



# CONOSCERE PER CRESCERE

LA RIVISTA DEI PEDIATRI ITALIANI PER LA FAMIGLIA

Anno IV - Giugno 2013



Periodico distribuito gratuitamente

LE ASSOCIAZIONI E LA SCUOLA



Società  
Italiana di  
**Pediatria**





# LA SALUTE DI MANO IN MANO

Un percorso didattico per promuovere l'igiene delle mani nella scuola e nella famiglia



**SONO APERTE LE ISCRIZIONI DELLE SCUOLE PRIMARIE CHE VORRANNO  
PARTECIPARE AL PROGETTO 2013/2014**

**NETW** **GPS** **ARK**  
Genitori ● Pediatra ● Scuola

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

Società Italiana di Pediatria  
Ministero della Salute  
EDITEAM

**Un progetto per le Scuole primarie**, promosso dal Network GPS (Genitori, Pediatri, Scuola) in collaborazione con l'Associazione italiana Genitori A.Ge.

#### Obiettivi del progetto

- Sensibilizzare i bambini alla prevenzione delle malattie attraverso il corretto stile di vita.
- Promuovere l'igiene delle mani nella scuola e nella famiglia.
- Coinvolgere attivamente le scuole primarie alla "Giornata Mondiale per la Pulizia delle mani".

**Se vuoi dare una mano alla salute, arruola la tua scuola**

Invia una mail a: [info@editeam.it](mailto:info@editeam.it) Oggetto: Progetto "La salute di mano in mano"



# Sommario

## Editoriale

- 2** Orfani di guerra  
Marcello Lanari

## Investire in salute

Spazio dedicato allo stile di vita

- 4** Regaliamo futuro  
Un Macro progetto di Salute Globale per la Famiglia promosso dai Pediatri italiani  
Piercarlo Salari, Franca Golisano
- 6** Gluten sensitivity...che cos'è?  
Sandra Brusa
- 17** Lo screening uditivo neonatale  
Angelo Rizzo
- 22** Il ruolo del latte nella dieta dai 12 ai 36 mesi  
Micro e macro nutrienti  
Claudio Maffei

## Conoscere per prevenire

Spunti di educazione e innovazione sanitaria

- 18** La pertosse  
Una malattia dimenticata  
Alessia Stival, Sabrina Becciani, Martina Giacalone, Elena Chiappini, Luisa Galli
- 20** Bevande energizzanti  
Le assumono i due terzi degli adolescenti, ma non mancano i baby consumatori  
Piercarlo Salari
- 36** Gli avvelenamenti domestici  
Angelo Milazzo
- 40** Dermatite Allergica da Contatto  
Susanna Voltolini
- 42** Problemi gastroenterologici e nutrizionali del bambino diversamente abile  
Miris Marani

## La bussola

Supporto per interpretare sintomi e disagi

- 3** I neonati nell'antica Roma  
Sara Silecchia
- 8** Il dolore nel bambino  
E' possibile riconoscerlo, valutarlo e curarlo  
Franca Benini
- 24** Il bambino adottato  
Paola Sgaramella, Maria Angela Corrias

## Lavorare con la scuola

Strategie di intervento comune fra pediatri e insegnanti

- 10** Leggere, un atto d'amore!  
Angela Lanzoni

## Codice rosso

Riflessioni e suggerimenti sui comportamenti a rischio

- 14** Internet tra rischi ed opportunità l'importanza della supervisione dei genitori  
Giovanni Serpelloni, Diana Candio, Michele Brunetto, Claudia Rimondo
- 28** Più ecologia - meno spreco per una società sufficiente  
Andrea Segrè
- 32** I bambini testimoni della violenza familiare  
Francesco Montecchi
- 38** Mutilazioni genitali femminili  
Il diritto di essere bambine e donne  
Alessandra Pavani

## Le pagine rosa

Grand'angolo sulla salute della mamma e del bambino

- 26** Le infezioni sessualmente trasmesse  
Un mostro a sette teste da sconfiggere  
Nicola Surico
- 30** Donne, crisi economica, acquisti responsabili  
Federica Lanari

### DIRETTORE SCIENTIFICO

Marcello Lanari

### DIRETTORE RESPONSABILE

Franca Golisano

### COMITATO DI REDAZIONE

Rino Agostiniani  
Luca Bernardo  
Federico Bianchi di Castelbianco  
Giovanni Corsello  
Tiziano Dall'Osso  
Gianna Maria Nardi  
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 © 2013

### 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)  
[conoscerepercrescere@editeam.it](mailto:conoscerepercrescere@editeam.it)

### Progetto grafico:

EDITEAM Gruppo Editoriale

### ART DIRECTOR:

Dario Battaglia

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

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

Autorizzazione Tribunale Bologna

n° 7835 del 10.03.08.

Finito di stampare nel mese di

Giugno 2013.

Tiratura di questo numero 300.000 copie.

Si ringrazia per il contributo la





# Orfani di guerra



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

**M**assacrata da una guerra cruenta e devastante, negli anni che seguirono l'ultimo conflitto mondiale l'Italia iniziò il cammino della ricostruzione con i sentimenti tipici di queste fasi, caratterizzati da un grande bisogno di recuperare le opportunità perdute, avere di nuovo una certa qualità di vita, fatta poi spesso da cose semplici e, soprattutto, tornare a sperare. In quegli anni '40-'50 la filmografia neorealista ci fece conoscere al mondo intero per la poetica, anche se spesso cruda, narrazione di un'Italia popolata da tante figure appassionate, patriottiche, spesso idealiste se non ingenuie, talvolta scaltre, con debolezze e difetti, ma sempre estremamente umane. In quelle splendide pellicole dei nostri Rossellini, De Sica, Visconti, Germi, uno dei personaggi più amati era l'orfano di guerra, bambino spesso furbo e divertente, capace di destreggiarsi in situazioni difficili, con una maturità raggiunta "per forza". Il contesto sociale che lo circondava era di adulti, occupati dalla vita degli adulti (come fino a poche generazioni fa, nelle quali grandi e piccini vivevano in mondi paralleli), ma tutto sommato accogliente e protettivo, fatto di nonni, zii, cugini, vicini. La legge poi tutelava l'orfano di guerra, con benefici che arrivavano fino all'età adulta. E' difficile poter dire se, edulcorata dalla lettura artistica, la realtà fosse solo quella, con una povertà dura, ma dignitosa e se non vi fossero nei confronti dei minori, al contrario, indifferenza, crudeltà, aberrazioni, abusi; probabilmente sì. Nella nostra Italia d'oggi viviamo uno stato sociale complesso ed inimmaginabile per quei tempi, tuttavia ancora pieno di "orfani di guerra". Alcuni lo sono realmente, arrivando da Paesi con conflitti bellici che li hanno privati del nucleo familiare, spesso non accompagnati da adulti che se ne facciano carico. Ma il numero maggiore di questi ha famiglia, la quale però, per motivi disparati, non è in grado di soddisfare quei bisogni organici, educativi ed affettivi tipici dell'età evolutiva. Sono come orfani. La testimonianza di ciò e la disamina circa i cambiamenti negativi che in questi ultimi decenni hanno logorato il nostro tessuto sociale, esponendo le classi più deboli, tra le quali i minori, a fabbisogni ampiamente non soddisfatti è ampia e supportata da voci autorevoli di sociologi, economisti, epidemiologi, educatori... e anche di pediatri. E' esperienza quotidiana del pediatra di famiglia la trascuratezza nella quale vivono molti dei propri assistiti, in famiglie monoparentali, con isolamento sociale, indigenti, in contesti degradati o violenti, in abitazioni fatiscenti. E' esperienza quotidiana del pediatra che opera in ospedale il numero sempre crescente di piccoli pazienti ricoverati per motivi aggravati da condizioni sociali problematiche, se non addirittura solo per quelle. E' oramai tra i numeri

telefonici più frequentemente da noi chiamati, assieme a quello della radiologia o del laboratorio, quello dei servizi sociali. E' prassi quotidiana dover organizzare dimissioni "protette" dall'ospedale, per garantire il diritto del minore. E' un filo diretto e continuo quello che ci lega ad associazioni di volontariato, famiglie affidatarie, case famiglia, tribunali per i Minori ed altre istituzioni sociali per madri e bambini. Il resto lo impariamo dalla cronaca nera di tutti i giorni. Eppure non usciamo da una guerra.

Secondo i più recenti dati Istat, in Italia vivono in situazione di povertà relativa 1.822.000 minorenni, pari al 17,6% di tutti i bambini e gli adolescenti. Il 7% poi di questi vive in condizioni di povertà assoluta. Secondo il VI Rapporto sull'Infanzia e l'Adolescenza del Gruppo di Lavoro per la Convenzione dei diritti dei minori ([www.gruppocrc.net](http://www.gruppocrc.net)), al quale partecipa anche la Società Italiana di Pediatria, essere bambini ed adolescenti in Italia non è per nulla cosa semplice e chi paga lo scotto maggiore è chi abita al sud ed appartiene a famiglie numerose, dove si stima sia povero il 42% dei nuclei con cinque o più componenti.

Paradossalmente, in questo contesto drammatico, in dieci anni il Fondo nazionale per le politiche sociali si è ridotto del 78%, passando da 1,884 mld nel 2004 a 344,17 mln di oggi, mentre per il 2013 quello per Pari opportunità e famiglia è stato completamente azzerato, così come quello per le politiche giovanili, che dal 2011 non viene più finanziato. In un Paese che è tra le prime otto potenze economiche mondiali l'Italia è, con un importo pari all'1,1% del Pil, al 18esimo posto in Europa per spesa per l'infanzia e la famiglia e al 21esimo posto per rischio povertà ed esclusione sociale fra i minori 0-6 anni.

In un Paese nel quale gli studenti italiani sono al 24° posto su 29 Paesi per il rendimento scolastico e dove la scuola (spesso un rifugio) potrebbe essere una vera risorsa per la futura competitività professionale delle nuove generazioni, assistiamo ancora ad un'importante dispersione scolastica, con l'11% dei giovani che tra 15 e 19 anni già non la frequenta più, arricchendo il dramma generazionale della schiera degli oltre tre milioni di "Neet" ("Not in Education, Employment or Training"), ovvero giovani che non lavorano e non sono in formazione.

Crediamo tutti che il nostro Paese meriti davvero di più, ad iniziare dai nostri bambini, che necessitano di un welfare adeguato ai loro bisogni, per non creare un vero disastro generazionale. Crediamo che non sia più sostenibile la diffusione del disagio sociale con la quale ci troviamo ad operare tutti i giorni, sostenendoci tra operatori dotati di buona volontà, ma troppo spesso senza risposte concrete dalle Istituzioni. Abbiamo bisogno e non è più differibile, di una programmazione competente e concreta per i nostri Servizi e non ondivaga e discontinua come è stata in questi ultimi anni. Avremmo tutti bisogno di vivere una ricostruzione "post-bellica", con la speranza di garantire alle nuove generazioni ciò che è a loro dovuto. Avremmo tutti bisogno di ritornare a sperare e a sognare, come in un film neorealista.

# I NEONATI NELL'ANTICA ROMA

**Sara Silecchia**  
UOC Pediatria Imola

La nascita di una nuova creatura è sempre un'occasione di festa: la vita continua e si perpetua la famiglia. Quando non esistevano i metodi oggi in uso per conoscere il sesso del nascituro, si mettevano in atto diversi espedienti. La donna di solito era la designata per attuare la predizione, ma a volte anche gli uomini ci provavano, e l'uomo in questione era detto "strolecatore". Un modo per pronosticare il sesso era quello di far cadere una goccia di latte su una moneta, che veniva poi appoggiata sulla fronte della gravida: se la moneta rimaneva appiccicata alla fronte, anche per pochi secondi, si trattava di un maschio, perché si era avverato un fenomeno di solidità, di compattezza.

Anche per le madri venivano impiegate delle "premure": in alcuni paesi, durante il parto si cingeva la testa della donna con una cintura del marito. In questo modo si riteneva di attutire i dolori delle doglie. I primi gesti compiuti alla nascita del bimbo risalgono alle origini del mondo. Nell'antica Roma, appena uscito dal grembo materno, la Dea Intercidona sovraintendeva al taglio del cordone ombelicale. Dopo averlo tagliato con una canna, un legno tagliente o una crosta di pane, lo si cospargeva di sale o schiuma di nitro

(poltiglia arenosa a base di borace naturale), oppure con miele e olio. Veniva quindi coperto con stoffa imbibita di olio e questa medicazione veniva fermata con una benda che girava intorno all'addome. Dopo tre o quattro giorni il cordone cadeva e per favorire la cicatrizzazione la ferita veniva cosparsa di polvere di piombo.

Sorano d'Efeso visse a Roma nella prima metà del II secolo dell'era cristiana. Come fosse un moderno puericultrice, s'interessò a tutti gli aspetti della disciplina, fornendo consigli pratici di igiene e assistenza al parto e al neonato. Nel caso in cui il neonato non fosse riconosciuto dal padre, veniva fatto cenno di recidere il cordone in modo da provocarne emorragia e perciò morte veloce. Se il padre lo riconosceva entrava nella famiglia dove era circondato dalle attenzioni dei parenti e dalla protezione delle divinità.

Il piccolo veniva allattato fino ai tre anni d'età, iniziando l'allattamento dopo circa tre settimane dal parto, come afferma il medico romano Sorano d'Efeso. L'inizio precoce dell'allattamento era considerato dannoso, sia per la salute della madre, sia suzione del neonato. Erano quindi consigliate le nutrici e i seni della madre erano educati nel frattempo con spremitura manuale in modo da conservare lo stimolo alla lattazione.

Le nutrici nell'antica Roma avevano un ruolo fondamentale e uno

spazio era a loro dedicato anche nei mercati per il traffico del latte materno. Ci volevano buoni requisiti per essere nutrice: 25 anni di età, collo grosso e forte, petto largo, carni sode, bel colorito, somiglianza alla madre naturale, perfetta salute. A volte nelle alte classi sociali poteva succedere che venisse scelto di ricorrere alle nutrici per non rovinare il seno della madre. Nell'attesa della nutrice il neonato veniva alimentato con miele bollito.

Il solo nutrimento però, non bastava a far diventare uomo un neonato, perciò ogni gesto di tenerezza nei suoi riguardi era bandito. Rimaneva solo nella culla, avvolto strettamente nelle fasce, che lo avviluppavano e gli impedivano qualunque movimento. Le mani erano forzatamente tenute aperte e delle stecche costringevano le gambe a rimanere distese. Dopo il secondo mese di vita, si allentavano le fasce e si liberava il braccio destro, credendo che usando di più il piccolo non sarebbe diventato mancino. Il momento del bagno era forse il peggiore, perché si riteneva che l'uso di acqua calda rendesse fiacchi, perciò il bambino veniva lavato con acqua fredda. La nutrice gli modellava il cranio con le mani per renderlo rotondo, plasmava il naso, la mandibola e le natiche, gli stirava il prepuzio.

Il risultato era che a tutti questi trattamenti, solo due neonati su tre avevano la possibilità di sopravvivere.



# Regaliamo futuro

## Un Macro progetto di Salute Globale per la Famiglia promosso dai Pediatri italiani

Piercarlo Salari<sup>1</sup>, Franca Golisano<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Pediatra di Consultorio Milano  
<sup>2</sup>Editeam, Cento (Fe)

Regaliamo futuro è una sfida lanciata dai pediatri italiani in un contesto in cui la gratuità, la dedizione al bene comune e la generosa compartecipazione, dopo anni di sprechi indiscriminati e colposo disinteresse nei confronti dell'ambiente e di alcune trasformazioni sociali, sono rimaste le uniche vere risorse da spendere per contrastare la perdita dei valori significativi per i bambini, riedificare modelli virtuosi di collaborazione multidisciplinare e rispondere fattivamente al dilagante pessimismo attraverso azioni concrete e proposte operative. I bambini rappresentano un insieme di valori che devono essere rispettati e tutelati nel loro diritto di crescere in un ambiente di vita sano, sicuro e sereno. D'altra parte, come documentano recenti dati presentati al convegno "Prevenzione: un investimento in salute e sostenibilità" presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma, l'Italia si colloca agli ultimi posti per quanto concerne gli investimenti in prevenzione, che rappresentano appena lo 0,5% della spesa sanitaria complessiva, contro una media di spesa europea del 2,9%, sopra la quale si collocano Paesi come Germania (3,2%), Svezia (3,6%), Olanda (4,8%) e Romania (6,2%). Eppure ogni miliardo di euro stanziato consentirebbe di recuperare tre nell'arco di 10 anni sotto forma di risparmi in cura e riabilitazione e i benefici cumulati per investimenti sistematici e capillari in prevenzione primaria e secondaria potrebbero

valere fino al 10% della spesa sanitaria nazionale in un ragionevole arco di tempo. "Regaliamo futuro" si delinea come un macro progetto di salute globale per la famiglia promosso dai pediatri italiani per la salvaguardia della salute psicofisica dei bambini e degli adolescenti. Si svilupperà sull'intero territorio nazionale in stretta collaborazione con il Ministero della Salute attraverso Campagne educative, attività di sensibilizzazione e informazione nonché strategie di interventi congiunti con tutti gli operatori di salute a favore della prevenzione e della promozione di un corretto stile di vita. Regaliamo Futuro è un'opportunità che i pediatri italiani offrono a tutti coloro che, nel rispetto dei diversi ruoli e competenze, vorranno arruolarsi nelle legioni di operatori socio-sanitari desiderosi di mettere a frutto le proprie esperienze per la tutela del bene più prezioso e al tempo stesso oggi esposto a insidiose minacce: la Famiglia, nucleo primordiale e culla di vita, crescita e benessere, fondamento della collettività e prima "unità sanitaria naturale".

### La struttura tematica

Regaliamo Futuro raggruppa un insieme di Campagne educative promosse, attivate e coordinate sull'intero territorio nazionale attraverso le sedi regionali SIP e SIPPSS in collaborazione con Editeam e con partner di volta in volta selezionati. Le attività saranno modulari e potranno differenziarsi a livello territoriale, sulla base delle esperienze maturate dai Presidenti regionali e dei pediatri sul territorio, nonché delle specifiche realtà e dei bisogni di salute della popolazione locale.

## Regaliamo futuro gli obiettivi:

- ▶ il potenziamento dei percorsi di conoscenza imprescindibili per una crescita sana della nostra Società
- ▶ la difesa della salute materno-infantile
- ▶ l'educazione alla genitorialità e la promozione della bi-genitorialità
- ▶ l'orientamento delle famiglie verso corretti stili alimentari e di vita
- ▶ l'educazione sentimentale degli adolescenti e la tutela del loro sviluppo corporeo, psichico, affettivo e sessuale
- ▶ la sensibilizzazione dei giovani alla tutela ambientale
- ▶ la formazione di una nuova generazione di consumatori attenti agli sprechi e consapevoli che le proprie scelte non soltanto potranno preservare lo stato di salute ma influenzeranno anche i mercati, le logiche e le tecnologie produttive del futuro.

Queste in sintesi le nove Campagne intraprese dal Network GPS (Genitori, Pediatra, Scuola), un patto di alleanza promosso dai pediatri italiani che coinvolge proattivamente i tre nuclei di riferimento per l'educazione comportamentale, didattica e sanitaria del bambino:

- **Mangiar bene conviene**, che si prefigge di sensibilizzare le famiglie nei confronti dell'importanza di un regime alimentare corretto quale investimento in salute e presupposto per la crescita in età pediatrica e per il mantenimento del benessere in età adulta.
- **Bambini da amare bambini da salvare**, una Campagna mirata a sostenere la genitorialità positiva e il diritto ineludibile dei bambini di poter essere seguiti da entrambe le figure parentali.
- **Come nasce una mamma**, che promuove iniziative di prevenzione già a partire dal concepimento con estensione all'intera durata della gravidanza e al periodo neonatale.
- **Adolescenza a rischio? Non lasciamoli soli**, un progetto che si propone di identificare e monitorare i comportamenti a rischio degli adolescenti di oggi (per esempio dipendenza da fumo e sostanze, devianze, cyberbullismo, sexting) e di offrire un supporto specifico ai loro genitori, spesso disorientati.
- **La salute di mano in mano**, che diffonde la più semplice ed efficace strategia di prevenzione infettivologica attraverso l'igiene sistematica delle mani.
- **La borsa delle buone azioni**, iniziativa mirata a stimolare nei bambini, attraverso proposte ludiche, il recupero dell'attività motoria quale componente intrinseco della vita quotidiana e la valorizzazione di una vita sociale improntata a valori di lealtà, rispetto e sostegno ai bambini fragili o con particolari bisogni pedagogico-assistenziali (per esempio autismo, dislessia, disturbi dell'apprendimento).
- **Viaggio nell'infanzia negata**, un insieme di percorsi che traggono spunto dalle insidie ambientali e sanitarie (per esempio inquinamento, fattori di rischio per neoplasie, sicurezza in ambito alimentare, domestico, ludico e sportivo) con l'obiettivo di creare consapevolezza nei genitori e stimolare opportune strategie di politica sanitaria.
- **Chiamami amore**, iniziativa di educazione affettiva degli adolescenti per la salvaguardia della loro salute riproduttiva e la promozione di una sessualità consapevole.
- **Nutrire il sapere**, Campagna di informazione sui micronutrienti e di sensibilizzazione alla lettura critica delle etichette degli alimenti al fine di incentivare acquisti e consumi consapevoli.

"Regaliamo futuro" è attualmente oggetto di condivisione istituzionale.

