPOFILIA:



Con il patrocinio di: ACP, AICPAM, ASNAS, FNCO, IPASVI, SIGO, SIN, SIP, SITI

Il progetto GenitoriPiù è nato nel 2006 come Campagna di Comunicazione Sociale nel Veneto in occasione della sospensione dell'Obbligo Vaccinale. Tra il 2007 e il 2009 diventa Progetto Nazionale promosso dal Ministero della Salute; oggi prosegue nella Regione Veneto come Programma all'interno del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012. Oggi oltre alle sette azioni promuove anche la Sicurezza in casa e l'astensione dall'uso di bevande alcoliche in gravidanza e durante l'allattamento.

Se vuoi saperne saperne di più vai al sito: [www.genitoripiù.it](http://www.genitoripiù.it)

In collaborazione con:



Coordinamento Campagna: Azienda ULSS 20 Verona

## PER ESSERE GENITORIPIÙ, BASTANO SETTE SEMPLICI AZIONI. SETTE SEMPLICI AZIONI CHE VALGONO UNA VITA INTERA

**1 PRENDERE PER TEMPO L'ACIDO FOLICO**  
Pensate al vostro bambino, ancora prima di concepirlo: l'acido folico è una vitamina che assunta prima del concepimento e durante i primi 3 mesi di gravidanza può prevenire importanti malformazioni. La sua assunzione è sicura. **Chiedete al vostro medico di fiducia.**

**2 NON FUMARE IN GRAVIDANZA E DAVANTI AL BAMBINO**

Proteggete il vostro bambino dal fumo: fumare in gravidanza mette a rischio la sua salute. Anche il fumo passivo è particolarmente dannoso quando è ancora piccolo: non consentite che si fumi in casa e vicino a lui. **Chiedete informazioni al vostro medico o alla vostra ostetrica di fiducia.**

**3 ALLATTARLO AL SENO**

Allattate al seno il vostro bambino. L'allattamento al seno è il gesto più naturale che c'è e il latte materno è l'alimento più completo: nei primi sei mesi di vita il vostro bambino non ha bisogno di nient'altro. Continuate poi ad allattarlo, anche oltre l'anno e più. Il latte materno protegge da tantissime malattie, sia da piccolo che da grande. È fa bene anche alla mamma. **Non esitate a parlarne con i vostri familiari e con gli operatori sanitari.**

**4 METTERLO A DORMIRE A PANCIA IN SU**

Mettete a dormire il vostro bambino sempre a pancia in su: è la posizione più sicura. Insieme all'allattamento e alla protezione dal fumo aiuta a prevenire la "morte in culla" (SIDS). È importante anche mantenere la temperatura ambiente attorno ai 20°C e non coprirlo troppo.

**5 PROTEGGERLO IN AUTO CON IL SEGGIOLINO**

In auto utilizzate sempre il seggiolino di sicurezza, anche per tragitti brevi. Assicuratevi che sia a norma di legge: idoneo per il suo peso, di dimensioni appropriate e montato correttamente. **Verificate che abbia il marchio europeo ECE R44/03.**

**6 FARE TUTTE LE VACCINAZIONI CONSIGLIATE**

Vaccinare il vostro bambino significa proteggere lui e gli altri bambini da tante malattie infettive. Alcune sono molto pericolose e, grazie alle vaccinazioni, oggi sono sotto controllo. **Per saperne di più consultate il libretto sulle vaccinazioni nell'infanzia e rivolgetevi al vostro pediatra o agli operatori dei servizi vaccinali.**

**7 LEGGERGLI UN LIBRO**

Trovate il tempo per leggere con il vostro bambino: sentirvi leggere un libro ad alta voce gli piacerà tantissimo e stimolerà il suo sviluppo cognitivo e relazionale. Potete cominciare già a sei mesi. **Chiedete una prima indicazione al vostro pediatra sul percorso da seguire.**

Se vuoi saperne di più vai a: [www.genitoripiù.it](http://www.genitoripiù.it)

Versione Arabo

لكي تكونوا والدين وأكثر يكفي فقط سبعة مواضيع أو اعمال سهلة  
سبعة مواضيع أو اعمال سهلة حيث انه تعادل حياة كاملة

**1 خذي حامض فوليكو في الوقت المناسب**

فكروا في أبنكم قبل الحمل به: ان حامض فوليكو هو فيتامين حيث اتخاذة قبل الحمل وخلال الثلاثة شهور الاولى من الحمل يمكن تجنب إعاقات مهمة. ان استهلاكه مضمون. يمكن ان تسألون طبيبك ذات الثقة.

