



CONOSCERE PER CRESCERE

LA RIVISTA DEI PEDIATRI ITALIANI PER LA FAMIGLIA

Anno V - Marzo 2014



Periodico distribuito gratuitamente

LE ASSOCIAZIONI E LA SCUOLA



Società
Italiana di
Pediatria



EDITEAM
GRUPPO EDITORIALE



DIRETTORE SCIENTIFICO

Marcello Lanari

DIRETTORE RESPONSABILE

Franca Golisano

COMITATO DI REDAZIONE

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

www.sip.it

COLLABORATORI ESTERNI

Federica Lanari

SEGRETERIA DI REDAZIONE

info@editeam.it

AREA COMMERCIALE E PUBBLICITÀ

editoria@editeam.it

Copyright © 2014

EDITEAM Gruppo Editoriale

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

Tel. 051.904181/903368

Fax 051.903368

www.editeam.it

conoscerepercrescere@editeam.it

Progetto grafico:

EDITEAM Gruppo Editoriale

ART DIRECTOR:

Dario Battaglia

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

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

Autorizzazione Tribunale Bologna

n° 7835 del 10.03.08.

Finito di stampare nel mese di

Marzo 2014.

Tiratura di questo numero 300.000 copie.

Il marchio della gestione forestale responsabile



Sommario

Editoriale

2 "Mens sana in corpore sano"
Marcello Lanari

Investire in salute

Spazio dedicato allo stile di vita

6 Rigurgito e reflusso
Ecco come riconoscerli e affrontarli
Flavia Indrio, Antonio Di Mauro, Dario Gallo, Domenico Martinelli

26 Vaccinazione anti-HPV: ci hai già pensato per tua figlia?
Francesca Merzagora

42 Ci giochiamo... la vita
Tante ragioni per difendere il gioco e pretendere di giocare e poter far giocare
Juri Pertichini

Conoscere per prevenire

Spunti di educazione e innovazione sanitaria

20 Dottore, ho paura che mio figlio sia allergico
Giovanni Cavagni

35 Stili di vita dei bambini in Italia
Giordana Veracini

38 Il bambino e il rispetto delle regole
Silvia Pepe

40 Infezioni delle vie urinarie
Antonella Toffolo, Giovanni Montini

La bussola

Supporto per interpretare sintomi e disagi

14 La tosse: un sintomo che crea disagio
Piercarlo Salari

30 Verruche: che fare?
Caterina Bertolini

Lavorare con la scuola

Strategie di intervento comune fra pediatri e insegnanti

4 Lo chef Natale Giunta testimonial della Campagna nazionale di educazione nutrizionale dei pediatri italiani "Mangiar bene conviene"

9 Decalogo del Ministero della Salute per proteggere la schiena dei bambini

Codice rosso

Riflessioni e suggerimenti sui comportamenti a rischio

8 Crisi economica e denatalità
Giovanni Corsello

12 Il bambino violato: i segnali da comprendere
Pietro Ferrara

Le pagine rosa

Grand'angolo sulla salute della mamma e del bambino

16 L'importanza dell'igiene intima
Piercarlo Salari

18 La vaccinazione materna protegge il bambino?
Susanna Esposito

32 Voci e Musica per il nascituro
Giancarlo Gargano, Francesca Nuccini

Come nasce una mamma

Spazio dedicato alle neomamme

24 Motivare e sostenere l'allattamento al seno
Giuseppe Di Mauro

“Mens sana in corpore sano”



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

C'è un nuovo dato dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), purtroppo assolutamente negativo, che accomuna i Paesi dell'Europa: nel nostro vecchio continente l'obesità infantile è in aumento e se nel 2008 un bambino su quattro di età 6-9 anni risultava sovrappeso o obeso, solo tre anni dopo il rapporto era di uno a tre. Sempre secondo l'OMS la prevalenza di obesità giovanile in Europa è attualmente 10 volte maggiore rispetto agli anni settanta. L'Italia, in questo poco antieuropeista, non è da meno, come risulta dall'indagine "Okkio alla Salute", coordinata dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto Superiore di Sanità. Secondo questa indagine svolta tra i bambini della scuola primaria, oltre un bimbo su tre fra 6 e 11 anni pesa troppo: il 12,3% è obeso, e il 23,6% è sovrappeso, con punte particolarmente elevate al sud. Il dato è preoccupante, specie se correlato ai risultati di un altro importante studio, che ha evidenziato come l'obesità incidente fra 5 e 14 anni è quattro volte più frequente nei bambini che hanno iniziato la scuola materna già in eccesso ponderale e che i soggetti sovrappeso a cinque anni sono quattro volte più a rischio di diventare obesi, rispetto ai normopeso. Ovvero sovrappeso/obesità precoci, uguale rischio per tutta la vita.

Ad insegnarci a consumare grandi quantità di "junk food", cibo spazzatura, così detto perchè con un basso valore nutrizionale, ricco in grassi saturi e zuccheri e correlato ad aumento del rischio per malattie come l'obesità, il diabete, i disturbi cardiovascolari e alcuni tipi di tumore, sono stati gli Americani, con i loro colorati ed accattivanti fast food (e i loro grandi obesi). Ma mentre l'Europa ignora sempre più i privilegi nutrizionali della sua ricca tradizione mediterranea, i cittadini del nord America sembrano aver invertito la tendenza di crescita dell'obesità e non per le condizioni economiche connesse alla Grande Recessione, bensì, come dimostrato da una recentissima

ricerca dell'Università di Chapel Hill nel North Carolina, per le incisive politiche di salute pubblica dell'ultimo decennio. E, dato che ci piace molto, riducendo le calorie in eccesso particolarmente nelle diete dei bambini, con apprezzabili ricadute alimentari anche sui componenti delle famiglie nelle quali questi erano presenti.

Per guardare alla nostra realtà, secondo i dati dell'indagine nazionale del 2012 "Okkio alla Salute" e confermati dalla Società Italiana di Pediatria (SIP), è emerso che i nostri ragazzi sono sempre più sedentari, privilegiando le ore passate alla TV, ai videogiochi e al computer, a quelle all'aria aperta destinate al gioco o allo sport. In particolare il "drop out" dell'attività sportiva avviene in adolescenza, con un'anticipazione rispetto ad anni fa, che si posiziona intorno agli 11 anni. Una generazione "seduta", se, come si evince dai dati dell'indagine della SIP, in periodo scolastico oltre il 60% degli adolescenti trascorre 10-11 ore al giorno seduto, delle quali in media 3-4 sono passate davanti a TV e/o PC. Per giunta il 40% dei ragazzi e il 44% delle ragazze, oltre alle due ore di «educazione fisica» previste dall'orario scolastico, non esercita alcuna attività sportiva o, al massimo, pratica sport per meno di due ore alla settimana. Meno del 40% raggiunge la scuola a piedi o in bicicletta, ovviando dunque anche a questa opportunità di movimento. Purtroppo anche la scuola non riesce a supplire a questo squilibrio tra attività sedentarie e motorie, con un numero minore di ore dedicate all'educazione fisica rispetto alla media europea, anche a causa di difficoltà costituite da numero inadeguato di palestre scolastiche, alcune delle quali fatiscenti, nonché di programmi inefficaci. Troppo spesso viene dunque ignorato che una regolare attività fisica (sport di gruppo o individuali, giochi all'aria aperta, ginnastica), permette, oltre agli indubbi benefici fisici su muscoli, articolazioni, postura e metabolismo, una maggior fiducia nelle proprie possibilità, una capacità di rapporti sociali migliori, una maggior sopportazione dello stress e della disciplina e una minor propensione ad ansia e depressione. L'invito è dunque per chiunque, genitori, insegnanti, educatori, medici di medicina generale e pediatri a promuovere stili di vita sani per tutta la famiglia, per tornare ancora una volta alle nostre origini per le quali già 2000 anni fa un tal Giovenale intuiva l'imprescindibilità di una "mens sana in corpore sano".

Lo chef Natale Giunta testimonial della Campagna nazionale di educazione nutrizionale dei pediatri italiani

“Mangiar bene conviene”



La Campagna fa parte di “Regaliamo Futuro” -progetto patrocinato da SIP, SIPPS, FIMP e Ministero della Salute- ed è partita da Palermo, capoluogo di una delle regioni a più alto tasso di obesità infantile, per guidare i bambini al giusto rapporto con il cibo attraverso l’armonia dei colori dell’arcobaleno

E' lo chef Natale Giunta il testimonial di **“Mangiar bene conviene”**, la Campagna di educazione nutrizionale dei pediatri italiani che ha preso il via dall'Istituto Comprensivo Montegrappa di Palermo. Saranno i circa 1.000 bambini e gli insegnanti della scuola primaria a dare vita alle attività che fanno parte del **macro progetto di salute globale per le famiglie “Regaliamo Futuro”**, patrocinato dalla Società Italiana di Pediatria (SIP), dalla Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS), dalla Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) e dal Ministero della Salute. Il progetto è reso operativo sul territorio dal Network GPS, un'alleanza fra Genitori, Pediatri e Scuola per promuovere e sostenere l'educazione ad una sana alimentazione e a corretti stili di vita, in collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione.



Non è un caso che la Campagna **“Mangiar bene conviene”** prenda il via proprio da Palermo: la **Sicilia** è infatti una delle regioni italiane nella quale si registrano tassi più elevati di obesità e sempre nel capoluogo siciliano sarà inaugurato il **primo “Laboratorio del Gusto” destinato ai bambini delle scuole che aderiranno al progetto**, in cui i principi della sana alimentazione prendono forma e si tramutano in piatti veri e propri. Entro fine maggio, a conclusione della prima fase del percorso didattico,

sulla base del testo **“Al Ristorante Arcobaleno...Vieni con noi a mangiare i colori!”**, le classi parteciperanno ad attività dedicate alla scoperta e all'abbinamento dei colori e dei sapori per trasformare gli alimenti in pietanze invitanti e fare propri i principi di un corretto stile di vita. **“Come l’arcobaleno è formato da una moltitudine di colori - afferma Piercarlo Salari, Pediatra di Consultorio a Milano e componente della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) - così una dieta deve essere composta in maniera armonica da tutti i nutrienti di cui l’organismo ha bisogno. Grazie a questo progetto i bambini, che rappresentano un terreno fertile in cui seminare conoscenza, saranno accompagnati nella costruzione di un giusto rapporto con il cibo, all’insegna di scelte consapevoli e salutistiche, senza perdere di vista l’importanza di una buona dose quotidiana di movimento”.**



“La cucina è un laboratorio e al tempo stesso una risorsa di apprendimento” - aggiunge Natale Giunta, volto noto della TV grazie alle sue partecipazioni alla trasmissione di Rai Uno “La Prova del Cuoco” e titolare del Ristorante “Sailem” alla Cala di Palermo dove è autore di “colorate” rivisitazioni della cucina tradizionale siciliana. “Purtroppo - spiega Giunta - le mamme hanno sempre meno tempo per preparare i cibi e preferiscono quelli già pronti. Questo progetto, oltre a coinvolgere i bambini in un percorso educativo, sarà utile anche a far apprezzare alle loro mamme il piacere di una cucina gustosa e a scoprire come anche in poco tempo, con un pizzico di buona volontà, si possano realizzare ricette equilibrate e adatte ai propri figli”.

Alla fine dell'anno scolastico sarà presentato il libro di ricette che Natale Giunta sta realizzando per le famiglie in collaborazione con il Gruppo Editoriale EDITEAM. Per informazioni sulle attività e le adesioni al progetto, inviare una mail a info@editeam.it.

RIGURGITO E REFLUSSO Ecco come riconoscerli e affrontarli

Flavia Indrio, Antonio Di Mauro, Dario Gallo, Domenico Martinelli
Dipartimento di Pediatria, Università di Bari

Il rigurgito è un evento caratterizzato dall'espulsione di latte dopo la poppata, interessa la quasi totalità dei lattanti e talvolta genera ansia nelle mamme. Per questa ragione è importante differenziarlo da un'altra manifestazione del tutto simile che richiede però attenzione in quanto spesso accompagnata da conseguenze sul benessere e sulla crescita del bambino: il reflusso gastroesofageo.

Prima però di entrare nei dettagli è fondamentale rispondere a due rapidi quesiti: il bambino cresce regolarmente in peso e lunghezza? Il suo comportamento è regolare e tranquillo? Se entrambe le risposte sono affermative c'è una probabilità molto elevata che il fenomeno, per quanto vistoso (le mamme, infatti, sono spesso preoccupate più dal volume di latte emesso che non dal comportamento del loro piccolo), non abbia alcun significato anomalo. Il rigurgito descritto sui libri e spesso dalle mamme, infatti, è un fenomeno del tutto fisiologico e frequente: consiste nell'eliminazione di latte non digerito, di solito entro mezz'ora dalla poppata: non si accompagna a riduzione della crescita e a complicanze ed è pertanto da ritenersi innocuo in quanto, come giustamente interpretato, funge da meccanismo protettivo nei confronti di un'assunzione eccessiva di latte. Per questa ragione è più frequente nei piccoli che, alimentandosi voracemente, non lasciano al proprio stomaco - ancora poco capiente - il tempo di dilatarsi, ricevere e trattenere il latte, che sia materno o formulato.

Il reflusso è invece un sintomo di per sé anomalo: ha luogo più tardivamente (cioè dopo almeno mezz'ora dal pasto) ed è per definizione acido. Non importa se sul cuscino rimanga soltanto una piccola traccia di odore piuttosto che un residuo più vistoso di latte cagliato: l'evento è dovuto alla risalita di latte già intaccato dai succhi gastrici a causa di un funzionamento imperfetto del cardias, la valvola situata all'ingresso dello stomaco. Ne consegue una mancata tenuta e poiché la mucosa esofagea non è predisposta al contatto con l'acido il materiale che refluisce da luogo a infiammazione (esofagite) e quindi dolore, documentato dal risveglio improvviso con pianto in fase digestiva.

Il possibile impatto e la rilevanza clinica del reflusso dipendono dalla frequenza degli episodi e dall'acidità: la pHmetria è l'indagine diagnostica che consente di verificare se il fenomeno è patologico, ossia se nelle 24 ore si supera il 4% del tempo con pH acido in esofago. Va però tenuto presente che nel piccolo lattante, che si alimenta mediamente ogni tre ore il reflusso potrebbe risultare poco acido a seguito

del naturale effetto tampone del latte. Da qui l'importanza di un altro esame, l'impedenzometria, che rileva la quantità di liquido che refluisce ed è complementare alla pHmetria. Del tutto inutile per la prima diagnosi è invece l'ecografia, ancora largamente prescritta.

Nel bambino piccolo non servono, poi, test particolari per ottenere la conferma della diagnosi: se si tratta di quello che viene definito un "rigurgitatore felice" (cioè un bimbo florido, che cresce regolarmente e non mostra alcun disagio) in genere sono sufficienti semplici provvedimenti, come per esempio aumentare la frequenza dei pasti e, per i bambini alimentati al biberon, un latte specifico: a tale riguardo la presenza di amido quale addensante offre il vantaggio di ispessire la formula nello stomaco e non nel biberon, agevolando in tal modo la poppata. La presenza di vomito fa invece propendere per una malattia

da reflusso, soprattutto se si rilevano tracce di sangue nel materiale espulso e l'esofagite è da sospettare in un lattante che sospende a breve la poppata. Normalmente il reflusso del lattante scompare tra i 12 e i 24 mesi, tempo necessario alla maturazione del cardias: l'impiego di farmaci antisecretori (gli stessi impiegati nell'adulto, naturalmente a dosaggio diverso) è infatti finalizzato proprio a prevenire l'esofagite. In ogni caso è bene tenere presente la disponibilità di formule specifiche, più dense grazie all'aggiunta di un "ispessente" (la sigla "AR" contraddistingue proprio questo genere di formule). Non tutti i latti AR, però, sono uguali. In caso di rigurgito semplice è sufficiente una formula con amido di tapioca che addensa a livello gastrico rendendo comunque semplice la poppata del bambino. L'utilizzo di latti AR a base di farina di carrube in questo caso risulta eccessivo.

