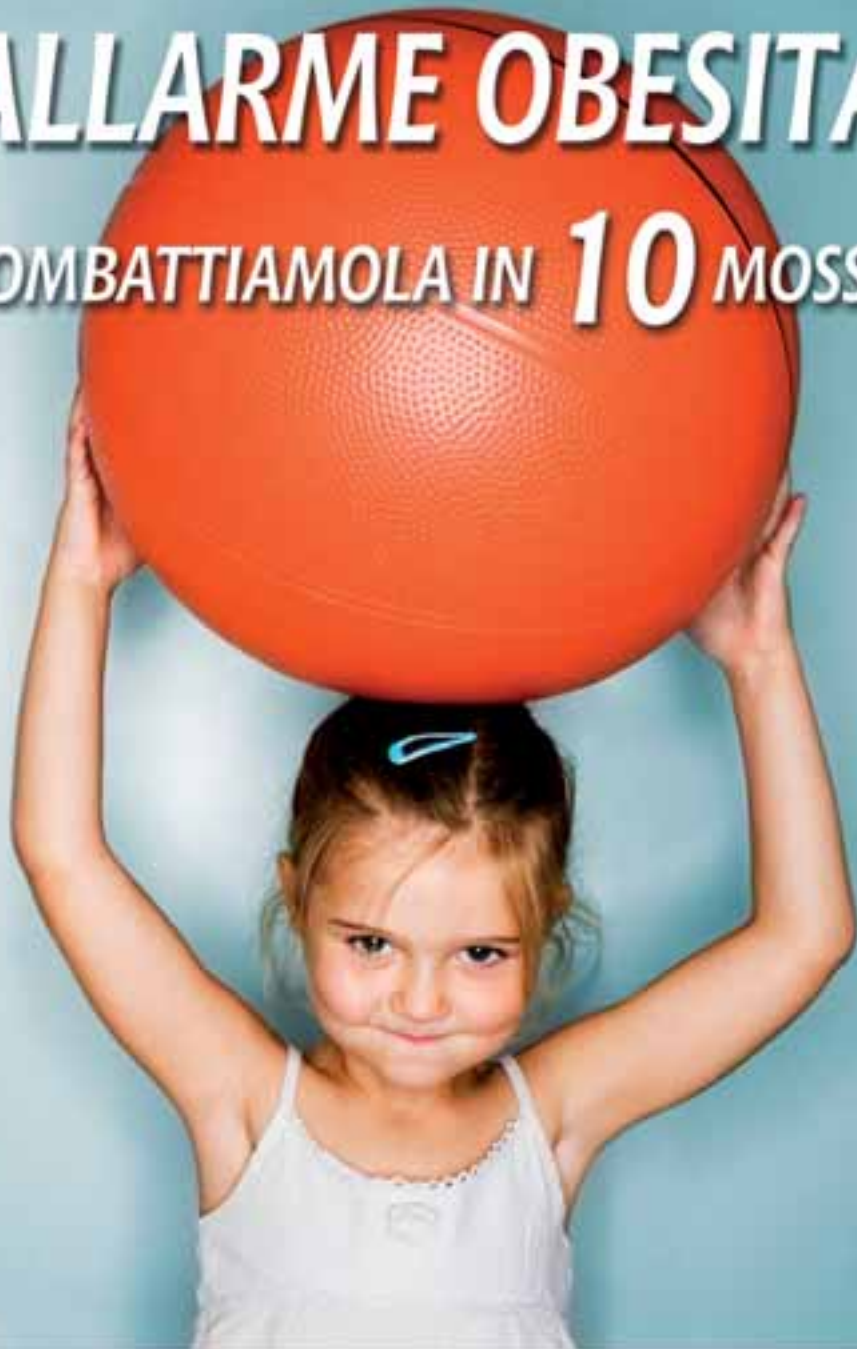


ALLARME OBESITÀ

COMBATTIAMOLA IN 10 MOSSE



La presente pubblicazione è uno degli strumenti del Network GPS Genitori-Pediatra-Scuola, per le attività della Campagna Nazionale di Educazione Nutrizionale dei Pediatri italiani “Mangiar bene conviene”.

Si ringrazia per il contributo non condizionato



Copyright © 2014

ISBN 88 - 6135 - 152 - 2
978 - 88 - 6135 - 152 - 3



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

Progetto Grafico: EDITEAM Gruppo Editoriale

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.

L'utilizzo in questa pubblicazione di denominazioni generiche, nomi commerciali, marchi registrati, ecc., anche se non specificatamente identificati, non implica che tali denominazioni o marchi siano protetti dalle relative leggi e regolamenti. Responsabilità legale per prodotti: l'Editore non può garantire l'esattezza delle indicazioni sui dosaggi e l'impiego dei prodotti menzionati nella presente opera. Il lettore dovrà di volta in volta verificarne l'esattezza consultando la bibliografia di pertinenza.

I contenuti del presente volume non sostituiscono i consigli del proprio medico che va sempre consultato.

Finito di stampare nel mese di Gennaio 2014.

Autori

Maurizio Vanelli

Professore ordinario di Pediatria all'Università di Parma, esperto di nutrizione e malattie metaboliche del bambino, Presidente di Master su qualità e sicurezza dell'alimentazione in età pediatrica, consulente di industrie-leaders nel settore alimentare, giornalista-pubblicista.

Dirige la Scuola di Specializzazione in Pediatria e presiede il Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma.

Paolo Brambilla

Fino al 2000, Dirigente Medico. Responsabile dell'Ambulatorio di Obesità Infantile del Centro di Endocrinologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Clinica Pediatrica, Ospedale San Raffaele, Milano. Dal 2000 ad oggi, Pediatra di Libera Scelta, ASL Milano 2, Distretto di Gorgonzola. Responsabile del Gruppo di lavoro "Nutrizione e Obesità" della SIPPS.

Rodolfo Colarizi

Farmacista, manager, giornalista, saggista. Ha svolto il suo percorso di carriera all'interno di una multinazionale farmaceutica. Attualmente è Direttore Responsabile della Rivista "Amare dolcezze".

Hanno collaborato:

Chiara Scarabello, Valentina Fainardi, Giorgia Monti, Dora Di Mauro della Scuola di Specializzazione in Pediatria dell'Università di Parma,
Piercarlo Salari, Pediatra e divulgatore scientifico, Milano.

Indice

Presentazione pag. **VI**

Capitolo 1

Il fenomeno obesità >> **1**

Capitolo 2

Lo spaccato del nostro Paese >> **3**

Capitolo 3

La prima colazione >> **6**

Capitolo 4

I potenziali imputati >> **8**

Capitolo 5

Grasso non è bello >> **11**

Capitolo 6

Prevenire è meglio che curare >> **13**

10 MOSSE PER PREVENIRE L'OBESITÀ >> **15**

1. Allattamento al seno per almeno 6 mesi >> **17**

2. Introduzione di alimenti - svezzamento
dopo i 6 mesi >> **19**

3. Apporto controllato di proteine nei primi
2 anni di vita pag. **20**

4. Evitare il consumo abituale di bevande
caloriche >> **23**

5. Stop al biberon a 2 anni di vita >> **25**

6. Evitare l'uso sistematico dei mezzi di trasporto >> **27**

7. Controllare l'accrescimento precoce del bambino >> **28**

8. Lotta alla sedentarietà >> **30**

9. Promozione dei giochi di movimento >> **31**

10. Controllo visivo delle porzioni alimentari
dai 3 anni >> **33**

Capitolo 7

Obesità e diabete >> **36**

Capitolo 8

L'esercizio fisico >> **41**

Capitolo 9

L'approccio alimentare >> **48**

Presentazione

Cari genitori e insegnanti,

il grido d'allarme è stato lanciato da tempo e nessuno di noi ha più alibi per ignorarlo. Il futuro della nostra società continua ad essere minacciato da un'epidemia subdola e silente: l'obesità e il fardello di fattori di rischio e malattie croniche che si porta appresso, tra cui diabete e ipertensione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) segnala ormai da lungo tempo il preoccupante aumento di sovrappeso e obesità, soprattutto in età evolutiva: in Europa è mediamente sovrappeso o obeso un bambino su cinque, uno su tre nella fascia d'età tra i 6 e i 9 anni. In Italia i dati più recenti rilevati dal Ministero della Salute denunciano una prevalenza di sovrappeso preoccupante nella fascia 6-11 anni: dal 34% della Valle d'Aosta, al 49% della Campania. In pratica oltre 1.100.000 bambini nel nostro Paese sono sovrappeso o obesi.

Ecco la ragione della grande preoccupazione di noi pediatri, ogni giorno al vostro fianco per aiutarvi nella crescita armoniosa dei vostri figli. Sentiamo forte il dovere di potenziare il nostro impegno per catalizzare tutte quelle energie buone per cogliere nella crisi, che ci vede protagonisti, quella spinta propulsiva al "cambiamento" e all'inversione di tendenza. A partire dallo stile di vita di ogni famiglia, che funge da modello di riferimento per i bambini.

Per questo Vi proponiamo un patto: un'alleanza a favore dei nostri figli per diffondere e sostenere l'educazione ad una sana alimentazione che diventi anche "prevenzione" e strumento di promozione della salute.

Con questi obiettivi abbiamo creato il "Network GPS" Genitori-Pediatra-Scuola: un'alleanza virtuosa e strategica, approvata dalle nostre Istituzioni, che promuove un grande progetto di salute globale della famiglia, dal titolo "REGALIAMO FUTURO".