Per informazioni:  
Editeam tel. 051-904181  
info@editeam.it

**NETW GPS RK**  
Genitori Pediatra Scuola

**Genitori • Pediatra • Scuola**

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

Società Italiana di Pediatria  
Ministero della Salute  
Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione  
EDITEAM



# GLUTEN SENSITIVITY...che cos'è?

**Sandra Brusa**  
U.O.C. di Pediatria e Neonatologia,  
Ospedale di Imola (BO)

## Introduzione

■ Negli ultimi tempi si è parlato molto di "Gluten Sensitivity" o sensibilità al glutine, che non è celiachia, né allergia al grano e neppure una forma attenuata di celiachia. Definita anche "sensibilità al glutine non celiaca", è una sindrome caratterizzata da sintomi intestinali e/o extraintestinali che si manifestano in tempi brevi dopo assunzione di glutine e che migliorano o scompaiono in tempi altrettanto brevi dopo eliminazione di questo in soggetti in cui sia stata esclusa la diagnosi di celiachia (assenza di anticorpi, mucosa normale) e quella di allergia al grano (IgE e prick test cutanei specifici per grano negativi). Già 30 anni fa Cooper e collaboratori pubblicarono un articolo su Gastroenterology, prestigiosa rivista americana di gastroenterologia, riportando una casistica di 8 donne con un quadro clinico simile ad un colon irritabile, che andava in remissione con dieta senza glutine e ricompariva dopo ripresa del glutine. Anni dopo Alessio Fasano, ricercatore italiano che da anni dirige la Maryland School of Medicine di Baltimora, noto per i suoi studi nel campo della celiachia, insieme a ricercatori dell'Università di Napoli, pubblica uno studio sulla rivista scientifica BMC Medicine, in cui definisce questa malattia, che sembra essere 6 volte più frequente della celiachia. La Gluten Sensitivity si manifesta dall'età dell'adolescenza al-

l'età adulta, mentre è estremamente rara in età pediatrica, secondo alcuni addirittura non esisterebbe nel bambino. E' comune trovarla nei familiari di celiaci, in particolare in fratelli, sorelle e genitori di celiaci. E' di un ricercatore bolognese, Umberto Volta, la casistica più numerosa in Italia di pazienti con sensibilità al glutine non celiaca e circa il 12% di questi sono familiari di primo grado di celiaci.

## Come si manifesta?

■ La Gluten Sensitivity è caratterizzata da sintomi simili a quelli della sindrome del colon irritabile, cioè dolore e gonfiore addominale associati a stitichezza o diarrea e sintomi extraintestinali, prevalentemente neurologici, quali sonnolenza, difficoltà di concentrazione, sensazione di mente annebbiata, mal di testa, dolori muscolari e articolari, stanchezza, depressione, anemia, eczema. I sintomi si manifestano subito dopo l'assunzione del glutine e migliorano o scompaiono dopo eliminazione del glutine dalla dieta, per ripresentarsi altrettanto

rapidamente se il glutine viene reintrodotta nella dieta.

## Quali sono i fattori casuali, cioè la patogenesi della Gluten Sensitivity?

■ Alterazioni neuromuscolari della parete intestinale e il microbioma intestinale, cioè la flora batterica che colonizza l'intestino, sembrano avere un ruolo determinante nello scatenamento dei sintomi, mentre non vi è alterazione della permeabilità intestinale, che invece si riscontra nella celiachia. La celiachia è una malattia autoimmunitaria, che dipende da difetti dell'immunità innata, cioè quella di cui siamo dotati dalla nascita e dell'immunità adattativa, cioè quella che l'organismo mette in funzione per eliminare una molecola nemica, tramite appunto la produzione di anticorpi. Nella Gluten Sensitivity c'è un difetto solo dell'immunità innata e per questo motivo la reazione al glutine è immediata, di poche ore, o al massimo pochi giorni, mentre nella celiachia i sintomi possono manifestarsi dopo mesi o addirittura anni.

## Come si fa la diagnosi?

■ La diagnosi al momento attuale è una diagnosi di esclusione, caratterizzata cioè dalla negatività della sierologia tipica per celiachia (mediante ricerca nel sangue degli anticorpi anti-transglutaminasi e anti-endomisio, che devono risultare negativi), da una biopsia intestinale normale o con alterazioni minime (lieve infiammazione) e dalla negatività dei tests immunologici per allergia al grano. Non sono ancora definiti i parametri genetici, immunologici e clinici

di questa malattia: l'unica alterazione immunologica che è possibile trovare nei pazienti con sensibilità al glutine è la positività per gli anticorpi anti-gliadina di prima generazione, gli AGA di classe IgG, raramente IgA, che sono positivi nel 40-50% dei casi. Dal punto di vista genetico, la Gluten Sensitivity presenta una positività per HLA-DQ2/DQ8 nel 50% dei casi, contro il 99% dei casi in cui questi antigeni si riscontrano nei celiaci e il 30% dei casi in cui sono positivi nella popolazione generale.

## Qual è la prognosi? Si può guarire dalla Gluten Sensitivity?

■ E' stato ipotizzato che non esista il rischio di associazione con altre malattie autoimmunitarie, né di evoluzione maligna in linfoma ed adenocarcinoma del tenue, come invece c'è nella celiachia non trattata con la dieta priva di glutine. Anche se si conosce ancora poco sulla storia naturale della Gluten Sensitivity, pare che possa anche risolversi del tutto nel corso degli anni, a differenza della celiachia, che è permanente, per tutta la vita.

## Conclusioni

■ Allo stato attuale delle cose, la comunità scientifica è divisa tra chi, per lo più gastroenterologi degli adulti, crede fermamente che la sensibilità al glutine esista e non sia una "bufala" e chi, per lo più gastroenterologi pediatri, sostiene che non esista, almeno in età pediatrica.

C'è addirittura chi sostiene che la Gluten Sensitivity sia una "invenzione" dell'industria del gluten-free al fine di aumentare le vendite, con ricavi stratosferici, visto che i pazienti con sensibilità al glutine non hanno diritto all'esenzione del pagamento per i prodotti senza glutine e sarebbero 6 volte di più rispetto ai celiaci! Nel 2008 negli Stati Uniti un'indagine di mercato evidenziò che il 15-25% della popolazione americana (cioè da 40 a 70 milioni di americani) considerava il gluten-free uno stile di vita salustico e negli ultimi anni si è assisti-



to ad un'impennata delle vendite, soprattutto dopo i messaggi pubblicitari a favore del gluten-free da parte di noti attori di Hollywood. In attesa di protocolli diagnostici rigorosi che indichino quali esami eseguire per formulare una diagnosi sicura, solo studi futuri ci consentiranno di chiarire se la Gluten Sensitivity esiste come entità a sé stante, o appartiene allo spettro della celiachia, o è piuttosto da considerare semplicemente un meccanismo patogenetico del colon irritabile. Le nuove conoscenze nel campo dello spettro dei disordini correlati al glutine ci daranno informazioni preziose sulle interazioni complesse che esistono tra genetica, dieta e microbioma intestinale.



SE VEDI DEL SANGUE QUANDO TI LAVI I DENTI

parodontax  
Aiuta a proteggere le gengive deboli ed arrossate

AIUTA A PROTEGGERE LE GENGIVE CHE SANGUINANO  
Fornendo un'igiene orale quotidiana

www.parodontax.it



# Il dolore nel bambino

## E' possibile riconoscerlo, valutarlo e curarlo

Franca Benini  
Clinica Pediatrica, Università di Padova

Può sembrare sorprendente e paradossale eppure il dolore del bambino viene ancora oggi ampiamente sottovalutato, tanto dai genitori quanto in generale dai medici. E questo nonostante il fatto che il dolore sia un sintomo molto "impegnativo" per bambino e famiglia e sia un sintomo trasversale e molto frequente nella attività e nella vita di tutti i giorni. E' infatti fra tutti, quello che più mina l'integrità fisica e psichica del bambino e più angoscia e preoccupa i suoi familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita e della assistenza.

Da un punto di vista numerico, l'ampiezza del problema è notevole: si stima che più del 80% dei ricoveri in ambiente ospedaliero pediatrico, siano dovuti a patologie che presentano fra i vari sintomi, anche dolore; circa il 60% degli accessi al Pronto Soccorso pediatrico è dovuto a dolore e per alcune branche della pediatria (reumatologia, chirurgia, oncologia), la gestione di questo sintomo è parte integrante dell'approccio quotidiano al bambino malato. A livello ambulatoriale la richiesta di valutazione medica è nel 45% dei casi legata alla presenza di dolore: nella maggior parte dei casi è per un dolore acuto che accompagna patologie infettive e/o traumi, frequenti però sono anche le richieste per dolore cronico e/o ricorrente. Nella quasi totalità dei casi, le conoscenze raggiunte, gli strumenti e le terapie a disposizione, potrebbero assicurare un corretto ed efficace controllo del sintomo: ma purtroppo nella realtà quotidiana, la situazione è molto lontana dalle reali possibilità. Le problematiche da affrontare, ogni qualvolta che il dolore si presenta, sono di fatto due, la prima strettamente legata alla seconda: la necessità di riconoscere e "quantificare" il dolore in maniera efficace e riproducibile da un lato e l'urgenza di proporre strategie terapeutiche adeguate (farmacologiche e non farmacologiche) alla età, patologia e situazione dall'altro. Per quanto riguarda il primo aspetto, sono innegabili le difficoltà, legate sia alla soggettività del sintomo che alla peculiarità del paziente pediatrico: l'età del bambino, il livello di sviluppo cogniti-

vo, la situazione clinica e socioculturale nonché, la frequente presenza di fattori affettivi ed emozionali quali paura ed ansia, possono condizionare la possibilità di valutare e misurare il dolore. Per ovviare questi limiti, il pediatra può raccogliere con "giuste" domande le informazioni utili; può attraverso l'osservazione e la visita rilevare segni e comportamenti che permettono di evidenziare e diagnosticare il dolore; può, mettendosi in gioco, creare una relazione di fiducia con bambino e famiglia, nell'ottica di valutare e limitare quanto emotività, paura e false aspettative determinano. Questo permette di definire la presenza del dolore, di descriverne le caratteristiche e quindi anche di proporre una diagnosi, sulla cui base si determina la proposta terapeutica. Nella valutazione del dolore inoltre, è di estrema importanza quantificare/misurare il dolore, vale a dire avere un numero che esprima in maniera globale la quantità del dolore percepito: questo facilita il bambino nell'esprimere la grandezza del proprio sintomo, permette ai familiari di avere un mezzo per monitorare la situazione ed al medico di avere uno strumento di valutazione e di monitoraggio clinico e di efficacia della terapia proposta. Attualmente abbiamo a disposizione numerose scale che permettono la misurazione del dolore nelle diverse età pediatriche. Fra tutte sono state individuate tre le scale che per facilità d'uso ed efficacia nella definizione della quantità del dolore percepito, permettono in tutti i setting e situazioni di misurare il dolore nei pazienti pediatrici (da 0 a 18 anni).

Sono la scala di FLACC da 0 a tre anni, la scala di Wong Baker per il bambino di età compresa fra 3 e 8 anni, e la Scala numerica per il bambino di età superiore a 8 anni. La scala di Flacc, prevede la valutazione e la definizione di un punteggio su atteggiamenti/comportamenti del bambino; dai 3 ai 7 il bambino è in grado di indicare, tra varie faccine della scala di Wong Baker, quella che meglio esprime la propria condizione; nei bambini di età uguale o superiore a 8 anni si propone una scala numerica dove 0 è nessun dolore e 10 è il peggior dolore possibile. A prescindere dalla scala utilizzata, il punteggio ottenuto indica con 0 assenza di dolore, con 1-3 un dolore lieve, con 4-6 un dolore moderato e con un punteggio superiore a 7 un dolore importante. Quindi in tutte le età pediatriche (neonato, bambino ed adolescente) è possibile valutare e misurare il dolore e sulla base dei dati raccolti definire la terapia più corretta. Per quanto riguarda la terapia, abbiamo attualmente a disposizione molti farmaci efficaci e sicuri per il controllo del dolore nel bambino, che devono essere valutati dal pediatra. Il paracetamolo, è l'analgico più usato nel dolore lieve-mo-

derato grazie alla sua sicurezza, e, in rapporto alle cause in gioco e alle necessità, gli antinfiammatori non steroidei e gli oppioidi, adiuvanti ed anestetici locali. Indipendentemente dal farmaco, è importante ricordare che:

- ▶ la scelta del farmaco deve essere fatta in rapporto all'età e al tipo di dolore;
- ▶ la prescrizione deve essere fatta alla dose corretta e la somministrazione attraverso la via più consona per età e situazione;
- ▶ l'efficacia deve essere monitorata come pure va monitorata l'eventuale insorgenza di effetti collaterali.

Accanto all'uso dei farmaci, sempre più frequenti sono le indicazioni e le conferme di efficacia di metodiche analgiche non farmacologiche. Fra queste, è importante offrire un ambiente tranquillo a dimensione bambino, dare adeguata informazione, mettere in atto tecniche di distrazione (bolle di sapone, leggere un libro), immaginative o di rilassamento.

Quindi indipendentemente da età situazione e contesto è sempre possibile valutare e misurare il dolore nel bambino ed è sem-

pre possibile proporre terapie farmacologiche e non farmacologiche per un adeguato controllo. L'integrazione dell'osservazione clinica con l'uso di una scala appropriata permette un inquadramento preciso delle caratteristiche del dolore e orienta la conseguente terapia. Con l'obiettivo di diffondere l'utilizzo degli strumenti di valutazione, misurazione e diagnosi del dolore in ambito pediatrico e di offrire un rapido consulto delle varie opzioni terapeutiche (farmacologiche e non), è stato realizzato il *Poster sulla gestione del dolore nel bambino*.

Il Poster è distribuito grazie al contributo incondizionato dell'Angelini a tutti i pediatri e i contenuti sono stati estratti dal volume del Ministero della Salute "Il dolore nel bambino - Strumenti pratici di valutazione e terapia".

Da tempo Angelini è attivamente impegnata nell'ambito del dolore e il suo impegno in comunicazione si concretizza anche attraverso [www.nientemale.it](http://www.nientemale.it) il portale che ha l'obiettivo di fornire una maggiore conoscenza del dolore e della sua gestione ottimale presso medici, farmacisti e pubblico.



### La gestione del dolore nel bambino

#### Bambini di età < 3 anni Scala FLACC

Categoria	0	1	2
<b>Volto</b>	Espressione neutra o serena	Espressioni occasionali di sofferenza (sorriso, lacrime, sbarramento)	Da frequente a costante espressione di sofferenza, lacrime, sbarramento del mento
<b>Gambe</b>	Posizione normale o rilassata	Si agita, si muove, levi	Stralci, o rabbia le gambe
<b>Attività</b>	Posizione calma, normale, si muove in modo regolare	Si commuove, si dimena, si muove a scatti, levi	Trattato, rigido o si muove a scatti
<b>Pianto</b>	Absenza di pianto durante la visita e durante il sonno	Canti o pianti occasionali	Pianto in modo continuo, che si interrompe, lamenti, squassi
<b>Consolabilità</b>	Soddisfatto, rilassato	E' consolato dal contatto corporeo, dall'abbraccio o dal tono della voce, o distorsione	Difficile da consolare e confortare

#### Bambino di età > 3 anni Scala di Wong-Baker

0 Nessun male  
2 Un po' di male  
4 Un po' più di male  
6 Ancora più di male  
8 Molto più di male  
10 Il peggior male possibile

#### Bambino di età ≥ 8 anni Scala numerica

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Il peggior dolore possibile

La scala di Wong-Baker è costituita da sei facce, da quella sorridente corrispondente a "nessun male" a quella che piange, corrispondente a "il peggior male possibile". Va somministrata al bambino chiedendogli di indicare "la faccia che corrisponde al male o al dolore che provi in questo momento". A ogni scelta corrisponde un numero che va da 0 a 10. Si usa generalmente il termine "male" per età dai 3 ai 5 anni, il termine "dolore" per età dai 6 ai 7 anni.

**La pratica in pillole per l'applicazione della scala di Wong-Baker**  
Per aiutare il bambino nella scelta, si può suggerire che la faccia corrispondente a nessun male (0) corrisponda alla "faccia molto felice perché non ha nessun male" e che quella estrema corrispondente al peggior male possibile rappresenti la "faccia che ha il peggior male che si possa immaginare, anche se non è necessario che tu pianga quando hai tutto quel male" (Copyright 1983, Wong-Baker FACESTM Foundation, www.WongBakerFACES.org. Used with permission).

**La pratica in pillole per l'applicazione della scala FLACC**  
E' determinante definire il punteggio per ogni item facendo riferimento anche allo stato del bambino:

1. Pazienti in stato di veglia: osservare il neonato/bambino da un minimo di almeno 1 minuto a un massimo 5 minuti. Osservare le gambe e il corpo non coperti da lenzuola o altro, osservare la reattività, la tensione e il tono muscolare del corpo. Attuare interventi consolatori se necessario.
2. Pazienti addormentati: osservare per almeno 5 minuti o più. Osservare il corpo e le gambe non coperti da lenzuola o altro. Toccare il corpo e valutare la tensione e il tono muscolare.

Ugnuna delle cinque categorie [Volto (V); Gambe (G); Attività (A); Pianto (P); Consolabilità (C)] viene conteggiata da 0 a 2, con un punteggio totale tra 0 e 10 (2002, University of Michigan, with permission).

Può essere usata anche dai genitori per il monitoraggio del dolore a domicilio.

Per i bambini d'età 8 anni, allorché cioè il bambino abbia acquisito le nozioni di proporzione, può essere utilizzata la scala numerica. Si tratta di una linea orientata orizzontalmente (lunghezza pari a 10 cm), associata a specifiche ancore verbali intermedie (per facilitare la valutazione del livello di dolore), e i cui estremi sono caratterizzati da "nessun dolore" e "il peggiore dolore possibile".

**La pratica in pillole per l'applicazione della scala numerica**  
Si chiede al bambino di indicare l'intensità di dolore che prova scegliendo o indicando il numero corrispondente. Può essere indicata anche ai genitori per il monitoraggio/misurazione del dolore a domicilio.

Clinica Pediatrica - Università di Padova  
Realizzazione curata dalla Dr.ssa Franca Benini "Responsabile del Centro Regionale Veneto di Terapia Analgesica e Cure Palliative Pediatriche".  
Contenuti estratti dal volume del Ministero della Salute "IL DOLORE NEL BAMBINO - Strumenti pratici di valutazione e terapia".





# Leggere, un atto d'amore!

**Angela Lanzoni**  
Insegnante Scuola Primaria,  
Castel San Pietro Terme, Bologna

Daniel Pennac, nel suo famoso testo "Come un romanzo", ci parla di come stimolare i ragazzi a leggere senza imposizioni e ad amare la lettura.

Dice Pennac: "Il verbo leggere non sopporta l'imperativo, avversione che condivide con alcuni altri verbi: ad esempio il verbo "amare" o il verbo "sognare"... Naturalmente si può sempre provare. Dai, forza: "Amami!" "Sogna!" "Leggi!" "Leggi! Ma insomma, leggi diamine, ti ordino di leggere!" "Sali in camera tua e leggi!" Risultato? Niente.

## Come nasce allora la passione per la lettura e come noi adulti possiamo stimolarla?

■ "Da bambina, nella mia casa, i libri non facevano parte dell'arredamento e la sola lettura che non fosse considerata inutile era quella dei libri di scuola. Dunque una lettura vissuta come dovere e, come tutti i doveri, eseguito con una grande fatica. Ci sono voluti alcuni fortunati incontri, un romanetto imprestatomi da un'amica, un compagno di scuola che mi piaceva e che mi parlava degli scrittori russi...rivelazioni che mi hanno portato a scoprire che leggere è innanzitutto un piacere, uno dei più grandi piaceri della vita e come tale non va mai imposto. Dopo essere diventata una lettrice appassionata ho deciso, dopo la terza media, di studiare per diventare maestra. Questo dunque ora è il mio lavoro: insegno ai bambini a leggere e ad amare ciò che leggono! I libri sono una delle cose più preziose che l'uomo abbia creato, quindi avvicinare i bambini alla lettura significa far loro un grandissimo regalo; infatti la lettura forma e arricchisce, ma solo quando è spontanea. Certo è dovere degli insegnanti e dei genitori spingere un poco i ragazzi all'amore per i libri, ma senza forzarli, perché la lettura è un mondo fantastico, in cui si entra per conto proprio.

## Qualche consiglio per i genitori

■ Abituare i bambini fin da piccolissimi ad avere a che fare con i

libri, a toccarli, a sfogliarli, ad annusarli, a pasticciarli, magari anche a scarabocchiarli. La loro presenza diventerà una costante nella loro vita. Cercate di lusingare i bambini, fin tanto che sono molto piccoli, con libri che siano vivaci, colorati e spiritosi; infatti, ciò che li colpisce soprattutto sono i colori e la forma delle cose. Leggete spesso per loro. Cominciate con una fiaba raccontata la sera prima di metterli a letto poi, quando avete un po' di tempo libero, leggete per loro: questo è il modo più sicuro di far scoprire loro la magia dei libri! Regalate loro dei libri e ogni occasione è buona... Natale, il compleanno, un bel voto a scuola, magari insieme ad altri giochi, ma non scordatevi mai di un libro. Stimolateli portandoli a visitare qualche grande libreria dove potranno divertirsi a girovagare fra gli scaffali. Lo spettacolo di migliaia di libri lascerà senz'altro qualcosa dentro di loro. Lasciateli liberi di scegliere quello che desiderano leggere, non imponete mai i vostri gusti! Fate loro capire in questo modo che si può leggere per puro piacere e non solo per obbligo. Lasciateli liberi di non leggere, di saltare le pagine, di non finire un libro visto come noioso. Non chiedete commenti, i libri non sono stati scritti perché i bimbi e i giovani li commentino ma perché, se ne hanno voglia, li leggano!

## Leggere in ospedale

■ La necessità di essere curati presso un Ospedale, comporta per il bambino spesso la perdita

del proprio benessere. Ma il fattore più importante è la perdita del proprio ambiente, delle abitudini consolidate, dei rapporti conosciuti e delle solite attività. Accanto a ciò, l'Ospedale rappresenta un incontro con la malattia, innanzitutto con la propria, poi con quelle degli altri, che spesso è ansiogeno. Anche l'incontro con gli operatori sanitari non è sempre facile: sono infatti vissuti in modo differente del medico di famiglia, conosciuto e frequentato con regolarità; questi operatori inoltre sono a volte portatori di messaggi di gravità e di sofferenza. In questa situazione emerge, accanto all'ansia e al timore, un intenso bisogno di normalità, che si esprime anche attraverso il desiderio di andare presto a casa, di vedere gli amici, di giocare, di tornare a scuola. Quando si è in queste situazioni, leggere aiuta moltissimo; innanzitutto perché la lettura è un atto che stimola positivamente la creatività del bambino; leggere è un atto di volontà che coinvolge le attività fantastiche, razionali e sentimentali ed induce quindi il lettore ad immaginarsi in luoghi e in situazioni diverse.