**2 عدم التدخين خلال الحبل أو الحمل وامام الطفل**

احموا طفلكم من الدخان: التدخين خلال الحمل أو الحبل هو خط على صحة. ايضا الدخان السلبي انه مضر بشكل خاص عند ما يكون الطفل صغير: لا تسمحون التدخين في المنزل وبالقرب منه. إسألوا معلومات من طبيبك ذات الثقة أو للمرضة ذات الثقة.

**3 الترضيع على الصدر أو الثدي**

رضعن اطفالكن على الصدر أو الثدي. ان الترضيع على الصدر أو الثدي هو الطريقة الطبيعية الوحيد الموجود وان حليب الام هو الغذاء الكامل تماما: في السنة شهور الاولى من الحياة ان طفلكم ليس بحاجة لأي شئى اخر. وأصلوا في ترضيعه حتى العام وبعد العام. ان حليب الام يحمي من الكثير من الامراض لا سيما وهو صغير وهو كبير ايضا. انه جيد ايضا بالنسبة للام. تكلموا في افراد عائلتكم ومع موظفي الصحة.

**4 ضعة لينام على ظهره أي بطنة للاعلى**

ضعوا ابنكم لينام دائما على ظهره أي بطنة للاعلى: ان هذا الوضع الاكثر امانا. مع الترضيع والحماية من التدخين يساعد تجنب الموت في السرير (س ي د س). انه مهم ايضا المحافظة على درجة حرارة المنزل حوالي عشرون درجة مئوية ولا تغطونه كثيرا.

**5 حماية في السيارة مع الكرسي**

في السارة استعملوا كرسي الامان، حتى خلال مسافات قصيرة. تاكدوا ان الكرسي هو حسب القانون: مناسب وملامم لوزنة ولحجمه وركبوا الكرسي بطريقة صحيحة وجيدة. تاكدوا انه عليه الماركا الاوروبية التالية: ECE R44/03

**6 اعملوا جميع التطعيم والتقيح التي ينصح بها**

تلقيح أو تطعيم طفلكم معانة حماية وحماية الاطفال الاخرين من الكثير من الامراض المعدية. بعضها خطير وبفض التلقيح أو التطعيم فانه اليوم اصبحت تحت المراقبة. لمعرفة المزيد انظروا إلى دفتر التقيحات أو التطعيم اثناء الطفولة وتوجوا إلى طبيب الاطفال أو لموظفين خدمات التلقيح أو التطعيم.

**7 اقرأوا لهم كتاب**

كروا بعض الوقت للقراءة من ابنكم: عندما يسمعكم تقرؤون كتاب وبصوت عالي سيحب ويعشق ذلك جدا وهذا يساعد على نمو المعرفة والعلاقات. يمكنكم البدء بذلك عندما يصل عمرة ستة شهور. أسألوا معلومات أولية لطبيب الاطفال فيما يتعلق في المسار الذي يجب اتباعه.

**ماذا يعني ان تكونوا والدين وأكثر ?**

انتم والوالدين ابطال الصحة لابناتكن. منذ اللحظة التي فكرتم بها في عملة العمل أو الحبل، يوم بعد يوم وخلال الحمل أو الحبل، خطوة بعد خطوة في سنواته الاولى. في كل لحظة من حياة طفلكم فان العادة والتدين فقط الوديع يمكنهم منحهم العناية له. انه شيء ثمين للغاية. لذلك نظمت سبعة مواضيع فيما يتعلق في صحة وسلامة الطفل. سبعة مواضيع مهمة للغاية لكم وبشكل له هو. كل موضوع من هذه المواضيع السبعة تحمية من أكثر من مشكلة. جميعها مجتمعة سويًا يملأوا رأس مال الصحة لحياتهم المستقبلية. انتم الوالدين يمكنكم ان تعملون فعلا الكثير: ان كل ما تعلمونه له أكثر قوة وحيوية في حال ان كل شئ تعلمونه يكون مدعوم ومسنند الفعلا واصحاب اخرى. مثل مهم جدا! التلقيح أو التطعيم: انه بطريقة سهلة وفعالة ومضمونة لحماية ابناتكن، من الامراض الخطيرة والتي لا يوجد لها علاج ودواء فعلا. تطعيم أو تلقيح ابناتكم معانة حماية وصحة وسلامة جميع الاطفال، لكنه من الضروري الجهد والمثابرة من قبل الجميع لكي يتمكنوا جميعا من حملات هذا العمل أو الموضوع. اي التلقيح. والوالدين وأكثر معانة ان تكونوا والوالدين ابطال ومثابرين فيما يتعلق في صحة وسلامة ابنكم. ولكن معانة ايضا الاستعمال الأفضل والأحسن لخدمات الصحة: نحن قلنا في مشروع سبعة مواضيع لكي نقدم وممكن أكثر سلامة وصحة وحماية وأمان لاطفلكم ولجميع المواطنين بشكل عام. تنظيم سبعة مواضيع من خلال موظفين الخدمات والذي هي ملتزمة - أي الخدمات منذ وقت لكي تضمن وتكفل لجميع الاطفال الحماية المقدمة من التطعيم أو التلقيح من خلال التعاون بين الخدمات وأطباء اطفال العائلة.