Ed è per regalare ai nostri figli un futuro degno di essere vissuto che dobbiamo impegnarci quotidianamente in una serie di azioni concrete e vantaggiose per il loro benessere da insegnare loro con il nostro esempio.

Vi invitiamo quindi a leggere questa Guida a voi dedicata, realizzata da pediatri esperti, strumento educativo della Campagna di prevenzione Nutrizionale denominata "Mangiar bene conviene". Si tratta di un percorso di sensibilizzazione e motivazione a seguire abitudini alimentari e stili di vita corretti, con l'obiettivo di trasferirli ai vostri figli come un'importante eredità culturale e valoriale. Il Pediatra è il grande testimonial di questa Campagna e continuerà a sostenervi con le sue competenze. Da solo, però, non basta. L'impegno deve coinvolgere l'intera famiglia e deve essere potenziato dalla Scuola, già attenta e operativa nella promozione della salute: siamo certi che uniti potremo fare di più!

Buon lavoro a noi tutti e ricordate: "MANGIAR BENE CONVIENE"!



IL FENOMENO OBESITÀ

LA SITUAZIONE È VERAMENTE GRAVE?

Gravissima. Un bambino su cinque in Italia è in sovrappeso o obeso. Basta guardarsi attorno: i magri sono un'eccezione.



MA CHE COSA SUCCUDE?

I bambini, e spesso anche i loro genitori, mangiano male e troppo, e si muovono poco. L'alimentazione tradizionale, basata in prevalenza sui vegetali, è stata sostituita da cibi ricchi di grassi, zuccheri e proteine. A scuola non si va più a piedi, ma in auto o in SUV... Tutte queste anomalie hanno fatto esplodere una nuova epidemia, quella dell'obesità.

ALLORA GRASSI SI NASCE O SI DIVENTA?

Grassi si diventa, anche se è molto difficile che un figlio di genitori obesi riesca a sfuggire al destino di diventare "grasso" anche lui.

COSA SIGNIFICA ESSERE OBESI O IN SOVRAPPESO?

Significa pesare più del normale.

COME CI SI ACCORGE?

Guardandosi allo specchio o quando il girovita di gonne e pantaloni diventa stretto.

CI SONO METODI PIÙ SCIENTIFICI IMMAGINO...

Certamente. Il medico valuta il grado di sovrappeso o di obesità mediante il calcolo del BMI (Body Mass Index) o IMC (Indice di Massa Corporea), che è dato dal rapporto tra il peso corporeo (espresso in kg) e il quadrato dell'altezza (espressa in metri).

Se il BMI è tra 25 e 30 kg/m², si parla di sovrappeso; se il valore è superiore a 30 kg/m², si tratta di obesità.

IL BMI È UN INDICE SICURAMENTE VALIDO?

Dopo i 2 anni di età, il BMI è il parametro più valido per la diagnosi fra quelli di cui disponiamo perché rispecchia bene la presenza del grasso totale.

E PRIMA DEI DUE ANNI?

Fino all'età di due anni si consiglia di utilizzare il rapporto peso/altezza. Si fa diagnosi di obesità confrontando il risultato su tabelle di riferimento. La diagnosi si pone con il rilievo di un valore superiore al 95° percentile. Se il rapporto è compreso tra l'85° e il 95° percentile è indicativo di sovrappeso.

CHI DEVE FARE DIAGNOSI DI OBESITÀ?

Ai genitori attenti non sfugge il momento in cui il proprio figlio incomincia ad ingrassare. Non devono perdere tempo, consultino subito il loro pediatra il quale con gli strumenti che abbiamo appena ricordato scioglierà ogni dubbio.

È importante che non appena i parametri del bambino entrano nella zona rossa del rischio obesità o dell'obesità franca, il bambino venga indirizzato a un Centro specializzato nel trattamento degli eccessi di peso in età pediatrica.



LO SPACCATO DEL NOSTRO PAESE

ATTUALMENTE QUANTI BAMBINI E ADOLESCENTI OBESI SI CONTANO SUL TERRITORIO NAZIONALE?

Più di 1 milione di bambini italiani pesa troppo. Il 17-28% è in sovrappeso e il 6-21% è obeso. Le percentuali variano procedendo da Nord a Sud. In alcune regioni del Meridione, i bambini in sovrappeso sono anche il 49% dei coetanei, soprattutto maschi, fra gli 8 e i 13 anni. Il nostro Paese divide con il Portogallo il primato del maggior numero di bimbi in sovrappeso e obesi in Europa.

PERCHÉ I BAMBINI DEL SUD HANNO PIÙ FREQUENTEMENTE CHILI DI TROPPO?

Prima di tutto perché al Sud ci sono più genitori grassi e sedentari che al Nord. I bambini “ereditano” dai propri genitori, insieme con i geni, anche le abitudini alimentari.

I genitori sedentari che seguono un'alimentazione ipercalorica più facilmente avranno figli pigri e obesi. Il 25% dei bambini e adolescenti in sovrappeso ha un genitore obeso o in sovrappeso; la percentuale sale al 34% quando entrambi i genitori sono obesi o in sovrappeso.





LO STATO SOCIALE DELLA FAMIGLIA PUÒ INFLUENZARE LA COMPARSA DI OBESITÀ?

Il grado di istruzione della famiglia, il tipo di attività lavorativa dei genitori e le entrate economiche del nucleo familiare sono associati spesso allo sviluppo dell'obesità. È stato dimostrato che dove il livello socio-economico è basso l'obesità è maggiormente rappresentata. Sembra che i bambini che crescono nelle fasce di popolazione più favorite economicamente e culturalmente siano più tutelati nei confronti del sovrappeso e dell'obesità in quanto possono avere maggiori possibilità di condurre uno stile di vita migliore, di accedere a cibi migliori e hanno maggiore facilità di svolgere attività fisica.

L'OBESITÀ È FREQUENTE NELLE MINORANZE ETNICHE?

La prevalenza dell'obesità è effettivamente maggiore nelle minoranze etniche. Può essere attribuita alla maggiore povertà di questi gruppi.

QUAL È IL RISCHIO CHE UN BAMBINO OBESO RIMANGA TALE ANCHE DA ADULTO?

Il bambino obeso ha una probabilità che va dal 40 al 70% di rimanere tale anche da adulto.

QUALI SONO I RISCHI AI QUALI PUÒ ANDARE INCONTRO UN BAMBINO CHE SARÀ OBESO ANCHE DA ADULTO?

Il bambino obeso può sviluppare negli anni ipertensione arteriosa, lesioni delle coronarie, insufficienza respiratoria, alterazioni del sonno, accumulo di grasso nel fegato.

L'aumento eccessivo di peso può causare un esagerato carico sugli arti inferiori e sulla colonna vertebrale modificandone l'assetto. L'obesità a lungo andare può portare a una ridotta tolleranza agli zuccheri

con aumento progressivo del glucosio nel sangue e comparsa dei sintomi del diabete come sete intensa e stimolo frequente a urinare abbondantemente.

Le ragazze possono andare incontro a irregolarità mestruali e la loro pelle del collo, delle ascelle e dell'inguine può diventare molto scura dando l'impressione di sporco e di scarsa igiene. In conclusione: il bambino obeso, che rimane tale anche da adulto, accorcia di 10 anni la propria aspettativa di vita.

ALL'ORIGINE DELL'OBESITÀ CI PUÒ ESSERE UNA MALATTIA ORMONALE?

Le cause ormonali dell'obesità sono rare e hanno caratteristiche specifiche, ben note al pediatra. L'alterata funzione della tiroide, i deficit di ormone della crescita, l'eccessivo funzionamento della ghiandola surrenale si accompagnano, se non curate, a un eccessivo accumulo di grasso nel corpo.

LE MEDICINE POSSONO CAUSARE L'OBESITÀ?

Le cure prolungate con cortisone possono essere causa di obesità. Altri farmaci come i progestinici e gli antipsicotici possono favorire l'aumento del grasso corporeo.

QUAL È IL COSTO SOCIALE DELL'OBESITÀ?

Oggi il 2% di tutte le spese sanitarie è assorbito dall'obesità con tutte le patologie ad essa associate. Tali spese sono destinate ad aumentare, superando anche quelle causate dall'abuso di fumo, se non si interviene con rapidità. Gli interventi di prevenzione vanno incoraggiati perché più semplici da attuarsi, meno costosi e più efficaci di quelli che si occupano dell'obesità già sviluppata.



LA PRIMA COLAZIONE

CHE RUOLO GIOCANO L'ALIMENTAZIONE E LO STILE DI VITA NELLO SVILUPPO DELL'OBESITÀ?

L'alimentazione ha un ruolo sicuramente rilevante nello sviluppo dell'obesità. La maggior parte dei bambini commette ogni giorno numerosi errori nutrizionali. Oltre il 20% dei bambini italiani in sovrappeso o obesi non fa, ad esempio, la prima colazione né lo spuntino a metà mattina.

Arriva a mezzogiorno affamato e si abbuffa con tutto quello che trova in casa, soprattutto farinacei e dolci. La tendenza a mangiare di più si estende anche al pomeriggio e alla sera.

PERCHÉ I BAMBINI NON FANNO LA PRIMA COLAZIONE?

Di fronte alla stessa domanda, la maggior parte dei bambini risponde di non avere tempo o di non avere fame. Non hanno tempo perché si alzano tardi, essendo andati a letto troppo tardi. Non hanno fame perché davanti alla TV hanno sgranocchiato patatine, biscotti, cioccolata o bevuto una bibita di troppo.

Al risveglio avvertono meno il senso della fame.

PERCHÉ È IMPORTANTE LA PRIMA COLAZIONE?