## Che libri scegliere? Quali libri leggere?

■ Le letture possono essere di vario genere: vanno benissimo i libri di fiabe, ma anche miti e leggende, favole, racconti e novelle, ma anche le filastrocche e le poesie possono essere estremamente utili! I libri vanno scelti nell'ambito di quelli che normalmente sono proposti per l'infanzia; vi invitiamo solo a considerare con attenzione la ricchezza dei contenuti in termini di comunicazione emotiva rispetto ai grandi sentimenti della vita: timori, speranze, gioie e sofferenze costituiscono la trama di molte storie. Tutti questi elementi infatti contribuiscono a offrire ai piccoli ricoverati un modo delicato, ma efficace, di prendersi cura della loro esperienza, restituendola all'ambito generale della vita e della crescita.

## Come leggere?

■ Non si deve imporre mai a un bambino di leggere, a maggior ragione quando si vive una situazione di malattia. Se il bimbo ha voglia di leggere da solo ed è in grado di farlo senza uno sforzo

eccessivo, lasciatelo fare, altrimenti leggete voi! La lettura ad alta voce svolta da un adulto aiuta, tra l'altro, a recuperare la fiducia nell'attenzione e nella capacità dei "grandi" di comprendere e di condividere e quindi anche di curare. Ascoltare un grande che legge una storia aiuta i bambini a superare e a ridimensionare i sentimenti di solitudine e di sofferenza che può provare. Quello che si sta vivendo può essere oltrepassato e ridimensionato, il vissuto di oggi diventa un pezzo nella continuità della propria storia di vita, c'è l'adesso, ma c'è anche quello che si è già vissuto insieme alla prospettiva del futuro. L'esperienza di ospedalizzazione e di malattia può essere meglio affrontata con un libro in mano. Ascoltare molte storie aiuta il bambino a riprendere il filo della propria storia, lo stimola a rimettersi in cammino, recuperando il percorso precedente. Ad alcuni bambini consente anche una maggiore elaborazione simbolica, che permette di ripensare e quindi anche di raccontare e magari anche di scrivere la propria vicenda, esponendo e superando in questo modo, la propria avventura in ospedale.



## UNA BIBLIOTECA PER LA PEDIATRIA

7 Marzo 2013: presso la Pediatria dell'Ospedale di Imola, c'è una nuova biblioteca! La Biblioteca per i ragazzi ricoverati è stata donata dall'Associazione "Pubblica Assistenza PaoLina" della città di Imola, utilizzando fondi raccolti tramite iniziative specifiche e donazioni spontanee.

«I libri sono stati scelti anche sulla base dei consigli di una pedagoga - spiega l'educatrice **Sabrina Bassi**, dell'associazione che ha curato il progetto e si rivolgono a una fascia di età che va da zero a 14 anni circa.

Alcuni titoli, solo per citarne alcuni **Le favole del Dottore**, **Il clown dottore** e le **Flastrocche scac-cia bua**, sono stati donati appositamente allo scopo di aiutare i piccoli pazienti, ma anche i loro familiari e gli stessi operatori sanitari, ad affrontare meglio il momento dell'ospedalizzazione, creando un

momento di intesa. La nuova biblioteca sarà anche uno strumento per le altre associazioni di volontariato che da anni operano in Pediatria, **Il ponte azzurro** e i **Clown di corsia della Croce rossa di Imola**. Il progetto punta a rendere l'ambiente ospedaliero meno distante dagli spazi quotidiani di vita dei piccoli e giovani pazienti».

## COS'È LA PUBBLICA ASSISTENZA PaoLina

Nata nel 2007, la Pubblica Assistenza PaoLina "Città di Imola" ha all'attivo tanti progetti rivolti a differenti aree d'intervento: trasporti e assistenza sanitaria, iniziative di utilità sociale, promozione culturale, aiuto internazionale per i minori che necessitano di interventi medici specialistici impossibili da realizzare nelle strutture locali e progetti di adozione a distanza.





# Arriva l'estate... CHE VOGLIA DI GELATO!

L'estate e il sole sono indissolubilmente legati per grandi e piccini alla voglia di gelato: il **94% degli italiani lo consuma in questa stagione.**

Il gelato è un alimento vero e proprio, adatto a tutte le età, dai bambini ai nonni.

Numerosi sono tuttavia i dubbi che tante mamme hanno sul consumo del gelato: potrà offrirlo serenamente al mio bambino? Sarà meglio quello artigianale o quello industriale? Meglio alla **frutta** o alle **creme**?

Care mamme, **il gelato non è un dissetante ma un vero e proprio alimento**, nel quale sono presenti **latte, uova, panna, cacao, frutta, fresca o secca, e dunque contiene i nutrienti che da questi ingredienti di base derivano: proteine, zuccheri, grassi, vitamine, minerali e persino fibra.** Possiamo dunque tranquillamente offrire un buon gelato ai nostri piccoli, ma nei momenti e nelle quantità giuste. Il gelato non dovrebbe essere mangiato alla fine di un pasto, ma può rappresentare un **ottimo spuntino di metà mattina o metà pomeriggio** da utilizzare anche **2-3 volte a settimana**, in modo da fornire circa il 10% delle calorie che si dovrebbero introdurre nell'arco della giornata.

Ciò ci porta alla scelta del tipo di gelato: bisognerà allora ricordare che quelli alla frutta contengono succo e polpa di frutta, cui viene aggiunta acqua o latte e zucchero (ma a volte anche albume e grassi vegetali); il sorbetto alla frutta invece non prevede l'aggiunta di grassi, mentre il ghiacciolo prevede l'utilizzo di acqua e zucchero con l'aggiunta di sciroppi o succhi di frutta (per legge è tuttavia ammessa la presenza di grassi e proteine del latte); infine, nei gelati alle creme vi sono zucchero, latte, panna, yogurt e uova, e, a questi ingredienti base, ne vengono aggiunti altri per definirne il gusto: ad esempio il cioccolato, le nocciole, il pistacchio ecc. Di conseguenza **100 grammi** di gelato alla frutta (un po' meno di un cono o coppetta artigianali piccoli) **forniscono circa 160 kcal**, la stessa quantità di gelato al cioccolato ne fornisce circa 230 e quello alla panna circa 320. Se dunque il **gelato alla frutta è un ottimo spuntino**, utile d'estate per sostituire cibi più grassi, quali merendine farcite, panini con salumi, o pizza, il **gelato alle creme po-**

trebbe essere consumato qualche volta **come pranzo**, accompagnato magari da frutta fresca. Il mercato presenta oggi un vasto ventaglio di scelte: dal gelato **industriale** a quello **artigianale**, fino alla possibilità di farlo in casa con piccoli elettrodomestici. Molte mamme sono scettiche nel dare ai propri figli il gelato industriale preferendo quello artigianale; in realtà l'**Istituto del gelato** ha emanato un regolamento che prevede una serie di dettami che devono rispettare tutte le aziende che producono gelato industriale:

- al gelato non devono essere aggiunti conservanti, per garantirne la conservazione nel tempo; è sufficiente mantenere la **catena del freddo**;
- gli **additivi** indispensabili per mantenere inalterate nel tempo le qualità organolettiche devono essere **sostanze naturali** o presenti in natura, come le lecitine, gli alginati, la farina di semi di carrube;
- i **coloranti**, devono essere obbligatoriamente di **origine naturale**, come la curcumina, l'estratto di paprika, il rosso di barbabietola, il caramello. Sono state anche emanate una serie di norme igieniche sugli ingredienti freschi, che devono essere opportunamente refrigerati e conservati, mentre la miscela degli ingredienti base deve essere prima pastorizzata e poi rapidamente raffreddata.

Naturalmente queste norme igieniche dovrebbero essere seguite anche nella produzione artigianale del gelato. Quindi se scegliamo il gelato artigianale per i nostri bambini scegliamo una gelateria che garantisca **sicurezza di produzione e conservazione** del gelato.

In conclusione, anche il gelato può entrare a pieno diritto a far parte di una **alimentazione sana ed equilibrata**, purché ricordiamo sempre una saggia considerazione di Paracelso: **"è solo la quantità che distingue il farmaco dal veleno"**.

Dott.ssa **Assunta Martina Caiazza**  
Medico Specialista  
In Scienza dell'Alimentazione

**CLUB  
4-10**  
coop

# LECCATEVI I BAFFI!

COPPETTA GELATO Club 4-10 Coop 50g con SORPRESA

EDIZIONE  
LIMITATA  
2013

**BUONA**  
ponte di fibre e patta con il  
**40% DI LATTE FRESCO**

NON  
CONTIENE  
OLIO DI  
PALMA E DI  
COCO



**PRATICA**  
in una coppetta richiudibile  
completa di palettina

**DIVERTENTE**  
contiene gli  
**STICKERS 3D**  
tutti da collezionare!

**SLURP!!**



Scopri gli altri gustosi gelati della gamma Club 4-10 Coop, tutti con SORPRESA:

- Stecchi gelato Club 4-10 Coop latte e fragola
- Biscottini gelato Club 4-10 Coop panna e cioccolato

**CLUB  
4-10**  
coop



# INTERNET TRA RISCHI ED OPPORTUNITÀ

## L'IMPORTANZA DELLA SUPERVISIONE DEI GENITORI

Giovanni Serpelloni<sup>1</sup>,  
Diana Candio<sup>2</sup>, Michele Brunetto<sup>2</sup>,  
Claudia Rimondo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento Politiche Antidroga,  
Presidenza del Consiglio dei Ministri  
<sup>2</sup>Sistema Nazionale di Allerta Precoce,  
Dipartimento Politiche Antidroga,  
Presidenza del Consiglio dei Ministri

### Quanto tempo passano gli adolescenti su Internet?

■ Otto adolescenti su dieci hanno un profilo su Facebook e sei su dieci possiedono uno smartphone, ormai diventato un fenomeno di massa. In maggioranza usano il computer in camera propria (68%) e non in uno spazio comune della casa, e hanno quindi meno possibilità di essere controllati. Più del 50% degli adolescenti va a dormire dopo le 23,

anche se il giorno successivo devono andare a scuola, e la percentuale sfonda il 90% se invece non ci sono lezioni. Le ore notturne sono quelle preferite per la navigazione in Internet. Il quadro sulla diffusione e sull'uso di Internet tra gli adolescenti italiani emerge dall'edizione 2011-2012 dell'indagine 'Abitudini e Stili di Vita degli Adolescenti' della Società Italiana di Pediatria, che ha intervistato un campione nazionale rappresentativo di 2.081 studenti di terza media (13 anni). La percentuale di adolescenti che si collega quotidianamente alla rete è pari al 70%: questa sale al 76% nelle grandi città. A collegarsi per più di 3 ore al giorno è il 17% (media nazionale) che sale al 25,4% nelle metropoli. Ad avere il profilo sul Facebook è l'80%

ma nei grandi centri urbani si supera l'85%. Alla domanda "Ti è mai capitato, in Internet, di ricevere da uno sconosciuto la richiesta di..." il 27% ha risposto di aver fornito il nome della scuola frequentata, il 25% di aver inviato una propria fotografia o il proprio numero di telefono, il 23% ha accettato di farsi vedere tramite webcam.

Da qui emerge la riflessione sull'importanza di una supervisione genitoriale nei confronti dei figli, specie se minorenni, rispetto all'uso di Internet e all'applicazione al pc di casa di software studiati appositamente per le famiglie che permettono anche ai più piccoli di navigare in sicurezza.

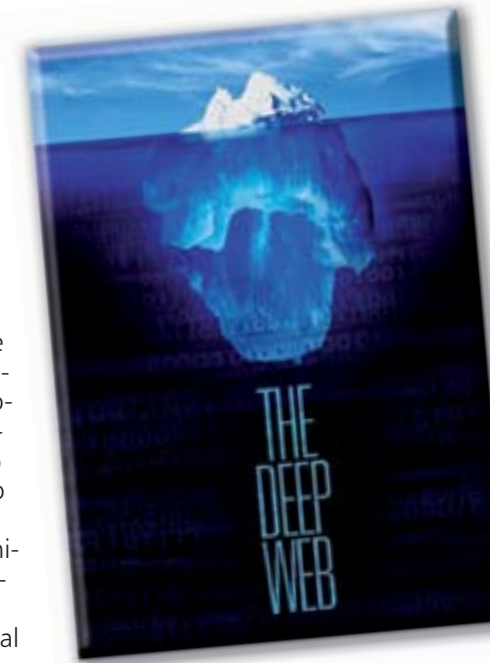
### Opportunità e rischi della rete

■ Le dinamiche sessuali, il cyberbullismo, l'iniziazione all'uso di alcol, tabacco e sostanze illecite, lo spettro della dipendenza da Internet, l'adescamento in rete, le darknet, sono solo alcuni degli spettri e delle minacce che fanno percepire i social media come un potenziale pericolo. In realtà, Internet e i social media - ossia le tecnologie e pratiche online che le persone adottano per condividere contenuti testuali, immagini, video e audio - possono esercitare sia effetti positivi che negativi sugli utenti. Le modalità con cui tali strumenti vengono impiegati determinano l'influenza che hanno su di noi e su chi ci circonda. In altre parole anche se ci sono pericoli reali e se alcuni adolescenti possono essere particolarmente vulnerabili, l'approccio educativo e pedagogico moderno deve considerare le potenzialità di questi strumenti e pensare alla rete come a qualcosa di fisiologi-

co, non di patologico. Internet infatti è parte integrante dell'esperienza adolescenziale e si colloca nel contesto di un sistema di comunicazione in continua evoluzione. La vera sfida culturale per le figure educative - genitori, insegnanti, educatori - è rappresentata dal saper sfruttare le opportunità positive della rete e dall'educare al suo uso consapevole e responsabile. Un esempio di declinazione "positiva" degli strumenti offerti da Internet è rappresentato dall'esperienza del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri - in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - rispetto al progetto EDU e alla rete nazionale di portali informativi ed interattivi per le scuole, finalizzati al supporto e all'informazione di studenti, insegnanti e genitori per la prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti tra i giovani (<http://www.drogaedu.it/>). L'obiettivo è quello di aumentare la conoscenza e la consapevolezza degli effetti derivanti dall'utilizzo di sostanze stupefacenti, attraverso strumenti che forniscono notizie scientificamente corrette e messaggi chiari, coerenti ed attendibili, diversificati in base al target destinatario.

### Che cosa è il deep web?

■ Si chiama deep web quella grande porzione di rete web per molti sconosciuta perché non segnalata attraverso i più comuni motori di ricerca. Si stima che il deep web sia 550 volte la grandezza del Web comunemente inteso. Il web è un mondo complesso costituito da una miriade d'informazioni multimediali che scorrono attraverso Internet archiviandosi come libri in una grande biblioteca. Nell'immaginario comune viene rappresentato come un iceberg, dove la parte emersa è definita "Surface" mentre la parte sott'acqua rappresenta il "deep web" o web profondo. I motori di ricerca come Google, Yahoo e Bing individuano i documenti presenti sulla superficie "Surface", perché utilizzano un



linguaggio informatico riconoscibile. Se invece il linguaggio di programmazione cambia, servono allora strumenti di ricerca diversi per individuare i contenuti che sfuggono ai motori "tradizionali". Questi contenuti vengono collocati nel deep web, una realtà virtuale in gran parte ancora sconosciuta, dove le regole non sono ben chiare e quindi tutto è ipoteticamente possibile.

Nel deep web ci sono siti dove scambiare musica e libri, scaricare manuali e ricerche scientifiche consultabili liberamente e gratuitamente. Accanto a questi, sono rintracciabili, però, anche contenuti non educativi e materiali illegali, che sono stati definiti in termini giornalistici come darknet (letteralmente *rete oscura*). In realtà, le darknet sono tutte quelle reti realizzate con linguaggi informatici che garantiscono l'anonimato e che restringono l'accesso alle sole persone che conoscono i codici di programmazione. Le darknet rappresentano reti virtuali private di comunicazione e scambio di informazioni, piuttosto che coincidere con traffici illeciti presenti nel deep web. Tuttavia, queste sono state sfruttate da organizzazioni criminali con fini illeciti (traffico di armi, di droghe, pedopornografia, ecc.), proprio per la possibilità di garantire protezione e anonimato.

Non bisogna essere degli hacker per identificare una rete darknet con contenuti illegali, ma è comunque necessario avere una certa dimestichezza con il "mondo virtuale". Per procurarsi sostanze stupefacenti, ad esempio, è necessario essere in grado di individuare particolari siti spesso gestiti da comunità segrete, difficilmente rintracciabili. L'acquisto, inoltre, è vincolato dal possesso del bitcoin, una moneta sconosciuta nel mondo reale, anonima e non tracciabile, reperibile online su siti specializzati pagando con una tradizionale carta di credito. Ciò deve rappresentare uno stimolo per i genitori per informarsi ed aggiornarsi rispetto alla rete, al fine di saper guidare i propri figli nella navigazione online e di evitare spiacevoli sorprese.

### Cyberbullismo

■ Secondo l'indagine della SIP, il 43% dei tredicenni è vittima di cyberbullismo, ovvero di offese e molestie perpetrate in rete, specie sui social network attraverso e-mail, messaggistica istantanea, blog, chat. Rispetto al bullismo tradizionale, il bullismo elettronico permette un maggiore anonimato del molestatore, che può condurlo a fare o dire in rete cose che nella vita reale non farebbe o direbbe. Inoltre, mentre il bullismo tradizionale avviene di solito in luoghi e momenti specifici (ad esempio in contesto scolastico), il bullismo elettronico investe la vittima ogni volta che si collega al mezzo elettronico utilizzato dal molestatore. Infine, può risultare più difficile controllare le comunicazioni che avvengono in chat e attraverso la messaggistica istantanea. Per tale motivo, il bullismo elettronico può essere maggiormente nascosto al mondo degli adulti. A questo si aggiungono quindi il disagio, la mortificazione, la vergogna provati da chi è vittima di tali comportamenti, che possono rendere ancora più difficile, per un'adolescente, affrontare il problema in modo aperto, coinvolgendo i propri genitori.





## Educare i figli ma soprattutto i genitori

■ Quali sono, quindi, le regole che i genitori, ma anche gli insegnanti e gli educatori, possono adottare per accompagnare i bambini e i giovani in una navigazione serena e sicura? Il primo aspetto da affrontare riguarda il fatto di non dare per scontato che i ragazzi sappiano effettivamente cos'è Internet. E' necessario esplicitare con loro che non si tratta di un gioco, ma di una realtà che offre la possibilità di mettersi in contatto con altre persone, e che esistono delle regole di utilizzo che è bene rispettare per la propria sicurezza. Infatti, in rete si può essere contattati da persone sconosciute che richiedono informazioni di carattere personale. L'indagine SIP evidenzia, ad esempio, che circa l'11% degli adolescenti intervistati ha diffuso in rete foto "provocanti", evidenziando un comportamento disinibito ed inconsueto da parte dei giovani. Un altro aspetto molto importante riguarda il luogo dove posizionare il computer, che deve essere in uno spazio accessibile e condivisibile da tutta la famiglia e, quindi, non nella stanza dei figli. Ciò aumenta la possibilità di esercitare un effettivo controllo da parte dei genitori sull'utilizzo del pc evitando, ad esempio, la navigazione notturna. E' importante stabilire un limite temporale alla navigazione su Internet e visionare i siti frequentati dai figli. I genitori hanno il diritto di conoscere chi frequenta il pro-

prio figlio, nella vita reale così come nella realtà virtuale. Ad esempio, rispetto al social network Facebook, si può concordare la creazione di un profilo che viene monitorato dai genitori. I genitori, inoltre, dovrebbero riuscire a stimolare il pensiero critico dei figli rispetto alle informazioni reperibili sul web, per evitare di subire passivamente tali contenuti ed esserne influenzati. In particolare, è opportuno riuscire a verificare la veridicità delle affermazioni diffuse in rete e l'affidabilità delle fonti informative. Ad esempio, sulla base dell'esperienza fatta con gli interventi educativi nelle scuole nell'ambito del progetto EDULife del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri - in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - è emerso che molti studenti hanno letto in Internet che fumare marijuana provocherebbe meno danni alla salute rispetto ad una sigaretta e, per tale ragione, ne giustificano l'uso. Risulta chiara, quindi, la mancanza di informazioni corrette da un punto di vista scientifico rispetto all'argomento e la mancanza di un ragionamento critico rispetto alle fonti che diffondono tali tipi di informazioni. La pianificazione e la condivisione di regole rispetto alla navigazione in Internet rappresenta un'efficace strategia educativa che, attraverso un approccio autorevole, riconosce e rispetta diritti e doveri dei figli ma anche dei genitori.

## La monotonia a tavola è spesso colpa della mamma

■ Sette mamme su dieci non propongono mai ai figli cibi che non gradiscono. Lo ha dimostrato una ricerca nel Lazio su bambini di 3-6 anni. Si impone così la necessità di promuovere un'educazione alimentare mirata ai primi anni di vita e tale da incentivare il più possibile la varietà agendo sulle famiglie e in particolare sulle mamme, prime responsabili del menu giornaliero. Obesità e sovrappeso, con le relative complicanze associate, si possono e si devono prevenire anche con queste strategie ■

## Sigarette elettroniche vietate fino alla maggiore età

■ Con un'ordinanza è stato innalzato il divieto di vendita delle sigarette elettroniche con presenza di nicotina da 16 a 18 anni fino al 31 ottobre 2013. La motivazione è sostenuta dalle valutazioni dell'Istituto Superiore di Sanità: anche per i prodotti a bassa concentrazione, la dose quotidiana accettabile di nicotina, come determinata dall'Agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA), è superata anche solo con un uso moderato delle sigarette elettroniche ■



Solo su **sky** Canale 137

**easy baby**

Un Comitato Scientifico sempre a tua disposizione su [www.easybaby.it](http://www.easybaby.it): una scelta da fare sulla scuola? Capricci? Difficoltà a far dormire il tuo bambino? Una scelta da fare sulle attività extrascolastiche? L'apprendimento di una seconda lingua? Come scegliere la babysitter?