Gli indizi che inducono a sospettare un reflusso

- ▶ Improvviso risveglio e pianto acuto del bambino in fase digestiva
- ▶ Riscontro frequente di residui di latte cagliato (acido) sul cuscino
- ▶ Tendenza del lattante a "opporci" alla poppata e riduzione del suo volume
- ▶ Assunzione da parte del lattante di posizioni insolite o frequente agitazione nel lettino
- ▶ Calo o arresto dell'accrescimento.

Tra l'altro prodotti AR a base di sola farina di carrube hanno lo svantaggio di addensare la formula già nel biberon, rendendo poi difficile la poppata al bambino. È invece razionale, utilizzare la farina di carruba in aggiunta ad amido per ottenere un effetto doppio addensante indubbiamente più efficace per il reflusso: a livello esofageo (la farina di carruba addensa infatti il latte già nel biberon) e gastrico (amido di tapioca). Per quest'ultima tipologia di latti un ulteriore accorgimento messo a punto dalla ricerca consiste nell'impiego di proteine parzialmente frammentate (idrolisate). Queste hanno una duplice funzione: da una parte evitano un ispessimento della formula eccessivo nel biberon per la presenza della farine di carrube, consentendo quindi a garantire una poppata lineare. Dall'altro facilitano il processo digestivo, poiché, a differenza della caseina non precipitano nello stomaco rischiando di rallentare lo svuotamento gastrico. Spetta al pediatra suggerire la strategia più adeguata alle necessità di comfort e di crescita del singolo bambino.

Gli spunti da ricordare

- Il rigurgito è un evento frequente nel primo anno di vita e può essere favorito dall'assunzione eccessiva di latte e dall'imaturità della valvola posta tra esofago e stomaco (cardias). Di solito ha luogo a breve distanza dalla poppata e non irrita il lattante.
- Il reflusso è per definizione la risalita di materiale acido nell'esofago. Oltre certi limiti di frequenza e durata esso diventa patologico e dà luogo a infiammazione dell'esofago (esofagite), alla quale si correla la cosiddetta malattia da reflusso. In questo caso il lattante piange a causa del bruciore e tende a ridurre istintivamente l'alimentazione, andando così incontro a un arresto della crescita.
- In caso di allattamento artificiale sarà il pediatra a dare le opportune indicazioni. La scelta di una formula ispessita con addensanti è utile a ridurre la frequenza del reflusso, favorisce la crescita del bambino e ne migliora la qualità di vita.
- L'amido di mais ispessisce il latte non nel biberon ma a livello gastrico ed è perciò un ottimo addensante in caso di rigurgito semplice, per il quale la farina di carruba sarebbe eccessiva. L'associazione dei due componenti offre invece il vantaggio di un effetto sinergico nel contrastare la risalita del contenuto gastrico in esofago nel bambino con reflusso.

CRISI ECONOMICA E DENATALITÀ

Giovanni Corsello
Dipartimento Materno-infantile,
Università di Palermo
Presidente Società Italiana di Pediatria

Si conferma il trend negativo delle nascite in Italia anche per il 2013: è una delle notizie diffuse dai media in chiusura di anno su dati ISTAT preliminari. I nati in Italia nel 2013 sono oltre 22.000 in meno del 2012, il 4% circa, e quasi 60.000 in meno rispetto al 2009. Sebbene i dati siano ricavati dalla proiezione del 60% circa dei nati dell'anno, il fenomeno merita maggiore attenzione sia da parte della comunità scientifica che delle istituzioni. È infatti un segnale ulteriore del progressivo invecchiamento della popolazione residente nel nostro Paese, già oggi intorno a numeri allarmanti: per ogni 100 soggetti sotto i 14 anni sono oggi 150 gli over 65 anni, a fronte dei 112 degli anni '90.

Diversi fattori stanno alla base del fenomeno, ormai noto da molti anni, che colpisce in modo generalizzato tutte le regioni del nostro Paese, dal nord al sud, sia pure con alcune differenze geografiche. I capoluoghi e le città metropolitane sono meno interessate della provincia e solo a Roma e Milano si sono registrati nel 2013 dati in controtendenza, per una ripresa del fenomeno migratorio interno dal sud al nord, dalla provincia alle città metropolitane.

La crisi economica, la difficoltà di portare avanti una gravidanza e far crescere bene i figli in situazioni di incertezza e di instabilità, i trend in aumento di disoccupazione e di povertà sono fenomeni che preoccupano sempre di più e che incidono nel calo progressivo della natalità. Anche l'aumento del numero di bambini al di fuori del matrimonio, stimato nell'ordine del 25-30% del totale, il triplo rispetto al dato del 2000, è il frutto dello stesso sfavorevole contesto sociale e economico che penalizza la famiglia e la natalità.

Il numero elevato di nati da genitori stranieri, che ormai si colloca intorno al 20%, non riesce più a compensare il tasso di denatalità della nostra popolazione, anche per la tendenza delle donne migranti a ridurre il numero di figli (da 2,4 figli per donna straniera nel 2005 al 2,0 stimato del 2013). Una delle risposte a queste tendenze socio-demografiche può venire dalla maggiore integrazione della popolazione straniera nella società italiana. Indipendentemente dalle convinzioni politiche o ideologiche di ciascuno, è difficile nella realtà globalizzata di oggi negare a chi nasce o cresce in Italia il diritto di sentirsi e di dichiararsi italiano. Il problema semmai è un altro: essere sicuri che l'integrazione sia effettiva e non una dichiarazione finalizzata in modo esclusivo a garantire i benefici giuridici e amministrativi. In questa nostra epoca la società multiculturale e multi-etnica deve diventare un valore positivo, deve essere occasione di crescita e di sviluppo. Ai bambini e ai ragazzi con genitori stranieri bisogna garantire diritti elementari e prospettive di vita e di salute pari a quelle dei bambini e dei ragazzi italiani. In questo anno che comincia la Società Italiana di Pediatria vuole impegnarsi su questo fronte coinvolgendo tutte le realtà scientifiche e associative che ruotano intorno al bambino e alla Pediatria italiana.



Decalogo del Ministero della Salute per proteggere la schiena dei bambini

Piegati sui banchi, costretti a portare zainetti stracolmi di libri: la schiena dei bambini è messa a dura prova

La corretta postura durante la scuola dell'infanzia e primaria è fondamentale. Cattive abitudini ed errori, come zaini troppo pesanti o posture scorrette durante lo studio e il gioco, possono creare problemi alla schiena dei nostri ragazzi e, con il tempo, portare allo

sviluppo inadeguato della muscolatura che sostiene la colonna vertebrale, alla minore elasticità, al dolore e a volte anche al dorso curvo.

Per questo il Ministero della Salute pubblica una serie di consigli per proteggere la schiena dei bambini.

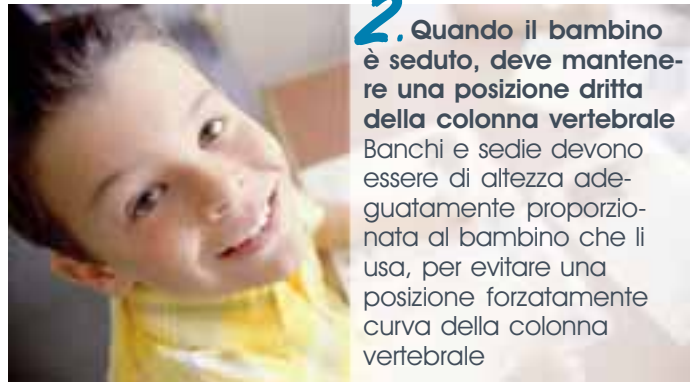
1. Insegnare ai bambini ad assumere una corretta postura appena iniziano ad andare a scuola

Sia in posizione eretta che da seduti



2. Quando il bambino è seduto, deve mantenere una posizione dritta della colonna vertebrale

Banchi e sedie devono essere di altezza adeguatamente proporzionata al bambino che li usa, per evitare una posizione forzatamente curva della colonna vertebrale



3. Correggere la postura del bambino anche quando utilizza apparecchi elettronici e videogiochi

L'uso sempre più frequente di monitor, videogiochi, Ipad, ecc., anche al di fuori delle ore scolastiche, può favorire una prolungata posizione scorretta e inadeguata



4. Sport e bambino, diamoci una mossa

L'attività fisica, fuori e dentro la scuola, è importante, perché nella fase della crescita (in altezza e peso) contribuisce ad allenare la muscolatura del dorso, che sostiene la colonna vertebrale del bambino



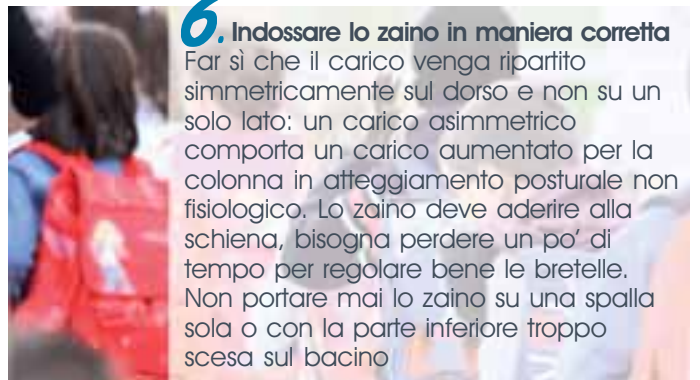
5. Alleggerire zaini e maxi zaini

Il peso dello zainetto non dovrebbe superare il 10-15% del peso corporeo dell'alunno che lo indossa. Scegliere un modello adeguato all'età e al peso del bambino, con bretelle ampie e imbottite, con un rinforzo dorsale e una cintura addominale



6. Indossare lo zaino in maniera corretta

Far sì che il carico venga ripartito simmetricamente sul dorso e non su un solo lato: un carico asimmetrico comporta un carico aumentato per la colonna in atteggiamento posturale non fisiologico. Lo zaino deve aderire alla schiena, bisogna perdere un po' di tempo per regolare bene le bretelle. Non portare mai lo zaino su una spalla sola o con la parte inferiore troppo scesa sul bacino





7. Non sovraccaricare i "trolley"

Spesso il carico è eccessivo "perché tanto ci sono le ruote", ma il peso rende necessari movimenti bruschi e sollevamenti di carichi eccessivi per un bambino, che possono provocare strappi e contratture lombari



8. Educare a un corredo scolastico essenziale

I docenti sono parte attiva nella promozione della salute e della sicurezza dei bambini, anche attraverso l'organizzazione della didattica. Già da qualche anno, le case editrici hanno iniziato a stampare i testi scolastici in fascicoli, proprio per consentire di alleggerire il peso degli zaini scolastici, in attesa degli e.book



9. Prestare attenzione a segnali di possibili problemi alla schiena

Nel periodo tra la quinta elementare e la prima media i ragazzi si trovano in quella fase dell'età evolutiva in cui possono manifestarsi alcune patologie della colonna vertebrale. Si tratta principalmente della scoliosi idiopatica, del dorso curvo, del mal di schiena (causato a volte da spondilolistesi). Sono patologie poco frequenti, per esempio la scoliosi idiopatica può interessare 2-2,5% della popolazione, per le quali è però necessaria una diagnosi precoce e corretta



10. Considerare le insidie di un'età "critica"

L'ingresso nell'adolescenza può rendere difficile da parte dei genitori e degli insegnanti l'individuazione del problema alla schiena. Spesso una deformità in ipercifosi della colonna vertebrale viene erroneamente scambiata per una postura assunta per timidezza

News

Peso degli adolescenti sotto controllo se i genitori sanno educarli

■ Uno studio pubblicato sulla rivista internazionale Pediatrics ha esaminato il rapporto tra sollecitazioni genitoriali sul cibo e peso dei figli adolescenti. E' emerso che sono i padri che incitano a mangiare di più e i ragazzi sono più ricettivi allo stimolo rispetto alle ragazze. Non è stata invece riscontrata alcuna associazione con l'etnia o le condizioni socio-economiche. Invece di utilizzare condizionamenti alimentari troppo restrittivi o troppo permissivi, i genitori degli adolescenti dovrebbero essere educati a seguire stili di vita che prevengono eccessivi aumenti o perdite di peso. Per esempio i ragazzi dovrebbero essere guidati a consumare pasti regolari in famiglia con alimenti nutrienti, a non mangiare fuori pasto e a sviluppare una propria autonomia di giudizio e consapevolezza nella scelta e nell'assunzione del cibo ■



Evitare inutile spreco di cibo

■ Ogni anno lo spreco di cibo ancora consumabile ammonta a circa 27 Kg per famiglia, quantificabile in oltre 580 euro, e 4mila tonnellate di alimenti freschi finiscono ogni giorno in discarica. Senza contare poi le grandi mense di aziende, scuole, ospedali, alberghi e villaggi turistici. Sono le stime dell'ADOC (Associazione Difesa Consumatori), secondo cui al primo posto si collocano latte, uova, formaggi e yogurt (39%), seguiti da pane e pasta (15%), carne (18%), frutta e verdura (12%). Da qui l'appello dell'Andid (Associazione Nazionale Dietisti) a combattere gli sprechi attraverso semplici regole tra cui: acquistare solo ciò che serve e in giusta quantità, preferire cibi di origine vegetale, di stagione e possibilmente dal produttore, scegliere prodotti con minimo imballaggio e imparare a recuperare gli avanzi in gustose ricette ■

L'attività fisica migliora il rendimento scolastico

■ L'attività fisica moderata-vigorosa praticata con regolarità fa migliorare la resa scolastica degli adolescenti e in particolare quella delle ragazze nelle materie scientifiche. Lo afferma una ricerca svolta in Scozia e pubblicata online sul British Journal of Sports Medicine: l'analisi ha mostrato che la performance in tutte e tre le materie era legata alla quantità di attività fisica svolta. Anche agli esami del diploma di scuola secondaria, il Gcse, General Certificate of Secondary Education è osservato un miglioramento progressivo per ogni aumento di esercizio giornaliero di 17 minuti per i ragazzi e di 12 minuti per le ragazze ■

IL BAMBINO VIOLATO: i segnali da comprendere

Pietro Ferrara
Istituto di Clinica Pediatrica,
Università Cattolica del S. Cuore, Roma
Presidente Commissione Maltrattamento SIP

Per molti secoli la massima di Giovenale della XIV Satira "Maxima debetur puero reverentia", non è stata "sempre" rispettata. Non è da molto che si guarda al bambino come persona, con la sua dignità, il suo essere individuo, il diritto di avere una personalità giuridica. I bambini e i loro diritti diventano centro dell'attenzione e delle preoccupazioni dell'Organizzazione delle Nazioni Unite sin dalla sua creazione, nel 1945, e successivamente, nel 1948, l'Assemblea Generale riconosce il diritto del bambino ad aiuti ed assistenza particolari. Il 20 novembre 1959 viene promossa un'iniziativa destinata a proteggere realmente il "pianeta infanzia", nasce cioè la Dichiarazione dei diritti del bambino. Sono stati poi gli innumerevoli bambini coinvolti nelle guerre, "usati" come soldati, baby-reclute arruolate come carne da macello, i milioni di bambini brasiliani che si lasciano vi-

vere senza una famiglia nei vicoli di città senza anima, i tanti bambini sfruttati nella prostituzione, i milioni di bambini asiatici utilizzati come schiavi, che hanno spinto l'Assemblea Generale dell'ONU, nel 1989, a firmare una nuova Convenzione Internazionale sui diritti dell'infanzia, che rivolgesse particolare attenzione a nuovi bisogni, o, meglio, considerasse problematiche terribili, sempre esistenti, ma nascoste, taciute e troppo spesso ricordate solo per onore di cronaca. **Le situazioni di maltrattamento a danno dei minori rappresentano oggi una vera e propria emergenza sanitaria e sociale.** Non c'è giorno che non si legga o non si ascolti una notizia che i diritti dei bambini in una qualche parte del mondo siano violati. Ogni anno sono milioni in tutte le parti del mondo i casi di violenza ai danni dei bambini. Non sono, però, solo questi dati che devono "impressionare", ma la considerazione che quello che noi vediamo è solo la punta dell'iceberg. L'incapacità di "vedere" il maltrattamento è purtroppo una triste realtà. Il maltrattamento fisico è sicuramente la violazione più evidente.