Con la prima colazione il bambino fa il pieno di energia per affrontare con grinta la giornata, soprattutto la prima parte. Come può rendere bene a scuola o nello sport un bambino che al digiuno notturno aggiunge almeno altre cinque ore di astensione dal cibo?

6



È VERO CHE CHI FA REGOLARMENTE LA PRIMA COLAZIONE RENDE MEGLIO A SCUOLA E NELLO SPORT?

È verissimo. È stato dimostrato che il bambino che fa una prima colazione all'italiana prende voti migliori e vince più gare dei suoi coetanei che mancano l'appuntamento con la prima colazione.

Pare che riescano meglio in matematica.

COM'È LA PRIMA COLAZIONE ALL'ITALIANA?

Latte, biscotti o fette biscottate o pane e marmellata e frutta di stagione che non deve mancare mai. Il latte può essere sostituito con un vasetto di yogurt arricchito di cereali. Il tutto però consumato seduti a tavola e in compagnia dei genitori.

QUANTI BAMBINI RIESCONO A FARE COLAZIONE CON I GENITORI?

Pochi, purtroppo. Anche i genitori hanno l'abitudine di fare tardi davanti alla TV e di alzarsi al mattino all'ultimo minuto. Se va bene prendono un caffè sull'uscio.

Questa abitudine è un cattivo esempio per i figli.

CHE COSA S'INTENDE PER FARE COLAZIONE SEDUTI A TAVOLA?

S'intende una tavola apparecchiata con tovaglia, tazze, posate, bicchieri e tutto quanto serve per la colazione. La tavola apparecchiata che metta bene in vista i vari alimenti crea allegria, invita a sedersi e stimola l'appetito. Una tovaglia colorata, ad esempio, crea un'atmosfera di festa. È bello incominciare la giornata con le persone che ci vogliono bene. La tavola va preparata alla sera, prima di andare a dormire, facendosi aiutare magari dai figli.

È VERO CHE ABBIAMO IL PRIMATO IN EUROPA COME TRASGRESSORI DELLA PRIMA COLAZIONE?

Purtroppo è vero. Da uno studio condotto dalla Comunità Europea è risultato che il 19% dei bambini italiani salta la prima colazione, contro l'1% dei coetanei tedeschi, il 5% di francesi, il 9% di olandesi e inglesi.



7

I POTENZIALI IMPUTATI

LA COLPA DELL'OBESITÀ È ANCHE DELLE MERENDINE, DEI SUCCHI E DEGLI SNACK?

Può esserlo in parte, ma non esclusivamente. Un calcolo forse un po' troppo ottimistico indica che i bambini italiani ne consumano appena due a settimana. In realtà, sembra che tra cibi solidi (pizze, torte, frutta) e liquidi (yogurt, succhi, tè, latte), i bambini italiani si concedano in media quattro porzioni di fuoripasto al giorno, che non sembrano però influire sui chili di troppo. Non è stata trovata una relazione certa tra consumo di merendine e obesità: c'è solo una modesta associazione tra sovrappeso e consumo di bevande zuccherate, patatine, popcorn, cracker. Questo non significa però dare via libera alle merendine che non sono nocive se consumate con buon senso, non più di una volta al giorno.

E I FAST FOOD?

Il consumo dei cibi nei fast food coinvolge circa il 10% dei bambini delle scuole americane, rispetto al 2% degli anni settanta. I cibi nei fast food sono di solito molto salati e spingono a bere molto, soprattutto bevande dolci ad elevato contenuto di zuccheri. La preferenza per le bibite ha messo in secondo piano il consumo di latte, che contiene in particolare il calcio molto utile per lo sviluppo delle ossa e dei denti e indispensabile per la contrazione dei muscoli.



LA NUTRIZIONE ALLA NASCITA PUÒ INFLUENZARE LO SVILUPPO DELL'OBESITÀ NELLE ETÀ SUCCESSIVE?

È stato dimostrato che l'allattamento al seno ha un effetto protettivo nei confronti dell'obesità in alcune popolazioni.

ESISTE UNA CORRELAZIONE TRA PESO ALLA NASCITA E OBESITÀ NELLA VITA ADULTA?

Sì. Un basso peso alla nascita causato da malnutrizione o abuso di fumo o droghe da parte della madre può essere associato all'obesità. Una crescita ridotta nel grembo materno con successivo rapido recupero del peso, può essere la spiegazione della comparsa precoce di obesità in età adulta.

LA PIGRIZIA E LA SEDENTARIETÀ POSSONO ESSERE CAUSA DI OBESITÀ?

La vita sedentaria gioca un'influenza positiva sullo sviluppo dell'obesità. Il 37% dei bambini che non pratica sport presenta un eccesso di peso. Chi introduce più alimenti di quanti riesca a consumarne mette su inesorabilmente pancia.

PERCHÉ I BAMBINI SONO SEMPRE PIÙ SEDENTARI?

Per muoversi e fare sport i bambini hanno bisogno di spazi all'aria aperta e di campi sportivi, ma sono poche le città a misura di bambino che mettono a disposizione aree attrezzate e sicure. Le palestre, le piscine, i centri sportivi vanno benissimo, ma sono poche le famiglie che se li possono permettere.

È PROPRIO NECESSARIO ANDARE IN PALESTRA?

No. Chi può ci vada pure, ma non è indispensabile. Sarebbe sufficiente andare in bicicletta, passeggiare o



correre trenta minuti al giorno, ma ci vorrebbero le piste ciclabili e i parchi pubblici che molto spesso non ci sono. Un consiglio ai genitori: ritagliate trenta minuti della vostra giornata lavorativa per andare all'aria aperta con i vostri figli, una pratica salutare dal punto di vista sia fisico che affettivo. Un consiglio alle mamme: lasciate in garage l'auto o il SUV al mattino e accompagnate a piedi i vostri figli a scuola. Se non ce la fanno, possono entrare in gioco i nonni! Ma sempre a piedi.



SI DICE CHE I BAMBINI ITALIANI SIANO CAMPIONI DI MARATONE TELEVISIVE. È VERO?

Non solo gli italiani. È un'abitudine diffusa in tutti i Paesi. Non vi è dubbio che i bambini italiani passano troppe ore davanti allo schermo della TV, delle playstations, dei videogames. Anche questa cattiva abitudine è molto spesso ereditata dai genitori. Quante famiglie cenano di fronte alla TV?

È VERO CHE CHI MANGIA DAVANTI ALLA TV NON SI ACCORGE DELLA QUALITÀ E DELLA QUANTITÀ DEL CIBO CHE HA NEL PIATTO?

È vero. Quando si è distratti dalle notizie di un telegiornale o da un programma televisivo avvincente, si tende a trasformare l'alimentazione in una serie di gesti automatici. Si avvertono poco gli odori e i sapori e non ci si accorge della quantità di cibo che si sta introducendo.



GRASSO NON È BELLO



L'ASPETTO ESTETICO "ROTONDETTO" O ADDIRITTURA GRASSO CREA NEI BAMBINI UN DISAGIO PSICOLOGICO?

Sì. Il bambino in sovrappeso è consapevole di non avere un aspetto gradevole; spesso è deriso dagli amici. Tutto ciò mette in crisi la sua autostima.

COME SI PRESENTA UN BAMBINO OBESO A SCUOLA, NEI GIOCHI, NEI RAPPORTI CON GLI AMICI?

Un bambino grasso è meno attivo, meno vivace, e di conseguenza socializza meno. Così può diventare un bambino introverso e i compagni lo emarginano, non lo invitano alle feste o a giocare con loro...

L'IMPERATIVO CATEGORICO, QUINDI, È: DIMAGRIRE?

No, è "non ingrassare"!

POSSIAMO SPIEGARCI MEGLIO?

Un deciso intervento dimagrante su un bambino può rallentare la sua crescita e, nei casi estremi, anche arrestarla. Per questo motivo è meglio evitare le diete. Se un bambino in sovrappeso viene educato ad alimentarsi con regolarità, evitando i fuoripasto e facendo attività fisica, il suo sovrappeso non si aggrava, anzi viene ridotto man mano che la sua statura cresce. Nel giro di qualche anno questo bambino in sovrappeso tornerà normale, senza molti sacrifici.



PERCHÉ ALCUNI BAMBINI OBESI MESSI A DIETA CONTINUANO A INGRASSARE?

La dieta, ricordiamolo, non è il rimedio ideale per l'obesità. Il bambino obeso dimagrisce se viene educato ad alimentarsi correttamente e a fare sport con regolarità, se viene sostenuto dalla famiglia e seguito passo dopo passo dal pediatra di fiducia. Se al contrario, le indicazioni dietetiche vengono imposte a un bambino che vive in un ambiente di disagio psicologico e sociale, si ottiene in genere l'effetto contrario. Per un bambino che si trova in queste situazioni critiche, il cibo rappresenta spesso l'unico rifugio dai suoi disagi esistenziali. Il razionamento del cibo introdotto dalla dieta lo squilibra ulteriormente aumentandone l'ansia, l'insoddisfazione, lo stress, tutte situazioni che lo spingono ancora di più a trovare compensazione nel cibo.

PERCHÉ ALTRI DIVENTANO TROPPO MAGRI FINO A RIFIUTARE DI CONTINUARE AD ALIMENTARSI?

La comunicazione della diagnosi di obesità comporta conseguenze importanti se viene effettuata con eccessiva crudeltà. In alcuni bambini con sofferenza psicologica di base, una dieta troppo rigida può far comparire disturbi del comportamento alimentare come anoressia, bulimia, abbuffate incontrollate. Al momento della comunicazione, il pediatra, il dietologo, la dietista devono modulare il loro intervento sulla base di un'attenta valutazione psicologica del bambino.