Scrivici o consulta [www.easybaby.it](http://www.easybaby.it), il portale per genitori che ti svela tutti i "Come...". Perché... Bambini si nasce, genitori si diventa!



# LO SCREENING UDITIVO NEONATALE



**Angelo Rizzo**

*Direttore UOC Terapia Intensiva Neonatale  
e Neonatologia del P.O. G.F. Ingrassia  
Palermo*

La sordità o ipoacusia congenita rappresenta sicuramente un importante problema sociale. La sua frequenza è relativamente elevata, colpisce infatti da uno a tre neonati su mille, senza differenze di sesso e con incidenza maggiore nelle regioni meridionali del nostro Paese.

L'ipoacusia congenita ha in più della metà dei casi origine genetica ed il tipo di difetto più frequente è l'incapacità di sintetizzare una proteina necessaria alla funzione uditiva. I soggetti portatori sani del difetto, cioè con udito normale, sono relativamente numerosi e dalla loro unione possono nascere bambini con sordità congenita.

Altra importante causa è rappresentata da alcune malattie infettive, soprattutto virali, che colpiscono la madre durante la gravidanza, spesso senza sintomi appariscenti; la rosolia, prima dell'avvento della vaccinazione di massa, era la maggiore responsabile di sordità congenita, associata ad altre gravi alterazioni. Attualmente è l'infezione da Citomegalovirus durante la gravidanza la causa non genetica più frequente di ipoacusia neonatale. La diagnosi può essere occasionale, perché la malattia dà scarsi sintomi nella madre e la maggior parte dei neonati, infettati per passaggio del virus attraverso la placenta, è del tutto asintomatico alla nascita, ma potrà sviluppare in seguito, anche a distanza di oltre un anno, una sordità progressiva.

La diagnosi può essere posta nella madre mediante il dosaggio regolare degli anticorpi anti-citomegalovirus durante la gravidanza e, in caso di infezione intrauterina sospetta, la ricerca del virus nel sangue, nelle urine o nella saliva del neonato confermerà la diagnosi. Sarà così possibile praticare una terapia specifica, spesso in grado di evitare, o almeno limitare, il deficit uditivo. Se la sordità congenita non viene diagnosticata precocemente è causa di grave disabilità, con irreversibili alterazioni del linguaggio e deficit nell'apprendimento e relazionale. Solamente la sua individuazione precoce, prima del 5°-6° mese di vita ed il ricorso immediato a programmi riabilitativi e di logopedia fino all'utilizzo di protesi uditive nei gradi più severi e bilaterali, è in grado di assicurare uno sviluppo psicointellettivo del bambino pressoché normale.

La diagnosi precoce dei neonati affetti è possibile con l'attuazione di semplici indagini, attualmente proposte come programma di screening neonatale universale, che copre cioè almeno il 95% di tutti i nati del territorio nazionale, ma purtroppo non ancora realizzato in tutte le realtà. Al contrario, in assenza di test strumentali la diagnosi viene spesso posta non prima del 1° anno di vita o anche più tardi, quando i danni sono in gran parte irreversibili.

Lo screening uditivo è oggi possibile mediante l'utilizzo di semplici apparecchi, capaci di dare le risposte in pochi minuti. L'esame, chiamato valutazione delle otoemissioni acustiche transitorie (TEOAE), non è invasivo né doloroso e consiste

nell'applicazione di un piccolo auricolare al neonato durante il sonno tranquillo, anche tra le braccia della madre, attraverso il quale l'apparecchio emette dei deboli segnali acustici e registra ed analizza automaticamente le risposte. La procedura dura pochi minuti e, ove attivo il programma di screening, deve essere eseguita a 24-48 ore di vita, preferibilmente nel punto nascita. Come tutti i test di screening esiste la possibilità dei cosiddetti "falsi positivi", cioè rilevare risposte alterate in neonati perfettamente sani. Per tale motivo il test si ripete entro sette giorni e solamente in caso di risultato ancora positivo il piccolo verrà sottoposto ad indagini più approfondite nei Centri di audiologia di 2° livello. E' necessario tranquillizzare le mamme in caso di risultato positivo al 1° test TEOAE in quanto i test di screening non sono procedure diagnostiche e la loro finalità è quella di individuare gli individui a rischio, da sottoporre ad ulteriori indagini per raggiungere una diagnosi di certezza. Lo screening uditivo neonatale è accettabile, sicuro, sensibile e sostenibile. Come già avviene per alcune malattie congenite come l'ipotiroidismo, la fenilchetonuria e la fibrosi cistica, la cui frequenza è peraltro sensibilmente inferiore a quella della sordità congenita, bisogna estendere al più presto l'esecuzione dell'esame delle emissioni otoacustiche in tutti i punti nascita del territorio nazionale; si potrà così eliminare nel nostro Paese la piaga sociale del neonato con ipoacusia congenita grave non trattata correttamente e per questo condannato ad una vita di grave disagio.



# La pertosse una malattia dimenticata

Alessia Stival, Sabrina Becciani,  
Martina Giacalone, Elena Chiappini,  
Luisa Galli  
Dipartimento di Scienze della Salute,  
Università di Firenze

La pertosse (o tosse canina o tosse convulsa) è una malattia infettiva, molto contagiosa, causata da un batterio, la *Bordetella pertussis*, che si localizza preferibilmente nelle cellule di rivestimento dell'apparato respiratorio. Il contagio avviene per via aerea, da persona a persona, attraverso le goccioline di saliva emesse da un soggetto infetto con la tosse, gli starnuti o anche semplicemente parlando. Il picco di incidenza si verifica in inverno e in primavera. In Italia e negli altri Paesi industrializzati, nonostante l'elevato tasso di copertura vaccinale raggiunto, la pertosse rimane un importante problema di sanità pubblica, con una mortalità tra i bambini sotto l'anno di età dello 0,2%. In media, circa il 20% dei casi di pertosse vengono ospedalizzati, fino a raggiungere percentuali oltre il 50% nei lattanti.

## Quando sospettare la pertosse

La malattia esordisce più frequentemente dopo un periodo di incubazione che può variare da un minimo di 6 ad un massimo di 20 giorni, con una tosse lieve, accompagnata da febbre moderata

e copiose secrezioni nasali. Questa prima fase, definita catarrale, dura da 1 a 2 settimane ed è seguita, nelle forme tipiche, dalla fase convulsiva, che può durare fino a oltre 6 settimane. Quest'ultima è caratterizzata da accessi incontenibili di tosse stizzosa, che si concludono con un tipico "urlo inspiratorio", a volte seguiti da conati di vomito.

**A**lcune realtà internazionali, come Germania, Francia e Belgio, stanno sperimentando con successo una nuova strategia, il *cocooning* (letteralmente "bozzolo"), che consiste nel fornire indirettamente protezione al neonato e al lattante attraverso la vaccinazione dei suoi familiari conviventi e degli altri contatti stretti. Nel nostro Paese la strategia *cocoon* è stata recentemente menzionata nella Proposta di Calendario Vaccinale per gli adulti e gli anziani della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, ma rimane ancora raramente praticata.

La pertosse può presentarsi in forma atipica negli adolescenti, negli adulti e nei bambini molto piccoli; in questi ultimi, al termine dell'attacco di tosse, invece dell'urlo inspiratorio può manifestarsi apnea e soffocamento. Dopo la fase convulsiva segue un periodo di convalescenza di 1-2 settimane. Il soggetto affetto da pertosse è contagioso dall'inizio della fase catarrale fino a tre settimane dal-

l'inizio della fase convulsiva. Nei bambini piccoli le complicazioni più gravi sono costituite da sovrainfezioni batteriche, che possono portare a otiti, polmoniti, bronchiti o addirittura affezioni neurologiche (crisi convulsive, encefaliti). La malattia è tanto più grave quanto più precocemente colpisce il bambino, fino addirittura a risultare fatale.

## Chi è a rischio di pertosse

I bambini sono suscettibili alla pertosse fin dalla nascita, in quanto gli anticorpi materni, anche se presenti, non sembrano in grado di proteggere i neonati dall'infezione. Di conseguenza i soggetti a maggior rischio sono i lattanti sotto l'anno di età, non ancora vaccinati o vaccinati in modo incompleto, infatti il 70-80% delle morti totali per pertosse avviene in questa fascia di età. La pertosse lascia un'immunità che declina lentamente nell'arco di 5-8 anni, sia dall'infezione primaria che dalla vaccinazione. Pertanto, in epoca post-vaccinale, adolescenti ed adulti sono le fasce di età più colpite e costituiscono la fonte principale di contagio per neonati e lattanti. Inoltre, persone che hanno avuto la pertosse da bambini possono, in età adulta o avanzata, andare incontro nuovamente alla malattia, anche se in forma più attenuata e/o atipica e trasmettere l'infezione ai soggetti suscettibili.

## La vaccinazione in età pediatrica

L'unica valida arma di prevenzione contro questa infezione è la vaccinazione. Attualmente in Italia il tasso di copertura supera il 95%, con scarse differenze tra le varie regioni. Negli ultimi decenni è disponibile il vaccino acellulare (aP), contenente cioè soltanto alcuni componenti del batterio, che provoca un minor numero di reazioni avverse, pur conservando una elevata efficacia protettiva. Per l'immunizzazione dei nuovi nati oggi viene utilizzato il vaccino esavalente, che oltre a proteggere contro la pertosse previene anche il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite B e le infezioni invasive da *H. influenzae*. Il ciclo di base è costituito da tre dosi di vaccino, da somministrare entro il primo anno di vita (al terzo, quinto e dodicesimo mese). La reazione più frequente al vaccino è la febbre che si può avere in circa un terzo dei bambini. Reazioni locali si verificano nel 20% dei casi e comprendono dolore, rossore e gonfiore nel punto dove è stata eseguita l'iniezione. In genere, anche quando la copertura non è totale, la pertosse nei soggetti vaccinati si presenta in forma più lieve che nei non vaccinati. L'efficacia della vaccinazione si riduce con il passare del tempo per questo è importante eseguire i richiami previsti. Il calendario vaccinale di molti Paesi comprende attualmente una dose di richiamo in età prescolare (in Italia tra i 5-6 anni d'età) e negli adolescenti (in Italia solo in alcune regioni). Una tale strategia non si limita a proteggere questi gruppi di età, ma anche a ridurre le possibili fonti di contagio nella popolazione, proteggendo indirettamente i lattanti, che sono più a rischio di sviluppare complicanze.

## La vaccinazione in età adulta

La popolazione adulta rappresenta un altro importante target della vaccinazione. In oltre il 75% dei casi, infatti, l'infezione è trasmessa da un familiare, in particolare modo dalla madre. In risposta a

tale evidenza è stato proposto un richiamo contro la pertosse nell'immediato post-partum, che però si è dimostrato insufficiente a proteggere i nuovi nati. È stata, dunque, valutata la possibilità di vaccinare la donna in gravidanza, ma anche questa iniziativa, sebbene più promettente, non ha portato i risultati desiderati. Per quanto riguarda la restante popolazione adulta, il Piano Nazionale Vaccini 2012-2014, riproponendo i suggerimenti del Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, suggerisce di sottoporre, oltre agli adolescenti, anche gli adulti a periodici richiami con dosi ridotte di antigeni pertossici per evitare di costituire serbatoi d'infezio-



ne che potrebbero sminuire il buon esito della vaccinazione. In pratica si propone la somministrazione di un vaccino combinato antidifterico-tetanicopertossico acellulare per adulti in occasione dei richiami decennali previsti per tetano e difterite. I risultati dei primi studi sembrano confortanti, ma è necessaria una valutazione su scala più ampia. Il Ministero della Salute raccomanda in particolare la vaccinazione agli operatori sanitari e a chi lavora a contatto con i bambini, come gli operatori degli asili nido.

## Cosa fare quando si sospetta la pertosse

Poiché una tosse di lunga durata può essere espressione di diverse situazioni patologiche (per

esempio asma, broncopolmoniti, reflusso gastroesofageo) più difficilmente i medici, in assenza di dati epidemiologici significativi, sono indotti a pensare alla pertosse. Una tosse persistente, senza febbre, in un bambino che gode complessivamente di buona salute e che, nonostante le cure, peggiora progressivamente anziché migliorare, deve porre il sospetto di pertosse.

Essendo di origine batterica la pertosse può essere curata con gli antibiotici, nello specifico antibiotici della famiglia dei macrolidi, che vanno però assunti tempestivamente perché dopo la fase catarrale sono inefficaci in quanto ormai è stata prodotta la tossina che provoca gli attacchi di tosse. Considerato il rischio di prognosi infausta, per i lattanti è generalmente indicato il ricovero ospeda-

liero, così pure nei bambini a rischio di complicazioni quali bambini con precedenti di malattie polmonari. Per ridurre frequenza e intensità degli attacchi di tosse i genitori possono mantenere umidificata la cameretta del bambino ed evitare l'esposizione ad irritanti come il fumo di sigaretta, lo smog e la polvere. Pasti piccoli e frequenti sono utili per evitare lo stimolo della tosse e il vomito. Il vero rimedio contro la pertosse rimane comunque la vaccinazione, che conferisce una protezione di circa l'85%. Gli esperti ritengono che fino all'80% dei membri di una famiglia non immunizzata possano sviluppare la pertosse vivendo nella stessa casa di un soggetto infetto; per questo motivo, chiunque entri in stretto contatto con un malato, indipendentemente dallo stato vaccinale (perché l'immunità non è assoluta), dovrebbe assumere la profilassi antibiotica. È importante, infine, ricordare che la pertosse è una malattia sottoposta ad obbligo di notifica e la legge italiana prevede la riammissione a scuola dopo almeno 5 giorni dall'inizio della terapia antibiotica.

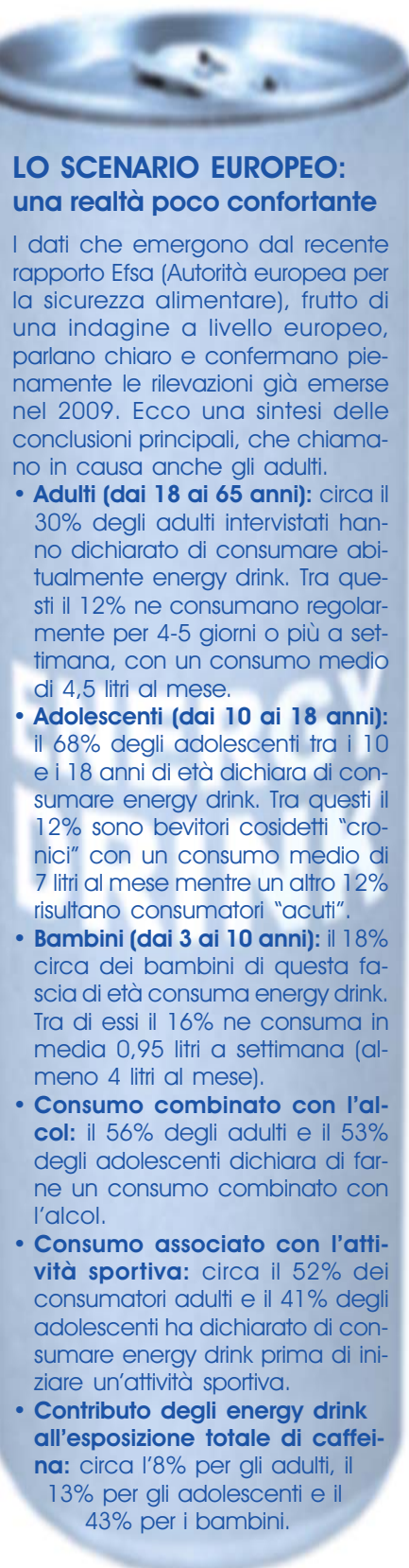


# Bevande energizzanti

Le assumono i due terzi degli adolescenti, ma non mancano i baby consumatori

Piercarlo Salari  
Pediatra di Consultorio, Milano

Non è la prima volta che l'assunzione di bevande da parte dei bambini diventa argomento di discussione per non dire di preoccupazione. Fino a qualche tempo fa l'attenzione era focalizzata sui cosiddetti "soft drink", cioè le comuni bibite gassate e/o dolcificate, il cui consumo eccessivo rientra tra le abitudini scorrette più diffuse e spesso associate a sovrappeso e obesità. Attualmente, però, a destare allarme sono gli "energy drink", ossia bevande finalizzate a dare carica, sensazione di forza, instancabilità, resistenza e potenza. Gli energy drink si sono affacciati in epoche più recenti ma hanno fatto presa con sorprendente rapidità grazie a politiche commerciali e pubblicitarie aggressive e di notevole impatto visivo: contengono sostanze stimolanti quali caffeina, taurina, guaranà, ginseng e niacina e vengono assunti dai bambini già a partire dai tre anni d'età oltre che dal 68% degli adolescenti. In effetti questa moda trae spunto proprio dal mondo dello sport, in cui da sempre la ricerca della forma fisica attraverso integratori e sostanze naturali è un obiettivo perseguito sin dai ragazzi alle prime armi, che mirano a raggiungere proprie mete se non a diventare veri atleti professionisti. Soft ed energy drink, dunque, sono rappresentativi di due fenomeni paralleli e non complementari, da differenziare opportunamente dall'abuso di bevande alcoliche. Va poi sottolineato che la normativa italiana è più rigorosa sul contenuto di caffeina, che in una lattina da 250 ml non deve superare gli 80 mg, pari a una tazzina di caffè.



## LO SCENARIO EUROPEO: una realtà poco confortante

I dati che emergono dal recente rapporto Efsa (Autorità europea per la sicurezza alimentare), frutto di una indagine a livello europeo, parlano chiaro e confermano pienamente le rilevazioni già emerse nel 2009. Ecco una sintesi delle conclusioni principali, che chiamano in causa anche gli adulti.

- **Adulti (dai 18 ai 65 anni):** circa il 30% degli adulti intervistati hanno dichiarato di consumare abitualmente energy drink. Tra questi il 12% ne consumano regolarmente per 4-5 giorni o più a settimana, con un consumo medio di 4,5 litri al mese.
- **Adolescenti (dai 10 ai 18 anni):** il 68% degli adolescenti tra i 10 e i 18 anni di età dichiara di consumare energy drink. Tra questi il 12% sono bevitori cosiddetti "cronici" con un consumo medio di 7 litri al mese mentre un altro 12% risultano consumatori "oculi".
- **Bambini (dai 3 ai 10 anni):** il 18% circa dei bambini di questa fascia di età consuma energy drink. Tra di essi il 16% ne consuma in media 0,95 litri a settimana (almeno 4 litri al mese).
- **Consumo combinato con l'alcol:** il 56% degli adulti e il 53% degli adolescenti dichiara di farne un consumo combinato con l'alcol.
- **Consumo associato con l'attività sportiva:** circa il 52% dei consumatori adulti e il 41% degli adolescenti ha dichiarato di consumare energy drink prima di iniziare un'attività sportiva.
- **Contributo degli energy drink all'esposizione totale di caffeina:** circa l'8% per gli adulti, il 13% per gli adolescenti e il 43% per i bambini.

Il Dipartimento per le politiche antidroga (Dpa) della Presidenza del Consiglio dei ministri e varie istituzioni e società scientifiche da tempo si sforzano di richiamare l'attenzione su questo fenomeno, che nei ragazzi sembra aumentare a dismisura nella stagione estiva, quando più forte è l'esigenza di bere e maggiore è la sensazione di spossatezza. La vera preoccupazione, a monte di tutto, riguarda però la mancanza di conoscenza degli effetti: gli energy drink sono infatti ancor più facilmente reperibili degli alcolici e non è possibile una stretta sorveglianza del loro utilizzo.

Più rischiose sono le occasioni di ritrovo, in cui è più facile per i giovani perdere di vista il quantitativo assunto, tanto che si stima che in una serata un ragazzo possa assumere parecchi drink, fino a un quantitativo complessivo di caffeina di 1.500 mg. Tra i professionisti sanitari la figura del pediatra è quella che meglio risponde ai requisiti di una sentinella comportamentale e sociale. Va tuttavia precisato che il pediatra di famiglia segue normalmente i propri assistiti fino ai 14 anni, anche se talvolta i genitori preferiscono consultarlo anche oltre, essendo il medico che ha seguito i loro figli sin dalla nascita o per gran parte della loro esistenza.

Occorrono molto tatto e circospezione nell'indagine su abitudini che difficilmente un adolescente rivelerà di propria iniziativa, anche perché non ha la percezione dei potenziali rischi. Da qui l'importanza dei genitori, che possono fornire informazioni preziose sul contesto di vita familiare e sui comportamenti dei propri figli.

## Gli elementi utili da VERIFICARE E VALUTARE

- **Conoscenza di nomi commerciali e ingredienti di integratori ed energy drink.**
- **Desiderio ossessivo di migliorare le performance sportive.**
- **Resa scolastica: un eventuale calo senza cause apparenti e un cambiamento del comportamento in classe possono essere indizi utili.**
- **Disturbi del sonno, irritabilità e nervosismo possono rendere consigliabile un'indagine sulle abitudini del ragazzo, che deve includere il fumo, l'assunzione di sostanze, le amicizie e i legami affettivi.**



## Le conseguenze di un abuso di energy drink

■ In caso di eccessivo consumo di bevande energizzanti si possono identificare due ordini di rischi: conseguenze immediate, rappresentate dall'accelerazione del battito cardiaco e quindi a comparsa di episodi di tachicardia e ipertensione, vomito, malessere, calo dell'attenzione e della vigilanza (ancora più pericolosa se il ragazzo è alla guida di un ciclomotore); e conseguenze nel più lungo termine, quali dipendenza, riduzione della memoria e delle capacità cognitive, erosione dello smalto dentario.