Nella maggior parte dei casi è perpetrato da uno dei due genitori, quindi da un parente al quale è stato affidato il bambino e nella minoranza dei casi da amici di famiglia, dalla baby-sitter o da un fratello. L'ambiente in cui matura il maltrattamento è in genere carico di problemi culturali e sociali. Il motivo dell'innescare della violenza è quasi sempre futile, banale, come ad esempio il bambino che piange insistentemente, il bambino che si bagna o che si sporca, rovescia qualcosa o disobbedisce. Solo in una piccola percentuale dei casi i genitori che maltrattano i figli hanno personalità psicotiche o criminali. Nella maggior parte dei casi, infatti, le violenze fisiche si consumano nell'ambito di famiglie "normali". Negli anni successivi alle prime segnalazioni di *battered child*, si comincia a prendere coscienza del problema ed il concetto di maltrattamento si estende anche alle situazioni generanti "sofferenze psichiche" o ad atteggiamenti comportamentali in grado di offendere in qualche modo la dignità dell'essere umano. Si entra così nel grande capitolo delle "patologie delle cure". Queste forme di abuso sono com-

messe da quei genitori che non danno ai propri figli un ambiente affettuoso in cui crescere, imparare e svilupparsi, l'ambiente che tutti i bambini dovrebbero avere per diritto. La patologia delle cure nei bambini costituisce un importante problema di sanità pubblica e offre ampi spazi per interventi di educazione alla salute rivolti a genitori, educatori, operatori socio-sanitari, infatti mentre le violenze ai bambini che si realizzano attraverso il fenomeno del *child abuse* sono già sufficientemente note agli operatori della salute così come all'opinione pubblica, e presentano un *corpus iuris* significativo e in costante crescita e aggiornamento, il fenomeno della patologia delle cure non fruisce né della stessa notorietà né di alcuna forma di protezione legislativa dedicata. Il termine inglese *child neglect* si può tradurre in italiano come "trascuratezza nei confronti dei bambini", e si verifica quando i genitori non sono in grado di soddisfare i bisogni fisici e psicologici dei loro figli. Il Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA) definisce insieme *neglect* e *abuse* "qualsiasi atto od omissione da parte di un genitore o di un responsabile di un bambino che si concluda con la morte, con un serio danno psichico e morale, con un abuso sessuale o qualsiasi atto che presenti per il bambino un serio rischio e pericolo". Inoltre definisce il solo *neglect* come l'incapacità di provvedere ai bisogni

base del bambino. Diversamente dall'abuso fisico e sessuale, *neglect* è quindi un modello in continua evoluzione di cure inadeguate ed è facilmente osservato dagli individui che entrano in contatto con il bambino. Infine la violenza sessuale può comprendere dalla "semplice" molestia fino allo stupro e all'incesto. Nella maggior parte dei casi i colpevoli sono persone conosciute dal bambino, generalmente familiari. E' facile intuire come sia ardua l'identificazione clinica di questo tipo di violenza per ovvie difficoltà obiettive e per la frequente mancanza di collaborazione da parte degli altri familiari, di chi sospetta l'abuso e da parte del bambino stesso. In genere la maggioranza dei bambini molestati tende a non rivelare il "proprio segreto" perché prova vergogna, paura, sensi di colpa. Possono indurre il sospetto le simulazioni di atti sessuali con le bambole, la rappresentazione dei genitali nei disegni, i flirt precoci, i discorsi generici sulle malattie sessuali, traumi genitali e anali, malattie a trasmissione sessuale, condilomi genitali. Attualmente le principali Società Scientifiche Italiane in ambito pediatrico, quali la Società Italiana di Pediatria, la Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica, la Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale, sono attivamente impegnate nel realizzare una Campagna di formazione-informazione e di sensibilizzazione al problema.

SEGNALI DI ALLARME

1. Bambino insolitamente triste e solitario (umore negativo persistente, isolamento, stanchezza cronica, mancanza di interesse)
2. Improvvisi cambiamenti nel comportamento e nelle abitudini (ad es. improvvisi scoppi d'ira o instabilità emotiva)
3. Continui dolori fisici che non trovano una spiegazione medica (ad es. mal di testa, mal di pancia)
4. Improvvisi comportamenti particolarmente aggressivi o iperattivi
5. Disturbi del sonno e del comportamento alimentare
6. Significativo ed improvviso calo del rendimento scolastico e dell'attenzione
7. Persistenti comportamenti e interessi sessuali e/o seduttivi inappropriati all'età
8. Timore degli adulti (o di un adulto in particolare)
9. Comparsa di nuove paure, con un conseguente bisogno di essere maggiormente rassicurati rispetto al passato
10. Comportamenti regressivi (ad es. enuresi, riacutizzazione di paure presenti in fasi evolutive precedenti)
11. Scarsa autostima e continua svalutazione di sé
12. Comportamenti autolesionistici o distruttivi e dannosi per sé o per altri

E' importante cercare di conoscere e comprendere l'ambiente in cui matura il maltrattamento, che è in genere carico di problemi culturali e sociali. Agli effetti immediati sul fisico e sulla sfera psico-comportamentale che queste violenze provocano, vanno aggiunte tutte le inevitabili e tremende ripercussioni a distanza, come la sfiducia nel mondo, la tendenza al suicidio, i disturbi della vita affettiva, sociale, sessuale e, in alcuni casi, la predisposizione ad essere oggetto della ripetizione di abusi.

ATTENZIONE

Molto spesso i segnali che i bambini lanciano per esprimere un disagio non vengono compresi immediatamente né dalla famiglia né da coloro che si occupano dei bambini, come i pediatri e gli infermieri. Raramente il sospetto di abuso o maltrattamento viene dal racconto diretto del minore, soprattutto perché il bambino prova vergogna per quanto accaduto, si sente spesso responsabile e teme di non essere creduto, né tanto meno riceviamo notizie utili dalla famiglia. I segnali che possono indurre al sospetto non sono quindi sempre facilmente rilevabili e soprattutto non si tratta di indicatori specifici ed inequivocabili. E' quindi fondamentale conoscere questi segni e indicatori per poterli individuare con competenza e per non esitare a segnalarli al momento giusto, così da evitare che tali situazioni diventino evidenti quando ormai hanno causato danni permanenti sulla salute dei bambini.

Dalla parte del bambino

E' necessaria la costituzione di una équipe multidisciplinare in ragione della molteplicità e della varietà di interventi degli operatori che partecipano alla rilevazione, diagnosi e trattamento delle situazioni di abuso ai danni di minori. Il suo scopo è, infatti, quello di integrare coerentemente le esigenze territoriali e la multidisciplinarietà della risposta specialistica, con efficaci sinergie operative tra Istituzioni ed Enti. In tutto questo il Pediatra ha dei ruoli fondamentali: sensibilizzare sulla tematica, trasferire conoscenze e competenze sul tema della violenza all'infanzia e all'adolescenza, fornire gli strumenti necessari per riconoscere e individuare i minori che potrebbero essere vittima di maltrattamento, agire in accordo con tutti coloro che hanno un ruolo di tutela nei confronti dei minori. La pediatria moderna, infatti, non si concentra solo sull'assistenza medica, ma ha sempre più una valenza sociale e la necessità di formazione delle nuove generazioni di Pediatri non può prescindere dalla considerazione delle situazioni ambientali.

La **TOSSE**: un sintomo che crea **DISAGIO**

Piercarlo Salari
Pediatra Consultorio, Milano

La tosse, contrariamente a quanto pensano o temono le mamme, non è una malattia ma un sintomo, e in particolare ha il significato di naturale meccanismo di protezione delle vie respiratorie.

La tosse è infatti sostenuta e regolata da un vero e proprio riflesso nervoso e può essere favorita o scatenata non solo da infezioni ma anche dall'inalazione di sostanze irritanti (ad esempio fumo di sigaretta, solventi, detersivi domestici, ammoniaca) o a cui il soggetto si è sensibilizzato o più semplicemente dal classico "boccone (talvolta la stessa saliva) che va di traverso".

La tosse di maggiore rilevanza per la mamma è naturalmente quella che accompagna le affezioni delle vie aeree e deve essere opportunamente distinta in due tipologie principali: la tosse secca (o stizzosa), che esprime uno stato irritativo, tipico per esempio delle prime fasi di un'infezione respiratoria, e la tosse produttiva (o "grassa"), che è dovuta alla persistenza di uno stimolo infiammatorio ed è caratterizzata dalla produzione di catarro, talvolta anche in notevole quantità.

Quest'ultima desta in genere maggiore preoccupazione nei genitori, al punto da indurli talvolta all'impiego di antibiotici.

Una decisione del tutto inappropriata per varie ragioni: innanzitutto, prima di farvi ricorso, è sempre opportuno attendere 2-3 giorni e consultare il pediatra. In secondo luogo essi non curano la tosse, sono inefficaci sui virus, spesso responsabili di infezioni respiratorie, e la loro sommini-

strazione intempestiva favorisce l'insorgenza di resistenze batteriche.

L'orientamento corretto dovrebbe essere invece mirato a salvaguardare il benessere del bambino, in particolare nelle ore notturne, quando la tosse è in genere più disturbante.

Al di sopra dei due anni i mucolitici rappresentano una possibile strategia. Non tutti, però, sono uguali: a parità di efficacia nel fluidificare il catarro, infatti, alcuni possono determinare interferenze con altri farmaci (per esempio in caso di successivo impiego di antibiotici ne possono modificare la concentrazione nel sangue) mentre la presenza in altri di un conservante, benzalconio cloruro, può favorire l'insorgenza di broncospasmo, in particolare in individui atopici. In questo scenario alcuni dati della letteratura scientifica richiamano l'attenzione su alcune prerogative che devono orientare nella scelta di un preparato: la capacità di aumentare la quantità di acqua nel muco, riducendone in tal modo la viscosità, responsabile dell'intasamento delle vie aeree; la possibilità di preservare e possibilmente migliorare l'attività delle ciglia vibratili, particolari di alcune cellule delle vie aeree che, con il loro battito ritmico, spingono il muco verso la laringe, dove esso viene deglutito e quindi eliminato; infine la neutralizzazione dei radicali liberi, sostanze che si formano in concomitanza di eventi infiammatori.

Infine un mucolitico dovrebbe essere efficace nelle patologie a carico non soltanto delle basse vie



respiratorie ma anche di quelle alte, come per esempio nell'otite media, in cui è importante la riduzione dell'ostruzione nasale per favorire l'attenuazione della sintomatologia dolorosa dell'orecchio.

I REQUISITI DI UN MUCOLITICO

(per bambini d'età superiore a 2 anni)

- Assenza di possibili interferenze con gli antibiotici
- Assenza di conservanti in grado di irritare le vie aeree
- Efficacia in un'ampia serie di affezioni respiratorie, dall'otite media alla bronchite
- Idratazione del muco, al fine di ridurre la viscosità e migliorare l'espettorazione
- Sostegno all'attività delle ciglia, fondamentale per mantenere deterse le vie aeree
- Contrasto dei radicali liberi, che si formano nei processi infiammatori

L'importanza dell'igiene intima

Piercarlo Salari
Pediatra Consultorio, Milano

Quando si può cominciare a parlare di igiene intima nel bambino? La domanda è tutt'altro che scontata: finché il bambino utilizza il pannolino, e in particolare nei primi 12-18 mesi, si deve riconoscere che la cura per l'area genitale è massima. Le mamme, infatti, sanno bene quanto siano importanti la frequenza del cambio e l'applicazione di preparati locali ad azione protettiva. Con la crescita, però, l'attenzione viene progressivamente a ridursi, soprattutto se non si manifestano disturbi o problematicità. Questo, però, non giustifica un atteggiamento di superficialità né tantomeno l'erroneo preconcetto secondo cui per l'igiene intima sono sufficienti i detergenti abituali e non occorrono prodotti specifici.

Igiene intima in età evolutiva

■ In tutte le fasce d'età l'area genitale, per la vicinanza a quella anale, è esposta a numerosi microrganismi ed è al tempo stesso un territorio di confine tra l'organismo e l'ambiente esterno, nel quale devono essere costantemente operativi i sistemi di protezione naturali (cellule immunitarie, anticorpi, fattori antimicrobici). Per questa ragione l'igiene intima ha una duplice finalità: innanzitutto deve rimuovere fisicamente i residui cutanei (cellule desquamate, secrezioni) e soprattutto i germi presenti sulla pelle. Per quanto essi siano per lo più di provenienza intestinale e in generale innocui, infatti, la loro presenza deve essere in ogni caso tenuta sotto controllo in quanto, in caso

di eventi irritativi, possono insediarsi e dare origine a processi infettivi. In secondo luogo la deterzione deve rispettare l'equilibrio fisiologico locale e preservare i meccanismi naturali di difesa.

La deterzione al femminile

■ Nelle bambine il problema più frequente è rappresentato dall'irritazione vulvovaginale (vulvovaginite), i cui sintomi sono la presenza di secrezione vaginale, prurito, arrossamento locale, esigenza di urinare spesso e da una sensazione di dolore ad urinare. I fattori predisponenti cambiano a seconda dell'età; nell'infanzia sono rappresentati dalla contaminazione da parte delle feci, un'igiene non ottimale o errate manovre di pulizia; nell'adolescenza subentrano le variazioni ormonali, la comparsa del ciclo mestruale e i primi rapporti sessuali. Ci sono poi forme di origine non infettiva, dovute a cause irritative o allergiche. Queste possono essere dovute a detergenti non idonei, a coloranti, a fibre sintetiche od a corpi estranei. Nell'ultimo caso, alle secrezioni vaginali e dai disturbi sopra descritti si associano perdite ematiche vaginali. Anche gli osiuri (i classici "vermi" che infestano le comunità) possono portare a irritazione vulvare nelle bambine.

La deterzione al maschile

■ La fisiologica adesione del prepuzio sul glande, che normalmente serve a proteggerlo dall'irritazione da parte di urine e feci, può costituire un facile punto di raccolta di smegma (frutto della naturale desquamazione delle cellule) e quindi essere anche un punto di facile aggressione da parte dei germi. Una scarsa igiene può provocare nel maschietto la balanopostite, infiammazione del glande e del prepuzio provocata dall'azione di agenti patogeni quali Stafilococchi, Streptococchi, Candida e così via. Per trattare opportunamente queste affe-

zioni ai genitali è opportuno consultare il pediatra che prescriverà la terapia più idonea a risolvere il problema.

RACCOMANDAZIONI GENERALI PER L'IGIENE INTIMA

- Nella prima infanzia cambiare il pannolino in rapporto alla frequenza delle evacuazioni
- Sciacquare la zona genitale sotto l'acqua corrente e con una piccola quantità di sapone neutro
- Detergere prima i genitali e passare poi alla regione anale
- Far indossare ai bambini comode mutandine di cotone
- Nei maschietti non retrarre il prepuzio, almeno nei primi anni di vita, limitandosi soltanto alla deterzione delle aree raggiungibili con facilità
- Nella bambina divaricare delicatamente i margini della vagina e rimuovere con il lavaggio le eventuali secrezioni

I requisiti di un detergente intimo

Un buon detergente deve rispettare il pH fisiologico e la flora batterica naturalmente presente in vagina. Il pH cambia al variare dell'età: ha valori compresi tra 3,5-4,5 durante la pubertà e l'età fertile, mentre è più elevato in menopausa e nell'infanzia. E' bene quindi usare un preparato con pH simile a quello vaginale: acido durante la pubertà, meno acido durante la prima infanzia e il periodo prepuberale. Il detergente, inoltre, non deve contenere né tensioattivi aggressivi, che non rispettano la flora vaginale e assottigliano la mucosa vulvare, né profumi che sono responsabili di frequenti reazioni allergiche.



LA VACCINAZIONE MATERNA PROTEGGE IL BAMBINO?

Susanna Esposito
Unità di Pediatria ad Alta Intensità di Cura,
Dipartimento di Fisiopatologia e dei
Trapianti, Università degli Studi di Milano,
Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Introduzione

■ La somministrazione dei vaccini inattivati nelle donne in gravidanza può essere molto utile in diversi casi. Gli esempi migliori sono rappresentati dalle vaccinazioni contro tetano, pertosse, infezione pneumococcica, infezione da *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e influenza. Una controindicazione alla vaccinazione delle donne gravide è legata ai vaccini a base di virus vivi attenuati, a causa della possibilità teorica che possano infettare il feto. Nonostante l'importanza

delle vaccinazioni per le gravide e i loro figli, la copertura vaccinale delle donne in gravidanza è, però, tuttora molto scarsa.