معرفة المزيد اذهبوا إلى: [www.genitoripiù.it/arabo](http://www.genitoripiù.it/arabo) إن كنتم تريدون

Versione Portoghese

## PARA SER PAISDEMAIS É SUFICIENTE ACTUAR SETE SIMPLES ACÇOES. SETE SIMPLES ACÇOES QUE VALEM TODA UMA VIDA

**1 TOME O ÁCIDO FÓLICO POR TEMPO**

Pensem no seu bebê ainda antes do conceber: o ácido fólico é uma vitamina que, tomada antes da concepção e durante os primeiros 3 meses de gravidez, pode prevenir importantes malformações. A assunção deste é seguro. Peçam mais informações ao seu médico de família.

**2 NÃO FUME DURANTE A GRAVIDEZ E EM PRESÊNCIA DA CRIANÇA**

Protejam sua criança do fumo: fumando em gravidez, põe em risco a saúde dela. O fumo passivo é particularmente nocivo para a criança: não permita que se fume na casa perto dela. Peçam mais informações ao seu médico ou à sua obstetra.

**3 ALEITÁ-LA AO SEIO**

Aleitam ao seio a sua criança. A amamentação ao seio é o acto mais natural e o leite materno é o alimento mais completo: durante os seus primeiros seis meses de vida, o bebê não precisa de nada mais. Depois, continuem aleitando-o, mesmo além dele ter um ano e mais. O leite materno protege-o de numerosas doenças, quando ele estar mais pequeno e também quando estiver mais grande. É benéfico para a mãe também. Não hesite em consultar os seus familiares e os operadores sanitários.

**4 PARA DORMIR, DEITE O BEBÉ DE COSTAS**

Para dormir, sempre deite a sua criança de costas: é a posição mais segura. Juntamente ao aleitamento e à protecção do fumo, esta medida ajuda a prevenir a "morte no berço" (SIDS). Da mesma forma, é importante manter a temperatura ambiente ao redor de 20 graus e não o cobrir demais.

**5 PROTEJA-O NO CARRO COM A CADEIRINHA**

Quando estar no carro, sempre utilizem a cadeirinha de segurança, mesmo se a viagem é breve. Assegurem-se que o produto seja conforme às normas da lei, adequado ao peso da criança, com dimensões apropriadas e instalado corretamente. Verifiquem que tenha o padrão europeu ECE R44/03.

**6 FAÇA TODAS AS VACINAÇÕES ACONSELHADAS**

Vacinar a sua criança significa proteger ela mesma e as outras das numerosas doenças infecciosas. Algumas destas são muito perigosas, sendo hoje em dia controladas graças às vacinações. Para saber mais, consultem o livro sobre as vacinações na infância e dirijam-se ao seu pediatra ou as operadores dos serviços vacinais.

**7 LEIA-LHE UM LIVRO**

Encontrem o tempo para ler à sua criança: ela gostará enormemente de ouvir ler um livro em voz alto e isso é uma boa medida para estimular o seu desenvolvimento cognitivo e relacional. Podem começar a partir da criança ter seis meses. Peçam uma primeira indicação ao seu pediatra sobre o caminho a seguir.

**O QUE SIGNIFICA SER PAISDEMAIS?**

Os pais são os protagonistas da saúde dos seus filhos: a partir do momento em que escolheram de concebê-los, dia após dia durante a gravidez, passo após passo durante seus primeiros anos. Em cada momento da vida da sua criança, o cuidado - que só os pais atenciosos e informados podem dar-lhe - é um bem precioso. Por esta razão escolhemos promover 7 acções para a saúde da criança: 7 acções de fundamental importância para vocês, mas sobretudo para ela. Cada uma destas acções protege-a de diferentes problemas. Todas juntas constituem um capital de saúde para a vida futura da criança. Vocês, os pais, podem fazer muito: o que fazem tem mais força se cada acção é suportada pelas outras também. Um exemplo importante são as vacinações. Estas são uma forma simples, eficaz e segura para proteger as suas crianças contra doenças perigosas pelas quais ainda não existe uma terapia eficaz. Vacinar as suas crianças significa proteger a saúde das crianças todas, sendo necessário que todos se comprometam para disfrutar dos benefícios desta acção. Então ser paisdemais quer dizer ser pais protagonistas do bem-estar do seu filho. Da mesma forma, significa utilizar ao melhor o Serviço Sanitário: comprometimo-nos na promoção das 7 acções para oferecer, junto a vocês, mais saúde, mais protecção e mais segurança aos seus filhos e à comunidade toda. O Ministério promove as 7 acções por meio dos operadores dos serviços e comprometeu-se para garantir a todas as crianças a protecção oferecida pelas vacinações suportando a colaboração entre os serviços vacinais e os pediatras.