Va da sé che i rischi si amplificano se agli energy drink vengono associati alcol e sostanze stupefacenti, come purtroppo avviene talvolta nelle discoteche. Va sottolineato che gli energy drink sono oggetto di preoccupazione non soltanto socio-sanitaria ma anche politica.

## Le soluzioni possibili

■ L'atteggiamento proibizionista serve a poco e può essere addirittura controproducente. Sarebbe invece auspicabile una maggiore informazione non soltanto ai ragazzi ma anche alle loro famiglie e in particolare alle mamme, che il più delle volte danno un'impronta decisiva allo stile di vita familiare e gestiscono la spesa al supermercato. Vale forse la pena di ricordare che il "mito del ricostituente" non è poi culturalmente molto distante dal doping sportivo come pure dall'energy drink. Il concetto di demandare il compito di risolvere un problema o migliorare una condizione a un prodotto, qualunque esso sia, può essere trasmesso al bambino molto precocemente, facendogli credere che sia sufficiente un integratore per guarire più in fretta o per non riammalarsi. In fondo anche l'energy drink può essere considerato una soluzione simile per vincere la stanchezza e affrontare gli impegni quotidiani in una maniera semplice, rapida, efficace e perfino piacevole e accattivante.





# Il ruolo del latte nella dieta dai 12 ai 36 mesi

## Micro e macro nutrienti

**Claudio Maffeis**  
Dipartimento di Scienze della Vita e della Riproduzione dell'Università di Verona

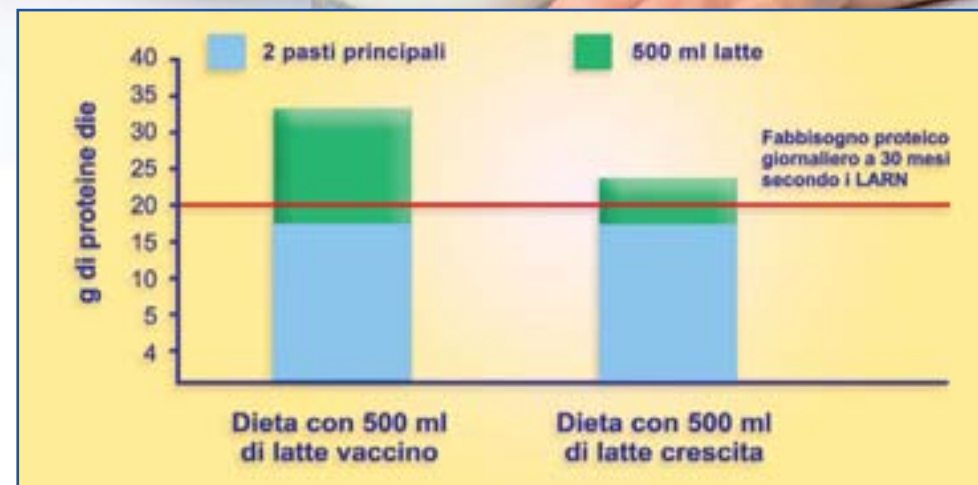
Nel secondo e terzo anno di vita l'attenzione prestata dalle mamme alle caratteristiche della nutrizione del loro bambino è concentrata soprattutto sulla quantità: l'importante è che mangi! Meno sulla composizione della dieta. Al contrario, anche la nutrizione nei secondi dodici mesi di vita gioca un ruolo importante per l'accrescimento e lo sviluppo del bambino e contribuisce in modo rilevante al processo di programmazione metabolica a lungo termine, cioè alla salute di domani. Pertanto, l'invito è di concordare con il pediatra una "strategia" nutrizionale efficace, che risponda alle evidenze scientifiche più solide e che tenga conto dei fabbisogni sia di energia che di nutrienti del singolo bambino, combinandole sinergicamente con le tradizioni e gli usi della sua famiglia. L'obiettivo è evitare al contempo eccessi e carenze di energia e nutrienti, alimentando il piccolo nei tempi e nei modi adeguati. L'errore più comune è offrire al bimbo una quantità eccessiva di proteine. La quota proteica necessaria è infatti modesta. L'organismo non è in grado di accumulare a deposito le proteine assunte in eccesso del fabbisogno ed è quindi costretto a ossidarle. Questo comporta un aumento del lavoro di fegato e rene, oltre ad uno stimolo alla secrezione di ormoni quali insulina e IGF-1. L'aumento della secrezione di questi ormoni è ritenuto fattore favorente l'aumento eccessivo del tessuto adiposo anche

nel medio-lungo termine. Quindi l'eccesso di proteine favorirebbe la comparsa dell'obesità, che è oggi il problema metabolico di gran lunga più comune nell'età pediatrica.

**Fabbisogni proteici LARN**  
(Livelli di Assunzione Raccomandata di Nutrienti)

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

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 1996) 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. Inoltre, secondo i nuovi LARN in via di ultima definizione, i fabbisogni proteici sono ancora più bassi. Il latte di mucca è un'ottima fonte di proteine: 3,1 g ogni 100 ml. 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). Ma anche gli altri alimenti che il bambino assume oltre al latte (carne, pesce, legumi, uovo, cereali) nel suo menù standard contengono proteine in concentrazione variabile, tanto che con i due pasti



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

principali il fabbisogno proteico giornaliero di sicurezza è quasi coperto. Cosa fare allora? Diluire il latte vaccino con acqua non è una strategia efficace in quanto riduce la concentrazione proteica ma comporta una diluizione di macronutrienti importanti quali il lattosio e i lipidi, nonché un'ulteriore diluizione dei micronutrienti, (come ad esempio Ca, Fe, Zn, Vit. D, Vit. A, ecc.), già presenti in basse quantità nel latte vaccino. Tra l'altro, limitare gli apporti di grassi non è consigliabile nel bimbo sotto i due-tre anni, proprio perché fondamentali per la sintesi delle strutture cellulari, soprattutto le membrane cellulari. È importante quindi integrare la quota lipidica con gli acidi grassi più importanti a svolgere sia una funzione strutturale che funzionale, ottimale per l'organismo in rapida crescita, quali gli acidi grassi polinsaturi. In particolare, gli LCPUFA (o dall'inglese: Long Chain Polyunsaturated Fatty Acids: LCPUFA) derivano da alcuni acidi grassi polinsaturi considerati essenziali, quali l'acido linoleico (LA) e l'acido alfa-linolenico (ALA) in quanto non sono sintetizzabili dal nostro organismo, e pertanto vanno introdotti tramite la dieta. Così a livello epatico vengono metabolizzati fino ad ottenere derivati a lunga catena, come per esempio il DHA (acido docosaesenoico 22:6 n3) e l'AA (acido

arachidonico). Il primo sembra svolgere un ruolo importante per la crescita e lo sviluppo funzionale del sistema nervoso nel lattante, accumulandosi sia nelle strutture cerebrali che nella retina, entrambe in via di sviluppo. Tra l'altro, recenti segnalazioni suggeriscono che il DHA sembri esercitare un effetto positivo sul sistema immunitario, anch'esso in via di maturazione funzionale nel bimbo. All'età di 1-3 anni, il fabbisogno di LCPUFA è stato calcolato in 250 mg al giorno e quello di DHA in 100 mg al giorno. Nel latte vaccino gli acidi grassi polinsaturi sono contenuti in piccole quantità (LA e tracce di AA e ALA), mentre il latte materno contiene LA, ALA, AA, DHA e EPA. Una possibilità per risolvere queste difficoltà, può essere l'uso di un latte formulato (latte crescita), che contiene la metà delle proteine del latte vaccino, una concentrazione ottimale di LCPUFA e in particolare di DHA e di nutrienti del latte vaccino (Ca, Fe, Zn, Vit. D, Vit. A, ecc.), adeguati ai fabbisogni di questa età. In conclusione, laddove dopo l'anno il latte materno non fosse più disponibile, l'uso dei lattini di crescita consente di ottenere una maggiore adeguatezza nutrizionale nell'alimentazione del bambino, sia per quanto riguarda i micronutrienti che il contenuto proteico e la frazione lipidica.



# Il bambino adottato

Paola Sgaramella<sup>1</sup>,  
Maria Angela Corrias<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra ospedaliera, con plurime esperienze di assistenza sanitaria in Paesi in via di sviluppo

<sup>2</sup>Psicologa, Formatrice, Esperta in Adozioni, in Psicologia dell'età evolutiva, in Psicopatologia

L'adozione è un istituto giuridico che garantisce a un bambino in stato di abbandono il diritto di crescere in una famiglia che lo accolga e si occupi di lui. Per lo più i bambini adottati, in particolare quelli che provengono dall'Adozione Internazionale, arrivano nella nuova famiglia con informazioni scarse e poco attendibili circa il loro passato e la loro salute fisica e psicologica. In Italia, anche se nell'ultimo anno si parla di crisi, il numero dei minori provenienti dall'adozione internazionale è cresciuto costantemente nell'ultimo decennio, passando dai 1.797 del 2001 ai 4.022 del 2011.

Le tematiche della pediatria che si occupa dell'adozione, riguardano i bambini dell'Europa dell'Est e dell'America Latina che giungono in Italia anno dopo anno progressivamente più grandi e bisognosi di cure. A questi si sono affiancati quelli provenienti dalle nuove frontiere dell'adozione che si sono aperte in Asia e in Africa. Nuove zone di provenienza (come la Cina e la fascia sud-sahariana) comportano la necessità di confrontarsi con diversi stili di vita, culture e tradizioni.

Dal punto di vista sanitario il bambino adottato all'estero può essere affetto da patologie non diagnosticate nel Paese d'origine e di difficile diagnosi perché molto rare in Italia o attualmente scomparse. Per tale motivo in Italia nel 1992 si è costituito il Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI) come Gruppo di Lavoro affiliato alla SIP. Ad esso hanno aderito numerosi Pediatri di svariata estrazione (universitaria, ospedaliera, di famiglia, di comunità)

insieme a rappresentanti delle istituzioni e del volontariato che a qualsiasi titolo erano interessati ai problemi di svantaggio sociale del bambino "straniero".

Ad opera del GLNBI sono disponibili in Italia 22 Centri di riferimento per l'assistenza sanitaria al bambino adottato all'estero, presso queste strutture sono stati standardizzati percorsi sanitari mirati ad identificare precocemente malattie tipiche dei Paesi di provenienza. Tante malattie endemiche dei Paesi in via di sviluppo, in Italia non esistono e spesso comuni laboratori non sono attrezzati per la ricerca di certi germi, pertanto si consiglia ai neogenitori di rivolgersi, per uno screening completo, al Centro di riferimento più vicino. I Centri sono distribuiti nelle diverse Regioni Italiane (puoi cercare l'ubicazione

## Parametri da rilevare in corso di visita medica

- **Peso e altezza:** da riportare sulle curve di crescita del Paese di provenienza
- **Circonferenza cranica** (bambino sotto l'anno di vita)
- **BMI**
- **Stato nutrizionale**
- **Valutazione di visus ed udito** mediante visite specialistiche
- **Valutazione dello sviluppo psicomotorio:** nella valutazione ovviamente dovrà essere tenuto in considerazione la diversità della lingua e quindi andrà ripetuta dopo un ragionevole periodo di tempo (non standardizzabile in quanto influenzato da troppe variabili).

dei Centri nella nostra mappa sul sito di [Italiaadozioni.it](http://Italiaadozioni.it)).

Lo stato di salute del bambino adottato all'estero deve essere attentamente valutato mediante visita pediatrica. Purtroppo solo il 20% delle patologie sono diagnosticabili dopo accurato esame obiettivo, è quindi necessario ricorrere ad esami specialistici di primo e/o di secondo livello a seconda del sospetto clinico.

Durante la visita medica verranno comunque rilevati alcuni parametri volti a definire lo stato di salute generale del bambino. In tutti i casi vengono effettuati esami ematochimici di primo livello, in casi selezionati o in presenza di sospetto clinico evidente si possono effettuare indagini di laboratorio di secondo livello (specialistici). Infine dal momento che la documentazione sanitaria del bambino adottato all'estero spesso è carente e scarsamente attendibile, sarà opportuno ripetere TUTTO IL CALENDARIO VACCINALE (Decreto Ministeriale 1/4/99) senza necessità di valutazione anticorpale pre-vaccinale.



Le problematiche connesse ad un bambino proveniente da adozione internazionale non riguardano solo il suo stato di salute, infatti accanto a quelli che non vengono riconosciuti alla nascita, vi sono bambini che vengono dichiarati in stato di abbandono in seguito a destituzione della patria potestà che avviene in seguito a grave incuria da parte dei genitori. Spesso si tratta di tossicodipendenza, alcolismo, prostituzione. Questo, oltre al periodo trascorso in istituto in situazioni di grave carenza e trascuratezza, rende il bambino più fragile anche dal punto di vista psicologico. Si tratta di bambini che portano con sé memorie di traumi profondi, spesso di maltrattamenti sia fisici che psicologici e di abusi. E' facile che i bambini adottati siano portatori di una serie di sintomi caratteristici, tra cui i più frequenti sono:

- ▶ Difficoltà nella gestione delle emozioni (stati d'ansia, crisi di rabbia, aggressività).

- ▶ Difficoltà nell'alimentazione, soprattutto nei primi periodi di convivenza. Hanno sperimentato la privazione del cibo perciò possono apparire ingordi e avidi, o al contrario fanno fatica ad abituarsi ai gusti nuovi (pensiamo ai bambini provenienti da Paesi con cibi e usanze alimentari molto diverse dalle nostre).
- ▶ Difficoltà nel sonno, spesso anche di una certa entità. Possono addormentarsi molto tardi o svegliarsi di frequente durante la notte.
- ▶ Scarsa autostima, sfiducia in se stessi e negli altri.
- ▶ Problemi di attenzione e concentrazione (anche senza avere un ADHD conclamata).

Non è facile separare, in questi casi, i fattori biologici dai fattori ambientali o psicologici. Può essere utile aiutare i genitori a farsi accompagnare nel percorso adottivo o in situazioni di particolare difficoltà che si dovessero notare, da operatori specializzati nel settore, che possono leggere i comportamenti difficili in modo adeguato e fornire giusti consigli e suggerimenti.

## Esami ematochimici di primo livello

- **Esame emocromocitometrico con formula leucocitaria**
- **Elettroforesi dell'emoglobina e dosaggio G6DH** se esame emocromocitometrico indicativo
- **Glicemia**
- **Funzionalità renale**
- **Funzionalità epatica**
- **Protidogramma**
- **Assetto marziale**
- **Calcio, fosforo, magnesio**
- **Markers epatite A, B e C:** l'epatite C è particolarmente frequente in Paesi quali l'Ucraina, Russia e Cina e visto i costi elevati del test, molto raramente viene eseguita prima dell'adozione.
- **VDRL/TPHA:** non rara nei Paesi dell'ex URSS e dell'Est Europa. I figli di madre con sifilide se trattati nei Paesi d'origine spesso lo sono a dosaggi e per periodi di tempo non corretti
- **Anticorpi anti HIV1-2:** rappresenta attualmente una patologia rara nel bambino adottato in quanto nei Paesi d'origine sono presenti test sierologici di screening attendibili. E' consigliabile comunque la ripetizione del test all'arrivo in Italia
- **fT4 e TSH:** soprattutto per i bimbi provenienti dall'Est Europa ed ex URSS
- **Esame delle urine**
- **Esame parassitologico feci** (su 3 campioni non consecutivi) per ricerca di Elminti, Protozoi e Spirochete è necessario l'invio in laboratori specializzati per malattie parassitologiche e tropicali

Un punto di riferimento per quanti sono interessati all'adozione è il portale

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

Ideato da un gruppo eterogeneo di persone che intende diffondere una corretta cultura dell'adozione nella società, Italiaadozioni è organizzato per aree tematiche e rappresenta una guida pratica all'adozione nazionale e internazionale. Fornisce informazioni su aspetti legali, medici e psicologici e sul percorso di inserimento del bambino in famiglia e a scuola. Fiore all'occhiello del portale è la Cartina delle adozioni, una mappa con i luoghi utili a chi deve navigare attraverso questo mondo, con gli indirizzi delle associazioni familiari, degli enti accreditati, dei tribunali dei minori ed i Centri medici specializzati.

Per informazioni:  
[redazione@italiaadozioni.it](mailto:redazione@italiaadozioni.it)  
tel. 342/6616172.

ITALIAADOZIONI



# Le infezioni sessualmente trasmesse

## Un mostro a sette teste da sconfiggere



**Nicola Surico**  
Presidente della Società Italiana  
di Ginecologia Ostetrica (SIGO)

**L**e infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un gruppo di malattie infettive molto diffuso che interessa milioni di individui ogni anno.

Il controllo e la prevenzione di queste rappresentano obiettivi prioritari di sanità pubblica per l'elevato numero di persone che ogni anno vengono interessate, per la percentuale rilevante di soggetti infetti asintomatici, per la più alta diffusione in soggetti con comportamenti a rischio (ad esempio pluripartner, giovani, omosessuali, stranieri), per la maggior suscettibilità biologica di alcuni sottogruppi (ad esempio donne, adolescenti, immunodepressi), per le gravi sequele e complicanze che possono comportare se non correttamente diagnosticate e trattate. Negli ultimi anni è stato osservato un aumento delle IST in vari Paesi europei.

In Italia i dati esistenti sulle IST provengono da un sistema di sorveglianza basato su Centri clinici pubblici specializzati (soprattutto dermatologici), attivo dal 1991. Il sistema ha consentito di conoscere l'andamento della diagnosi di IST in Italia, nonché di valutare la diffusione dell'infezione da HIV nei soggetti con una nuova IST, soprattutto in popolazioni più a rischio. Dal 2009, per rispondere alle recenti direttive in tema di sorveglianza, è stata attivata una seconda sorveglianza sentinella basata su tredici laboratori di microbiologia.

Dal 1991 al 2008, al sistema di sorveglianza basato su Centri sono stati segnalati 22.953 nuovi casi di IST tra le donne, con un'età mediana di 30 anni, pari al 31,5% di tutti i casi segnalati. Il 22,9% era di nazionalità straniera.

Le diagnosi più frequenti sono state: infezioni non gonococciche non clamidiali (38,4%), i condilomi acuminati ano-genitali (30%), la cervicite da Chlamydia Trachomatis (6,1%) e l'Herpes genitale (6,1%).

Le IST maggiormente sotto sorveglianza sono: Chlamydia, Trichomonas e Neisseria. E' emersa una prevalenza del 2,4% per Chlamydia Trachomatis, dello 0,7% per Trichomonas Vaginalis, dello 0,1% per Neisseriae Gonorrhoeae.

La Chlamydia Trachomatis è risultata più elevata nelle donne pluripartner, con età inferiore a 25 anni, con sintomatologia lieve, talvolta inesistente.

Secondo l'OMS ogni anno la Chlamydia rappresenta il 30% di tutte le infezioni sessualmente trasmesse stimate tra le donne adulte ed è l'infezione batterica sessualmente trasmessa più comune tra le donne. I sintomi dell'infezione da Chlamydia Trachomatis sono generalmente lievi, aspecifici o addirittura inesistenti. Il principale quadro clinico è la cervicite (asintomatica nel 75% dei casi) che se non cu-

rata può portare a complicanze tardive, come la malattia infiammatoria pelvica con possibili esiti cicatriziali e conseguenti infertilità o insorgenza di gravidanze ectopiche. Altra complicanza possibile è la congiuntivite (15-50% dei casi) o polmonite (1-22% dei casi) nei neonati di madri con infezione. Si tratta di un'infezione che, se opportunamente diagnosticata, può essere trattata con adeguata terapia antibiotica. La sifilide è una patologia tornata a far parlare di sé nel mondo occidentale dal 2000. In Italia, come in altri Paesi europei, la sifilide congenita è ricomparsa



negli ultimi anni ed è dovuta a fenomeni migratori da Paesi ad elevata endemia. Ricordiamo l'importanza di uno screening in gravidanza per prevenire la sifilide congenita, che può comportare gravi danni fetali. La sifilide in gravidanza comporta un rischio di trasmissione fetale del 70-100%. E' noto come la sifilide in gravidanza, se non trattata, possa causare aborto, parto pretermine, morte endouterina fetale. Si consiglia pertanto lo screening prenatale, nel primo e nel terzo trimestre. La diagnosi è molto semplice e si basa sull'esecuzione del test su sangue VDRL.

Ogni donna gravida con test sierologico positivo dovrebbe essere considerata infetta. Il trattamento della sifilide è molto semplice e prevede l'utilizzo della penicillina per via parenterale, anche in gravidanza.

Negli ultimi 20 anni l'Herpes genitale (HSV) è emerso come uno dei principali responsabili delle malattie sessualmente trasmesse. L'infezione primaria da HSV si manifesta con sintomi sistemici (febbre, mialgia, malessere generale) e comparsa di vescicole dolorose che tendono a confluire in aree ulcerate.

Attualmente è la causa più frequente di ulcera sessualmente acquisita e per la sua diagnosi si identifica il virus nel materiale biologico prelevato dalla lesione o su siero. La terapia si basa su farmaci antiretrovirali. Il Papillomavirus è un virus responsabile di varie patologie a livello genitale, dai condilomi acuminati alle displasie e tumori della cervice uterina e dell'ano. La diffusione del virus, che può essere considerata endemica, è estremamente elevata nei Paesi in via di sviluppo che presentano quindi anche le incidenze più alte di carcinoma cervicale. Non esiste una terapia medica per questa infezione; la prevenzione secondaria è stata condotta finora principalmente attraverso lo screening citologico della popolazione femminile

(Pap Test) ma da pochi anni sono disponibili vaccini preventivi che si sono dimostrati estremamente efficaci.

I condilomi acuminati ano-genitali, anch'essi provocati da alcuni tipi di HPV detti "a basso rischio oncogeno", rappresentano la più frequente IST di origine virale nei Paesi europei.

In relazione a dati provenienti da un'indagine osservazionale prospettica, condotta nel periodo 2009-2010, su 16.410 donne, con un'età mediana di 37 anni, il tasso di prevalenza standardizzato di condilomi genitali era di 5,2 per 1.000 donne.