È FREQUENTE LA DEPRESSIONE NEL BAMBINO OBESO?

È frequente nell'età dell'adolescenza. Tra i giovani con obesità grave la metà presenta sintomi depressivi da moderati a gravi. Il 35% riferisce elevati livelli di ansia.



PREVENIRE È MEGLIO CHE CURARE

CHE COSA CONVIENE FARE ALLORA PER PREVENIRE L'OBESITÀ?

L'approccio al bambino sovrappeso è mirato sull'intera famiglia. Abbiamo precedentemente ricordato che certe abitudini alimentari si "ereditano" dal nucleo familiare.

La partecipazione di tutti i membri della famiglia per modificare lo stile di vita e nutrizionale è il mezzo più efficace per garantire un effettivo successo del trattamento e il mantenimento dei risultati a lungo termine.



DALLO SPECIALISTA DEVONO ANDARE QUINDI ANCHE I GENITORI E NON SOLO IL BAMBINO?

Certamente, i genitori devono essere coinvolti attivamente nel programma di trattamento. Devono esserne i protagonisti. Il problema obesità non deve essere solo del bambino, ma di tutta la famiglia; le cause del sovrappeso si trovano spesso nel suo interno. A mutare stile di vita deve essere tutta la famiglia, da solo il bambino non ce la fa. Programmi individuali per il solo bambino spesso non hanno successo.

QUALI INTERVENTI FUORI DALLA FAMIGLIA?

Le strategie di prevenzione dell'obesità dovrebbero coinvolgere anche la scuola per favorirne l'inserimento fra gli insegnamenti obbligatori dell'educazione alimentare, a partire dalla scuola materna. Sarebbe utile promuovere corsi di aggiornamento agli insegnanti. Per quanto riguarda la distribuzione di alimenti negli Istituti Scolastici, dovrebbe essere limitata a cibi a basso contenuto di grassi e alle sole bevande prive o povere di zuccheri semplici.

QUAL È L'OBIETTIVO DEL TRATTAMENTO?

Quello immediato è ristabilire l'equilibrio fra energia introdotta e spesa, a favore di quest'ultima aumentando l'attività fisica.

Quello a medio e lungo termine, ridurre o prevenire le complicanze.

QUALE TRATTAMENTO CONVIENE UTILIZZARE INIZIALMENTE?

Prima di tutto interventi sullo stile di vita che riescono meglio quando l'educazione alimentare e il programma di attività fisica sono coordinati insieme alla famiglia. La stabilizzazione del risultato necessita di un intervento continuativo. La discontinuità porta nella maggior parte dei casi al recupero del peso perso. Vanno evitate le restrizioni dietetiche spinte, come le diete iperproteiche, in quanto potenzialmente dannose per la loro povertà di vitamine, minerali e altri nutrienti fondamentali. Sconsigliato assolutamente il fai da te. Prima di decidere, consultare sempre il proprio pediatra di fiducia.

ESISTE UNA TERAPIA FARMACOLOGICA DELL'OBESITÀ?

La terapia farmacologica può essere presa in considerazione dallo specialista solo di fronte agli insuccessi del trattamento convenzionale. In linea di massima, è sconsigliata nel bambino; può essere presa in considerazione nell'età dell'adolescenza. I farmaci che smorzano lo stimolo della fame (anoressizzanti) in associazione con un'alimentazione contenuta possono dare buoni risultati, ma al prezzo di insonnia, ansia, mal di testa, depressione. La loro somministrazione non è raccomandata per periodi più lunghi di due anni e va comunque riservata a casi particolari, sotto stretto controllo medico.

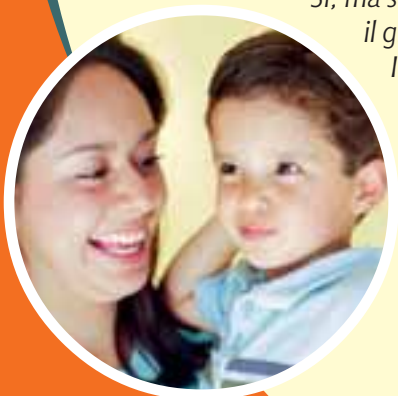
NON CI SONO FARMACI CHE RIDUCONO L'ASSORBIMENTO DI NUTRIENTI DA PARTE DELL'INTESTINO?

Sì. Esiste un farmaco che aumenta la perdita di grassi con le feci. Negli Stati Uniti il farmaco è approvato anche per i giovani di età superiore ai 12 anni. È mal tollerato per i suoi effetti collaterali come flatulenza e diarrea.

ESISTE UN TRATTAMENTO CHIRURGICO DELL'OBESITÀ?

Sì, ma solo nei casi molto gravi, in età adolescenziale, quando il giovane ha terminato il proprio accrescimento.

Il trattamento più utilizzato è il bendaggio dello stomaco che ne riduce la capienza anticipando il senso di sazietà. È un intervento impegnativo che richiede esperienza da parte dell'operatore, supporto psicologico e accettazione da parte del giovane. Va preso in considerazione solo in casi estremamente gravi, che sono anche, per fortuna molto rari.



10 MOSSE PER PREVENIRE L'OBESITÀ

La prevenzione precoce: aspetti pratici

Attualmente, la prevalenza di sovrappeso ed obesità infantile (OI) a 6 anni in Italia è paragonabile a quella delle età successive (circa il 25%), senza differenze significative tra i sessi [1]. Pertanto, lo spazio per interventi di prevenzione è confinato ai primissimi anni di vita a partire dalla nascita. Tra i fattori più importanti da “controllare” vi sono una scorretta alimentazione nei primissimi anni (iper calorica, eccesso di proteine, grassi e zuccheri semplici) ed un eccesso di attività sedentarie associato ad una riduzione dell'attività motoria [2].

I programmi preventivi finora adottati hanno avuto scarso successo in quanto, indirizzati prevalentemente o unicamente alla classe medica, sono riusciti a coinvolgere minimamente le altre componenti sociali (famiglia, scuola, media, istituzioni, aziende commerciali). Solo azioni coordinate, nell'ambito di Campagne a largo raggio, possono avere chance di successo [3, 4].

Illustriamo un programma di prevenzione precoce del sovrappeso, da iniziarsi sin dalla nascita, rivolto in primo luogo ai genitori del bambino che nasce, ma anche a tutti gli operatori sociali (Pediatri, Insegnanti, Media, Istituzioni, Industria, ecc.) che hanno con lui contatti rilevanti. Lo scopo è quello di 10 semplici azioni da mettere in atto per ridurre la probabilità che quel bambino possa sviluppare sovrappeso nei primi 6 anni di vita. Questo programma, denominato **“Mi voglio bene”**, sottolinea proprio con il nome prescelto, ciò che il neonato ci chiede di mettere in atto per crescere sano e in forma, in altre parole ci richiama alla necessità di dimostrargli ancor meglio l'affetto con cui la sua nascita è stata accolta [5].

Le Azioni Preventive

Per ogni azione preventiva, si identificano le caratteristiche ed i tempi ottimali di realizzazione in occasione dei Bilanci di Salute con il proprio Pediatra di Famiglia (Tab. 1 e 2).

1

ALLATTAMENTO AL SENO PER ALMENO 6 MESI

Il latte materno apporta al tuo bambino tutte le sostanze essenziali che gli assicurano un'ottima crescita. L'ideale sarebbe che tu allattassi al seno fino a 12 mesi e anche più se la mamma e il bambino lo desiderano. E' stato, infatti, provato da numerosi studi che se allatti al seno il tuo bambino lo proteggi anche da sovrappeso e obesità. Ciò dipende sia dalle caratteristiche e dalle qualità del latte materno sia dal fatto che con questo tipo



di allattamento il bambino acquisisce meglio il senso di sazietà.

Il Pediatra è in grado di consigliarti tutte le misure idonee a iniziare e a mantenere l'allattamento al seno; nel caso di impedimento all'allattamento al seno, inoltre, ti aiuterà a trovare il sostituto (latte artificiale) più adatto, con particolare attenzione al contenuto di proteine (vedi anche azione 3).

Il pediatra si adopererà **per sostenere l'allattamento** sui seguenti punti:

- S**ostenere alla motivazione.
- A**ccessi in studio concordati per verifiche del peso nelle prime settimane.
- L**a prevenzione delle principali cause di abbandono.
- U**tilizzare curve di crescita specifiche per l'allattato al seno (OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità).
- T**rovare un giusto equilibrio tra le esigenze del lattante e quelle della mamma.
- E**ventuali integrazioni solo per brevi periodi e se indispensabili.

Va ricordato che l'allattamento al seno **fino a 12 mesi**, se possibile, sarebbe un ottimo traguardo. Questa è infatti la prima occasione che la mamma ha a disposizione per avviare una corretta educazione alimentare in quanto potrà imparare a riconoscere ed assecondare la vera necessità di cibo del proprio piccolo, all'interno delle sue "richieste".

Fatte salve le prime settimane di vita, in cui ogni occasione è da sfruttare per favorire l'acquisizione di un fisiologico standard di allattamento, successivamente l'allattamento "a richiesta del neonato" sarà perfezionato dal giudizio materno lasciando spazio adeguato anche ad altre modalità relazionali (contatto fisico, massaggi, coccole, musica, voce della mamma, ecc.).