Prevenzione del tetano

■ La decisione di somministrare il vaccino antitetanico a una donna incinta immunocompetente dipende dal numero totale di dosi che essa ha ricevuto in passato e dall'età a cui sono state ricevute. Nei Paesi industrializzati la vaccinazione delle gravide non è raccomandata in quanto si è osservato che la maggior parte dei neonati è sieroprotetta contro il tetano poiché il vaccino antitetanico è somministrato ripetutamente nel corso dei primi anni di vita. Nei Paesi in via di sviluppo, invece, sono state implementate campagne di vaccinazione antitetanica nelle gravide accuratamente pianificate in aree ad alto rischio

che hanno interessato più di 94 milioni di donne e hanno protetto più di 70 milioni di donne.

Prevenzione della pertosse

■ L'attuale strategia consigliata dalle autorità sanitarie nel mondo per ridurre i problemi legati alla pertosse nei bambini più piccoli è la creazione di un ambiente protetto: quindi, l'immunizzazione dei membri della famiglia, del personale di assistenza sanitaria e degli altri adulti che sono in stretto contatto con i neonati nel periodo post-parto. Tuttavia, questa misura non risulta molto efficace perché non è facile vaccinare tutte le persone che potrebbero trasmettere *Bordetella pertussis* ad un lattante. Alcuni esperti hanno, quindi, proposto di vaccinare contro la pertosse le gravide nel 2° e nel 3° trimestre per evitare la malattia nei primi sei mesi di vita.

Tale strategia è stata implementata negli USA, in Canada e in Australia e la speranza è che a breve si possa sapere se la vaccinazione contro la pertosse in gravidanza possa effettivamente permettere di proteggere il neonato e il lattante nei confronti della malattia.

Vaccini pneumococcici

■ La maggior parte degli studi sull'impatto della vaccinazione materna nei lattanti ha utilizzato il vaccino polisaccaridico 23-valente (PPV) che, con alcune eccezioni, è stato trovato sicuro e immunogeno nelle gravide in USA, Papua Nuova Guinea, Bangladesh e Gambia ed è attualmente raccomandato per le donne incinte appartenenti a gruppi a rischio per malattie pneumococciche. Non è, però, stato dimostrato alcun evidente beneficio nel neonato e nel lattante. Da quando sono stati sviluppati i vaccini coniugati, sono stati effettuati vari tentativi al fine di valutare l'impatto della vaccinazione materna e ci si augura che presto possano essere disponibili dati chiarificatori al riguardo.

Vaccino Anti-Haemophilus Influenzae Tipo B (Hib)

■ Nei Paesi in cui i programmi di vaccinazione universale contro Hib sono stati ampiamente incrementati, l'incidenza delle infezioni invasive causate da questo patogeno è estremamente bassa e non ci sono ragioni per vaccinare le donne in gravidanza per proteggere i loro figli. Nei Paesi in via di sviluppo, invece, sono stati effettuati diversi tentativi per valutare la risposta materna al vaccino anti-Hib, il passaggio transplacentare degli anticorpi e l'effetto della vaccinazione materna sulla risposta immunitaria del lattante alle successive dosi di vaccino. La vaccinazione materna risulta utile nel ridurre il rischio di malattia da Hib nelle zone in cui la patologia invasiva da Hib si verifica frequentemente nei soggetti di età inferiore a 6 mesi.

Vaccini antinfluenzali inattivati

■ Il vaccino antinfluenzale è raccomandato in tutto il mondo per le donne in gravidanza a rischio di complicanze in quanto affette da patologie croniche di base e, in molti Paesi, per le donne in gravidanza sane al fine di proteggerle da un'infezione che potrebbe portarle al ricovero o alla morte in un significativo numero di casi rispetto alla popolazione generale. Considerando che le IgG prodotte in risposta alla vaccinazione antinfluenzale materna attraversano la placenta e che le IgA vengono trasferite attraverso il latte, è stato osservato che vaccinare le donne in gravidanza può proteggere i loro figli nei primi 6 mesi di vita, risolvendo così il problema legato al fatto che i vaccini antinfluenzali non sono autorizzati per l'uso nei primi mesi di vita.

Conclusioni

■ Molti studi riguardanti vaccini diversi indicano che la vaccinazione materna è utile nel proteggere i neonati e i lattanti nei primi mesi di vita, quando il rischio di malattia prevenibile con un vaccino è elevato e il soggetto è troppo piccolo per essere vaccinato o per aver già completato la scheda vaccinale. Tuttavia, questa strategia dovrebbe essere applicata per malattie selezionate e in aree geografiche ben definite, prestando particolare attenzione alle caratteristiche sia della madre che del bambino, in modo da ottenere il risultato migliore. Inoltre, sono necessari studi per valutare l'approccio migliore per aumentare la copertura vaccinale nelle gravide, per determinare le sedi migliori per la loro vaccinazione e per valutare le strategie di promozione della vaccinazione dopo il parto sia nelle madri che nei familiari dei neonati. Infine, dovrebbero essere promossi interventi di educazione sanitaria aventi come target i medici curanti delle gravide al fine di fornire un ulteriore supporto all'accettazione della vaccinazione durante la gravidanza.

Troppo rumore assorda i giovani

■ Un adolescente su sei ha una perdita dell'udito alle alte frequenze, sintomo prevenibile e tipicamente legato al troppo rumore. E' quanto rileva uno studio su JAMA Otolaryngology Head and Neck Surgery, che richiama l'attenzione sul tempo di esposizione dei ragazzi a suoni e rumori, incluso l'ascolto di musica ad alto volume. L'indagine ha anche rilevato, però, che oltre i due terzi dei genitori non aveva mai parlato dei potenziali danni uditivi con i propri figli ■



www.generazioniconnesse.it

■ Sono stati avviati presso il Ministero dell'Università e Ricerca Scientifica i lavori del nuovo Advisory Board Italy del Safer Internet Center, l'organismo consultivo che riunisce i rappresentanti di alcune delle principali realtà italiane che si occupano dei temi collegati alla tutela dei minori e alla sicurezza in rete, fra le quali la Società Italiana di Pediatria, il CNOAS - Consiglio Nazionale dell'ordine degli Assistenti Sociali e il Cismai, Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso dell'Infanzia.

Il Tavolo di lavoro vuole offrire un canale di scambio e comunicazione tra gli stakeholders e i partner del progetto per favorire la condivisione e la messa a sistema delle conoscenze, delle pratiche e delle esperienze fra i diversi attori, per far emergere indicazioni strategiche e operative che contribuiscano alla soddisfazione dei bisogni emersi, per diffondere i contenuti e gli strumenti prodotti dal progetto nel territorio e promuovere sinergie a livello nazionale e locale ■



DOTTORE, HO PAURA CHE MIO FIGLIO SIA ALLERGICO

Giovanni Cavagni
Allergologo Pediatra
Coordinatore della Società Italiana di
Allergologia e Immunologia Pediatrica,
Emilia Romagna



Sono consapevole che ogni disturbo che affligge il proprio bambino sia motivo di ansia. Spesso "problemi comportamentali" (capricci, pianto frequente, disturbi simulati per richiedere attenzione su di sé) sono riferiti al pediatra come fossero reali problemi di salute. Immagino, quindi, quanta preoccupazione provino i genitori quando il disturbo è effettivamente organico. Di fronte ad un bambino con il sospetto di allergia, il pediatra si deve prefiggere innanzi tutto di far emergere le vere problematiche causate dalle allergie, distinguendole da quelle presunte tali. La parola "allergia" è troppo spes-

so evocata in modo improprio per giustificare fastidi di cui non si riesce a trovare la causa. Una diagnosi "di comodo" di malattia allergica rischia di marchiare il futuro del bambino anche per tutta l'esistenza: può condizionare inutilmente l'alimentazione, le abitudini, gli stili di vita. L'allergia ha sempre un rapporto temporale di causa-effetto tra comparsa di sintomi e contatto con la sostanza che li ha provocati. Per esempio: se dopo aver bevuto latte di mucca compaiono gonfiore al viso, orticaria e difficoltà di respiro, non c'è dubbio di essere in presenza di un'allergia a questo alimento; starnuti e prurito al naso quando si accarezza il gatto della nonna fanno pensare a un'allergia al pelo di questo animale, e così via. L'abuso indiscriminato del termine "allergia" porta a confusione: "Il bambino andando all'asilo ha spesso mal d'orecchi. La soluzione proposta? Tolga il latte perché ha un'intolleranza";

e perché? E ancora: "Ha mal di pancia al mattino prima di andare a scuola. Sarà la pizza che ha mangiato due sere prima". Si va a cercare in farmacia, in erboristeria o addirittura in palestra un "test per le intolleranze alimentari", che darà sempre un risultato positivo: sì, ma ... una volta alla polvere di caffè, al seme di sesamo e alla carne di struzzo, un'altra al grano, al pomodoro, allo zucchero di canna, alla carne di montone o all'avocado, che il bimbo, per altro, non ha mai mangiato. Pazienza ... intanto qualcosa si è trovato. Ma attenzione! Non è così che si procede! L'allergia, quella vera, è una cosa seria e può portare gravi

disturbi, pertanto va sempre documentata attraverso un'accurata valutazione clinica. Il pediatra con la collaborazione dello specialista l'allergologo pediatra, quando serve, si dovrebbe sempre porre l'obiettivo di capire, in un rapporto di ascolto con il bambino o con il genitore, da quali contatti dipendono i disturbi e il tempo che intercorre con la comparsa dei disturbi; con questo approccio risulta più appropriato anche il modo per curarlo; con questo rapporto di ascolto oltre a migliorare la cura si aiuta il bambino e la sua famiglia a superare le tante ansie che le malattie allergiche possono procurare. L'allergia è sulla bocca di tutti. Ai giardini, davanti a scuola, per televisione. "Mio figlio tossisce solo di notte, quando si corica a letto". "Mia figlia ha mangiato una mela e ha lamentato quasi da subito un forte prurito alla gola". "Lorenzo, che allatto ancora al seno, vomita il mio latte, ma pare che non sia un problema di rigurgito". Non sono che spot di esempi. Sono frasi che si sentono sempre più spesso. Non solo come domande rivolte ai medici.

E parlare così spesso di allergia comporta sì una maggiore conoscenza del problema, utile agli allergici veri, ma anche ad un'omologazione nei comportamenti, per cui sempre più spesso si fanno diagnosi con troppa facilità.

L'allergia è una malattia, che non va sottovalutata e nemmeno sopravvalutata. E' diritto del bambino essere curato e seguito correttamente, soprattutto poi quando si parla della sua alimentazione.

Togliere latte e uova ad un bambino, ma spesso anche grano, nocchie, verdure e frutta che liberano istamina, quindi introdurre una dieta rigida in un momento dello sviluppo del bambino - non solo fisico ma anche emotivo - va giustificata da una reale allergia. Bisogna compensare e valutare i rischi e i vantaggi, studiare ogni caso e il suo impatto nella famiglia e nel suo microcosmo.

Non bisogna lasciare soli i genitori di un bambino allergico.

INFORMAZIONI UTILI PER I GENITORI DI UN BAMBINO ALLERGICO

- 1** Il bambino con genitori o i parenti più stretti allergici ha un alto rischio di soffrire di allergia nell'infanzia sino all'età dello sviluppo.
- 2** Se si sospetta che il bambino possa soffrire di disturbi a contatto di una sostanza allergica, il pediatra consiglierà una visita specialistica di allergologia pediatrica.
- 3** Per la diagnosi di allergia vanno eseguite le prove cutanee (prick test); vanno assolutamente evitate le indagini alternative (cosiddette "prove di intolleranza") perché prive di validità scientifica e quindi inutili.
- 4** Al bambino allergico va evitato rigorosamente il contatto col fumo di tabacco perché questo favorisce la comparsa dell'allergia nel bambino a rischio.
- 5** Al bambino allergico a sostanze presenti negli ambienti interni (come acari della polvere di casa, peli di gatto, ecc.) deve essere garantito che questi ambienti, in particolare la camera da letto, siano ben arieggiati e sgombri da arredi difficilmente lavabili che favoriscono l'accumulo di polvere, terreno favorevole alla riproduzione degli acari e al deposito di peli di animali.
- 6** Per il bambino allergico ai pollini va consultato il calendario pollinico (www.ilpolline.it) dal quale si possono conoscere i periodi dell'anno "a rischio" e così poter adottare appropriati provvedimenti preventivi.
- 7** Il bambino che ha già sofferto di reazioni anafilattiche molto gravi deve avere a disposizione il farmaco salvavita per prevenire lo shock anafilattico (l'adrenalina in penna autoiniettante), che deve essere sempre disponibile e somministrata immediatamente al bisogno.
- 8** Il bambino con asma allergica deve seguire terapie curative o causali (come l'immunoterapia specifica) efficaci e aggiornate (locali e sistemiche) in grado di consentirgli una vita normale come frequentare regolarmente tutte le attività ricreative, gioco e sport, adeguate alla sua età.

Il carattere allergico rimane per tutta la vita ma l'organismo del bambino allergico è in grado di costruire forme di difesa che gli consentono di poter diventare tollerante nei confronti della sostanza a cui è allergico (specie per i principali alimenti come latte e uova) anche nel corso dei primi anni di vita; il controllo periodico dello Specialista, su consiglio del Pediatra, permetterà di accertare i miglioramenti ottenuti.



Alce Nero

generazione Bio

alcenero.com

ALCE NERO è il marchio di oltre mille agricoltori e apicoltori biologici, impegnati, dagli anni 70, in Italia e nel mondo, nel produrre cibi buoni, sani, che nutrono, frutto di un'agricoltura che rispetta la terra e le persone. Nessun utilizzo di sostanze chimiche di sintesi, come pesticidi ed erbicidi, processi produttivi rispettosi delle materie prime, con basse temperature e tempi brevi di lavorazione, questi sono gli ingredienti dei nostri prodotti biologici. Scegliamo e valorizziamo varietà colturali antiche e pregiate e le coltiviamo nei nostri campi, nelle zone più vocate d'Italia e del mondo.

Da sempre Alce Nero lavora incessantemente per garantire prodotti biologici senza compromessi in materia di ingredientistica, scelta delle materie prime e delle tecniche di lavorazione delicate.

Da queste premesse è nata **Alce Nero baby**, **Generazione Bio**, perché è importante poter scegliere una corretta alimentazione fin dai primi mesi di vita. Abbiamo quindi scelto di diventare un'alternativa alle cinque storiche multinazionali che producono cibo per bambini, utilizzando però solo le materie prime più adatte, più sane e digeribili, senza sale, zucchero e additivi, coltivate con grande attenzione e in maniera totalmente biologica, perché anche l'educazione al gusto comincia da subito.

Nel 2004 Alce Nero è, inoltre, stato pioniere nella scelta di produrre frollini con SOLO olio extravergine di oliva biologico, escludendo l'olio di palma che, per le sue caratteristiche di lavorabilità, di gusto (è insapore) e di prezzo, rappresenta l'alternativa più utilizzata in produzione industriale all'olio di oliva e ad altri oli insaturi.

Oggi, dopo anni di investimenti in ricerca e test, con lo sviluppo della nuova ricetta del dado vegetale biologico senza olio di palma, finalmente Alce Nero può dichiararsi completamente **PALM OIL FREE**.



Da oltre trent'anni difendiamo il diritto per tutti ad un cibo buono e sano, che nutre bene, rispettoso dell'ambiente, di chi lo produce, di chi lo utilizza. Nel suo lungo percorso Alce Nero ha coinvolto e continua a coinvolgere agricoltori in tutta Italia ed in luoghi lontani: oggi noi siamo nel nostro paese più di mille agricoltori ed apicoltori biologici, insieme ai giovani agricoltori biologici impegnati nelle terre confiscate alla criminalità ed ancora molti più in Brasile, Costa Rica, Perù, Messico. Agricoltori che operano insieme (co-operano). Senza confini.

Soci determinati e convinti, spesso molto distanti nella geografia ma uniti da una relazione stretta, consapevole e affettiva con la terra, con gli animali che alleviamo, nell'impegno per il CIBO VERO*.