Se você quiser saber mais, acesse: [www.genitoripiù.it/portoghese](http://www.genitoripiù.it/portoghese)

# E' arrivato tuo fratello



A cura di Raffaella Pasciuti  
Psicologa, Bologna

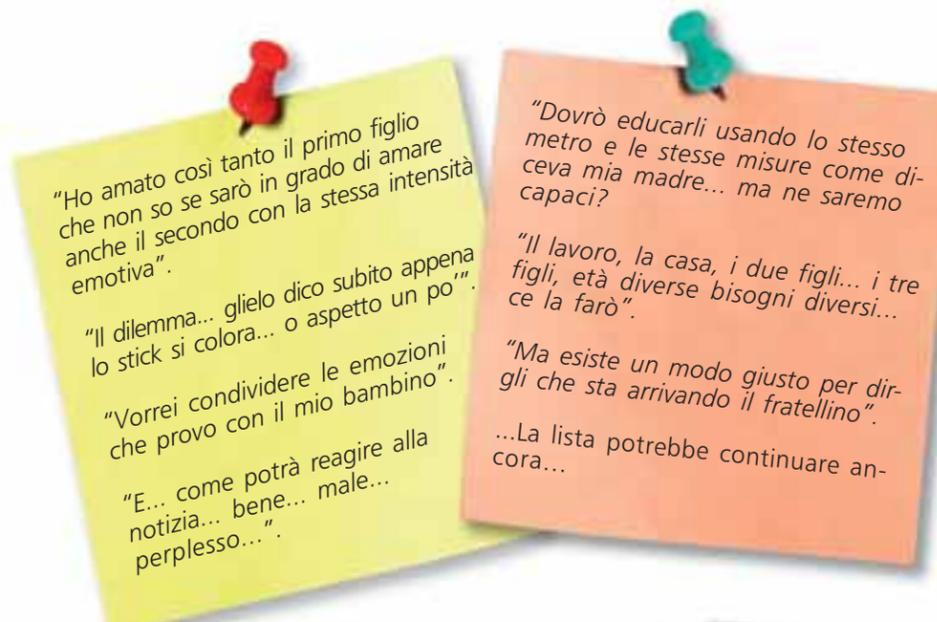
La famiglia si allarga... L'arrivo di un nuovo esploratore nella grande Avventura della Vita. Un bambino piccolo nel suo percorso di crescita attraversa svariati e differenti momenti critici ai quali, quasi sempre, seguiranno tutta una serie di adattamenti che potranno, almeno all'inizio, apparirgli poco comprensibili. Tra questi quello più frequente è l'arrivo e la nascita di una sorellina o di un fratellino. Certamente sarà la sua posizione gerarchica occupata all'interno del nucleo familiare che concorrerà a modificare il suo comportamento. Negli anni '20 alcune famiglie numerose usavano dare al primo figlio il nome di PRIMO proprio per indicarne la posizione predominante rispetto ai fratelli/sorelle che venivano dopo..., secondogenito, terzogenito, ecc. Piccole scosse di terremoto fanno vacillare il piedistallo del privilegiato primogenito dopo la nascita del fratellino/sorellina, le cure,

le attenzioni, gli sguardi benevoli, le coccole, i baci, non sono più solo per lui ma per il nuovo arrivato, che ne ha particolarmente bisogno per poter vivere. La "prima grande paura" incombe... "e se mamma e papà preferiscono lei/lui a me?" "e se ...perderò il loro amore... come posso porre rimedio prima che sia troppo tardi...?". Nei colloqui con le famiglie capita di sentire dalle voci dei bambini, frasi del tipo: "si è bellissimo/a (all'arrivo a casa della new entry e dopo il primo grande pianto...), ma adesso lo possiamo riportare indietro...?", ancora, "...mamma... piange sempre... lo rimetti nella pancia...?" credo che siano esempi così significativi da spiegarsi da soli. Tutte le azioni che il primogenito progetterà da ora in poi e che attuerà verso il nuovo nato (pizzicotti, calcetti, abbracciate stile "serpente boa") avranno come duplice obiettivo di riprendersi il suo "trono dorato" e di riuscire a contenere l'ansia che a volte si rende manifesta con nuove paure, piccole regressioni, tic...