Commento

L'importanza dell'allattamento al seno nella prevenzione dell'obesità infantile è testimoniata da vari studi. Lo studio di Baker et al. è forse il più autorevole tra essi [6]. Tale comportamento è ovviamente previsto ai bilanci dei primi 6 mesi, con ulteriore rinforzo ai bilanci successivi per le madri che proseguono l'allattamento fino ai 12 mesi. Il pediatra si adopererà per sostenere l'allattamento, soprattutto nelle prime settimane, sui seguenti punti: sostegno alla motivazione, accessi in studio adeguati (per semplici verifiche del peso), utilizzo di curve di crescita specifiche per l'allattato al seno (OMS), prevenzione delle principali cause di abbandono, gestione ottimale (richiesta del neonato avallata dalla madre), eventuali integrazioni "mirate" per brevi periodi. In casi eccezionali, l'allattamento al seno può essere completato, qualora insufficiente, da latte formulato, nel quadro di un allattamento misto, che il pediatra specificherà se a prevalenza di latte materno o formulato. In questo caso, od in caso di mancanza di latte materno, il pediatra consiglierà un latte formulato a basso contenuto proteico per i primi 12 mesi.

2 INTRODUZIONE DI ALIMENTI - SVEZZAMENTO DOPO I 6 MESI

Recenti indicazioni scientifiche raccomandano l'introduzione di cibi complementari (pappa, frutta, biscotti) ai 6 mesi compiuti, a meno che un anticipo non sia suggerito da motivi clinici individuali, su indicazione del pediatra. In pratica, si consiglia di posticipare a dopo il compimento del 6° mese l'introduzione di ogni altro alimento o bevanda che non sia latte o acqua, seguendo uno schema pre-determinato che diventi abituale. Di questo la mamma va avviata precocemente.



La **prima pappa** è quindi consigliabile dai 6 mesi seguendo schemi nutrizionali adatti all'età del bambino che verranno proposti dal pediatra.

La **frutta** è spesso introdotta precocemente pensando di favorire la capacità di deglutizione di alimenti solidi tramite il cucchiaino, preparando così il bambino ad assumere la prima pappa. In realtà, questa capacità viene spontaneamente acquisita dal bambino attorno ai 6 mesi di età e non è pertanto necessario stimolarla prima.

I **biscotti** sono a volte utilizzati per integrare il latte formulato o per modificarne il sapore. Questo non corrisponde a reali esigenze del bambino, anzi l'aggiunta di biscotti nel biberon altera l'equilibrio nutrizionale del latte.

Le **bevande** maggiormente utilizzate nel bambino più piccolo sono essenzialmente soluzioni dal sapore dolce (che testimonia la presenza di calorie sotto forma di zuccheri semplici) quali tisane, camomilla, finocchio, tè deteinato, ecc. Oltre all'inutile apporto calorico, tali bevande orientano il gusto del piccolo verso il sapore dolce e possono condizionare le sue scelte successive, vanno quindi evitate. Per le **bevande**, si rimanda anche a quanto descritto per l'azione 4 (vedi scheda specifica).

Commento

Alimenti o bevande al di fuori del latte vanno introdotti nell'alimentazione solo dopo il compimento dei 6 mesi, quando ciò non sia imposto da motivi clinici individuali, in accordo con le indicazioni nutrizionali più recenti [7]. Nell'elenco dei cibi da posticipare si considerano la frutta, i biscotti, altre bevande al di fuori di latte ed acqua. Per le bevande, si veda anche quanto descritto per l'azione 4 (vedi oltre).

3 APPORTO CONTROLLATO DI PROTEINE NEI PRIMI 2 ANNI DI VITA

Gli studi più recenti hanno individuato nell'**eccesso di assunzione di proteine** nei primi mesi di vita una delle cause di sovrappeso e obesità negli anni successivi. Poiché l'attuale stile alimentare nei Paesi ricchi, sia degli adulti che dei bambini, è caratterizzato da un grande consumo di proteine soprattutto di origine animale, è opportuno che questa abitudine venga rivista almeno nei nuovi nati e fino al compimento del secondo anno di età. I consigli che seguono non si



discosteranno molto per qualità rispetto a quanto proposto finora per l'alimentazione del lattante e del divezzo. Dal punto di vista della **quantità** di alcuni alimenti, invece, potrete trovare delle differenze anche marcate rispetto a quanto vi è stato proposto in occasione dello svezzamento di un precedente fratellino o a quello che vi raccontano altre mamme di bambini più grandi. Si tratta semplicemente di adeguarsi a quanto proposto dalla ricerca scientifica più recente in tema di nutrizione.

Il **latte** della mamma ha un contenuto basso di proteine (0,9 g/100 ml) ma qualitativamente fornisce proprio quelle necessarie al lattante. L'industria alimentare per l'infanzia non riesce ancora a proporre delle formule artificiali con un contenuto così basso, pena il rischio di indurre carenze di alcuni importanti componenti proteici. Tuttavia negli ultimi anni **è stato diminuito l'apporto proteico di alcuni lattati formulati**, mantenendo degli standard ampiamente sicuri dal punto di vista qualitativo. Se il latte della mamma, anche per la quantità di proteine, rimane la scelta ottimale almeno per tutto il primo anno di vita, in caso di una sua mancanza il pediatra potrà suggerirvi dei prodotti alternativi validi e aggiornati.

Per lo **svezzamento** i consigli che seguono non prevedono particolari differenze tra bambini alimentati al seno e quelli con latte artificiale. Tuttavia, dato che nel secondo caso si parte da un maggiore apporto proteico, le mamme dei bambini che utilizzano il latte di formula dovranno porre ancora più attenzione a rispettare le quantità previste per gli alimenti che hanno un maggiore contenuto di proteine.

Anche se nei cereali (grano, riso, mais, ecc.) è contenuta una discreta quantità di proteine, sono gli **alimenti di origine animale** che ne contengono una maggiore quantità e possono far pendere la bilancia nutrizionale verso l'eccesso proteico. Quindi devono essere utilizzati con attenzione la carne, il pesce, il prosciutto e tutti i salumi, il formaggio e i latticini in genere, il bianco dell'uovo.

Consigli pratici

- A) 0-6 mesi.** Sostenere l'allattamento al seno per almeno 6 mesi, meglio se fino ai 12 mesi. In mancanza di latte materno, scegliere un latte formulato (tipo 1) con ridotto apporto proteico, non superando la quota di 1.000 ml al giorno. Non introdurre latte vaccino. Non svezzare prima dei 6 mesi di età.
- B) 6-12 mesi.** Sostenere il proseguimento dell'allattamento al seno. In mancanza di latte materno, scegliere un latte formulato (tipo 2) con ridotto apporto proteico, non superando la quota massima di 500 ml al giorno. Non introdurre latte vaccino. Nella pappa, non superare l'apporto consigliato di carne (20 g), o formaggio (20 g), o prosciutto (30 g), evitando di somministrare più di 1 alimento di origine animale per pappa. Ridurre al minimo (1 cucchiaino) il formaggio grattugiato aggiunto alla pappa. Come merenda, non superare l'apporto consigliato di yogurt (60 g).
- C) 12-24 mesi.** Preferire il consumo di latte di crescita a ridotto apporto proteico, non superando la quota di 500 ml al giorno. In alternativa, limitare il consumo di latte vaccino a 300 ml al giorno. Per le pappe e merende, mantenere le quantità consigliate per il periodo 6-12 mesi (vedi sopra).

Commento

Recenti studi hanno confermato il minor rischio di sovrappeso di bambini che hanno ricevuto un minore apporto proteico nei primi 2 anni di vita [8, 9]. Ciò si realizza fornendo semplici indicazioni nutrizionali, differenti in base all'età e al tipo di latte che il bambino assume. Ai bilanci dei primi 2 anni di vita si esemplifica la quota di alimento con contenuto proteico che si ritiene corretta (nel caso di allattamento esclusivo al seno, si considera corretta ogni quantità di latte assunta, in caso di latte formulato, si consiglia l'utilizzo di un latte a contenuto proteico ridotto). Dopo lo svezzamento, si forniscono le quote consigliate di alimenti a maggior contenuto proteico (quali carne, formaggio, grana, yogurt, prosciutto), in modo da non superare l'assunzione giornaliera di proteine di 15 grammi a 8 mesi, 17 grammi a 10 mesi, e 20 grammi dal 12° al 24° mese.

Le differenze tra bambini in termini di peso corporeo si considerano trascurabili, in modo da semplificare al massimo le indicazioni fornite. Si consiglia l'uso, nel secondo anno di vita di un latte di crescita a ridotto contenuto proteico (in alternativa al latte vaccino) per quei bambini che consumano più di 300 ml al giorno di latte. È consigliato comunque un apporto proteico controllato anche dopo i 24 mesi.

4 EVITARE IL CONSUMO ABITUALE DI BEVANDE CALORICHE

In genere, un bambino che assume latte materno o latte formulato e che cresce regolarmente, riceve già un apporto di liquidi adeguato alle sue necessità. Solo in condizioni particolari (ad es. giornata particolarmente calda) potrebbe avere bisogno di una maggiore quota di liquidi. In questo caso è opportuno proporgli soltanto dell'acqua per soddisfare la sua sete. Questo consiglio si riferisce a un bambino in buona salute, mentre in caso di malattia (ad es. diarrea o febbre) il pediatra prescriverà opportune integrazioni con soluzioni idrosaline specificamente preparate per la reidratazione.



Ad ogni bilancio il tuo pediatra ti ricorderà di non proporre al tuo bambino altri liquidi all'infuori del latte e dell'acqua e raccoglierà informazioni sulla sua reale applicazione. È infatti questa l'azione preventiva più costante per tutto il periodo 0-6 anni.