Frollini Alce Nero

I frollini biologici Alce Nero sono prodotti esclusivamente con olio extravergine d'oliva, senza uova, aromi o grassi di origine animale e olio di palma. Questa speciale formulazione li rende naturali e leggeri, perfetti per una colazione sana e nutriente o per una pausa golosa.

La gamma comprende: frollini al cacao, con e senza fave di cacao, frollini al latte, frollini integrali, frollini yogurt e miele, frollini di farro e frollini al muesli. Per i più golosi la linea arricchita con gocce di cioccolato comprende frollini di Kamut® Khorasan, farro e l'ultimo arrivato al cacao.



ALCE NERO BABY. GENERAZIONE BIO

LA LINEA BABY* TUTTA BIOLOGICA
E TUTTA ITALIANA.

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



alcenerobaby.com



*ALIMENTI PER L'INFANZIA A NORMA DEL D.P.R. N. 234 DEL 7 APRILE 1999
AD ECCEZIONE DELL'OLIO EXTRAVERGINE DI OLIVA E DELLA CAMOMILLA

Come nasce una mamma

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

MOTIVARE E SOSTENERE L'ALLATTAMENTO AL SENO: UN'OPPORTUNITÀ PER LA SALUTE DI OGNI BAMBINO

Il latte materno è l'alimento naturale per eccellenza, specifico per ogni bambino e sempre adeguato ai suoi fabbisogni nutrizionali. Allattare al seno significa promuovere un'interazione e un legame affettivo unico tra nutrice e lattante, che ha l'opportunità di ricevere tutto ciò di cui ha bisogno per crescere e affrontare l'esposizione all'ambiente. Ne sono esempio i fattori di crescita, sostanze che regolano lo sviluppo dell'organismo del piccolo, e il patrimonio di anticorpi e cellule vive, che conferiscono protezione nei confronti delle infezioni e concorrono a prevenire le allergie. Il latte materno, poi, è sempre pronto, alla temperatura giusta, è sicuro perché non richiede preparazione né conservazione, cambia continuamente di sapore, educando il gusto del lattante e, aspetto oggi non di poco conto, è economico. Allattare al seno è quindi vantaggioso ed è un duplice investimento: nella salute del bambino, per il quale il latte materno è l'alimento per eccellenza, e in quella della madre. Va infatti ricordato che ogni anno di allattamento al seno riduce del 4% il rischio di tumore alla mammella e, malgrado il depauperamento di calcio, costituisce uno stimolo importante al metabolismo osseo e svolge quindi un ruolo preventivo nei confronti dell'osteoporosi in età senile. La figura del pediatra gioca un ruolo fondamentale e insostituibile: ne parliamo con il dott. Giuseppe Di Mauro, Presidente della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS).

E' importante sostenere l'allattamento materno?

■ Certamente, e il pediatra può fare molto a questo riguardo. Un primo obiettivo è rassicurare e aiutare la neomamma, che spesso è condizionata da paure e preconcetti. Per esempio non è vero che allattare al seno fa peggiorare la miopia né tantomeno meritano credito alcune false controindicazioni, quali per esempio stati di raffreddamento o necessità di assumere un anti-piretico. Certamente la pruden-

za con i farmaci è d'obbligo, ma le condizioni che rendono effettivamente sconsigliabile l'allattamento sono davvero poche: con qualche accorgimento, che il pediatra può suggerire caso per caso, si possono affrontare e superare i piccoli imprevisti, salvaguardando le esigenze di cura della mamma e la sicurezza del suo bambino. Ogni mamma può allattare e non deve avere timori circa la bontà e l'adeguatezza qualitativa del proprio latte.

Che cosa sono i galattogoghi?

La scarsa produzione di latte rappresenta una delle ragioni più frequenti di interruzione dell'allattamento al seno.

I galattogoghi o lattogoghi sono sostanze ritenute di supporto nell'inizio, nell'aumento e nel mantenimento della produzione materna di latte.

In che modo il pediatra può motivare la mamma?

■ Per motivare una donna ad allattare è fondamentale l'informazione già in gravidanza su alcune buone regole da seguire: per esempio il bambino va attaccato appena possibile, subito dopo il parto ed è fondamentale la stimolazione meccanica del capezzolo. La disposizione d'animo e la serenità della nutrice sono altri presupposti indispensabili: alcune donne, per esempio, sono già intenzionate a non allattare - e per questo non devono essere colpevolizzate - mentre altre, desiderose di farlo, si fanno prendere dall'ansia oppure, in caso di difficoltà di qualsiasi genere, si sentono frustrate o rischiano, come si suol dire, di "perdere il latte" se subiscono uno stress. Il ruolo del pediatra è imprescindibile, ma il supporto del partner, della famiglia e magari di un'amica che ha già affrontato l'esperienza sono senza dubbio utili. Altrettanto efficace è anche l'aiuto che possono fornire l'ostetrica e, ove disponibile, la consulente in allattamento, una figura professionale poco conosciuta ma operativa anche nel nostro Paese. Può essere inoltre opportuno citare un dato scientifico di recente pubblicazione: il bambino allattato al seno ha

maggiori probabilità di successo professionale e sociale nel corso della propria vita. In altre parole, una mamma deve sapere che l'allattamento al seno è un regalo unico e irripetibile, che soltanto lei può fare al proprio bambino.

Cosa deve fare la mamma che allatta?

■ La nutrice deve seguire un'alimentazione equilibrata e variata, ricca in frutta e verdura, con un modesto aumento dell'apporto calorico (500 calorie al giorno) e

un'adeguata assunzione di acqua (almeno 2 litri al giorno). Naturalmente ogni mamma richiede una valutazione e consigli del tutto personalizzati: in alcuni casi, per esempio, può essere indicato il ricorso a integratori galattogoghi, sostanze cioè che sostengono l'organismo materno in questo periodo in cui è sottoposto a maggior impegno e agevolano la produzione del latte. Ancora una volta è compito del pediatra valutare l'andamento dell'allattamento e di volta in volta suggerire le strategie più funzionali alla singola mamma.

Caratteristiche e vantaggi dell'allattamento materno

- Adeguatezza nutrizionale specifica per ogni fascia d'età del lattante
- Variazione continua di sapore, che favorisce l'educazione al gusto
- Disponibilità immediata e alla giusta temperatura, senza necessità di preparazione
- Apporto di anticorpi, fattori di crescita e cellule vive che conferiscono al lattante una protezione naturale
- Promozione di una flora batterica intestinale ottimale nel lattante
- Contributo alla prevenzione di obesità, infezioni e allergie
- Promozione dello sviluppo neurocognitivo e dell'autoregolazione dell'appetito
- Opportunità di rafforzamento del legame madre-bambino
- Prevenzione per la madre del tumore della mammella

La produzione del latte

La produzione del latte, detta anche lattogenesi, è sottoposta a due ormoni fondamentali: la prolattina e l'ossitocina. La prima è prodotta dall'adenoipofisi, una ghiandola situata alla base del cranio, e, come suggerisce il suo stesso nome, stimola direttamente la ghiandola mammaria. Le modificazioni del profilo ormonale che si verificano al termine della gravidanza sono un primo segnale per l'aumento della prolattina, l'ossitocina proviene dalla neuroipofisi e, tra i suoi molteplici effetti attiva la contrazione della muscolatura liscia dei dotti galattofori, promuovendo così la fuoriuscita del latte. Questi sono i meccanismi principali, ma una condizione indispensabile per mantenere la produzione del latte è la stimolazione meccanica del capezzolo, che facilita la secrezione di prolattina e ossitocina: da qui il consiglio di attaccare al seno il bambino il più presto possibile e con regolarità, anche e soprattutto se la comparsa del latte dovesse tardare.

Vaccinazione anti-HPV:

ci hai già pensato per tua figlia?



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

HPV...di cosa stiamo parlando?

■ HPV sta per Papilloma Virus Umano, un agente virale molto comune che si trasmette attraverso i rapporti sessuali: fino all'80% delle donne sessualmente attive acquisisce un'infezione da HPV nel corso della propria vita. L'infezione genitale da HPV può essere trasmessa anche attraverso rapporti incompleti, tramite il semplice contatto diretto cutaneo (pelle-pelle); il preservativo, che resta comunque l'unico strumento di prevenzione verso le malattie sessualmente trasmesse, riduce pertanto il rischio di trasmissione del virus ma non garantisce una protezione totale. L'infezione decorre senza dare alcun sintomo e nel 90% dei casi guarisce spontaneamente senza complicanze. Nel restante 10% dei casi l'infezione persiste e può, in alcuni casi, portare a lesioni precancerose del collo dell'utero entro 2-5 anni e a cancro cervicale entro 15-20 anni.

HPV e tumore del collo dell'utero

■ Tra gli oltre cento differenti tipi di HPV, solo alcuni possono causare lesioni maligne al collo dell'utero; in particolare i ceppi 16 e 18 sono responsabili di oltre il 70% dei casi di tale neoplasia che in Italia registra ogni anno 3.500 nuovi casi, collocandosi al secondo posto tra i tumori femminili.

Non bisogna avere paura ma fare prevenzione

■ L'evoluzione dell'infezione da HPV in tumore è molto lenta, ci vogliono in genere molti anni: abbiamo quindi tutto il tempo per individuare le infezioni a rischio, monitorarle nel tempo e per diagnosticare precocemente eventuali lesioni iniziali con la possibilità di intervenire tempestivamente. La prevenzione rappresenta dunque l'arma di difesa più importante ed efficace contro il carcinoma della cervice uterina. Al di là prevenzione secondaria effettuata attraverso il pap-test, raccomandato come esame di screening per la popolazione di età compresa tra 25 e 65 anni per diagnosticare precocemente le alterazioni delle cellule del collo dell'utero, esiste anche una forma di prevenzione primaria attraverso la vaccinazione. I vaccini oggi disponibili sono due: il "bivalente", che previene le infezioni da HPV 16 e 18, e il "quadrivalente", che estende la protezione vaccinale anche ai ceppi 6 e 11, che sono responsabili della formazione dei condilomi genitali (anche noti come verruche genitali o "creste di gallo"), lesioni benigne che non hanno alcun rischio di degenerare in tumore. Il vaccino contiene una copia innocua del virus HPV, in grado

quindi di indurre una risposta del sistema immunitario senza essere infettivo. Per ottenere una protezione idonea, è necessario che siano somministrate (attraverso iniezione intramuscolare) tutte e tre le dosi previste.

I numerosi studi condotti sulla sicurezza e sull'efficacia dei vaccini documentano che, se somministrati quando la donna non è ancora entrata in contatto con il virus, gli stessi assicurano una protezione a lungo termine molto elevata, nella misura del 90-100%. La Campagna vaccinale raccomandata dal Ministero della Salute prevede l'offerta attiva e gratuita del vaccino contro il Papilloma Virus Umano per le ragazze che hanno compiuto l'undicesimo anno di età: questo consente di garantire un'efficace protezione prima di un eventuale contagio con il virus. Ciascuna Regione ha poi dettato la modalità di offerta del vaccino del proprio territorio.

Ancora poche le ragazze vaccinate in Italia

■ Sebbene l'Italia sia stata il primo Paese europeo a strutturare e avviare nel 2008 un'organica Campagna di immunizzazione con offerta attiva e gratuita del vaccino ad una popolazione target, la copertura vaccinale è ben lontana dagli obiettivi prefissati ed estremamente disomogenea sul territorio: ad oggi ci sono ancora molti dubbi e perplessità sulla reale efficacia del vaccino e su eventuali effetti collaterali. In questo senso l'invito è di rivolgerci al vostro medico di fiducia per chiedere consiglio e per dirimere ogni dubbio, in modo da disporre di tutti gli strumenti conoscitivi necessari per poter operare nel ruolo di genitori una scelta responsabile e consapevole per la salute delle vostre figlie.

IMPARIAMO A MANGIARE BENE

Oggi l'attenzione nei confronti di una "sana" alimentazione del bambino sembra concentrata maggiormente durante il periodo dell'allattamento e svezzamento. Infatti, quando il bambino inizia a dimostrare una personale curiosità nei confronti del cibo, i momenti di condivisione a tavola si possono trasformare in campi di battaglia: da una parte i genitori preoccupati che il figlio mangi a sufficienza, preferibilmente con cibi semplici e nutrienti, dall'altra il piccolo ribelle attirato principalmente da confezioni dai nomi fantasiosi e dalle etichette multicolor. Altro che famiglie felici e sorridenti già dalla colazione del mattino!

"Io mangio tutto, basta che non sia frutta, verdure e cereali".

Sentiamo spesso ripeterci da queste "dolci creature" che pur non arrivando all'altezza del tavolo hanno ben chiaro che cosa non vogliono vedere nel loro piatto.

Certo la pubblicità televisiva non aiuta, proponendo immagini di merende colorate e molto farcite, cereali per la colazione ai gusti misti e con troppi ingredienti, creme zuccherate di mucche birichine, bevande gasate, yogurt contenenti più dolcificanti che frutta e tanti prodotti arricchiti di calcio e vitamine varie. È in momenti come questi che il genitore deve cercare di non perdere il proprio ruolo e la capacità di gestire le scelte alimentari dei figli: ricordiamoci sempre che è in ballo la loro salute!

Siamo coscienti che sarebbe sicuramente più facile e comodo per mamma e papà mettere in tavola un sacchettone di merendine zuccherose e ripiene di marmellata, piuttosto che proporre yogurt, frutta, fiocchi di avena o fette di pane integrale magari con marmellata fatta in casa dalla nonna.

All'adulto rimane il compito di continuare a "seminare" bene per far germogliare nei figli una futura consapevolezza, anche attraverso la conoscenza del percorso del cibo, l'attenzione verso la



natura, la biodiversità e il lavoro di chi produce e coltiva ciò che poi tutti ci troviamo nel piatto. Siamo sicuri che arriverà, prima o poi, il tempo del raccolto: quando il ricordo degli insegnamenti ricevuti, il riconoscimento e la coscienza dell'amore e della cura con cui sono stati proposti torneranno a galla e aiuteranno i giovani adulti a continuare il percorso iniziato dai genitori, nel rispetto dell'uomo e della terra.

Per questo, coerenti con la nostra filosofia e il nostro modo di comunicare, vorremmo proporvi un percorso di "formazione" per famiglie: un articolo in ogni numero di questa interessante rivista. Perché, se è vero che un bambino ancora in fase di crescita necessita quotidianamente delle sostanze nutritive che consentano al suo organismo di svilupparsi correttamente, è anche altrettanto importante che la fonte di proteine, grassi, zuccheri, fibre, vitamine e minerali sia semplice, provenga il più possibile dalla natura e che non contenga sostanze chimiche di sintesi.

E solo l'agricoltura biologica e biodinamica garantisce e certifica, con un preciso Regolamento Europeo (834/2007), che non vengano utilizzati trattamenti chimici come fertilizzanti, pesticidi, anticrittogamici e diserbanti, per evitare che residui di queste sostanze possano inquinare sia gli alimenti sia l'ambiente. Quindi non solo sarà importante proporre un'alimentazione equilibrata, nella giusta quantità quotidiana come da tabelle mediche, ma composta preferibilmente da ingredienti biologici o biodinamici.

Il resto alla prossima puntata...

DIECI BUONE RAGIONI PER MANGIARE PRODOTTI BIOLOGICI

1. Non sono inquinati e non inquinano.
2. Salvaguardano e migliorano la naturale fertilità della terra, i suoi microrganismi e la biodiversità.
3. Sono buoni di sapore e fanno bene a grandi e piccini.
4. La frutta si può mangiare con la buccia, perché non viene spruzzata con sostanze chimiche.
5. Hanno cura della salute di chi coltiva la terra e di chi ne mangia i frutti.
6. Gli animali possono pascolare liberamente nei campi e nei rari casi in cui serve le cure sono con rimedi omeopatici.
7. L'impianto delle aziende bio mantiene bello e integro il paesaggio rurale.
8. L'agricoltura biologica dà un futuro all'agricoltura perché restituisce alla terra i nutrienti che questa dona alle piante.
9. Spesso al posto delle sostanze chimiche c'è il lavoro attento dell'uomo.
10. L'agricoltura biologica aiuta a mantenere la biodiversità di piante e animali. In altre parole gli equilibri della natura.