E, nel caso che il nuovo arrivato sia un terzogenito, al secondogenito cosa accade...? Per lui le cose si mostreranno sotto una luce diversa e il fratellino/sorellina sarà colui che lo investirà di un "nuovo grado in comando": non sarà più lui il più piccolo, l'ultimo cucciolo venuto alla luce nella grande costellazione familiare. Genitori attoniti reagiscono a volte con atteggiamenti tra il punitivo e l'accondiscendente, osservando a distanza certi abbracci verso l'ultimo nato che più che gesti dimostrativi d'affetto assomigliano a "strette di judo" atte ad immobilizzarlo, rendendo inoffensivo il nemico. Non solo il fattore gerarchico, ma anche quello temporale, cioè quanto spazio di tempo intercorre tra la nascita di un fratello e l'altro assume il suo grado di importanza. Se la distanza di tempo, traducibile in anni, tra i due fratelli/sorelle è riconducibile in un periodo dagli 8-10 anni in su, è verosimilmente possibile che il "grande" si occupi del più piccolo in parte anche delegato nel ruolo di "vice" dal genitore stesso.

Quando la distanza temporale tra i due fratelli/sorelle va da uno ad un anno e mezzo-due, la gelosia prende forza e vigore soprattutto per il fatto, innegabile, di doversi contendere quasi contemporaneamente i tempi di cura e di gioco con i genitori. Una volta divenuti più grandi, potremo verificare se e quanto avranno imparato il concetto di "condivisione", che va incoraggiato, entrando nella stessa compagnia di amici, utilizzando gli stessi giochi, gli stessi spazi, ecc. Un aspetto che va sottolineato con le mamme ed i papà che ci rendono partecipi dell'arrivo del secondogenito, riguarda la possibilità di una nuova lettura della "motivazione di tale scelta," che non può e non deve essere ricondotta solo ad una volontà di risposta al desiderio indotto e compiacente del primogenito di avere un fratellino con cui giocare

(anche perchè lui/lei si aspetta un pari con cui entrare da subito in rapporto ludico e...non un esserino che urla e piange o dorme tutto il giorno "rubandogli" anche l'attenzione dei genitori), bensì un desiderio legittimo di allargare la famiglia con una nuova maternità/paternità. Nell'ambito delle famiglie ricostituite, nel caso i figli del primo matrimonio siano figli unici, la nuova possibilità di avere finalmente quel fratellino/sorellina tanto aspettato, su cui far anche confluire un po' di quell'attenzione così pressante, che fino a quel momento era un suo unico appannaggio, può far nascere quella piacevole complicità dietro le "spalle" dei due genitori ignari, cementando il nuovo nucleo familiare. Ed ora parliamo dei "dubbi" che albergano nelle menti dei genitori quando si trovano alla seconda maternità/paternità.



"Ho amato così tanto il primo figlio che non so se sarò in grado di amare anche il secondo con la stessa intensità emotiva".

"Il dilemma... glielo dico subito appena lo stick si colora... o aspetto un po'".

"Vorrei condividere le emozioni che provo con il mio bambino".

"E... come potrà reagire alla notizia... bene... male... perplesso...".

"Dovrò educarli usando lo stesso metro e le stesse misure come diceva mia madre... ma ne saremo capaci?".

"Il lavoro, la casa, i due figli... i tre figli, età diverse bisogni diversi... ce la farò".

"Ma esiste un modo giusto per dirgli che sta arrivando il fratellino".

...La lista potrebbe continuare ancora...

## TANTI DUBBI IN UN MOMENTO DELICATO PER TUTTA LA FAMIGLIA MA QUALCHE CHIAREZZA SI PUÒ FARE:

- ▶ attenzione, cerchiamo di non viziare eccessivamente il bambino con regole non rispettate e premi continui non motivati, solo per ottenere la sua approvazione/condiscendenza;
- ▶ non imbrogliamolo sulla nuova organizzazione familiare giornaliera;
- ▶ non trasformiamoci in "mostri urlanti" davanti a piccole aggressioni al piccolo;
- ▶ ricorriamo alla mediazione;
- ▶ teniamolo con noi anche se i nonni sono disponibili ad accoglierlo... si sentirebbe allontanato e il timore di perdere l'amore dei genitori si farebbe più forte;
- ▶ coinvolgiamolo dall'inizio del lieto evento;
- ▶ chiediamo la collaborazione di nonni, amici e parenti perchè portino un piccolo dono a tutti e due i bambini, cercando di distribuire equamente le loro attenzioni;
- ▶ non prendiamolo in giro per certi suoi atteggiamenti;
- ▶ coalizziamoci con il primogenito per "criticare" un pò il piccolo nato;
- ▶ impariamo a ridere con lui e non di lui.