Nei primi giorni di vita il neonato beve latte, che contiene zuccheri (lattosio) ma in quantità modesta (ad es. latte materno 6%) e al di sotto di una **soglia di percezione del gusto dolce**. Anche il latte vaccino contiene lattosio (5%) ma non è percepito come dolce e vi sono infatti alcuni bambini e adulti che lo gradiscono solo zuccherato. Quando la concentrazione di zuccheri semplici si avvicina al 10% (ad es. tè freddo) o addirittura supera questa quota (ad es. bibite 11-12%, succhi di frutta fino al 15%), il gusto dolce è invece ben avvertito e spesso prevalente sul gusto della bevanda stessa.

Le bevande maggiormente utilizzate in **età precoce** (primi 2 anni) sono essenzialmente le tisane e le soluzioni da bere con un sapore generalmente dolce che testimonia la presenza di calorie sotto forma di zuccheri semplici (tisane, camomilla, finocchio, nettari di frutta, tè deteinato, ecc.).

Oltre all'inutile **apporto calorico**, tali bevande orientano il **gusto** del piccolo alla ricerca del sapore dolce e ne condizionano le scelte successive.

Le bevande più consumate in **età successive** sono i succhi di frutta, il tè freddo, i soft drinks (bibite). Ricorda che il succo di frutta non è un sostituto dell'assunzione di frutta fresca.

È esperienza comune osservare una certa "dipendenza" del bambino verso le bevande con sapore dolce, che spesso si è creata nei primi anni di vita e che si perde con difficoltà. Pertanto, l'unica soluzione ragionevole è quella di astenersi in questa fascia di età dal loro consumo.

Ricorda che un bambino, anche molto piccolo, se ha veramente sete sarà soddisfatto dal bere acqua. Insegna al tuo bimbo a **distinguere** tra vera sete e voglia di bere qualcosa che abbia un sapore a lui gradito.

Si sconsiglia inoltre il consumo in età prescolare di bevande con dolcificanti sintetici.

Commento

Evitare succhi, tisane, soft drinks, tè zuccherato, ed ogni altra bevanda con contenuto calorico non trascurabile.

Studi recenti provano l'importanza di questa strategia preventiva per evitare il sovrappeso [10], in tutto il periodo da 0-6 mesi ad eccezione dell'assunzione sporadica per ragioni cliniche (ad es. in corso di enterite).

Ad ogni bilancio tra 0 e 6 anni il pediatra ribadirà questo consiglio e raccoglierà informazioni sulla sua reale applicazione. Questo è fondamentale nell'indirizzare precocemente il gusto e le preferenze del bambino quando ha sete.

5 STOP AL BIBERON A 2 ANNI DI VITA

Le Linee Guida delle Società scientifiche indicano lo svezzamento dall'uso del biberon all'età di 12 mesi, anche se questa raccomandazione è largamente disattesa, in particolar modo negli strati sociali meno abbienti.

Alcuni studi hanno dimostrato che l'uso del biberon predispone anche al sovrappeso: il rischio aumenta del 3% per ogni mese di prosecuzione del biberon. Infatti, i bambini che bevono ancora dal biberon assumono più latte rispetto a quelli allattati al seno.

Il problema non è solo il contenuto del biberon ma il fatto che succhiare è un piacere per il bambino, che continua a farlo anche quando in realtà non avrebbe più sete o fame.



Il bimbo, quindi, non si accorge della quantità di cibo che assume. Pertanto, ti invitiamo ad evitare l'uso del biberon.

Non esistono dati circa l'uso del biberon in Italia, ma è impressione generale che la sua sospensione a 12 mesi sia di difficile applicazione.

Pertanto, per le finalità di questo progetto ti invitiamo a sospendere l'uso sistematico del biberon **entro i 24 mesi di vita** di tuo figlio.

È da tener presente questa informazione fin dai 18 mesi di vita, in maniera tale da gestire in modo graduale questo passaggio.

Il bambino acquisisce molto precocemente la **capacità di bere direttamente** da un bicchiere o da una tazza.

Spesso l'uso prolungato del biberon è motivato da comodità e abitudine e non da reali necessità.

Occorre sapere che l'uso prolungato del biberon costituisce un rischio potenziale per la salute del bambino.

Non va dimenticato infine il rischio per la salute dei denti legato all'uso del biberon.

Commento

Studi scientifici riassunti in una recente review [11] dimostrano un maggior rischio di sovrappeso/obesità nei bambini con svezzamento dal biberon tardivo (oltre i 24 mesi), a prescindere dalla quota calorica introdotta e dal tipo di bevanda.

Il rischio si correla, in altri termini, con la modalità di assunzione, favorendo il consumo "incosciente" o la "dipendenza routinaria" legata al biberon.

Il comportamento preventivo si effettua a 18 e 24 mesi. Va ricordato che l'American Academy of Pediatrics consiglia la sospensione del biberon già a 12 mesi [11]; tuttavia, il limite di 24 mesi ci sembra un obiettivo più praticabile nella realtà italiana.

6 EVITARE L'USO SISTEMATICO DEI MEZZI DI TRASPORTO

Anche l'uso di mezzi di trasporto può contribuire a limitare l'attività motoria del bambino, soprattutto se protratto nel tempo e sistematico (quotidiano).

Fin da quando il bambino inizia a camminare, i genitori dovrebbero incentivare gli **spostamenti attivi** del loro bambino e ricorrere all'uso di mezzi di trasporto (ad es. passeggino) solo quando è

stanco o è proprio necessario per evitare i pericoli della strada. In realtà, spesso per la nostra comodità di adulti, ci dimentichiamo di far crescere il nostro bambino in modo fisicamente attivo. È buona norma inoltre **interrompere l'uso del passeggino dall'età di 3 anni**, se non per brevi periodi ed in circostanze particolari. Anche l'abitudine di portare il bambino nel carrello della spesa, spesso praticata per nostra comodità, andrebbe limitata.



Importante è abituare il bambino ad **andare a piedi quando è possibile**, soprattutto in occasioni ripetute molte volte, tipo nel tragitto casa-scuola dell'infanzia.

Muoversi attivamente anziché farsi trasportare è inoltre importante perché il piccolo impari a rendersi conto delle distanze e dei luoghi attraversati, insomma a **scoprire il mondo che lo circonda**. In alcune città sono in atto iniziative per raggiungere la scuola a piedi, in gruppo, accompagnati da uno o più genitori "ad es. Pedibus" iniziativa adottata da alcuni comuni. Informati delle iniziative già organizzate nella tua città o fatti promotore di nuove attività di

Tabella 1

Le 10 azioni preventive con i relativi indicatori e riferimenti bibliografici

	Azione	Descrizione
1	Allattare al seno	Almeno 6 mesi
2	Svezramento	Introduzione cibi complementari dopo i 6 mesi
3	Apporto proteico	Controllato (in particolare nei primi 2 anni)
4	Bevande caloriche	Evitare succhi, tisane, soft drinks, tè, ecc.
5	Biberon	Da sospendere entro i 24 mesi
6	Mezzi di trasporto	Evitare l'uso del passeggino dopo i 3 anni e l'uso di moto e auto elettriche; favorire il raggiungimento a piedi della scuola (Pedibus)
7	Controllo del BMI	Identificare se si verifica l'Early Adiposity Rebound (prima dei 6 anni)
8	TV, giochi sedentari	Solo dopo i 2 anni, massimo 8 ore/settimana
9	Gioco e stile di vita	Regalare e incentivare i giochi di movimento, adatti alle varie età del bambino
10	Porzioni corrette per l'età prescolare	Uso dell'atlante fotografico delle porzioni alimentari

Tabella 2

Tempi di realizzazione delle 10 azioni preventive, in occasione dei bilanci di salute (in mesi)

	1-1,5	2,5-3	5-6	8-9	11-12	16-18	24-30	36-42	48-54	66-72
Azione 1	x	x	x	(x)	(x)					
Azione 2		x	x							
Azione 3	x	x	x	x	x	x	x			
Azione 4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Azione 5						x	x			
Azione 6					x	x	x	x	x	x
Azione 7							x	x	x	x
Azione 8					x	x	x	x	x	x
Azione 9					x	x	x	x	x	x
Azione 10							x	x	x	x

questo tipo. Nei periodi che lo consentono e nelle condizioni che lo favoriscono, andare assieme al tuo bambino a scuola in **bicicletta** può essere un'esperienza divertente e salutare per entrambi.

Ricordati infine che il tuo bimbo ti guarda, il **tuo esempio** vale più di mille parole! Anche in un mondo di pigri e di auto-dipendenti, vedere i propri genitori che lasciano l'auto e camminano è fondamentale per convincerlo che quello che gli chiedi di fare è talmente piacevole ed importante che sono i suoi stessi genitori a farlo appena è possibile. Lo **stile di vita** si apprende sin dai primi anni di vita.

Commento

Questo obiettivo si realizza evitando l'uso abituale del passeggino dopo i 3 anni e non incoraggiando i genitori a regalare al piccolo moto o auto elettriche. Inoltre, si incoraggiano le iniziative collettive (ad es. Pedibus) per realizzare a piedi il tragitto casa-scuola dell'infanzia, quando possibili.