La prevalenza risultava più elevata nelle donne di età compresa tra i 15 e i 24 anni rispetto alle donne di età superiore ai 25 anni.

In considerazione degli elevati costi dei condilomi, intesi sia come costi per la cura che per la qualità di vita del singolo, emerge la necessità di focalizzare l'attenzione su misure adeguate di prevenzione primaria e secondaria. I dati sopracitati sottolineano la necessità di attivare campagne di informazione sulle IST e fattori di rischio a queste associati (ad esempio limitare il numero dei partners, utilizzare il preservativo) e di rendere precoce la diagnosi e la terapia (ad esempio screening per Chlamydia Trachomatis rivolto a giovani donne).

Infatti una precoce diagnosi ed un'opportuna terapia antibiotica possono risolvere gran parte delle infezioni batteriche, mentre farmaci antiretrovirali, campagne vaccinali e appropriati controlli clinici possono ridurre la prevalenza nella popolazione delle IST di origine virale.



**+** ECOLOGIA **-** SPRECO

**X** UNA SOCIETÀ SUFFICIENTE



**Andrea Segrè**  
Direttore Dipartimento Scienze e Tecnologie  
agro-alimentari, Università di Bologna,  
Presidente di "Last Minute Market",  
BCFN Advisor

Per Geppetto una pera non aveva scarti: i torsoli e le bucce possono sempre venir buoni, come impara presto Pinocchio. Oggi invece gettiamo nelle spazzature tonnellate di cibo all'anno: nel mondo sono più di 1,3 miliardi di tonnellate. E con il cibo sprechiamo anche l'acqua: non soltanto quella contenuta negli alimenti, ma anche quella servita per produrli. Così è per l'energia e per il suolo: la terra. Dovremmo invece ridurre gli sprechi, non solo perché non è etico scialacquare in tempi di crisi, ma anche perché le risorse naturali - il suolo, l'acqua, l'energia - sono limitate. Vogliamo aumentare ancora il nostro debito ecologico, sommandolo a quello economico e invelenire totalmente l'ambiente e le nostre vite?

I rifiuti ci stanno sovrastando, in tutti i sensi. Non sappiamo più come gestirli. Come uscirne? La formula è semplice: consumare e produrre meno, ma meglio. Non impossibile se consideriamo la crisi attuale come un'opportunità di cambiamento. Del resto, la società dei consumi - almeno per come l'abbiamo vissuta finora - è finita. La crisi ci sta colpendo con tanta violenza ma - paradossalmente - potrebbe essere una buona occasione. Se servirà ad aprire gli occhi sull'insostenibilità del progresso che il nostro mondo, autodefinitosi sviluppato, ha realizzato fin qui. Il trionfo crescita/sviluppo/consumo è una nostra invenzione, ne buona ne cattiva: semplicemente un'invenzione. Che però ci sta stritolando: dobbiamo dunque uscire dalla sua logica e dalla sua economia. E intraprendere il cammino verso

un'opulenza frugale, un'abbondante sobrietà, un'eccessiva semplicità. Insomma la strada degli ossimori, delle contraddizioni solo apparenti ma ricche, che ci portino - lentamente ma per davvero - a meno ben essere/avere e più ben/vivere. Perché per vivere, consapevolmente e responsabilmente, non basta esistere. Ma si può arrivare a quest'altrettanto ossimorica utopia concreta? Le nostre azioni, anche se piccole, possono veramente portare a un mondo nuovo. Dobbiamo tornare a credere nel nostro ruolo di individui-cittadini attivi e fattivi: un nuovo civismo. Riscoprire la nostra sovranità di consumatori e produttori, che invece abbiamo delegato ad altri. Riprendere in mano il carrello della spesa, per spingerlo anche con il cervello. Rinnegare la pervasiva cultura del consumo e del rifiuto che generano lo spreco di



Codice rosso

cui siamo circondati e sommersi. Uscire dalla logica del rifiuto dunque (non) sono. La civiltà moderna tende a rimuovere i rifiuti, fisicamente ma soprattutto mentalmente. E' il rifiuto del rifiuto.

Che poi ci porta a rifiutare, non solo le "cose", ma anche le persone: l'altro, il diverso. Dobbiamo arrivare al *metaconsumo*, nel senso di ridurlo della metà e di andare oltre il modello dominante che ci spinge a consumare, consumare, consumare e dunque sprecare, sprecare, sprecare. Una società, la nostra, dove lo spreco da fallimento del mercato è diventato il suo valore aggiunto: l'usa e getta, l'obsolescenza programmata anche del cibo, il cui valore è sempre più basso.

Compra tanto e butta via altrettanto. Il cibo spazzatura che finisce nella spazzatura: un nome, un destino. Cambiare si può, tuttavia: concretamente con un'azione preliminare. L'azione preliminare è trasformare subito gli sprechi in risorse in nome della solidarietà e della reciprocità come ci insegna l'esperienza di Last Minute Market per il recupero a fini solidali delle eccedenze alimentari e non.

Ciò che è surplus per qualcuno diventa opportunità per qualcun altro che è in deficit. Ma non è la soluzione del problema, non possiamo pensare di dare gli avanzi dei ricchi ai poveri e riequilibrare uno dei tanti squilibri del nostro tempo. Non è sufficiente. Dobbiamo prevenire gli sprechi adottando uno stile di vita più equo e sostenibile, sobrio e relazionale. Bisogna promuovere poi una logica nuova, l'abbiamo chiamata *Società Sufficiente*, che rappresenti il massimo comune denominatore di tutti quei "movimenti", tanto ricchi quanto diversi, che si pongono concretamente il limite dei consumi materiali in un mondo dove le risorse sono finite: decrescita, sobrietà, frugalità, semplicità, gruppi di acquisto solidale, distretti di economia solidale...

Meno spreco più ecologia uguale sufficienza, un nuovo modo di pensare e di agire che potrà modificare l'economia e il mercato.

Una società dove abbastanza non è mai troppo, dove si può fare di più con meno, e dove, se necessario, si deve fare anche meno con meno. Un mondo dove si può sostituire, quando serve, il denaro (mercato) con l'atto del donare, e non soltanto perché si tratta di un anagramma: il dono porta alla relazione e alla reciprocità.

Insomma dobbiamo sommare al valore d'uso e di scambio dei beni, tipici del mercato, il valore di relazione. Così aumentiamo, per di più gratuitamente, il "capitale" relazionale. Che poi si consuma tutto e non si spreca.

Allora nella società sufficiente le quantità della produzione e dei consumi dovranno diminuire dove sono abbondanti, aumentare se carenti migliorando invece, per tutti, la qualità. E dentro la qualità ritroveremo - finalmente - la sicurezza, il lavoro, il tempo, la relazione, gli altri e alla fine anche noi stessi. Per seguire, in fondo, gli utili consigli del vecchio Geppetto. Pinocchio, bambini (e genitori): ascoltate! Il mondo che sarà dipende da voi.

Codice rosso

novità

# Microclisma al miele: un nuovo modo di liberare l'intestino.

Doppia azione evacuatoria e protettiva

## MeliLAX

Libera l'intestino proteggendo la mucosa rettale

Con PROMELAXIN®  
Complesso di Miele e Polisaccaridi da Aloe e Malva



**PER ADULTI E RAGAZZI**      **PER LATTANTI E BAMBINI**

MeliLax è un microclisma innovativo a base di miele che, grazie al suo complesso Promelaxin, unisce un'equilibrata azione evacuatoria ad un'azione protettiva e lenitiva della mucosa rettale, utile per contrastare i fastidi, l'irritazione e l'infiammazione, presenti in caso di stipsi.

SONO DISPOSITIVI MEDICI **CE** 0373  
Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni per l'uso.  
In farmacia, parafarmacia ed erboristeria.  
Aut. Min. del 21/03/2013





# Donne, crisi economica, acquisti responsabili

Federica Lanari  
Master in Fashion Design Manchester  
Metropolitan University

Il bombardamento mediatico riguardo alla crisi economica che attraversa il nostro Paese, l'evidenza quotidiana delle difficoltà delle famiglie e l'incertezza per il futuro sono ottime ragioni per creare diffidenza e ripensamenti verso ogni forma di acquisto.

Se a ciò si somma una progressiva consapevolezza (questa sì, positiva) del bisogno di sostenibilità ambientale dei cicli di produzione e smaltimento di tutto ciò che utilizziamo, ne deriva un nuovo approccio, forse più etico e ragionato, per ogni genere di consumo e per ogni scelta di acquisto. Le donne, come sempre, sono le prime protagoniste di questi cambiamenti. Esse infatti reagiscono alla crisi nei fatti e nelle azioni quotidiane, rivendendo con occhio attento abitudini personali e familiari e mettendo in discussione fabbisogni e modalità di consumo.

E così, oggi che la crisi economica si somma all'esigenza di risparmio energetico, serpeggia nella pratica quotidiana la tendenza ad acquistare elettrodomestici a basso consumo, a non abusare dell'impianto di riscaldamento o di illuminazione o evitare un uso non giustificato di acqua, nell'ottica di influire il meno possibile sull'ambiente, sia in termini di dispersione di beni preziosi (e di tutti), che di produzione di rifiuti ed emissioni inquinanti.

Secondo una recente indagine del Centro di Ricerca su Marketing e Servizi dell'Università Bocconi, condotta su un campione di 1.000 donne italiane di varia estrazione sociale e disponibilità finanziaria, è emer-

so che l'89% di queste è disposto a fare rinunce personali e scelte più oculate, dedicando maggior attenzione alle modalità per gli acquisti, privilegiando la qualità sulla quantità e utilizzando modi di approcciarsi al consumo come l'autoproduzione, il fai da te, gli "swap parties" (occasioni in cui si scambiano articoli di abbigliamento di pari valore), gli acquisti di gruppo. Anche quel 27% che si sente meno colpito da difficoltà economiche dichiara la futilità di alcuni consumi abituali ed un senso di disagio per prodotti e marche, fra i quali quelli della moda, che possono rappresentare il superfluo, l'eccedenza, l'inutile.

Infatti, come sottolineano Janet Hethorn e Connie Ulasewicz, docenti di arti, moda e sociologia in "Sustainable Fashion. Why now?", i capi di abbigliamento in alcune circostanze possono risultare oggetto di inutile consumismo e, se mai o poco indossati, costituire uno spreco di risorse quali acqua ed altre materie prime per produrli e commercializzarli; quando poi buttati o spediti al macero essi contribuiscono all'emissione di gas metano, seconda causa in ordine di importanza dell'effetto serra, per la sua capacità di intrappolare il calore con un'efficienza 23 volte superiore a quella della CO<sub>2</sub>. Ecco perché iniziative di "abbigliamento responsabile" sono oggi quantomai contemporanee e vincenti, passando attraverso proget-

ti di design ecologico che prevedono l'utilizzo di materiali eco-compatibili, organici e/o riciclati, nonché attraverso il moltiplicarsi di negozi di abbigliamento di seconda mano. Dalle bancarelle dell'usato ai veri negozi vintage, essi costituiscono un settore commerciale in continua crescita. Avviando la ricerca su Google indicando le parole "vintage clothing stores" appaiono oltre 53 milioni di risultati. Il più recente rapporto ISTAT attesta che nel 2012, nella sola Italia di negozi vintage se ne contano più di ottocento.

Il concetto poi di ri-impiegare ornamenti ed accessori del passato sta evolvendo secondo differenti modalità ed oggi, che la realizzazione di alcuni manufatti richiederebbe abilità artigianali che stanno scomparendo e tanto lavoro, rendendoli incompatibili con prezzi di produzione commercialmente accettabili, si sono affermate pratiche di riutilizzo di capi vintage, spesso preziosi perché di ottima fattura e qualità, perché nati, come si usava un tempo, per durare. Questi possono essere modificati ("rethinking vintage") in alcune delle loro parti, pur mantenendo il loro aspetto globale o, al contrario, disassemblati per salvarne solo singoli elementi, che verranno poi inseriti in capi di nuova produzione, facendo bella mostra di sé accanto alle collezioni più attuali.

Dunque, anche la moda, come è ovvio, fa i conti con i tempi attuali. Da ultimo, ma non per importanza, uno sguardo a ciò che oramai è nel guardaroba e languisce tristemente inutilizzato: c'è sicu-

mente qualcuno di meno fortunato che lo aspetta.

## "Mangiar bene conviene..."

con le ricette dello Chef Natale Giunta



Chiamato il "Maestro dei fornelli" Natale Giunta è diventato famoso al grande pubblico soprattutto grazie a "La Prova del Cuoco" su Rai1, oltre che per il suo ristorante omonimo a Palermo

*Natale Giunta*

### Pasta con le zucchine e i bocconcini di salmone

Ingredienti per 4 persone:

250 g di ditaloni rigati  
1 scalogno  
3 zucchine  
200 g di filetto di salmone fresco  
4 cucchiaini di olio di oliva extravergine  
Origano q.b.  
Sale q.b.

Preparazione

Tritate finemente lo scalogno e mettetelo in una padella con l'olio già caldo. Lasciate soffriggere leggermente, quindi unite la zuccina tagliata a rondelle finissime e leggermente salate. Pulite il trancio di salmone privandolo dalla pelle e quindi tagliatelo in piccoli bocconcini. Uniteli alle zucchine e fate saltare velocemente fino alla cottura del pesce. Intanto lessate i ditaloni rigati: appena cotti, scolateli e fateli saltare nel sugo di pesce e verdure.

Servite i ditaloni ben caldi, completando con una spolverata di origano.



### Polpettine di merluzzo al forno

Ingredienti per 4 persone:

400 g di filetti di merluzzo  
1/2 kg di pangrattato  
1 carota  
1 costa di sedano  
4 scalogni  
5 cucchiaini di olio extravergine di oliva  
4 uova  
Sale

Preparazione

Lavate carota, sedano e scalogno e tritateli finemente con il mixer. Mettete il trito in una casseruola, insieme a 4 cucchiaini di olio e 1 cucchiaino di acqua. Soffriggete lentamente e quindi aggiungete i filetti di merluzzo, cuocendo per una decina di minuti. Trasferite il tutto in una terrina e schiacciate con una forchetta, salando leggermente. Versate le uova e il pangrattato necessario a ottenere un composto dalla consistenza giusta per creare delle polpette. Formate le polpette compattando piccole parti dell'impasto e schiacciatele leggermente. Passatele nel pangrattato, spennellatele con l'olio e mettetele in una teglia, distanziandole l'una dall'altra.

Informate a 180° per 15 min.  
A metà cottura giratele così da ottenere una doratura uniforme.  
Servite calde.



## "Mangiar bene conviene..."

la Campagna di Educazione Nutrizionale dei Pediatri italiani promossa dal Network GPS (Genitori-Pediatra-Scuola) avvia una vivace collaborazione con i grandi Chef italiani per trasformare le nostre cucine in un "Laboratorio del Gusto"



Per informazioni: info@editeam.it



# I bambini testimoni della violenza familiare

**Francesco Montecchi**  
Già primario di neuropsichiatria,  
Ospedale Bambino Gesù, Roma

## La violenza in famiglia

■ La maggior parte delle descrizioni delle situazioni di violenza familiare e delle loro conseguenze provengono soprattutto dalle ricerche svolte su donne maltrattate e picchiate, che si rivolgono ai Centri anti violenza per la protezione della donna. Alcuni dati recentemente diffusi da *Save the Children*, indicano che 690 mila donne, che hanno subito violenze ripetute dal partner, avevano figli al momento della violenza: almeno 400.000 erano i bambini costretti ad assistere alle violenze ripetute sulla propria madre. Ma, queste cifre, sono ancora incomplete e fortemente sottostimate specie quelle della violenza tra i partner in cui, la donna, per varie dinamiche personali, non giunge mai a cercare un cambiamento ma collude con il comportamento violento e le altre forme di violenza domestica, che non si esprime solo con la violenza fisica ma comprende altre, forme come, abusi sessuali, abusi psicologici, intimidazioni, deprivazione economica. Il problema è ancora più grave quando i bambini testimoni di violenza non sono solo coloro che assistono alla violenza tra genitori ma ci sono bambini ancor più danneggiati che sono i silenziosi testimoni della violenza subita su un fratello o una sorella da parte di un genitore, in cui, l'assistere a come l'altro genitore permetta questi abusi e non si espone ad essere protettivo sia per il minore che subisce che per il minore che assiste, è ancor più emotivamente

devastante; queste sono situazioni sommerse che non arrivano ai Centri anti violenza e restano fuori dalle statistiche.

## Le conseguenze psicologiche comportamentali e fisiche sul bambino

■ Costretti a doversi confrontare con i comportamenti violenti dei genitori, i figli sono sottoposti ad uno stato di sofferenza cronica connotata da paura, dolore, angoscia, senso di colpa e vergogna; non potendo rimuovere o negare ciò a cui sono ripetutamente esposti subiscono un danneggiamento evolutivo che può coincidere con:

- la sterilizzazione delle emozioni, derivante dall'uso massiccio del distanziamento affettivo, con impoverimento emotivo e cognitivo, aumento della soglia del dolore, una caduta del rendimento scolastico;
- l'inibizione delle proprie sane valenze aggressive;
- utilizzazione di meccanismi identificativi per proteggersi dalla sofferenza, quali: l'identificazione con l'aggressore o con la vittima. Così rende normali i comportamenti osservati assumendoli come modelli a cui conformarsi. Accade frequentemente infatti che questi bambini si alleino con un genitore, rifiutando l'altro. Questa alleanza può avere due differenti direzioni: il bambino si

allea con il genitore percepito come "vittima" divenendone il difensore e il paladino, oppure si allea con il genitore considerato "aggressore", riproponendone nel corso della crescita i medesimi comportamenti violenti (ad esempio picchierà anche lui la madre);

- la contro-identificazione (ad esempio: "con i miei figli non sarò mai come mio padre").

Da questo disagio e dal funzionamento difensivo, derivano sintomi ricorrenti che comprendono difficoltà:



## L'impegno dei pediatri e degli insegnanti

■ Se la quantificazione del fenomeno non ci fornisce dati certi, questi fatti possono essere individuati attraverso il riconoscimento delle conseguenze sullo sviluppo psico-fisico dei bambini, figli di queste coppie. I professionisti dell'infanzia, prioritariamente pediatri ed insegnanti, sono coloro che maggiormente possono riconoscere le situazioni di violenza familiare, sia quelle emerse che quelle sommerse, attraverso un'attenta osservazione delle conseguenze sui bambini figli di genitori violenti.

## Cosa fare

### Riconoscere

Individuare i rischi psicopatologici cui sono esposti questi

bambini impegna i professionisti dell'infanzia, a riconoscere prontamente e non sottovalutare i segnali del disagio.

### Attivare l'intervento clinico

La violenza in famiglia non è solo un fatto di interesse legale e sociale ma anche un fatto clinico che impegna ad interrogarsi se puntare il focus dell'intervento sui diritti e i bisogni dei genitori o su quelli dei bambini. Non sempre infatti i diritti e bisogni degli adulti corrispondono a quelli dei bambini; ad esempio una donna picchiata ha diritto di essere protetta, allontanando il

partner violento da casa o offrendole un luogo dove potersi allontanare con i figli. Ma questo allontanamento dal o del partner-padre, è comunque molto doloroso per i figli e non corrisponde al diritto-bisogno del bambino di mantenere il rapporto con entrambi i genitori.

## L'intervento clinico

### 1° obiettivo

- a) Il recupero psicologico dei genitori in cui i comportamenti violenti vanno riletti come espressione sintomatica di disagio emotivo;
- b) recupero della relazione genitori-figli.

Pur riconoscendo la prioritaria necessità di proteggere il bambino dalle ripetute esposizioni alla violenza familiare, risulta meno dannoso il confronto con un genitore reale, che ne permetta di metterne a fuoco ed elaborarne gli aspetti positivi e negativi, piuttosto che l'eliminazione di una figura essenziale allo sviluppo.

Di fronte a un genitore assente o poco conosciuto il bambino invece di confrontarsi con i limiti del genitore, provando a integrarne le caratteristiche, può reagire demonizzando e rifiutandolo, o al contrario, idealizzandolo.

### 2° obiettivo

Il recupero psicologico del bambino testimone di violenza con la cura del disagio e delle espressioni patologiche, ne è corretto risolvere solo con interventi giudiziari o di intervento sociale ciò che ha una connotazione specificamente clinica.

[www.lacuradelgirasole.it](http://www.lacuradelgirasole.it)  
[www.cismai.org](http://www.cismai.org)  
[www.savethechildren.it](http://www.savethechildren.it)



# MENO SALE, PIÙ SALUTE

La quantità di sale che consumano in media gli adulti supera di almeno cinque grammi al giorno la quantità raccomandata. Ma se la stessa quantità è assunta da un bambino di sei anni, i grammi di troppo diventano sette. Per fortuna, ridurre il sale si può, senza grandi rinunce. E ne vale la pena.

Il sale da cucina (o cloruro di sodio) è un componente necessario dell'alimentazione, perché rappresenta, per l'organismo, la principale fonte di sodio, indispensabile alla vita. Utilizzato da secoli per insaporire e conservare gli alimenti, deve però essere assunto con moderazione. Invece ne assumiamo ogni giorno cinque grammi di troppo (se il nostro consumo quotidiano di sale è in linea con la media nazionale).

In Italia, la quota giornaliera di cloruro di sodio assunta in media con l'alimentazione, infatti, è pari a un cucchiaino da tavola colmo (quasi 11 grammi), mentre non dovrebbe superare i 6 grammi (vale a dire non più di un cucchiaino da tè) al giorno, compresa la quantità già contenuta negli alimenti. Per gli adulti, non superare la quantità di sale raccomandata ha un'influenza positiva dimostrata sulla pressione arteriosa, e quindi sulla salute del cuore, delle arterie e del cervello: 5 grammi in meno di sale al giorno comportano, infatti, una riduzione significativa del rischio di subire un infarto (-17%) o un ictus (-23%).