**! Niente panico** davanti a piccoli periodi di regressione del primogenito: non c'è malizia ma solo un pò di sana gelosia e i traguardi già raggiunti ricompariranno con un pò di pazienza e di buon umore.

**! Per ultimo** ma non ultimo, ricordiamoci delle gelosie, rivalità, amori fraterni passati nella nostra infanzia, rimossi con il trascorrere del tempo. Solo così saremo in grado di entrare in empatia con le sue vere emozioni, con i suoi veri sentimenti, con le sue ansie.



# Quando iniziare la prevenzione odontoiatrica? Meglio in gravidanza

A cura di Carlo Ghirlanda  
Segretario Culturale Nazionale ANDI  
Mauro Rocchetti  
Vice Presidente Vicario Nazionale ANDI  
(Associazione Nazionale Dentisti Italiani)

La prevenzione odontoiatrica nel bambino dovrebbe prendere l'avvio in gravidanza. Essa rappresenta un momento delicato per lo stato di salute della bocca: nella donna l'aumento del livello di alcuni ormoni (progesterone ed estradiolo) promuove la crescita batterica nel cavo orale e facilita l'insorgenza di carie e infiammazioni gengivali (gengiviti, malattia parodontale), ulteriormente favorite da possibili episodi di vomito o rigurgito acido, dalle modificazioni della qualità e quantità di saliva e dalla frequente tendenza a mangiare fuori pasto. Da qui l'importanza di un'igiene orale ancora più scrupolosa in gravidanza che, come emerge dalla letteratura scientifica, è determinante non soltanto per il benessere della gestante ma anche per la salute della bocca del nascituro. Durante la gravidanza, dato che la formazione delle gemme dei denti da latte inizia alla sesta settimana di vita intrauterina e quella dei denti permanenti al terzo mese, va posta molta attenzione nell'assunzione di alcuni farmaci, quali le tetracicline, che possono portare a colorazioni del dente e incompleta formazione dello smalto. Un utile riferimento per la

protezione della salute oro-dentale del nascituro sono le Linee Guida del 2009 sulla "Prevenzione orale in epoca perinatale" pubblicate dall'American Academy of Pediatric Dentistry, che evidenziano due importanti obiettivi:

1. Diminuire la carica batterica salivare della mamma, sia intervenendo per tempo nell'eliminare tutte le patologie odontoiatriche presenti, sia adottando tutti i presidi di mantenimento di una corretta igiene orale quotidiana. Nell'ultimo periodo della gravidanza sarà utile, sotto indicazione e stretta osservazione dell'Odontoiatra, l'uso di collutori a base di clorexidina e di chewing gum allo xilitolo.
2. Evitare la precoce colonizzazione batterica del cavo orale da parte di batteri cariogeni, per evitare la formazione di una placca batterica orale ricca di batteri cariogeni.

Per la prevenzione della carie nella madre e nel nascituro non sembra utile, invece, la supplementazione di fluoro in gravidanza, come affermano le "Linee Guida per la prevenzione della carie nei bambini (0-12 anni)" emanate dalla Società Italiana di Odontoiatria Infantile (S.I.O.I.-2008). Per quanto riguarda il neonato va innanzitutto ricordato che l'allattamento al seno, per quanto moderato, svolge pur sempre un'azione

protettiva e anticarie, e dovrebbe pertanto essere incentivato e sostenuto. Il periodo più importante è compreso tra i 3 e i 30 mesi di vita, quando hanno luogo la comparsa dei primi dentini e la formazione della flora batterica del cavo orale. La composizione di quest'ultima, infatti, potrà essere fortemente condizionata dallo stato di salute odontoiatrica della madre e dalle precauzioni poste nell'evitare o ridurre il contatto batterico salivare madre-figlio (per esempio quando la mamma assaggia il cibo del bambino utilizzando lo stesso cucchiaio o forchetta che poi userà per introdurre nella bocca del piccolo). Per questa ragione, in presenza di patologie attive nella bocca della mamma, sarà opportuno l'impiego di posate differenti - una per il solo assaggio, l'altra per porgere il cibo al bambino - e sarà altrettanto a lei sconsigliata la pratica di "sciaccquare" il succhiotto nella propria bocca. Durante lo svezzamento è bene pulire delicatamente le gengive del bambino con una piccola garza, al fine di asportare eventuali residui alimentari e promuovere confidenza con questa semplice manovra anticipatoria del futuro utilizzo dello spazzolino, di cui i genitori stessi dovranno dare buon esempio. Per qualsiasi dubbio o indicazione, a partire dall'opportunità di un'integrazione di fluoro, sarà bene fare sempre riferimento al dentista di fiducia.