7 CONTROLLARE L'ACCRESIMENTO PRECOCE DEL BAMBINO

A partire dai 2 anni di età, in occasione di ogni visita di crescita dal tuo pediatra, fatti mostrare la **curva del BMI** (body mass index, o indice di massa corporea), un indicatore del grado di adiposità del tuo bambino. Questo parametro è calcolato dal peso e dall'altezza, attraverso una formula matematica. Normalmente, il BMI raggiunge un valo-



re alto attorno all'anno di vita, poi inizia una lenta e graduale discesa che dura fino ai 6 anni di età, quindi riprende a salire. **Quando invece la sua discesa si interrompe prima dei 6 anni e comincia la salita**, si parla di early adiposity rebound (EAR), letteralmente precoce aumento dell'adiposità, che rappresenta un prezioso indice del **rischio futuro di sovrappeso**. Non sono importanti i valori assoluti di BMI, lo è invece la forma della curva nel tempo, cioè il suo andamento tra salita e discesa. In altre parole, il peso sta aumentando più di quello che dovrebbe in base all'aumento della statura. Quasi sempre, la causa è un aumento esagerato del peso, poche volte invece è causato da un rallentamento della crescita in statura. Quando si verifica un EAR, perciò, è altamente probabile che a distanza di poco tempo il tuo bambino raggiungerà valori di sovrappeso.

Il tuo pediatra normalmente controlla questa curva quando inserisce i dati della crescita, non sempre però te la mostra e la discute assieme a te. **Ricordaglielo.**

Se si verifica un EAR, ad esempio a 3 o 4 anni, può significare che il tuo bimbo sta deviando dal normale andamento della crescita e conviene riflettere assieme al tuo pediatra sulle possibili cause. Probabilmente una o più delle azioni preventive non si sta realizzando nel modo auspicabile, ma c'è tutto il tempo per interrompere questo andamento e correggerlo prima che si arrivi ad un vero sovrappeso.

Commento

Studi clinici hanno documentato un rischio elevato di sovrappeso/obesità nei bambini con precoce aumento del BMI [12]. Inoltre, un early adiposity rebound si associa ad un maggiore rischio di alterazioni metaboliche, a prescindere dalla condizione di sovrappeso/obesità [12]. L'identificazione dell'early adiposity rebound non rappresenta un'azione preventiva diretta al genitore, bensì il presupposto per un intervento molto precoce nei casi individuati. In altri termini, l'azione preventiva vera e propria è sul pediatra, che osservando la curva del BMI e rendendo partecipe la famiglia di un eventuale andamento negativo può attivarsi per ottenere la normalizzazione dell'accrescimento. Tale azione si realizza a partire dai 2 anni.

8

LOTTA ALLA SEDENTARIETÀ

Il **movimento è essenziale** per lo sviluppo fisico e mentale del bambino. Fin dai primi mesi di vita i bambini hanno una naturale tendenza al movimento spontaneo, che spesso viene interpretata dai genitori come “irrequietezza”.

Purtroppo oggi i bambini si muovono molto meno che nei decenni passati, **stanno molte ore seduti**.



Negli Stati Uniti, in cui la prevalenza di obesità è simile all'Italia, è stato riportato che il 17% dei bambini tra 0-11 mesi e il 48% dei bambini tra 12-23 mesi è già esposto a più di 2 ore di televisione al giorno e questa percentuale tende ad aumentare durante tutta l'infanzia. È errato pensare che l'uso precoce della TV possa stimolare il gioco immaginativo del bambino. Guardare la TV per più di 2 ore al giorno si associa ad un'alimentazione squilibrata e a bassi livelli di attività fisica.

Come evitare che il bambino sia sedentario?

- Abbandona quanto prima il passeggino.
- Non tenerlo troppo a lungo seduto.
- Evita TV e computer nella sua cameretta: non puoi controllare quanto tempo dedica a queste attività.
- Non mettere il bambino davanti alla TV prima dei 2 anni.
- Dopo i 2 anni non superare una-due ore al giorno di TV/videogiochi: controlla il tempo con una sveglia, non superare le 8 ore in una settimana.
- Spegni la TV quando il bambino mangia o è impegnato in altre attività.

Commento

Ridurre le attività sedentarie del bambino è molto efficace per prevenire sovrappeso e obesità e favorire la sua salute psico-fisica [13]. Le Società scientifiche pediatriche concordano sul limite di 8 ore settimanali per attività di questo tipo: in pratica 1 ora al giorno con piccole tolleranze occasionali.

È però necessario adottare questa buona regola a partire dai 12 mesi e se possibile, escludere la TV nei primi 2 anni di vita. Limitare il tempo del bambino dedicato a TV, videogiochi, videoregistratori, lettori DVD a massimo 8 ore la settimana, già dai 2 ai 6 anni, è una buona e sana abitudine.

9 PROMOZIONE DEI GIOCHI DI MOVIMENTO

L'attività motoria è un **processo innato**. Il movimento è già presente nel feto ed è espressione di **buona salute**. Dopo la nascita e nei primi mesi di vita i movimenti del bambino sono una risposta riflessa ad uno stimolo, che man mano lascia il posto ai movimenti volontari. Inizialmente, i movimenti riflessi, in risposta al **gioco motorio iniziato dai genitori**, sono la principale fonte di movimento in epoca precoce. Verso la fine del primo anno il bambino incomincia a camminare, affinando i movimenti e l'equilibrio, fino ad arrivare all'**età di 4-5 anni**, epoca in cui sono presenti tutti gli schemi motori di base, come **camminare, correre, saltare, afferrare, lanciare, prendere, rotolare, strisciare ed arrampicarsi**, che saranno fondamentali per una buona pratica motoria e sportiva negli anni futuri.



Quando si parla di attività motoria nei primi anni di vita, **non ci si riferisce all'attività sportiva**. È difficile che la pratica sportiva avvenga prima dei 6 anni.

Quanta e quale attività fisica è necessaria?

Tutta quella che il bambino vuole fare e non è necessario essere esperti di movimento. Lasciate che si arrampichi, corra, salti: sorvegliatelo perché non si metta in situazioni pericolose, ma non impeditegli di fare nuove conquiste. Proponete il movimento in più momenti della giornata, preferibilmente sotto forma di gioco, quando possibile all'aria aperta.

Per i più piccoli

È importante che il bambino esplori l'ambiente, che raggiunga gli oggetti da conoscere, che si sforzi, faccia i suoi errori e raggiunga le sue mete. Non sostituirti a lui, ma stimolalo in queste attività. Toccalo, parlagli. Sono tanti i giochi da proporre, ad esempio:

- nascondi il giocattolo preferito e fa in modo che lo afferri con la manina, una volta la destra, una volta la sinistra;
- poni il bambino a pancia in giù sul pavimento, mostragli, a breve distanza, un oggetto ed incoraggialo a prenderlo;
- stimolalo a tirarsi su, reggendosi ad un sostegno.

Per i più grandi

È importante che il bambino attraverso il gioco eserciti tutte le sue capacità di movimento.

Sono tanti i giochi da proporre, ad esempio:

- cammina con lui prima a piccoli passi, poi a lunghi passi, cambiando l'andatura al battito delle mani o variando percorsi e direzioni;
- corri con lui saltellando come cavallini;
- incoraggialo a saltare prima su un piede, poi su due piedi;
- muoviti con lui a suoni di musica e fermatevi non appena la musica si interrompe;
- invitalo a camminare con un oggetto sulla testa senza farlo cadere, variando la velocità del passo e la direzione.

Come promuovere l'attività fisica?

È fondamentale che i genitori e chi si prende cura dei bambini diano l'esempio. **Non preoccuparti se suda.** Organizza il suo spazio in modo tale che possa muoversi liberamente e senza pericoli.

Cogli tutte le occasioni di attività motoria in casa e all'aperto e dagli buone abitudini di vita:

- salire le scale a piedi anche se c'è l'ascensore;
- raggiungere a piedi la scuola;
- portare insieme il cane a passeggio;
- andare assieme al parco giochi;
- organizzare giornate da trascorrere all'aria aperta;
- regalare giochi che promuovano l'attività fisica (tricykli, monopattini, bicicletta).

Commento

Regalare e incentivare i giochi di movimento, adatti alle varie età del bambino. Ad ogni bilancio dai 12 mesi in poi, si forniranno esempi di attività di movimento adatte all'età del bambino. In particolare, si indicheranno le attività di movimento che possono essere svolte assieme ai genitori e/o ai coetanei, in modo da favorirne l'accettazione. Particolare attenzione verrà data alla possibilità di rapporto diretto tra il bambino in età prescolare ed un animale domestico che lo possa incoraggiare al movimento [14].

10 CONTROLLO VISIVO DELLE PORZIONI ALIMENTARI DAI 3 ANNI

Vedere una foto di come dovrebbe essere la porzione giusta di alimento per il tuo bambino vale più di mille parole, soprattutto rimane in mente a lungo e ti evita di controllare il peso degli alimenti che gli prepari.

A partire dai 3-4 anni, è utile farsi mostrare dal tuo pediatra foto di porzioni alimentari, soprattutto dei cibi che consuma più frequentemente. Esistono **atlanti fotografici** di porzioni alimentari, in cui lo

stesso piatto è fotografato in **3 porzioni crescenti**, per semplicità diciamo una “small”, una “medium” ed una “large”. Fatti indicare quella adatta all’età del tuo bambino e memorizza l’immagine, in particolare per primi e secondi piatti.



È esperienza comune ormai che, inconsapevolmente, prepariamo al nostro piccolo **porzioni eccessive rispetto alle sue necessità**, confusi da quello che riteniamo giusto per noi adulti. Questo fenomeno di distorsione visiva è comune a tanti genitori, condizionati anche dalle immagini pubblicitarie.