SPAZIO PER I BAMBINI

RICO IL LOMBRICO



POCHE CHIACCHIERE E TANTO HUMUS

Mi presento. Sono Rico il lombrico, modestamente sono un ingegnere... ecologico, s'intende. La terra è la mia casa, lavoro ogni giorno per aiutare l'uomo a renderla fertile. Con i miei colleghi riesco a produrre una grande quantità di una sostanza preziosa conosciuta come "humus di lombrico".

COSA FACCIO

Produco l'humus mangiando anche gusci d'uovo, bucce di frutta, scorze di verdura, foglie appassite, oltre al letame di mucca e alla terra stessa. Poi digerisco tutto, lo trasformo e lo ridono alla terra. Così l'uomo può mantenerla vitale rinunciando all'uso di fertilizzanti chimici sintetici. Inoltre, creo gallerie con la forza del mio corpo. L'uomo, non usando macchinari che scavano troppo in profondità, ci aiuta a mantenere intatto il nostro lavoro.

natura *Si*
il supermercato bio



Tutto il BIO che cerchi.

www.naturasi.it 

VERRUCHE: CHE FARE?

Caterina Bertolini

*U.O. di Pediatria e Neonatologia,
Ospedale S. Maria della Scaletta, Imola*

A chi non è mai capitato di conoscere qualcuno affetto da verruche? Le verruche cutanee sono lesioni benigne che affliggono molto frequentemente individui adulti ed ancor più i bambini, nei quali possono essere presenti fino ad un terzo di essi in età scolare. Sono causate da piccoli virus molto diffusi e spesso implicati nelle infezioni umane, detti Papillomavirus e si presentano come più o meno ampie escrescenze, spesso ruvide ed irregolari, talvolta lineari, nelle zone più disparate della cute, più frequentemente sulle mani; talvolta possono essere presenti anche sulle mucose. Si possono contrarre per contatto diretto attraverso altri soggetti affetti o attraverso superfici contaminate dal virus, in particolare in ambienti caldo-umidi quali palestre, saune, piscine. Molto spesso poi, la propagazione a più sedi avviene attraverso

il soggetto stesso, per auto-inoculazione con il grattamento. Familiari, conviventi e compagni con verruche sono una frequente fonte di infezione e le reinfezioni sono frequenti, specie nello stesso nucleo familiare. Anche riattivazioni da auto-inoculo sono frequenti nello stesso soggetto. Normalmente non sono necessari esami specifici di laboratorio per la diagnosi, che risulta facilmente ipotizzabile per la tipica presentazione clinica. La risoluzione spontanea è documentata nella maggioranza dei casi e la giovane età è un fattore favorente la guarigione. L'atteggiamento definito dagli autori anglosassoni "wait-and-see", "aspetta e valuta" è spesso dunque il più corretto, a meno che problemi di ordine funzionale, connessi a particolari posizioni delle lesioni o problemi di ordine estetico o psicologico non ne indichino la rimo-

zione, che va comunque concordata con un dermatologo.

Le modalità più frequentemente utilizzate per la rimozione sono le applicazioni di prodotti a base di acido acetilsalicilico ad alta concentrazione, che attraverso le sue proprietà cheratolitiche, di distruzione cioè delle cellule epidermiche, permette la dissoluzione della verruca. In seconda istanza può essere utilizzata la crioterapia con azoto liquido, con alcune sedute presso il dermatologo, o da ultimo le due associate.

Entrambe le terapie svolgono un ruolo di distruzione e rimozione delle cellule cutanee infette, ma comportano irritazione, formazione di vescicole, ulcerazione dell'area trattata e possibile successiva pigmentazione.

Vanno dunque ben soppesati questi effetti collaterali nel decidere di iniziare la terapia, specie se il soggetto è in tenera età. Da ultimo si può scegliere di ricorrere alle "formule" di un sedicente guaritore, ben sapendo però che il massimo che si possa sperare è il cosiddetto effetto placebo.



YOU•DERM®

SINATOP®

UNA LINEA SPECIFICA PER LA PELLE ATOPICA

La dermatite atopica è una malattia della pelle ad andamento cronico-ricidivante caratterizzata da lesioni localizzate nel bambino classicamente al volto, nelle pieghe periorificali e negli arti, dietro le orecchie. Compare nell'85% dei casi nel primo anno di vita e nel 95% nei primi 5 anni. La pelle in una prima fase si arrossa, perde la sua integrità e risulta umida, a seguito di un intenso processo infiammatorio, e successivamente diventa secca (xerosi) e tende a sfaldarsi (desquamazione) a causa del continuo grattamento, per poi riacquistare un aspetto quasi del tutto normale. Il prurito è il disturbo cardine e porta il bambino a grattarsi, correndo così il rischio di procurarsi da solo delle lesioni destinate a infettarsi. Come già accennato, la malattia è dunque ciclica, essendo caratterizzata da momenti di riaccensione intervallati da periodi di apparente benessere. Per questa ragione essa va seguita con estrema attenzione in rapporto sia alle condizioni generali del bambino, spesso irritabile a causa del prurito, sia alla sua evoluzione naturale.

La cura della dermatite atopica ha diversi obiettivi: idratare e proteggere innanzitutto la cute, che risulta più vulnerabile nei confronti delle aggressioni esterne, ridurre l'infiammazione, contenere il prurito e prevenire eventuali sovrainfezioni batteriche.

L'approccio è sempre specifico per ciascun individuo e si avvale di numerosi preparati, che non sono soltanto farmaci, ma anche detergenti e prodotti ad azione emolliente e lenitiva.

Il cardine della terapia è rappresentato proprio dai prodotti emollienti e idratanti che servono a ripristinare il film idrolipidico tipicamente danneggiato nella pelle atopica.

A questo riguardo la linea Youderm SINATOP è stata appositamente concepita per proteggere, idratare e lenire la pelle atopica in maniera semplice ed efficace.

Linea dermatologicamente testata
senza alcol
senza profumi
senza parabeni.



Per il trattamento **quotidiano** sono disponibili nella linea un **detergente specifico per l'igiene** e una **crema extridratante con proprietà antibatteriche da applicare dopo la normale detersione.**

500 ml



CREMA

DETERGENTE

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



100 ml

40 ml

120 ml

CREMA INTENSIVA

EMULSIONE INTENSIVA

Voci e Musica per il nascituro

**Giancarlo Gargano,
Francesca Nuccini**
Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale
Arcispedale S. Maria Nuova
IRCCS Reggia Emilia

Fino agli anni 80 era opinione comune che il feto si sviluppasse in un ambiente isolato dai suoni e che non avesse capacità uditive. Da allora numerosi studi hanno dimostrato che il feto sviluppa precocemente le sue abilità percettive uditive ed è altresì in grado di discriminare i suoni cui viene esposto. Esso è infatti immerso all'interno dell'utero in un ambiente sonoro, il cosiddetto "noise floor", che risulta dalla combinazione di "rumori interni", quali il battito cardiaco, l'attività respiratoria e gastrointestinale materne, e di "rumori esterni", tra i quali emerge prepotentemente la voce di conversazione. Il liquido amniotico e la parete addominale quindi non costituiscono una barriera isolante, quanto piuttosto strumenti di modulazione dei suoni. In tal modo il feto è protetto dai suoni intensi provenienti dall'esterno, ma allo stesso tempo è in grado di percepire voci e musica anche se in maniera "distorta". La voce materna, tra le voci di conversazione, è quella che risulta meno deformata, specie se cantata. La voce maschile, comprendendo frequenze più basse, risulta in generale meglio trasmessa. Numerose ricerche hanno dimostrato infatti che il feto ha capacità di discriminare tra la voce materna ed altre voci, evidenziando una marcata predilezione per essa e per la lingua nativa ascoltata durante la gestazione rispetto ad altre lingue. Già a partire dalla 30^a-31^a settimana di gestazione esso è in grado di riconoscere la voce materna rispetto a quella di altre voci fem-

minili, mostrando una netta predilezione, che probabilmente è parte integrante del profondo legame che si sta strutturando tra madre e bambino e che sarà così rilevante per lo sviluppo neuroevolutivo successivo. Questa capacità di discriminazione persiste nel neonato in una sorta di "memoria uditiva" che caratterizza le prime epoche della vita. In particolare è stata dimostrato che il neonato a termine è in grado di discriminare tra due differenti storie per bambini (filastrocche), preferendo quella ascoltata nell'ultimo trimestre di gravidanza, specie se raccontata dalla madre. La risposta del neonato è presente tanto più precocemente quanto prima il feto è stato esposto allo stimolo sonoro. In tutti questi studi la risposta del neonato (e/o del feto) è rappresentata da una variazione dello stato comportamentale con significativa riduzione della frequenza cardiaca nel momento dell'esposizione alla rima conosciuta. Il feto sarebbe quindi capace di riconoscere e ricordare il tono della voce, l'intensità, e la sua melodia, con capacità di registrare e immagazzinare anche semplici suoni linguistici a conferma di una complessa organizzazione a livello cerebrale già in fasi così precoci della vita. Inoltre il feto mostra di preferire le voci cantate, le quali, mantenendo musicalità, intonazione e ritmo, subirebbero in utero una minore distorsione. E così la musica viene abilmente riconosciuta già in utero e il neonato ne mantiene il ricordo anche a lungo: neonati e lattanti fino ad un anno di età riconoscono efficacemente un motivo musicale che la madre aveva ascoltato negli ultimi mesi di gravidanza, mostrando tempi di attenzione significativamente maggiori. La moderna ricerca scientifica, basata su studi di neuroscienza, ha

recentemente documentato come in tali circostanze si attivino a livello cerebrale aree corticali specifiche e quanto sia importante nel processo di memorizzazione, riconoscimento e discriminazione della voce, la particolare intonazione e sequenza ritmica utilizzata.



I benefici della Musicoterapia

La voce materna e la musica sembrano avere un ruolo importante nello sviluppo neurologico del feto e del neonato e favorire il successivo sviluppo cognitivo e comportamentale. Molti autori hanno ipotizzato infatti che la musica sia in grado di incrementare le potenzialità intellettive dei neonati. Il noto "Effetto Mozart", documentato già negli anni 90, consiste nel guadagno in termini di punti di QI (quoziente intellettivo) acquisito dai bambini dopo l'ascolto della sonata K 448 del celebre compositore. In realtà è stato osservato che tale effetto è solo transitorio e presente anche con l'ascolto di altri compositori. Oggi ricerche più recenti hanno dimostrato che l'esposizione dei bambini a talune attività "artistiche" ed in particolare quelle preferite, quali lezioni di pianoforte e canto, favoriscono la concentrazione e l'attenzione e conseguentemente portano ad un miglioramento delle performance ai test intellettivi. Anche in tale ambito gli studi di neuroscienze hanno documentato una particolare e più celere maturazione di alcune aree cerebrali deputate a funzioni specifiche (quali il giro di Heschl, il giro frontale, parti del lobo temporale,

il corpo calloso ed il cervelletto). In altre parole l'ipotesi è che la musica stimoli la maturazione di alcune aree corticali deputate ad alcune funzioni cognitive. Nel neonato prematuro gli effetti benefici della Musicoterapia sono ancor più evidenti e risultano direttamente correlati al timing della esposizione, ossia i maggiori benefici sono riscontrati in caso di esposizioni precoci ed inversamente proporzionali al peso del bambino. La Musicoterapia risulta efficace già tra le 28 e le 35 setti-

Lo sviluppo uditivo nel feto

L'inizio della funzione uditiva del feto si fa risalire ad una età gestazionale (EG) intorno alla 20^a settimana e prosegue gradualmente nel corso delle settimane successive, parallelamente alla maturazione della coclea, l'organo deputato alla funzione uditiva localizzato nell'orecchio interno. In una fase iniziale si differenziano le cellule cigliate interne, deputate alla trasformazione dello stimolo sonoro in impulso nervoso, e solo successivamente compaiono le cellule cigliate esterne, che fungono da amplificatori. Parallelamente a queste trasformazioni anatomiche si ha una corrispettiva maturazione funzionale delle strutture coinvolte, con una simultanea evoluzione delle capacità del feto di rispondere a stimoli sonori di frequenza sempre più elevata.

mane di età gestazionale e con pesi inferiori ai 1.500 grammi. I benefici maggiori, sebbene non ne sia nota la causa, sono stati registrati nelle femmine. Negli ultimi 10 anni gli studi che hanno focalizzato l'attenzione sui benefici della Musicoterapia nei reparti di terapia intensiva neonatale si sono triplicati e in numerosi di questi la Musicoterapia è stata associata a una:

- riduzione dei giorni di ospedalizzazione
- miglioramento della ossigenazione
- miglioramento degli stati comportamentali ed una maggiore stabilità del sonno
- miglioramento della capacità nutrizionale
- riduzione dello stress
- promozione dell'attaccamento ai genitori
- promozione di uno sviluppo neurologico, sociale e comunicativo adeguato (anche se per questo servono ulteriori evidenze).

I benefici riscontrati non sono evidenti solo sul neonato, in quanto anche le madri mostrano sicuri ed importanti effetti positivi. In particolare la Musicoterapia ha mostrato un ruolo specifico nel:

- sostegno e promozione dell'allattamento al seno ed in particolare nella stimolazione del seno e nella produzione di latte materno e nella promozione dell'attaccamento e della inter-soggettività.

Sono stati anche ipotizzati vantaggi per il personale sanitario, in termini di sostegno e di supporto emotivo, riducendo l'ansia e il livello di stress. Un altro aspetto sorprendente è costituito dalla maggiore efficacia dimostrata dall'utilizzo di una musica "live" con terapisti musicali rispetto alla musica registrata, e questo ha aperto i reparti di neonatologia anche a queste emozionanti esperienze, pur con innumerevoli difficoltà e criticità. Ma tutto ciò non risulta appannaggio solo dei prematuri: interventi simili sono stati proposti anche nel "late preterm" (neonati



con età gestazionale comprese tra 34 e 36 settimane) e nei neonati a termine a lungo ricoverati ed hanno evidenziato risultati analoghi. In particolare un gruppo australiano del Royal Children's Hospital di Melbourne ha mostrato come un gruppo di neonati a lungo ospedalizzati, sottoposti a interventi di Musicoterapia, presentavano uno sviluppo neurocognitivo più adeguato, risultavano meno irritabili, presentavano un pianto meno insistente e l'interazione con gli adulti migliore, rispetto ad un gruppo di controllo non sottoposto a questo tipo di intervento.

La Voce Materna

Recentemente gli effetti della voce materna e del "noise floor" sul prematuro sono stati oggetto di attenzione da parte degli studiosi. Solo l'anno scorso un'interessante ricerca è stata pubblicata su una delle più autorevoli riviste neonatologiche internazionali, in cui un gruppo di prematuri è stato sottoposto a differenti stimoli uditivi e quindi valutati gli effetti sui parametri vitali (frequenza cardiaca, respiratoria, stato di ossigenazione) e comportamentali (qualità del sonno e ritmo sonno-veglia) dei soggetti. Come stimoli uditivi sono state utilizzate filastrocche cantate dalle mamme, una musica soft, definita "Oceane Disc", a simulazione dell'attività respiratoria materna ed una musica ritmica ("Gate Box") per riprodurre invece l'attività cardiaca materna. Durante l'esposizione a tali stimoli, ed in particolare alle filastrocche recitate dalle mamme, i prematuri hanno mostrato una

maggior capacità di attenzione e di allerta con associata una marcata riduzione della frequenza cardiaca, a dimostrazione di un effetto rilassante della voce materna e dei "suoni intrauterini".

I progetti che stimolano la partecipazione dei genitori, tramite la loro voce per esempio come quelli citati, sono importanti anche per sostenere i vissuti genitoriali, quali quelli connessi ad una nascita pretermine. Questa viene spesso vissuta dalle madri come una rapida e dolorosa frattura del "progetto gestazionale", ma anche dell'intimo legame che le univa al figlio che cresceva nel loro grembo. Stimolare i genitori a cantare al loro bambino, a parlargli, così come a partecipare ad altri preziosi interventi, può divenire proprio un modo per riprendere e rimettere al centro il legame genitore-bambino, quell'unione insostituibile.

Un'esperienza nuova adottata da alcuni Centri Neonatologici italiani, quale ad esempio quello di Reggio Emilia, è costituita dall'utilizzo "del narrare e del narrarsi". I genitori, ed in particolare la madre, sono invitati a scrivere e leggere ad alta voce al bambino le proprie esperienze ed emozioni in una sorta di diario che la madre compila e di cui rende partecipe il proprio bambino.