## DICOFLOR: sicurezza ed efficacia dimostrate.

Con più di 600 pubblicazioni sulle principali riviste scientifiche internazionali, il *Lactobacillus rhamnosus GG (ATCC 53103)* è il probiotico più studiato al mondo, sicuro ed efficace.



Dicoflor gocce: flacone da 5 ml

Dicoflor 30: confezione da 30 capsule, confezione da 10 capsule, confezione da 12 bustine

Dicoflor è un integratore alimentare di fermenti lattici vivi (*Lactobacillus rhamnosus GG*) utile nel riequilibrare la flora intestinale.

Dicoflor garantisce l'ottimizzazione della funzionalità intestinale, sia in condizioni di normalità che in presenza di fattori di squilibrio, quali sindromi diarroiche o terapia antibiotica.

**SENSODYNE®**

[www.dicofarm.it](http://www.dicofarm.it)

**DICOFARM**

Il meglio della ricerca, il buono della natura.

# Latte crudo



A cura di Laura Serra  
Pediatra, Imola

## Ottimo il latte, ma se crudo va sempre bollito!

■ Lo ricorda in una comunicazione il Ministero della Salute a seguito di alcuni casi di sindrome emolitico-uremica (una malattia spesso letale caratterizzata da distruzione dei globuli rossi, riduzione del numero delle piastrine e insufficienza renale), dovuti all'infezione da parte di un microrganismo veicolato da latte non pastorizzato contaminato. L'ordinanza ministeriale del 10 dicembre 2008 (il cui termine di validità è stato recentemente prorogato al 31 dicembre 2012) aveva già stabilito che il latte crudo fosse venduto attraverso distributori automatici, appositamente registrati e controllati dalle Aziende Sanitarie Locali, che devono riportare correttamente l'indicazione che il latte crudo è da consumarsi previa bollitura.

## Che cos'è la sindrome emolitico-uremica?

■ La sindrome emolitico-uremica (SEU) è una malattia rara che rappresenta,

tuttavia, la causa più importante di insufficienza renale acuta nell'età pediatrica, in particolare nei primi anni di vita. È caratterizzata da anemia, riduzione del numero delle piastrine nel sangue ed insufficienza renale acuta di grado variabile, sino alla necessità di dialisi. In Italia ogni anno si registrano mediamente circa 40 casi di SEU in bambini di età inferiore ai 15 anni. La fascia di età più colpita è quella dei bambini con meno di 4 anni. Nel 70-80% dei casi la SEU è provocata da un'infezione intestinale sostenuta da un batterio della specie *Escherichia coli*, capace di produrre nell'intestino una potente tossina, chiamata *vero-citotossina* o *shiga-tossina*, che entra

nel circolo sanguigno e colpisce soprattutto il rene. Il batterio viene perciò definito *E. coli* produttore di verocitotossina o VTEC. Il sierotipo VTEC più importante è *E. coli* O157. Il periodo di incubazione dell'infezione da VTEC (tempo tra l'ingestione del batterio e l'inizio dei sintomi) è compreso tra 1 e 5 giorni. I ruminanti, in particolare i bovini, sono frequentemente portatori asintomatici dei VTEC a livello intestinale. Le loro feci possono, quindi, contaminare la carne ed il latte durante la macellazione e la mungitura. Qualora la carne sia contaminata e venga consumata poco cotta il germe può essere trasmesso all'uomo. Nel caso del latte, solo quello **non pastorizzato** può essere veicolo di infezione.

È possibile, inoltre, che l'infezione venga trasmessa da una persona infetta (con gastroenterite) a una persona sana. Questa modalità di trasmissione è stata frequentemente documentata nelle famiglie con bambini (tra genitori e bambini oppure tra fratelli). Inoltre l'infezione può avvenire per contatto diretto con gli animali, o con acqua e vegetali (lavarli dunque sempre molto bene prima del consumo, specie se crudi) contaminati da feci di ruminanti.



# CONOSCERE PER CRESCERE in vacanza con le famiglie nei "Resort BLUSERENA"

Non solo svago e opportunità di esperienze nuove e indimenticabili: le vacanze, in virtù del clima di serenità e spensieratezza, possono offrire anche la preziosa opportunità di prendersi cura della salute.