Ma se il consumo quotidiano di sale dei nostri bambini è simile al nostro, l'eccesso è ancora maggiore, perché la quantità raccomandata di cloruro di sodio per i bambini dai quattro ai sei anni è di 3 grammi al giorno, pari a mezzo cucchiaino da tè. E, nei bambini, il consumo di sale nelle quantità abituali per gli adulti è potenzialmente nocivo nell'età adulta. Inoltre, il National Diet and Nutrition Survey (NDNS) statunitense ha evidenziato che il consumo del sale da cucina è associato direttamente all'aumento della pressione arteriosa sistolica in bambini e adolescenti. Al contrario, riduzioni importanti nei livelli di pressione arteriosa sono stati osservati quando un'alimentazione ricca di frutta, verdure e cibi a basso contenuto di grassi saturi è associata a un ridotto apporto di sale.

Che fare, dunque? L'età in cui il bambino comincia a mangiare gli stessi cibi del resto della famiglia, è un passaggio critico, perché in genere è proprio in questa fase che l'assunzione di sodio aumenta in misura importante. La prima cosa da fare, quindi, è di evitare di aggiungere sale ai cibi che prepariamo per i nostri figli. La seconda, altrettanto importante, è di preferire, tra i cibi confezionati, quelli meno ricchi di sale, controllando le etichette.

L'apporto di sale con l'alimentazione non deriva solo dall'aggiunta di sale in cucina o a tavola, ma soprattutto dal cibo preparato industrialmente e da quello consumato fuori casa (molti degli alimenti preferiti dai bambini contengono, infatti, il doppio del sale raccomandato).

Le prime esperienze alimentari influenzano la formazione del gusto nel bambino. D'altra parte, le abitudini alimentari acquisite nell'infanzia e nell'adolescenza influenzano anche il comportamento alimentare nella vita adulta. In altre parole, la predilezione per gli alimenti salati s'impara. Dunque, la raccomandazione rivolta agli adulti, perché riducano l'apporto di sodio, sarà più efficace se si saprà evitare che i bambini sviluppino una preferenza per i cibi salati, abituandoli a un'alimentazione non ricca di sodio.

## Obiettivo Ridurre il sale negli alimenti

Lo dice il Ministero della Salute e lo dicono le maggiori istituzioni sanitarie in Europa e nel mondo, a cominciare dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. È un impegno di tutti. Il Programma **"Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari"** del Ministero per la Salute, impegna i produttori a ridurre progressivamente i contenuti di grasso totale, grassi saturi, zucchero e sale aggiunti nei prodotti. Aziende produttrici come Barilla si stanno rapidamente adeguando.

Quest'ultima azienda ha ridotto dell'11% il sale utilizzato nella lavorazione di oltre 100 prodotti, con una strategia in 3 azioni:

- ridurre il sale progressivamente, per aiutare le persone ad abituare il proprio gusto;
- ribilanciare il profilo aromatico dei prodotti;
- utilizzare proporzioni diverse degli ingredienti caratterizzanti.

*"Moderare il consumo quotidiano di sale ha un'influenza positiva sulla salute del cuore e della circolazione, - conclude il Prof. Andrea Poli, Direttore scientifico della Nutrition Foundation of Italy - ma la maggior parte del sale che consumiamo, contrariamente a quanto potremmo pensare, non deriva dalle "aggiunte" agli alimenti già pronti, ma dal sale contenuto negli alimenti che acquistiamo già confezionati o che utilizziamo nella preparazione dei cibi. Per questo sono molto importanti ed efficaci strategie come quella varata dal Ministero per la Salute con il Programma*

**"Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari"**.

*Grazie all'adesione di alcuni produttori, il Programma sta portando infatti alla riduzione graduale del contenuto di sale in alcuni alimenti chiave nella nostra alimentazione quotidiana, primo fra tutti il pane (secondo alcune stime, quasi il 40% del sale che consumiamo viene proprio dal pane)".*

## QUANTO SALE C'È IN CIÒ CHE MANGIAMO?

Alimenti	Quantità di sodio (mg/100 g)
Prosciutto crudo, disossato	2.238
Patatine fritte, in busta	1.070
Pane comune	800
Pizza con pomodoro	775
Fagioli-cannellini in scatola, scolati	431
Tonno, sott'olio, sgocciolato	316
Pomodori da insalata	3

INRAN. Tabelle di composizione degli alimenti.

[http://www.inran.it/646/tabelle\\_di\\_composizione\\_degli\\_alimenti.html](http://www.inran.it/646/tabelle_di_composizione_degli_alimenti.html)

## APPORTO QUOTIDIANO DI SALE RACCOMANDATO PER I BAMBINI

Età	Sale/die
4-6 anni	3 g
7-10 anni	5 g
11-14 anni	6 g

(Fonte: Scientific Advisory committee on Nutrition, Salt and Health, 2003).

## DIECI CONSIGLI PER RIDURRE IL SALE A TAVOLA

1. **L'esempio è la motivazione più efficace: evitare di mettere la saliera a tavola e limitare il sale utilizzato per cucinare e per condire.**
2. **Sia a tavola sia in cucina, diminuire la quantità di sale in modo graduale.**
3. **Non aggiungere sale nelle pappe, almeno per tutto il primo anno di vita. E anche dopo, limitare l'uso di condimenti alternativi contenenti sodio.**
4. **Ricordarsi che il sale risveglia il gusto ed è indispensabile in cucina, ma che alcuni cibi non hanno bisogno di sale per essere graditi anche ai bambini.**
5. **Utilizzare verdure crude o surgelate piuttosto che in scatola.**
6. **Limitare il consumo di alimenti a maggiore contenuto di sale e mettere in tavola alternative meno salate, leggendo l'etichetta nutrizionale dei prodotti.**
7. **Al ristorante e in pizzeria, raccomandarsi che le portate siano poco salate.**
8. **Fare uso di spezie, erbe aromatiche e adottare metodi di cottura (al vapore o al cartoccio, in crosta oppure sottovuoto), che esaltano il sapore degli alimenti.**
9. **Privilegiare l'acqua per dissetare e per reintegrare i liquidi perduti con l'attività quotidiana.**
10. **Avvicinare il più possibile il proprio stile di alimentazione al Modello Mediterraneo che, essendo basato sul consumo di cibi freschi e minimamente trasformati, è naturalmente poco ricco di sale.**

Per aiutare le famiglie ad approfondire questo argomento, in particolare per comprendere perché un eccesso di sale è dannoso e quali accorgimenti possono essere usati per ridurre il consumo senza rinunce, Barilla ha realizzato un opuscolo dal titolo **"Meno sale per guadagnare salute. Un impegno comune, ma senza rinunce"**, scaricabile dal sito [www.barillagroup.it](http://www.barillagroup.it) nella sezione **NUTRIZIONE/Educazione alimentare/I libri dell'alimentazione.**



## Save the Children

La **Crisi** ha rubato il futuro ai **nostri bambini**

È un vero e proprio furto di futuro quello che si sta consumando in Italia ai danni dei bambini, adolescenti e giovani. A denunciarlo è Save the Children, in occasione del lancio di "Allarme infanzia", la campagna attraverso la quale, fino al 5 giugno, ha inteso promuovere una massiccia mobilitazione dell'opinione pubblica, affinché le istituzioni mettano in campo interventi urgenti in favore di minori e giovani, sempre più minacciati nel diritto ad una vita e un futuro dignitosi. La campagna si sviluppa intorno al concetto di "furto di futuro", a cui danno corpo dei ritratti di bambini che denunciano il furto subito attraverso alcune frasi ("Mi hanno rubato la terza media", "Mi hanno rubato la mensa a scuola"). Sono quattro le principali e più pesanti "ruberie" ai danni del nostro giovane "patrimonio", messe in luce da Save the Children, attraverso il dossier "L'isola che non sarà": il "taglio dei fondi per minori e famiglia", con l'Italia al 18esimo posto nell'Europa dei 27 per spesa per l'infanzia e famiglia; il "furto di cibo, vestiti, vacanze, sport, libri, mensa e rette scolastiche e universitarie": quasi il 29% di bambini sotto i 6 anni vive ai limiti della povertà tanto che il nostro Paese è al 21esimo posto in Europa per rischio povertà ed esclusione sociale; il "furto dell'istruzione": l'Italia è al 22esimo posto per la presenza di giovani con basso livello d'istruzione - il 28,7% tra i 25 e i 34 anni (1 su 4); il "furto del lavoro": i giovani disoccupati sono quasi il 40% degli under 25, il quarto peggior risultato a livello europeo.

"Con la campagna *Allarme Infanzia*" - ha spiegato Valerio Neri, Direttore Generale Save the Children Italia - "faremo la massima pressione affinché l'infanzia torni al centro dell'azione politica o il danno sociale sarà irreparabile, sia per i giovani che per l'intera nazione.

Ci auguriamo", ha concluso, "di essere davvero in moltissimi a dare voce a questo appello, attraverso il sito:

[www.allarmeinfanzia.it](http://www.allarmeinfanzia.it)".



# Gli avvelenamenti domestici

dale, ma, semplicemente, consultando telefonicamente il proprio medico o un Centro Antiveneni. In ogni caso, sarebbe necessario che le famiglie acquisissero delle conoscenze elementari di tossicologia e, soprattutto, delle buone pratiche di prevenzione.

Tra le sostanze ad uso medico che non hanno particolare pericolosità possiamo ricordare: pillole anti-concezionali, vitamine (tranne dosi elevate di vit. A e vit. D), probiotici, antiacidi ed adsorbenti, antibiotici (con alcune eccezioni), glicerina. I farmaci potenzialmente più dannosi appartengono a categorie come: cardiovascolari, salicilati, psicofarmaci. Particolarmente pericolosi sono gli antidepressivi.

Le sostanze per uso domestico o cosmetico meno dannose sono contenute abitualmente in: detersivi per lavare a mano, tavolette repellenti per zanzare, insetticidi a base di piretrine, cere per mobili o pavimenti, shampoo non medicati, bagni schiuma, schiume da barba, saponette.

Viceversa, le sostanze più aggressive sono contenute in: detersivi e brillantanti per lavastoviglie, pulitori per forni, metalli, vetri, anti-ruggine, sgorgatori di tubature, insetticidi a base di esteri organofosforici, smacchiatori, pulitori per superfici dure, solventi per unghie, tinture per capelli, alcune particolari piante ornamentali.

Anche oggetti solidi, ad esempio le batterie, possono liberare sostanze tossiche.

Bisogna ricordare che l'alcol etilico è contenuto non soltanto nei vini e nei liquori, ma anche in molti disinfettanti ed in alcuni medicinali formulati in gocce o sciroppi.

## Che cosa fare e che cosa non fare

■ Quando si telefona al medico o ad un Centro Antiveneni bisogna

indicare esattamente che tipo di sostanza è stata ingerita. Se si tratta di un prodotto per la casa, bisogna leggere la composizione chimica riportata sull'etichetta. Gli unici antidoti che si possono tenere in casa, e che bisogna usare solo su indicazione del medico, sono il carbone attivo e il dimeticone. Il primo è in grado di assorbire alcune sostanze presenti nello stomaco, evitando che possano essere assorbite. Il dimeticone, utilizzato tradizionalmente per le coliche gassose, evita la formazione di schiuma nello stomaco, evenienza che si verifica in caso di ingestione di detersivi o di saponi. La schiuma rappresenta un pericolo perché, in caso di rigurgito, può penetrare nei polmoni. Non bisogna dare da bere latte. Contrariamente a quanto si crede, può essere anche controproducente, ad esempio nel favorire l'assorbimento di alcune sostanze. Non si dovrebbe provocare il vomito. Infatti, se la sostanza ingerita è un caustico, si possono aumentare i danni a carico dell'esofago e della bocca, provocando irritazioni, ulcerazioni o lesioni ancora più gravi.

*Bisognerebbe riconoscere i segnali d'allarme nel bambino, anche se sono comunemente aspecifici: nausea e vomito, dolore addominale, diarrea, pallore e difficoltà respiratorie, perdita della coscienza. Le sostanze caustiche determinano la comparsa di segni di ustione alla bocca e al viso.*

Nel caso di avvelenamento da inalazione, per esempio quello da monossido

di carbonio prodotto da stufe, bisogna subito trasportare il bambino fuori dall'ambiente contaminato e, se c'è perdita dello stato di coscienza, praticare la respirazione bocca a bocca o con Ambu, in attesa del 118.

## Prevenzione

■ Non bisogna mai travasare prodotti casalinghi in contenitori diversi, soprattutto in bottiglie per acqua minerale o in altri contenitori per alimenti. Bisogna utilizzare le mensole più alte possibili o, ancora meglio, i ripiani più alti degli armadi, e chiuderli accuratamente, possibilmente a chiave. Viceversa non bisogna mai lasciare sostanze pericolose sotto i lavandini o, comunque, a portata di bambino.

Bisogna sempre conservare le etichette dei prodotti, seguire le istruzioni d'uso, non mescolare mai tra di loro detersivi e detergenti differenti, poiché si possono sviluppare vapori tossici.

I farmaci debbono essere custoditi in cassetti chiusi.

Non debbono essere mai lasciati: sui comodini della camera da letto, nei beauty-case, nelle borsette.

Farmaci e parafarmaci debbono essere sempre conservati nelle confezioni originali, che sempre più spesso hanno caratteristiche di sicurezza: tappi difficilmente svitabili, blister, ecc. Bisogna assolutamente impedire l'accesso a pillole e a bottiglie colorate, che possono essere scambiate per caramelle e bibite.

Bisogna sempre verificare il ricambio dell'aria se si utilizzano stufe o camini.

Si devono evitare piante d'appartamento le cui parti possono essere tossiche. Vivaisti, esperti ed internet possono fornire informazioni preziose. Per fare un esempio, anche parti delle comunissime "stelle di Natale" hanno una potenziale tossicità.

## USO E ABUSO DI PRODOTTI PER LA CASA E LA PERSONA

PRODOTTI PER LA PULIZIA

PRODOTTI PER L'IGIENE

PRODOTTI PER LA SALUTE

Nelle nostre case ogni giorno siamo soggetti a vari tipi di rischio, anche chimico; ecco come possiamo renderci conto di quali siano e dove si nascondono:

**1. LEGGERE LE ETICHETTE.** L'etichetta classifica i prodotti in base al loro pericolo e alle sostanze in essi contenute, talvolta però la lettura di questa non risulta del tutto chiara anche perché non tutti siamo chimici. Vi sono inoltre situate in fondo le frasi di rischio ed i consigli di sicurezza, spesso in caratteri piccoli.

**2. CONTROLLARE I SIMBOLI DI PERICOLO.** I simboli che seguono sono diffusi in tutti i Paesi della C.E.E. e permettono a chiunque una immediata visualizzazione delle caratteristiche di rischio nell'uso del prodotto.

**3. FARMACI.** Si usano solo per necessità; controllare la data di scadenza; buttare se scaduti negli appositi contenitori.

## PRODOTTI PER LA CASA CON I SIMBOLI PIÙ COMUNI



### NOCIVO:

pericolo per la salute da una sostanza nociva e/o irritante (con sigla "I" oppure "N").



### CORROSIVO:

pericolo per i tessuti biologici, anche per le superfici.



### INFIAMMABILE:

danno vapori che si possono incendiare a contatto di fiamma o calore intenso.



### TOSSICO:

sostanze molto pericolose per la salute, mortali per ingestione.

## NORME GENERALI DI COMPORTAMENTO PER L'USO DEI PRODOTTI

- ① attenzione alle modalità di uso, maneggiare con cura, eliminare negli appositi contenitori;
- ① acquistare solo per necessità, conservare in sicurezza, fuori dalla portata dei bambini e meglio se chiusi a chiave, in ambienti con prodotti dello stesso tipo;
- ① riporre sempre dopo l'uso nel loro posto; mantenere nella confezione originale, non travasare in contenitori diversi, chiudere con tappi di sicurezza;
- ① le sostanze infiammabili si devono riporre in armadietti all'esterno aerati.

Angelo Milazzo  
Pediatra di Famiglia, Catania

La nostra vita quotidiana è caratterizzata dalla presenza diffusa di potenziali veleni. Gli avvelenamenti o intossicazioni si verificano in massima parte negli ambienti domestici ed interessano soprattutto bambini sotto i 5 anni d'età. Gli avvelenamenti più comuni riguardano proprio l'ingestione accidentale di sostanze chimiche, destinate ad uso diverso da quello alimentare. Naturalmente il grado di pericolosità varia da sostanza a sostanza, e dipende dalla quantità ingerita. Questa, nella grande maggioranza dei casi, risulta essere fortunatamente molto limitata. Quindi, molte situazioni potrebbero essere affrontate senza crisi di panico, né con precipitose corse in ospedale,





# Mutilazioni Genitali Femminili

## Il diritto di essere bambine e donne

**Alessandra Pavani**  
Responsabile Ricerca, Advocacy e Networking  
Fondazione L'Albero della Vita Onlus, Milano

### Una pratica antica ancora molto diffusa

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono una pratica antichissima (ve ne sono già tracce negli scritti dello storico greco Erodoto - V secolo A.C.) ma attuale, che riguarda ancora dolorosamente un vasto mondo femminile: ogni anno nel mondo circa **140 milioni tra donne e bambine** - 500.000 la stima in Europa. In base alla definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel termine "Mutilazioni genitali femminili" sono compresi tutti gli interventi che comportano la rimozione intenzionale, parziale o totale, dei genitali femminili esterni o altra lesione ai genitali femminili dovuta a ragioni non mediche. Il termine **mutilazione** fu scelto per evidenziare i **danni irreversibili** che questa pratica ha sulla salute di donne e bambine. Le MGF sono presenti in almeno 26 Paesi dell'Africa sub-sahariana e nello Yemen, e in molti di questi la percentuale di donne sottoposte a MGF varia tra il 70 e il 90%. L'età in cui si esegue la pratica può variare a seconda del gruppo etnico di appartenenza e della zona, ma in generale si effettua quando la donna è ancora una bambina, può avvenire anche subito alla nascita.

### Conseguenze indelebili

Le MGF appartengono a pratiche di tradizioni millenarie, al retaggio culturale di intere popolazioni, nel quale la donna e la sua sessualità sono severamente controllate già dalla sua infanzia, ma il radicamento

della pratica è tale che molte donne lo vivono come uno strumento di identità culturale e valoriale, anche una volta fuori dal loro Paese consegnando spesso una pesante eredità alle loro figlie. Per questo lo sradicamento delle MGF è così complesso e il suo abbandono può avvenire solo tramite un **cambiamento sociale** che passi attraverso la presa di coscienza del danno che tale intervento provoca alla vita delle bambine che lo subiscono.

Le MGF comportano, oltre a importanti **complicazioni nell'immediato** (shock per l'intervento senza anestesia, l'emorragia, l'intenso dolore e il pianto irrefrenabile che segue), un **trauma fisico di medio termine** (patologia infiammatorie del tratto uro-vaginale, malnutrizione per il trauma, difficoltà nei bisogni fisiologici) e **di lungo termine** (ipersensibilità, dolori nelle mestruazioni e nei rapporti sessuali che impediscono una vita normale, maggiore vulnerabilità alle infezioni veicolate dal sangue come HIV/AIDS, epatite e dell'apparato riproduttivo, infertilità, incontinenza, maggiore rischio di mor-

talità materna). Inoltre uno shock psicologico e sessuale, che ne influenza lo sviluppo e il benessere, lasciando la vita delle bambine segnata in modo indelebile: vissuti di ansia, umiliazione e tradi-

mento provati nei confronti dei propri genitori, disturbi dell'alimentazione e del sonno, disturbi dell'umore, incubi, difficoltà a fidarsi degli altri anche se familiari, scarso amore per il proprio corpo, un vissuto che può spingerle a togliersi la vita.

### In Italia

Le MGF sono approdate anche in Europa e in Italia durante i flussi migratori degli ultimi decenni. Secondo le stime più recenti potrebbero essere oltre 90.000 le donne interessate dal fenomeno nel nostro Paese, e **oltre 7.700 le bambine a rischio in Italia**, il 67% riguarda bambine nella scuola dell'infanzia e nella scuola primaria, quindi dai tre ai dieci anni. Il rischio di vedere la pratica riproporsi di generazione in generazione ha portato alla definizione di severe norme di condanna - legge n° 7 del 9 gennaio 2006 - che puniscono con la reclusione chiun-

que (cittadino italiano o straniero, inclusi i medici in Italia), in assenza di esigenze terapeutiche, compie una mutilazione degli organi genitali femminili. La legge include anche disposizioni di tipo preventivo. In particolare da dicembre 2012, un Intesa tra Stato e Regioni rappresenta una significativa presa di coscienza della necessità di un intervento coordinato per intervenire in maniera preventiva a tutela delle donne e delle bambine delle comunità immigrate, ove la **tutela delle bambine a rischio** riveste un peso importante. Negli ultimi anni le MGF sono state riconosciute attraverso risoluzioni europee e ONU e normative nazionali come **una grave violazione dei diritti fondamentali** della persona, della sua integrità e della sua salute psico-fisica.

### Pensare in modo nuovo

Eppure la pratica si basa su convenzioni e norme sociali che non la intendono come violenza, al contrario i genitori la considerano una tappa necessaria per le loro figlie affinché accedano al matrimonio e la famiglia abbia il rispetto della comunità. Si tratta di credenze millenarie di origine culturale, sociale e religiosa, che mantengono un equilibrio collettivo. **La rieducazione di queste credenze** verso nuove che mostrino il vantaggio dell'abbandono della pratica per le figlie e per la comunità di riferimento, può ricreare, se è una scelta collettiva a partire dagli esponenti più influenti, un nuovo equilibrio comunitario privo della pratica. E' dunque centrale creare le condizioni favorevoli di fiducia e di dialogo collettivo, affinché ogni uomo e donna possa partecipare alla creazione di una nuova cultura, a favore di una **società più consapevole, rispettosa delle bambine, della donna, della persona**. Per ulteriori approfondimenti scarica il dossier "Il Diritto di Essere Bambine" pubblicato da Fondazione L'Albero della Vita (dicembre 2011) in collaborazione con Fondazione Patrizio Paoletti, partner pedagogico e l'associazione interculturale di donne Nosotras, partner in interventi a contrasto delle MGF.