Stili di vita dei bambini in Italia

Giordana Veracini
Save the Children, Roma

I dati

1 minore su 4 non fa moto e sport nel tempo libero, nel 28% dei casi (+13%) per difficoltà economiche; 4 ragazzi su 10 si muovono in auto, pochi (24%) a piedi, ancora meno (9%) in bici; il 73% sta in casa nel tempo libero; diffuso (riguarda 7 minori su 10) ma in flessione il consumo quotidiano di frutta e verdura e il 9% non fa colazione, mentre l'abitudine di sedersi a tavola è ancora di 9 famiglie su 10 con figli. Se delle sane abitudini di vita continuano a riguardare una quota ampia di bambini e adolescenti in Italia, tuttavia (complice anche la crisi) i dati segnalano come una fetta crescente di minori si ritrova esclusa dalla possibilità di fare sport e movimento con regolarità, di avere un'alimentazione completa e di godere dei positivi effetti fisici ed emotivi di corretti stili di vita.

A documentarlo è la ricerca su "Lo stile di vita dei bambini e dei ragazzi" realizzata da Ipsos nei mesi di novembre e dicembre 2013, per Save the Children e Mondelēz in Italia, in occasione dei 3 anni di attività di "Pronti, Partenza, Via!", progetto promosso da Save the Children insieme a Mondelēz International Foundation in partnership con Centro Sportivo Italiano (CSI) e Unione Italiana Sport Per tutti (UISP) nelle aree periferiche di 10

città italiane (Milano, Torino, Genova, Napoli, Catania, Sassari, Palermo, Bari, Ancona, Aprilia) a favore della pratica motoria e sportiva e dell'educazione alimentare dei bambini.

Un quarto circa dei bambini e adolescenti italiani - pari al 23% (+2% rispetto al 2012) - non fa alcuna attività motoria nel tempo libero a fronte del 77% di minori che invece fa sport e movimento, si legge nella ricerca. Tra le cause dell'inattività - secondo il 35% di genitori intervistati - la mancanza di voglia e di interesse da parte dei bambini e ragazzi, quindi il costo eccessivo delle strutture, per il 28% di madri e padri, con un aumento del 13% rispetto al 2012, l'incompatibilità degli orari - per il 13% del campione.

A conferma dell'impatto crescente delle difficoltà economiche sugli stili di vita di minori e famiglie anche il dato su cosa fanno gli stessi genitori nel tempo libero: fra le attività che registrano un ridimensionamento (non lo praticano mai o raramente) vi è infatti lo sport a cui rinuncia il 44% dei genitori (a fronte del 37% nel 2012).

Analizzando l'opinione dei ragazzi, colpisce l'incremento di coloro che assegnano scarsa rilevanza e valore all'attività fisica: alla domanda "tra i tuoi amici e compagni come viene considerato uno che pratica sport, fa attività fisica", il 39% (+7% rispetto al 2012) risponde "in nessun modo particolare, non se ne parla quasi" a fronte invece di



un 40% (-6% in confronto al 2012) di under 18 che dichiara un'opinione positiva del fare sport e moto.

Un 9% di minori, tuttavia, non fa pratica motoria a scuola e ciò si deve, nel 39% dei casi, alla assenza di uno spazio attrezzato (+10% rispetto al 2012).

Per quanto riguarda altre occasioni di sport o movimento, la ricerca rileva come la crisi non abbia scalfito il grande utilizzo dell'automobile, anche per percorsi brevi come l'andare a scuola: in media 4 minori su 10 si muovono in auto (6 su 10 tra gli alunni della primaria) mentre solo il 24% a piedi (-6% rispetto al 2012) e il 9% (a fronte dell'11% del 2012) in bici.

A incentivare alcune abitudini sedentarie dei bambini e adolescenti italiani c'è poi la fruizione dei media: il tempo trascorso davanti alla TV si conferma significativo: sulla totalità dei minori che la vedono quasi la metà (47%) la vede per un tempo compreso fra 1 e 3 ore al giorno.

Tempo libero al chiuso

■ In generale i minori italiani stanno moltissimo a casa: il 73% passa a casa propria o di amici il proprio tempo libero, a fronte di un 27% che lo trascorre fuori casa all'aperto con gli amici. Il 36% dei genitori (a fronte del 26% nel 2012) motiva lo stare a casa dei figli con la





mancanza di "spazi all'aperto dove incontrarsi con gli amici", e questo sembrerebbe legato ad un leggero calo della disponibilità di campi sportivi (-6% secondo i genitori, -3% secondo i figli). In generale, comunque, gli spazi pubblici permangono a disposizione di bambini e adolescenti nelle proporzioni indicate in passato (cioè in 9 casi su 10, è disponibile uno spazio di ritrovo o aggregazione) e sono giudicati in condizioni accettabili o più che accettabili da 3 intervistati su 4.

Le abitudini alimentari

■ Due genitori su tre (64%) dichiarano di conoscere le regole alimentari di base tuttavia, per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura, la ricerca evidenzia una flessione nel numero dei bambini e adolescenti che ne mangia ad ogni pasto (35% a fronte del 37% nel 2012) o una volta al giorno (35% contro il 39% dell'anno precedente) e un aumento di coloro che non l'assumono o lo fanno un massimo di 2 volte a settimana (31% contro il 24% del 2012). Per quanto riguarda il numero e regolarità dei pasti, dalla ricerca emerge un dato particolarmente critico circa la prima colazione; ben un quarto dei ragazzi non consuma regolarmente (in particolare il 9% mai e il 16% a volte sì, a volte no) inoltre con il crescere dell'età questo pasto perde il suo fondamentale ruolo e ben il 14% dei 14-17enni non lo consuma mai a casa ma al bar. Il fuori pasto è un'abitudine che riguarda il 70% circa dei giovani intervistati, con mag-

giore occasionalità al crescere dell'età. Pomeriggio e metà mattina risultano alternativi per circa il 40% dei ragazzi intervistati, mentre solo 1 ragazzo sui 5 fa due break al giorno.

Il sovrappeso: percezioni e opinioni

■ L'obesità minorile in Italia appare per i genitori un problema visibile e consueto: i genitori continuano a ritenere - in linea con il passato - che più di un terzo di bambini italiani sia sovrappeso od obesi ed un altro terzo che questa percentuale stia comunque tra il 20% e il 30%. I bambini più piccoli sono, secondo la percezione dei nostri intervistati, colpiti in misura quasi doppia rispetto agli adolescenti.

Tuttavia, quando si tratta di valutare lo stato di salute del proprio figlio, solo un genitore su 10 ammette un sovrappeso, mentre per l'80% delle famiglie i propri figli sono assolutamente nella norma.

Per tali ragioni Save the Children ha deciso di intervenire e nel 2011 insieme a Mondelēz International Foundation e in partnership con il Centro Sportivo Italiano (CSI) e l'Unione Italiana Sport Per tutti (UISP) ha avviato il progetto Pronti, Partenza, Via!.

Tale intervento nasce per contrastare il fenomeno crescente di acquisizione da parte dei bambini e degli adolescenti di stili di vita non adeguati: cattiva alimentazione, sedentarietà, attività ricreative poco stimolanti e tendenti ad isolare i ragazzi piuttosto che ad integrarli.

La scelta di Save the Children e dei suoi partner è stata quella di individuare dei quartieri delle maggiori città italiane (Milano, Torino, Genova, Napoli, Catania, Sassari, Palermo, Bari, Ancona ed Aprilia) in cui sperimentare un approccio integrato capace di coinvolgere a più

livelli i ragazzi (nei contesti formali ed extrascolastici) le famiglie, gli insegnanti, il tessuto associativo locale e le Istituzioni.

Il punto di partenza è stato il recupero e la ristrutturazione di luoghi inseriti in zone disagiate delle città, con allestimento di campi da gioco, percorsi sportivi, spazi verdi, campi polivalenti, skate e roller park, piste podistiche e ciclabili. L'obiettivo è non solo quello di offrire opportunità di movimento e attività motoria agli abitanti del quartiere, di tutte le età, ma anche quello di trasformare queste aree e renderle vivibili per l'intero quartiere, contrastando fenomeni di emarginazione che coinvolgono ampie fasce della popolazione, soprattutto giovanile. L'intervento di riqualificazione è accompagnato dalla presenza di educatori nelle scuole primarie, per promuovere stili di vita salutari per i bambini e le loro famiglie. Inoltre vengono proposte attività motorie e sportive all'interno degli spazi riqualificati e attrezzati.

A distanza di 3 anni sono 70.000 i bambini e gli adulti raggiunti, 10 le aree sportive e verdi anche pubbliche riqualificate e utilizzate per attività motorie, ricreative ed educative, 1.400 i professionisti coinvolti, fra operatori, insegnanti, pediatri, nutrizionisti e cruciale è stato il contributo dei due partner che sin dall'inizio hanno partecipato alla definizione del progetto e ne hanno curato l'implementazione: il Centro Sportivo Italiano e l'Unione Italiana Sport Per tutti.



Il **BAMBINO** e il rispetto delle **REGOLE**

Silvia Pepe
Psicologa e Psicoterapeuta Familiare
Centro Pediatrico "Di Giulio-Casali-De
Benedetto-Scarlini" Ostia Lido, Roma

Il rispetto delle regole è fondamentale per lo sviluppo autonomo del bambino e dell'uomo che diventerà. Le regole definiscono aspettative, ruoli, comportamenti propri e altrui, ricoprono un ruolo di fondamentale importanza nel regolamentare la convivenza sociale e civile.

Ogni bambino ha bisogno di essere amato, ascoltato e rispettato nei propri bisogni e non assecondato nei capricci. Ma a volte non è facile distinguerli! Durante lo sviluppo del bambino vi è un periodo tra i 2 e i 3 anni in cui sono più frequenti episodi di non rispetto delle regole. E' questo il periodo della differenziazione e dello sviluppo autonomo. In questa fase i genitori dovrebbero favorire l'autonomia del bambino e al tempo stesso guidarlo entro limiti e confini definiti, ad esempio dando una serie di opzioni tra cui scegliere. Indipendentemente da questa fase, i bambini assorbono il modo in cui viviamo insieme ogni giorno, osservano come noi ci rivolgiamo l'uno all'altro, il tono di voce, l'atteggiamento, le emozioni espresse e inespresse, i gesti d'attenzione e di interesse, come trattiamo le cose e le persone care. Davanti ad un bambino che sistematicamente non rispetta le regole impartite dai genitori, ci si dovrebbe pertanto domandare:

"come contribuisco al non rispetto delle regole?". Per rispondere a questa domanda potrebbe essere utile riflettere sul modo in cui si sta a casa, in famiglia, e al modo in cui ci si relaziona gli uni nei confronti degli altri. Innanzitutto, vi sono delle regole? Quali e quante sono? Per chi sono? Sono adeguate all'età del bambino? Da chi sono state impartite? Sono state concordate? Ed ancora, i nostri comportamenti da adulti sono rispettabili? E noi, rispettiamo le regole? Spesso non ci sono delle regole chiare, cambiano di continuo, non sono concordate tra i due genitori e a volte non sono adatte all'età del bambino. Genitori non autorevoli, presenza di tensioni familiari, atteggiamento poco tollerante verso la frustrazione, autorità instabile e inconsistente. Tutto ciò porta il bambino a non rispettare le regole impartite dai genitori. Per il bambino i comportamenti valgono di più delle parole ed avere genitori che non si rispettano o che non rispettano le regole autorizzano il bambino a fare lo stesso. I genitori rappresentano un modello con cui il bambino si identifica. E' essenziale dunque porre poche e semplici regole (3/4) alle quali non transigere, mantenere il punto, essere coesi con il coniuge. Spesso vi è confusione tra i ruoli di chi impartisce le regole, soprattutto in famiglie allargate dove la presenza di più persone che si occupano del bambino può essere confondente e dunque impattare sul sistema educativo.

Aspetti che promuovono il rispetto delle regole

Il bambino ha bisogno di essere osservato, lodato e rinforzato, soprattutto negli aspetti e comportamenti positivi, evidenziando e riconoscendo in modo affettuoso i comportamenti adeguati che attua. Ciò promuove il rispetto delle regole. Altrimenti il rischio è dare un decalogo di quello che "non deve fare" piuttosto di "come e cosa dovrebbe fare". Anche in questo caso, come spesso accade, lo stile del genitore non può non essere influenzato dalla storia personale e familiare



che ha avuto a sua volta nella propria famiglia d'origine. Aver avuto uno stile educativo rigido, piuttosto che permissivo, incide a cascata sullo stile genitoriale, sul rapporto che si stabilisce con il proprio figlio e sul rapporto che esso avrà con "l'autorità". Alcuni genitori a volte si sentono depotenziati, come se il bambino avesse un potere maggiore del loro. In queste situazioni è necessario riprendere il "potere" e il "controllo", anche attraverso un sostegno familiare (consulenza terapeutica). In questi casi sarà utile rinforzare la

competenza e la fiducia genitoriale, rivedere la propria relazione con "l'autorità" e il proprio rapporto con le regole ed il significato simbolico ad esso associato. Generalmente ciò permette di riappropriarsi del proprio "potere", consentendo al bambino di sentirsi dal genitore protetto e al sicuro. Per promuovere il rispetto delle regole può essere utile far partecipare il bambino ad attività che favoriscono il rispetto delle regole e delle norme che caratterizzano la vita di gruppo (come ad esempio nel gioco o nello sport). La dina-

mica dei gruppi è infatti scandita da turni, tempi e ruoli, che consentono al bambino di imparare ad attendere, a stare fermo, a saper guardare, e al tempo stesso di apprendere il rispetto per l'altro, la pazienza, la tolleranza e la reciprocità. In caso di rimprovero, è opportuno fare in modo che esso rimanga circoscritto alla situazione, evitando generalizzazioni, frasi o atti mortificanti o offensive per il bambino. Al contrario, i rimproveri devono essere motivati e sensati, oltre che adeguati all'età, in grado di offrire al bambino un momento per calmarsi e riflettere sull'accaduto e sull'importanza delle regole. Durante la punizione il bambino può stare in un posto a lui conosciuto, come ad esempio la sua camera, con qualche gioco. E' un momento utile anche per il genitore per prendere le distanze, soprattutto se si sente molto arrabbiato. Altro momento molto importante è quello della riconciliazione, in cui si esprime il proprio dispiacere, dando la possibilità all'altro di riparare e di sperimentare di nuovo l'amore e l'armonia nello stare insieme. E' importante essere da modello per i figli anche in questo aspetto.

News

Diabete in età evolutiva

Nuove prospettive nella quotidianità delle famiglie dei bambini con diabete emergono dal "Documento strategico di intervento integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con Diabete in contesti Scolastici, Educativi, Formativi" presentato in Senato alla presenza dei referenti dei Ministeri della Salute e dell'Istruzione che hanno attivamente partecipato alla sua stesura. Si tratta della sintesi di un lavoro collegiale promosso da AGD Italia (Coordinamento tra associazioni italiane di aiuto a bambini e giovani con diabete) per garantire al bambino e all'adolescente una vita scolastica, sportiva, relazionale e sociale identica ai propri coetanei senza diabete e per sostenere i familiari nella gestione del bambino e dell'adolescente con diabete nel percorso d'inserimento a scuola a seguito diagnosi di diabete mellito ■

Infezioni delle vie urinarie

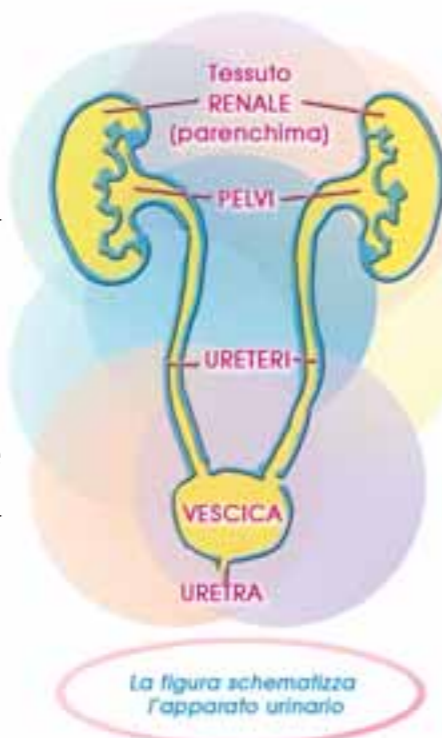


Antonella Toffolo, Giovanni Montini*
Pediatra, Oderzo (TV)
*Nefrologo Pediatra, S. Orsola Bologna

Cosa sono?