Da questa considerazione trae spunto un progetto pilota voluto da Editeam, rivolto alle famiglie e intrapreso da "Conoscere per Crescere", rivista della Società Italiana di Pediatria, che sarà distribuita nei Resort Bluserena di Abruzzo, Calabria e Sardegna con l'obiettivo di diffondere importanti messaggi di educazione sanitaria.

Tra le iniziative di maggiore rilevanza sono da segnalare i momenti di incontro tra i genitori e i pediatri referenti scientifici della rivista, in primis Gianfranco Visci, promotore dell'attività, e il concorso per i piccoli ospiti "La salute di mano in mano" sotto la direzione scientifica di Luciano Pinto.

"La salute di mano in mano" è un progetto della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS), già attivo nelle scuole materne e primarie italiane, mirato a sensibilizzare i bambini sull'importanza dell'igiene delle mani, che possono essere un veicolo di infezioni non soltanto nella stagione estiva ma durante tutto l'anno.

Punti di forza e al tempo stesso spunti di originalità del progetto sono l'autorevolezza delle informazioni, e lo stile pedagogico delle attività che grazie ad efficaci strumenti di comunicazione, in stile ludico e coinvolgente, sono in grado di coniugare la voglia e le aspettative di divertimento dei piccoli vacanzieri con il valore aggiunto per gli adulti, di portare a casa un bagaglio di suggerimenti dei nostri pediatri da sempre garanti della salute dei piccoli ma soprattutto il riferimento per i loro genitori.

## Le vacanze: una buona occasione per investire in salute



**BLUSERENA®**  
CLUB & HOTELS  
*è pura vita*

Il divertimento del villaggio e il comfort di hotel 4 stelle al miglior rapporto qualità-prezzo in Abruzzo, Puglia, Calabria, Sardegna e Sicilia. Sette resort direttamente su spiagge sabbiose. Animazione, sport e relax per tutte le età, spazi e servizi per i più piccoli e per le mamme, ricca ristorazione a buffet.

**I villaggi 4 stelle Bluserena si prendono cura degli ospiti più piccoli con giochi, spazi ed attività dedicati ad ogni fascia di età per una vacanza all'insegna del divertimento, della creatività e dello sport.**



In tutti i resort sono previsti i servizi **Miniclub per bambini dai 3 ai 5 anni e dai 6 ai 10 anni**: i genitori possono affidare i loro bambini ad animatori professionisti in spazi su misura costruiti nel rispetto della sicurezza, con piscina, area giochi, spazi riservati in spiaggia. Giochi ed attività giornaliere consentono ai bambini di avvicinarsi alla natura e al mare, e di sviluppare fantasia e manualità. È prevista la possibilità di orario continuato e pranzo con menu specifici ed assistito da personale formato. Il servizio **miniclub** è anche **serale**, dalle 21.00 alle 23.30.



Per **bambini e ragazzi dagli 11 ai 13 anni e dai 14 ai 17 anni** sono disponibili il Serenup e il SerenHappy Club dove i ragazzi, guidati dagli animatori, possono avvicinarsi alle numerose discipline sportive: calcio, nuoto, canoa, vela e tennis. Possono scoprire le tecniche base circensi con il Circolab: la clowneria, l'equilibristo e la giocoleria. Possono pranzare insieme in un'area dedicata del ristorante accompagnati dai responsabili dei 2 club.



A disposizione delle mamme che vogliono cucinare e preparare pappe per i propri bimbi è disponibile una **cucina mamme**. È corredata di tutto l'occorrente (piastre elettriche, frigo, seggioloni, pentole, stoviglie, scaldabiberon, sterilizzatore ed omogeneizzatore etc). Negli orari dei pasti principali è prevista l'assistenza di personale e sono a disposizione delle mamme brodi vegetali e di carne, passato di verdure, pastine, fettine di carne, hamburger; pesce, affettati, latticini, frutta fresca, latte fresco, yogurt, marmellate, tisane, the, biscotti. In Calabria è previsto un **menu base adatto ai celiaci**.



Nei resort in Sardegna e in Calabria è attivo il **servizio nursery**: le mamme possono affidare ad uno staff specializzato i loro bimbi dai 12 ai 36 mesi. Il personale dedicato intrattiene i bimbi nell'area giochi, se ne prende cura in un'area nanna climatizzata e nell'area fasciatoi provvista di tutto l'occorrente per l'igiene e la cura dei piccoli. Li delizia con merende e spuntini a base di frutta, yogurt, tisane e biscotti preparati in un'area biberoneria attrezzata.



In tutti i resort Bluserena c'è un **grande parco giochi** recintato, con **giochi gonfiabili giganti**, giochi a molle, altalene, scivoli e altro ancora.

Per informazioni e prenotazioni:  
tel 085/8369777 - booking@bluserena.it - www.bluserena.it