# Dermatite Allergica da Contatto

**Susanna Voltolini**

Medico chirurgo, Specialista in Medicina del lavoro, Specialista in Allergologia e Immunologia Clinica, Responsabile S.S. di Farmacoallergia, IRCCS Azienda Ospedale Università San Martino, IST Genova

## Cosa si intende per Dermatite Allergica da Contatto?

■ I termini "dermatite" o "eczema" allergico da contatto (DAC) sono spesso usati come sinonimi per descrivere una patologia infiammatoria polimorfa causata da un meccanismo immunologico di sensibilizzazione a sostanze che vengono a contatto con cute o mucose di un soggetto predisposto.

Il coinvolgimento di varie cellule, principalmente linfociti T e cellule dendritiche, determina, ad ogni contatto con la sostanza sensibilizzante la liberazione di mediatori chimici che provocano le caratteristiche lesioni vescicolari accompagnate da eritema, con prurito intenso. Questa fase acuta è seguita, generalmente, da una variabile secchezza cutanea con desquamazione che può arrivare, nelle forme croniche, fino a cheratosi cioè ad un ispessimento ed indurimento della cute con lesioni fissurate. Il meccanismo è molto diverso da quello in causa nelle forme allergiche respiratorie o alimentari, caratterizzate dalla produzione di anticorpi specifici (IgE) verso allergeni di pollini, acari o alimenti, responsabili in genere di reazioni a rapida insorgenza (immediate). Le reazioni dermatologiche della DAC sono invece tipicamente ritardate, cioè si manifestano non meno di 12 ore dopo il contatto e possono persistere per giorni. Molto meno frequente è l'orticaria allergica da contatto, causata ad esempio da lattice di gomma e alimenti, dove le lesioni sono tuttavia differenti da quelle della DAC, a comparsa immediata e rapida risoluzione.



allo stato della cute, i principali fattori di rischio. Per questo motivo, i bambini già affetti da eczema di tipo atopico possono sensibilizzarsi a sostanze da contatto, compresi i

farmaci (ad esempio i cortisonici) e i farmaci per uso locale, usati in quantità. In passato l'abitudine al foro dei lobi auricolari ha rappresentato il motivo principale della grande diffusione di allergia al nichel. Oggi questa pratica viene eseguita in maniera tale da prevenire il problema, almeno in fase iniziale, utilizzando orecchini in metallo nickel-free. Una delle cause di incremento dell'allergia da contatto in età pediatrica è l'uso sempre maggiore di coloranti per capelli e di tatuaggi, che comportano un rischio elevato di allergia da contatto alla para-fenilendiamina. Anche i tatuaggi a base di henné contengono spesso questa sostanza che ne aumenta l'efficacia come pigmento ed è la stessa contenuta nelle tinture per capelli. In generale, le sedi più frequentemente colpite sono quelle esposte agli agenti sensibilizzanti: mani e polsi, volto e collo, ascelle, lobi auricolari, zona periombelica. In base alla localizzazione è possibile

## Anche i bambini vanno incontro a questo tipo di allergia. Verso quali sostanze e in quali sedi?

■ La DAC colpisce soggetti di tutte le età, in prevalenza l'età giovanile e il sesso femminile, in parte per la maggiore frequenza di contatto con le più comuni sostanze allergizzanti: metalli (nichel, cromo, cobalto, oro), gomma, profumi, cosmetici, farmaci per uso locale, sostanze di uso professionale (ad esempio resine). Rispetto al passato i bambini sono oggi più frequentemente esposti al contatto con alcune di queste sostanze. Infatti, il numero di casi riportati in età infantile è cresciuto negli ultimi anni. Esiste sicuramente una predisposizione genetica, quindi una certa familiarità, in particolare per chi ha la tendenza a diventare allergico al contatto con più sostanze, cioè ad essere poli-sensibilizzato; la frequenza dei contatti ed il tipo di sostanze rappresentano, associati

sospettare le sostanze responsabili. Esistono poi vie di esposizione diverse dal contatto diretto con la cute, ma che possono scatenare lo stesso tipo di dermatite: ad esempio quella inalatoria (ad esempio l'aerosol con steroide) e quella aerotrasmissa, attraverso le quali sostanze allergizzanti diffuse nell'ambiente di vita o di lavoro del soggetto possono causare infiammazione delle mucose, dermatite delle parti scoperte (volto, collo, mani) e/o dermatite diffusa. Anche l'ingestione di allergeni noti per essere causa di DAC può provocare questo tipo di manifestazione diffusa o sistemica: primo tra tutti il nichel, ma anche il mercurio e vari farmaci possono esserne responsabili.

## Come si può curare e prevenire la DAC?

■ L'individuazione dell'agente causale attraverso il **Test da contatto** o **Patch test** è fondamentale nella diagnosi della DAC. La possibilità di evitarne il contatto e quindi di non vedere più ripresentarsi la dermatite non è sempre attuabile. E' pertanto necessario conoscere le possibilità di prevenzione e il trattamento. La prevenzione si basa sulla ridotta esposizione alle sostanze maggiormente allergizzanti, quali metalli di bassa lega, profumi non controllati ma soprattutto tinture per capelli e tatuaggi che sono da evitare in età pe-

diatrica e in particolare nei soggetti a rischio. La terapia topica, cioè locale, a base di creme ed unguenti rappresenta la terapia di elezione della DAC, con possibilità di scelta tra una gamma di cortisonici locali di varia potenza; più recentemente è stato introdotto, in casi particolari, l'uso degli inibitori della Calcineurina (Tacrolimus, Pimecrolimus). L'uso di tali farmaci ha tuttavia delle limitazioni dovute all'assorbimento dei principi attivi, con possibili effetti collaterali sia locali che generali, per cui non possono essere superati tempi e dosaggi che devono essere indicati dallo specialista. Necessaria quindi l'associazione, in fase di remissione dell'eczema acuto, di prodotti topici riparatori, lenitivi ed idratanti, in grado di affiancare i farmaci e di alternarsi ad essi per ripristinare e mantenere l'integrità della barriera cutanea; tali farmaci inoltre, consentono di alleviare i sintomi più fastidiosi per il paziente, quali il prurito e il bruciore, spesso peggiorati dalla secchezza cutanea. I prodotti più indicati a questo scopo dovrebbero contenere un numero limitato di principi attivi, la cui azione sia però supportata da evidenze scientifiche: ad esempio derivati vegetali ricchi di acidi grassi insaturi (ad es. oenothera biennis, vitis vinifera), sostanze vegetali lenitive (ad es. licocalcone, avena colloidale), idratanti a base di urea e lattato, antinfiammatori e anti-prurito (bisabololo, acido glicirretico, polidocanolo).

Di particolare importanza è anche la scelta dei prodotti per la detersione, che non deve essere aggressiva per la cute. Tutti questi prodotti, essendo utilizzati da soggetti con tendenza alla allergia da contatto, dovranno essere privi di sostanze sensibilizzanti, quali profumi e alcuni conservanti.

## E' possibile recuperare la tolleranza nei confronti delle sostanze causa di DAC?

■ Gli studi di follow-up sulla DAC dimostrano che in alcuni casi i soggetti possono recuperare spontaneamente, evitandone il contatto, la tolleranza specifica verso l'allergene. Il problema appare più complesso per le sostanze presenti abitualmente nell'ambiente, primo tra tutti il nichel, costituente abituale della dieta, nonché presente in varia misura nelle acque.

Nonostante la legislazione europea abbia cercato di ridurre l'esposizione della popolazione al contatto con tale metallo, il nichel rappresenta sempre la causa più frequente di DAC.

E' stato dimostrato che una parte dei soggetti allergici al contatto con il nichel può sviluppare reazioni anche per ingestione di tale elemento. I meccanismi immunologici coinvolti sono stati estesamente studiati negli ultimi decenni e sono stati avviati vari studi clinici allo scopo di dimostrare la possibilità, attraverso la via orale, di recupero della tolleranza nei confronti del metallo.

I primi risultati sono decisamente positivi, anche se va sempre considerata, specie in immunologia, la variabilità di risposta individuale. Il trattamento iposensibilizzante, in maniera simile a quello utilizzato per le forme respiratorie da pollini e acari, consiste nella assunzione di minime dosi di nichel per via orale, da aumentare gradualmente e ripetere regolarmente tre volte a settimana per un periodo di uno-due anni.

La tollerabilità è buona e non esistono controindicazioni particolari. I pazienti, dopo tale ciclo di terapia, dovrebbero arrivare a tollerare in misura maggiore sia il contatto, che l'ingestione del metallo. Non esistono studi analoghi per gli altri allergeni da contatto e occorre avere ben presente che la maggioranza delle allergie da contatto sviluppate in età pediatrica tende a persistere per tutta la vita, con tutte le conseguenze che ciò comporta, anche a livello della futura attività lavorativa.





# Problemi gastroenterologici e nutrizionali del bambino diversamente abile

Miris Marani

Ambulatorio per i Problemi Gastroenterologici e Nutrizionali dei bambini neurodisabili  
U.O. Pediatria, ASL, Ravenna

La paralisi cerebrale costituisce la più comune causa di neurodisabilità cronica infantile. Altre cause di disabilità neurologica sono le anomalie cromosomiche, le malattie congenite o acquisite del Sistema Nervoso Centrale, le patologie neuromuscolari.

I bambini neurodisabili sperimentano quotidianamente notevoli difficoltà in molti aspetti del vivere, come la comunicazione, la motricità, il nutrirsi, il dormire. Molti sono totalmente dipendenti dalla famiglia per le necessità di base. L'impatto della malattia sulla qualità di vita dei bambini e delle loro famiglie dura tutta la vita. Accanto alla disabilità motoria e cognitiva e alla eventuale convulsività, la difficoltà ad alimentarsi, la stipsi cronica, le malattie respiratorie ricorrenti, il pianto e l'irrequietezza notturna aumentano significativamente il tempo dedicato alle cure riflettendosi negativamente sulla vita familiare e sociale del bambino e della famiglia. Di questi bisogni è necessario prendersi cura nell'ottica di un sostegno globale alla qualità di vita del bambino neurodisabile e della sua famiglia.

## La difficoltà ad alimentarsi

■ Il 30-60% dei bambini neurodisabili ha difficoltà ad alimentarsi e a bere. Questa difficoltà, definita *disfagia oro-faringea*, è legata alla incoordinazione del

complesso apparato neuromuscolare deputato alla gestione orale del cibo. Possono essere presenti varie combinazioni di incompetenza alla gestione orale del cibo: difficoltà a trattenerlo dentro la bocca per ipotonia delle labbra, ipersensibilità orale con innesco del riflesso del vomito alla introduzione del cibo, incapacità a masticare il bolo, incoordinamento della deglutizione. Il ritardo di innesco del riflesso di deglutizione con lunga permanenza del cibo in bocca comporta aspirazione di tracce di cibo nelle vie respiratorie con tosse e crisi di soffocamento durante i pasti. A volte la somministrazione del pasto è la cura di base che richiede più tempo: fino a 6-7 ore al giorno. L'esperienza del pasto come momento spiacevole per il bambino e per chi se ne prende cura (*caregiver*) si traduce non infrequentemente in reazioni di avversione e rifiuto da parte del bambino (*food aversion*) con vissuti di angoscia e frustrazione per il caregiver.

## Problemi gastroenterologici associati alla neurodisabilità infantile

- ▶ Disfagia oro-faringea
- ▶ Malattia da reflusso gastro-esofageo
- ▶ Sindrome da aspirazione polmonare cronica
- ▶ Malnutrizione
- ▶ Stipsi cronica

La logopedista-disfagista può suggerire strategie facilitanti con suggerimenti sulla postura più adatta, con allineamento capo-collo-tronco, sulla consistenza del cibo, sul volume del bolo, sugli strumenti più idonei da utilizzare. Spesso la semplice indicazione ad adottare una consistenza cremoso-omogenea (purea) invece della doppia fase (pastina in brodo), migliora sensibilmente la capacità del bambino ad alimentarsi. Talora la disfagia oro-faringea è limitata ai liquidi e l'addensamento

dei medesimi con apposite polveri disponibili in farmacia può facilitarne significativamente l'assunzione. Nei bambini neurodisabili l'insufficiente assunzione di liquidi è assai frequente con rischio di disidratazione e aggravamento della stipsi cronica.

## La malnutrizione

■ Si calcola che il 50-80% dei bambini neurodisabili presenti gradi variabili di malnutrizione, la cui gravità è proporzionale

alla gravità della disabilità neuromotoria.

La disfagia, la food aversion, lo scarso appetito legato alla immobilità prolungata ed ai farmaci sono le cause della malnutrizione. Il pediatra valuta lo stato nutrizionale dei bambini su grafici dei percentili specifici per la patologia, dato che peso e altezza dei bambini con neurodisabilità sono costantemente inferiori a quelli dei coetanei senza malattia neurologica. La malnutrizione incide negativamente sulle competenze immunitarie con conseguente aumento di malattie infettive ed ospedalizzazioni, e anche sulla risposta alle terapie riabilitative.

La correzione della malnutrizione avviene attraverso l'aumento della densità calorica degli alimenti (aggiunta di integratori) e l'applicazione delle strategie compensatorie suggerite dalla disfagista-logopedista.

La densità calorica degli alimenti può essere aumentata mediante arricchimento del pasto con alimenti naturali (olio d'oliva extravergine, parmigiano) o preparati in polvere dell'industria. Quando queste metodiche non siano sufficienti e/o il rischio di aspirazione polmonare sia consistente, la nutrizione del bambino neurodisabile deve avvenire via sonda direttamente nello stomaco attraverso un accesso chirurgico: PEG (*PerEndoscopic Gastrostomy*).

In questo caso è preferibile utilizzare alimenti liquidi dell'industria piuttosto che preparazioni casalinghe. Infatti mentre gli uni danno garanzie di sterilità, fluidità e apporto

di calorie costante, le preparazioni casalinghe frullate determinano con alta frequenza l'ostruzione della sonda e la necessità di disostruzione con alti volumi di acqua e conseguente distensione acuta dello stomaco.

## La malattia da reflusso gastro-esofageo

■ Il 60-80% dei bambini neurodisabili soffre di *malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE)*. Le cause sono molteplici: la postura supina prolungata, la scoliosi, le crisi convulsive, l'incompetenza della valvola (*cardias*) che protegge l'esofago dalla risalita del bolo acido gastrico. Il contatto della mucosa dell'esofago con il liquido gastrico acido provoca

nell'esofago infiammazione cronica e anche vere e proprie erosioni. La presenza di erosioni a livello dell'esofago comporta dolore ai pasti e bruciore notturno con dolore, pianto, insonnia, irritabilità. Se presente anche vomito ricorrente, la MRGE deter-

mina anche perdita di calorie e conseguente malnutrizione. La MRGE può concorrere con la *disfagia oro-faringea* alla sindrome da aspirazione polmonare cronica dato che il bolo, risalito dallo stomaco fino alla bocca e non correttamente deglutito, può raggiungere le vie respiratorie. La terapia si avvale di farmaci che riducono l'acidità del contenuto dello stomaco, come ad esempio gli *Inibitori di Pompa Protonica (PPI)*: esomeprazolo, omeprazolo. Quando la terapia farmacologica

## Disfagia oro-faringea Strategie compensatorie

- ▶ Postura: allineamento capo-collo-tronco
- ▶ Addensamento dei liquidi
- ▶ Densità cremoso-omogenea degli alimenti
- ▶ Aggiustamento del volume del bolo



non è sufficiente a controllare la *malattia da reflusso gastro-esofageo*, è possibile ricorrere ad una correzione chirurgica che migliori la competenza della valvola tra esofago e stomaco (*cardias*). Questa procedura chirurgica si chiama *funduplicatio di Nissen*.

### Sindrome da aspirazione polmonare cronica

■ La *sindrome da aspirazione polmonare cronica* consegue a croniche ripetute microaspirazioni di cibo nelle vie respiratorie. E' la conseguenza della disfagia oro-faringea e, in misura verosimilmente minore, della malattia da reflusso gastro-esofageo. I sintomi sono costituiti da tosse cronica, sudorazioni e febbri notturne, respiro frequente e fischiante. La progressiva insufficienza respiratoria è aggravata dalla scoliosi dorsale assai spesso presente nei bambini affetti da disabilità neurologica. Eventuali episodi di aspirazione di abbondanti quantità di cibo causano broncopolmonite acuta (*broncopolmonite ab ingestis*). La sindrome da aspirazione polmonare cronica e la broncopolmonite ab ingestis sono causa di ospedalizzazioni, trattamenti antibiotici, ossigenoterapia.

### La stipsi cronica

■ Fino al 96% dei bambini con disabilità neurologica soffre di stipsi cronica. La stipsi cronica è l'evacuazione rara (<3 volte/settimana), difficile e spesso dolorosa di feci dure. Le cause sono molteplici: l'immobilità prolungata, la paralisi della muscolatura addominale, l'alterata motilità dell'ultimo tratto dell'intestino (*colon*), i farmaci per il controllo della con-

vulsività, la scarsa assunzione di liquidi. Ne conseguono dolore addominale con pianto, nausea, senso di sazietà. La stipsi viene trattata favorendo l'apporto di liquidi attraverso l'addensamento e l'utilizzo di particolari tecniche di somministrazione (strategie compensatorie). Quasi sempre tuttavia è necessario associare un trattamento farmacologico con rammollitori fecali (*lattitolo, macrogol*). Periodicamente possono essere necessari interventi "dal basso" con clismi o supposte.

## Stipsi cronica

### CAUSE

- ▶ **Immobilità**
- ▶ **Ridotta motilità intestinale**
- ▶ **Paralisi muscolare addominale**
- ▶ **Farmaci antiepilettici**
- ▶ **Scarsa assunzione di liquidi**

### TERAPIA

- ▶ **Assunzione di liquidi**
- ▶ **Rammollitori fecali**
- ▶ **Supposte o clismi**

### Conclusione

■ La qualità di vita dei bambini neurodisabili e delle loro famiglie è significativamente influenzata anche da problemi associati quali la disfagia, la malattia da reflusso gastro-esofageo, la stipsi cronica, la sindrome da aspirazione polmonare cronica, la malnutrizione. Prendersi cura di queste patologie con strategie conservative e compensatorie o, quando necessario, con metodiche chirurgiche, può migliorare la qualità di vita dei bambini e delle famiglie.

## Sindrome da aspirazione polmonare cronica

### CAUSE

- ▶ **Disfagia oro-faringea**
- ▶ **Malattia da reflusso gastro-esofageo**

### SINTOMI

- ▶ **Tosse**
- ▶ **Febbri ricorrenti**
- ▶ **Respiro frequente e fischiante**
- ▶ **Sudorazioni notturne**

## La dieta mediterranea è sempre vincente

■ In uno studio sul peso mondiale delle malattie in 187 Paesi, pubblicato dalla rivista scientifica *Lancet*, gli Italiani sono risultati al secondo posto (dopo i Giapponesi) nella classifica dei più longevi, con un'aspettativa di vita di 81 anni. Il merito è della dieta mediterranea, patrimonio immateriale dell'umanità per l'UNESCO: "A partire dagli anni 60, la dieta degli Italiani si è arricchita di frutta e verdura fresca e pesce, diventando più varia - spiega Stefania Salmaso, dirigente dell'Istituto Superiore di Sanità. - Inoltre, l'olio d'oliva è parte della tradizione alimentare della dieta mediterranea, mentre nella dieta britannica prevalgono i grassi di origine animale" ■



## La buona educazione dei genitori controlla il peso dei figli

■ Moderazione, contrasto all'iperconsumo, cibo sano e non super-diete. Ecco i principi sui quali bisognerebbe educare i genitori. L'effetto esercitato dalle pressioni alimentari dei genitori sui ragazzi è sempre più evidente, come afferma una ricerca pubblicata su *Pediatrics*: i genitori, preoccupati del peso dei figli, spesso ne influenzano l'alimentazione, spingendoli a osservare diete se sovrappeso o, viceversa, incitandoli a mangiare se sottopeso. Sarebbe invece buona norma consumare pasti regolari in famiglia con alimenti nutrienti, non mangiare fuori pasto, incoraggiare scelte alimentari sane e nutrienti e favorire l'autonomia dei ragazzi nell'assunzione di cibo ■







## NUTRIAMO I NOSTRI BAMBINI

L'alimentazione del bambino nei primi 3 anni di vita

Patricia Semeraro, Piercarlo Salari

Il bambino si nutre di cibo e amore. Si tratta di due "ingredienti" che, per quanto complementari, devono essere ben distinti. Se il primo, infatti, non deve acquistare il significato di gratificazione affettiva, l'amore può e deve trovare espressione anche in una corretta impostazione dell'alimentazione sin dal divezzamento, epoca quanto mai delicata per lo sviluppo metabolico del bambino, alle prese con le sue prime esperienze di nuovi sapori. Questo libro si rivolge proprio ai genitori con lo scopo di sensibilizzarli agli aspetti oggi ritenuti di maggiore rilevanza per una crescita armonica e all'insegna della prevenzione delle malattie croniche dell'età adulta.

Volume in broccura, Formato: 17x21, Pagine: 74  
Euro 18,00

## FILASTROCCHIE, FAVOLE, STORIE...

Questo libro è per bambini, genitori, nonni e...  
...per chi vuoi tu!

L'importante è leggerlo insieme

Scritto, ideato e disegnato da Dario Battaglia

Un percorso didattico per promuovere la consapevolezza alla salvaguardia della salute sin dalla prima infanzia. Un libro da leggere giocando, ricco di colori, favole, filastrocche, indovinelli e rebus utile agli educatori e ai genitori da condividere con i propri bambini.

Questo è anche un libro "generoso" in quanto i proventi derivati dalla sua vendita saranno devoluti dalla Casa Editrice a progetti di educazione alla salute dei pediatri italiani destinati alle Scuole.

Volume in broccura, Formato: 20x20, Pagine: 44  
Euro 10,00



Per informazioni e/o richieste

Tel. 051.904181/903368 - Fax 051.903368  
www.editeam.it • info@editeam.it







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

**NETW GPS RK**

**Genitori ● Pediatra ● Scuola**

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