Le infezioni urinarie sono, dopo le infezioni delle vie respiratorie, la patologia infettiva batterica grave più frequente nei bambini. Normalmente le vie urinarie sono sterili; quando un germe riesce a localizzarsi e a stimolare la reazione immunitaria dell'ospite, si parla di infezione urinaria. Le infezioni possono rimanere circoscritte alle basse vie urinarie, provocando cistiti e/o uretriti, in altri casi possono arrivare a coinvolgere il tessuto renale (pielonefrite). La maggior parte delle volte il trattamento antibiotico ne permette una pronta guarigione, senza nessun danno al rene. Molto più raramente le infezioni del rene, quasi sempre associate a febbre, possono determinare la comparsa di una cicatrice renale, che rappresenta un danno permanente. Questa situazione si verifi-

ca soprattutto quando l'infezione complica una anomalia delle vie urinarie, come in caso di reflusso vescicoureterale (vedi figura).



Il reflusso rappresenta una condizione nella quale l'urina contenuta in vescica può risalire verso il rene, portando con sé qualche batterio, che in questi casi può provocare l'infezione del rene.

Come si manifestano?

I sintomi più tipici di infezione urinaria, nei primi due anni di vita, sono rappresentati dalla febbre, perdita di appetito, estrema irritabilità, urine maleodoranti. Nel bambino molto piccolo, nei primi due-tre mesi di vita, la febbre può essere assente, e la sintomatologia limitarsi solo a scarso appetito, sonnolenza, pianto lamentoso, scarsa crescita. Nel bambino oltre i tre anni di vita compaiono sintomi più specifici, tra i quali dolore addominale o ai fianchi o bruciore nel fare la pipì.

Come si fa la diagnosi?

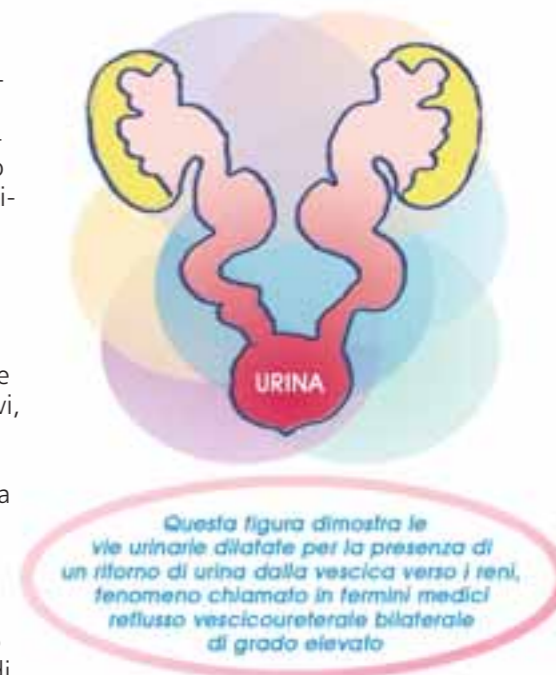
Nel sospetto di una infezione urinaria deve essere eseguito un esame delle urine. Il metodo più

semplice è rappresentato dall'utilizzo di strisce reattive, che richiede pochi minuti e che permette di valutare la presenza di cellule specifiche dell'infezione (i globuli bianchi) e/o di una sostanza (nitriti) prodotta dai batteri nell'urina. In caso di positività per questi componenti, la diagnosi è altamente probabile, ma deve essere confermata dalla urocoltura, che definisce quali e quanti germi sono presenti e la loro sensibilità ai diversi antibiotici. La maggiore difficoltà nel fare diagnosi di infezione delle vie urinarie è rappresentata dalla necessità di ottenere le urine in maniera sterile. I principali problemi sono rappresentati dalla enorme quantità di germi presente fisiologicamente sulla nostra pelle e dalla impossibilità di ottenere un campione di urina a comando nel bambino piccolo. Bisogna pertanto utilizzare dei metodi alternativi, alcuni più invasivi, altri meno, ma tutti con pregi e difetti. Nella pratica clinica in Italia si consiglia di utilizzare la raccolta delle urine attraverso il mitto intermedio (mettere il bambino sul fasciatoio, nudo, subito dopo la poppata o dopo avergli dato abbondantemente da bere e raccogliere direttamente sul vasetto sterile l'urina, durante la minzione. In questa maniera la prima che esce, pulisce le basse vie urinarie da eventuali contaminazioni). La diagnosi di infezione febbrile delle vie urinarie nei primi 2-3 anni di vita richiede la valutazione della presenza di malformazioni delle vie urinarie, che possono favorire successive ricadute. Sarà quindi necessario eseguire una ecografia renale e delle vie urinarie e una attenta ricerca di familiarità per malformazioni renali e/o urologiche, precedenti infezioni urinarie, disturbi della minzione, anomalie dei reni e delle vie urinarie all'ecografia prenatale. Sarà quindi possibile distinguere quei bambini, e sono la grande maggioranza, in cui un unico episodio di infezione urinaria ha scarse probabilità di ricadute e di danni renali e non richiede ul-

teriori approfondimenti diagnostici, da quei bambini che presentano alterazioni delle vie urinarie e che per questo meritano accertamenti radiologici e scintigrafici più approfonditi.

Quale la terapia?

Le infezioni delle vie urinarie febbrili sono infezioni batteriche e come tali potenzialmente gravi, soprattutto nel bambino molto piccolo. Per tale motivo vanno curate prontamente, sulla scorta dell'esito dell'esame urine, con terapia antibiotica mediamente per 10 giorni. Il risultato dell'urocoltura ne confermerà o meno la diagnosi in un secondo momento. Ormai numerosi studi pubblicati dai maggior esperti negli ultimi 10 anni dimostrano che, in assenza di condizioni particolari, una terapia antibiotica orale produce gli stessi effetti di una terapia antibiotica iniettiva. In certi casi (per esempio se il bambino presenta vomito) è utile iniziare con la terapia iniettiva per i primi 3 giorni e poi proseguire con la terapia orale.



Conclusioni

L'infezione delle vie urinarie è una patologia comune che quasi mai presenta difficoltà nella diagnosi e nella terapia, ma ogni singolo caso merita una valutazione accurata ed esperta per identificare quelle rare situazioni che, se non indagate e seguite, possono danneggiare la funzione del rene.

Ci giochiamo...la **VITA**

Tante ragioni per difendere il gioco e pretendere di giocare e poter far giocare

Juri Pertichini
Educatore, progettista sociale, volontario e dirigente Associazione Arciragazzi e... neo papà!

"...i fanciulli gridando su la piazzola in frotta, e qua e là saltando, fanno un lieto romore"

Giacomo Leopardi,
Il Sabato del Villaggio

Scrivere un articolo sul gioco come diritto, nel mese in cui cade l'anniversario della Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, è una coincidenza bella per chi, come il sottoscritto al pari di tanti educatori, insegnanti e operatori che ogni giorno vedono bambini in carne e ossa, passa molto del suo tempo a tentare di spiegare - spesso invano - che il "gioco è una cosa seria"; che il "divertimento", ricordando la sua etimologia che lo lega al "divergere", è un'operazione ne-

cessaria non già per fuggire ma per esplorare opportunità esistenziali, esperienziali, relazionali. E, in più, come papà di un bimbo di 18 mesi, mi è ancora più evidente come sia imperativo che il riconoscimento del diritto al gioco si affermi ovunque e in ogni contesto. Senza se e senza ma, perché chi non gioca muore. Muore dentro perché recide ciò che lo lega alla sua biologia, alla sua biografia, alla sua capacità di re-immaginare il presente e quindi di trasformare il futuro.

Il gioco è un'attività fondamentale (addirittura non solo del genere umano) per i bambini, per i ragazzi e gli adulti. Assume forme e dimensioni diverse ma è essenziale come il sonno, come il pensiero. Chi non gioca, semplicemente, non è umano. Il gioco, infatti, ha delle connotazioni di carattere culturale - sociale - politico - pedagogiche.

Il gioco risponde ad un bisogno culturale: favorire e stimolare il gioco riporta alla necessità di tra-

smettere una cultura, un modo di fare: il gioco come «normalità» anche nel campo delle relazioni umane; il gioco, come spaziotempo non ghettizzato (o ghettizzato), come attività non «straordinaria» (nel senso di «fuori» dall'ordinario). Favorire il gioco significa proporsi con - e proporre una - forma mentis ben precisa, che accetta e riconosce le nostre caratteristiche umane, ancorché regolate dalle norme sociali e le rende fruibili, liberandoci anche dal peso di pressioni psicologiche che, alla lunga, sarebbero insopportabili.

E' anche sul versante sociale che il gioco ha un forte impatto: dato che chiunque infatti troverà, prima o poi, il modo e il gusto per giocare, sperimentando così norme di convivenza (con sé o con gli altri), perché il gioco è relazione. In una società che rinnega il gioco l'atto di giocare sarà vissuto di nascosto, rabbiosamente, «contro» la società e le norme; sarà un gioco difficile, duro, cattivo. In una società che ammette e svilup-



pa il senso del gioco, questo potrà essere canalizzato verso la libera espressione del sé, delle emozioni, delle idee e dei sentimenti (singoli e di gruppo) e potrà essere reso maggiormente «adattabile» alle altre esigenze della società stessa. Determinare spazi e tempi giusti per il gioco non significa, però, ghettizzarlo a comportamento «di nicchia» e «contrario» alla logica predominante (che oggi è quella del lavoro e della produzione economica). Troppo spesso, infatti, con il pretesto della «regolazione» del gioco invece lo si contrasta più o meno apertamente, lo si rende così difficile con il risultato di vietarlo.

Il diritto al gioco diventa quindi anche un'opzione politica. La Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, indica con chiarezza, infatti, che il gioco non può essere vietato (articolo 31) e, cosa che viene affermata nella stessa Convenzione (articolo 3) riguardo al superiore interesse dei bambini, emerge che in caso di «conflitto» fra diritti dei bambini e quelli degli adulti sono i primi ad avere «più» peso. Altro aspetto politico fondamentale è rappresentato dalle scelte relative alla libertà di gioco con le quali si misurano almeno due fattori: per tutti (adulti e bambini) la libertà di espressione del sé; per una categoria specifica (i bambini), che non ha un potere contrattuale legato al voto, la capacità di una società di prendersi cura degli interessi diffusi anche in mancanza di

gruppi di pressione specifica. Quindi, in un certo senso, la capacità di una società di essere lungimirante. Tutto questo è ben spiegato nel recentissimo "Compendio Generale n. 17" del Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, che approfondisce appunto il diritto al gioco collegandolo a questi e a tanti altri aspetti (come la salute fisica e psichica). Una lettura consigliata, che si trova - purtroppo ancora solo in inglese - sulla rete.

Infine, il diritto al gioco ha una chiara valenza pedagogica. Giocare è educativo, e questo è ormai senso comune tanto che è quasi inutile addentrarsi nel tema. E' invece interessante provare ad andare oltre l'ovvietà e dire che la libertà di gioco deve potersi realizzare «insieme» alla libertà di espressione e al diritto alla partecipazione. Giocare significa scoprire e «avere a che fare» con il mondo e quindi, ben presto, comprendere le possibilità che si hanno di agire sul e con il mondo e con gli altri. Se quindi il gioco è anche partecipazione è importante che esso possa esprimersi non solo in spazi adeguati (stando attenti che non diventino ghetti, come sono molti luoghi deputati al gioco) ma anche in tempi adeguati (non solo quelli decisi dalla frenesia della vita, dei genitori e delle strutture che regolano la nostra agenda) e, infine, anche in modi adeguati (che siano rispondenti all'idea di sviluppo, evoluzione e libertà che il gioco porta con sé).

Senza che queste condizioni si possano realizzare il gioco è costrizione, ghettizzazione, attività imposta e quindi si ricade in quanto sopra esposto, circa gli esiti, rabbiosi e cattivi, di una società che nega il (vero) gioco. E' un fatto che le dittature, facciamoci caso, di solito proibiscono il gioco libero e preferiscano il "pane et circenses"; il gioco in fondo è poco ordinato, deve esserlo! E' non finalizzato (si gioca per giocare). Il gioco è ridere e suonare. E il gioco è esplorazione delle regole e autoregolazione (creazione di spazi di sviluppo prossimale, per dirla con Vygotsky); quindi è crescita e trasformazione. E la biologia ci insegna che l'assenza di dinamicità è morte. I "due impiegati che in un caffè del Sud giocano in silenzio agli scacchi" di Borges (Poesia "I Giusti"), che salvano il mondo e non lo fanno (solo perché stanno "semplicemente" giocando), salvano anche se stessi.

Se tutto questo è vero, allora difendere il gioco, per quanto difficile, è giusto oltre ogni misura. Per un educatore, per un professionista che opera per e con l'infanzia, per un padre. E se questo non è vero, allora va bene lo stesso. Possiamo applicare la regola segreta n. 12 del Regolamento Mondiale della Pallastrada di Stefano Benni (il meraviglioso libro della Compagnia dei Celestini) che, se applicata, abolisce tutte le precedenti. E allora si ricomincia tutto da capo. Di nuovo pronti, al via... si ricomincia...



REGALIAMO FUTURO

Un macro progetto di salute globale per le famiglie

In allegato la prima Guida "Genitori oggi: i trucchi del mestiere"

FEBBRE, DOLORE E INFIAMMAZIONE

La febbre e il dolore sono sintomi che devono essere presi in considerazione. Soprattutto nel bambino, una febbre oltre i 37,5 °C è un meccanismo di difesa contro l'attacco dei microrganismi e a mobilitare le cellule di difesa che richiamano l'attenzione del sistema immunitario. L'infiammazione, infine, non sottovalutarla. L'infiammazione, infatti, non sottovalutarla. L'infiammazione, infatti, non sottovalutarla. L'infiammazione, infatti, non sottovalutarla.

LA FEBBRE

La temperatura corporea viene normalizzata a 37 °C. In alcune circostanze, però, si verificano febbri prodotte e rilevate al di sopra di questa temperatura dell'acqua.

IL DOLORE

Come per gli adulti, anche per i bambini il dolore è un sintomo che deve essere preso in considerazione. Il trattamento più semplice è la diagnosi e il trattamento. Qualunque sia il sintomo, è importante che il piccolo paziente sia trattato in modo adeguato, in tutti i casi.

L'INFIAMMAZIONE

Qualunque evento anomalo provoca un'infiammazione. Il sintomo principale è la febbre. Il sintomo principale è la febbre. Il sintomo principale è la febbre.

Genitori oggi: i trucchi del mestiere

Febbre, dolore e infiammazione



proporgli da bere, non forzato e non aumentato. Se il bambino non beve, si accompagna a maltempo, altro sintomo del bambino.

Le agisce nell'arco di 30 minuti preferibilmente.

Il bambino (10-15 anni) deve essere assistito da un medico.



Evita dell'infezione.

Si è la meningite, al contrario, che si

scellan con un termometro elettronico, si di effettuare rilevazioni multiple.

La del ghiaccio e bagni freddi non sono

sono appropriati raccomandati in tutti i casi.

Non solo in presenza di febbre per bocca.

Il dopo aver somministrato il farmaco si



TRA

Le, nelle fasce d'età successive, è scarsi. I sintomi sono mal di testa, vomito o respiro

- 5 -

NETW **GPS** RK

Genitori ● Pediatra ● Scuola



Ministero della Salute
Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione



Ministero dell'Università e della Ricerca

fimp
Federazione Italiana Medici Pediatrici

Società Italiana di
Pediatría



EDITEAM
EDIZIONE 2010



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

NETW  **ORK**

Genitori ● Pediatria ● Scuola

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



Ministero della Salute

Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione



*Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca*

fimp
Federazione
Italiana Medici *Pediatr*

 Società
Italiana di
Pediatria



EDITEAM
GRUPPO EDITORIALE