Abituati perciò a preparare per lui una porzione adeguata alle sue necessità. **Non concedergli bis se non occasionalmente**, semmai offrigli un altro cibo se ha ancora fame. Lo aiuterai a percepire da subito la “taglia” giusta per ogni piatto. Se hai a che fare con un bimbo di buon appetito, puoi utilizzare piatti più piccoli, così non si sentirà deluso da un piatto non completamente riempito.

Commento

Il controllo visivo delle porzioni è considerato un metodo semplice ed efficace per condurre un’anamnesi alimentare [15], e viene utilizzato per mostrare ai genitori in modo obiettivo e memorizzabile quale sia la porzione alimentare per il bambino in età prescolare (3-6 anni). Per questo obiettivo sono utili gli atlanti alimentari finalizzati a mostrare gli alimenti nel piatto in 3 taglie differenti. Studi clinici hanno documentato l’efficacia di tale strumento per l’educazione alimentare, svincolando sia l’operatore che il familiare dalla necessità della pesata dell’alimento [16].

Bibliografia

1. Maffeis C, Consolaro A, Cavarzere P et al. Prevalence of overweight and obesity in 2- to 6-year-old Italian children. *Obesity*, 2006; 14: 765-769.
2. Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR et al. Avon longitudinal study of parents and children study team. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ*, 2005; 330: 1357. Epub. 2005 May 20.
3. Flodmark CE, Lissau I, Moreno LA, Pietrobelli A, Widhalm K. New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *Int. J. Obes.*, 2004; 28: 1189-1196.
4. Maffeis C, Pietrobelli A, Salvatoni A et al. Obesità del bambino e dell'adolescente: Consensus su prevenzione, diagnosi e terapia. *Argomenti di Pediatria*, 2006; 1: 1-36.
5. Brambilla P, Bedogni G, Bongiovanni C, Brusoni G, Di Mauro G, Di Pietro M, Giussani M, Gnechi M, Iughetti L, Manzoni P, Sticco M, Bernasconi S. "Mi voglio bene": a pediatrician-based randomized controlled trial for the prevention of obesity in Italian preschool children. *It. J. Pediatr.*, 2010; 36: 55.
6. Baker JL, Michaelsen KF, Rasmussen KM, Sørensen TI. Maternal prepregnant body mass index, duration of breastfeeding and timing of complementary food introduction are associated with infant weight gain. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2004; 80: 1579-1588.
7. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J. Ped. Gastroent. Nutr.*, 2008; 46: 99-110.
8. Rolland-Cachra MF, Deheeger M, Akroust M, Bellisle F. Influence of macronutrients on adiposity development: a follow up study on nutrition and growth from 10 months to 8 years of age. *Int. J. Obes.*, 1995; 19: 573-578.
9. Koletzko B, von Kries R, Closa R et al. European Childhood Obesity Trial Study Group. Lower protein in infant formula is associated with lower weight up to age 2 y: a randomised clinical trial. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2009; 89: 1836-45. Epub. 2009 Apr 22.
10. James J, Kerr D. Prevention of childhood obesity by reducing soft drinks. *Int. J. Obes.*, 2005; 29 (Suppl. 2): S54-S57.
11. Bonuch KA, Huang V, Fletcher J. Inappropriate bottle use: an early risk for overweight? Literature review and pilot data for a bottle-weaning trial. *Maternal and Child Nutrition*, 2010; 6: 38-52.
12. Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Maillot M, Bellisle F. Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults. *Int. J. Obes.*, 2006; 30 (Suppl. 4): S11-S17.
13. Viner RM, Cole TJ. Television viewing in early childhood predicts adult body mass index. *J. Pediatr.*, 2005; 147: 429-435.
14. Nijland ML, Stam F, Seidell JC. Overweight dogs, but not in cats, is related to overweight in their owners. *Public Health Nutrition*, 2009; 13: 102-106.
15. Foster E, Matthews JN, Lloyd L et al. Children's estimates of food portion size: the development and evaluation of three portion size assessment tools for use with children. *Br. J. Nutr.*, 2008; 99: 175-184.
16. Higgins JA, LaSalle AL, Zhaoxing P et al. Validation of photographic food records in children: are pictures really worth a thousand words? *Eur. J. Clin. Nutr.*, 2009; 63: 1025-1033.

OBESITÀ E DIABETE

QUAL È LA MALATTIA PIÙ GRAVE CHE SI ASSOCIA ALL'OBESITÀ?

Il diabete.

CHE COS'È IL DIABETE?

Il diabete è una malattia che si verifica quando la concentrazione di glucosio nel sangue (glicemia) aumenta in maniera abnorme a causa dell'incapacità dell'insulina di mantenerla normale.

QUAL È IL VALORE NORMALE DELLA GLICEMIA?

Dopo otto ore di digiuno la concentrazione di glucosio nel sangue è inferiore a 100 mg/dl. Due ore dopo il pasto non supera in genere i 140 mg/dl.

CHE COS'È L'INSULINA?

È un ormone che circola nel sangue e che ha il compito di fare entrare nelle cellule il glucosio dal quale il corpo trae l'energia per funzionare. Se l'insulina viene prodotta in quantità insufficiente o se la sua azione viene ostacolata dal grasso, il glucosio si accumula nel sangue. Il corpo si intossica e il bambino incomincia a bere e a urinare frequentemente, giorno e notte.

QUESTO DIABETE È DETTO DI TIPO 2. ESISTE ANCHE UN DIABETE DI TIPO 1. DOV'È LA DIFFERENZA?

Il diabete tipo 1 colpisce prevalentemente i bambini e si verifica quando le cellule del pancreas che producono insulina vengono distrutte da anticorpi. Alla diagnosi, il bambino è molto magro in quanto, in assenza d'insulina, il corpo



consuma se stesso per sopravvivere. Questo tipo di diabete si cura con iniezioni regolari di insulina. È diverso dal tipo 2.

QUAL È LA CARATTERISTICA DEL TIPO 2?

Il diabete tipo 2 è tipico delle persone obese, bambini e adulti, e ha come caratteristica la diminuita sensibilità all'insulina da parte dei muscoli e del fegato. A causa di questa insensibilità, i muscoli e il fegato non riescono a utilizzare il glucosio in circolazione nel sangue e il pancreas reagisce producendo una quantità sempre maggiore di ormone per cercare di vincere l'insensibilità. Quando il pancreas non ce la fa più a soddisfare la crescente domanda d'insulina, i livelli di glucosio nel sangue aumentano e si sviluppa il diabete.

FRA GLI OBESI CI SONO PERSONE CHE PIÙ DELLE ALTRE SONO PREDISPOSTE ALLA RESISTENZA ALL'INSULINA?

I giovani obesi, nei quali il grasso si concentra intorno alla vita, sono le persone con maggiori probabilità di diventare resistenti all'insulina. Non è un caso che il numero di persone con diabete di tipo 2 sia aumentato con la crescita dell'incidenza di sovrappeso e obesità. Per questo, il diabete di tipo 2 è soprannominato "diabesity".

C'È UN'ETÀ PARTICOLARMENTE A RISCHIO PER LA RESISTENZA ALL'INSULINA?

Gli anni della pubertà, durante i quali l'aumentata produzione di ormone della crescita e degli ormoni sessuali, aggravano lo stato di resistenza legato all'obesità. Un pancreas, che già sta producendo la massima quantità d'insulina possibile, allo scopo di superare la resistenza alla sua azione a livello dei muscoli, va definitivamente in tilt. Questi eventi spiegano l'elevata incidenza del diabete tipo 2 nei bambini in fase puberale.

CI SONO ALTRI FATTORI DI RISCHIO?

Oltre all'obesità, si possono ricordare la presenza nelle famiglie di persone con diabete tipo 2, la comparsa di pigmentazione brunastra al collo, alle ascelle e all'inguine, l'ovaio policistico, la sindrome X, cosiddetta in quanto non se ne conosce la causa, caratterizzata da:



obesità, alti tassi di glucosio, insulina e grassi nel sangue e infine pressione sanguigna elevata. Sono tutti fattori di rischio legati alla resistenza all'insulina.

È POSSIBILE TOGLIERE IL BLOCCO ALL'INSULINA?

Certamente. Le regole sono due: perdita di peso e attività fisica. Anche una modesta perdita di peso può ridurre la resistenza all'insulina e migliorare l'utilizzo del glucosio da parte del corpo. L'attività fisica poi ha un duplice vantaggio: al ruolo fondamentale nel controllo del peso aggiunge un'azione di miglioramento della sensibilità all'insulina e dell'assorbimento del glucosio a livello dei muscoli.



COME SI FA DIAGNOSI DI DIABETE?

Ci sono sintomi tipici: urinare e bere molto, diminuire di peso senza una ragione apparente. Se questi sintomi si abbinano a un valore di glicemia superiore a 200 mg/dl, la diagnosi è fatta. Non vi sono dubbi anche di fronte a un valore di glicemia dopo otto ore di digiuno superiore a 126 mg/dl.

CI POSSONO ESSERE CASI IN CUI IL DIABETE C'È MA NON SI VEDE?

Si tratta di "diabete latente", un diabete che sta maturando in maniera insidiosa, non ancora smascherato dai sintomi classici. Chi è in questa situazione ha valori di glicemia a digiuno fra i 100 e i 125 mg/dl, ma se pratica un carico di glucosio per bocca (ad esempio 75 g di glucosio in circa 300 ml di acqua) la sua glicemia aumenta due ore dopo fino a 140-200 mg/dl.

A QUESTO STADIO, È POSSIBILE FERMARE IL DIABETE?

È possibile. Basta riportare il peso entro i limiti della normalità con un'alimentazione corretta e uno stile di vita che comprenda attività fisica giornaliera. Basta camminare 30-60 minuti al giorno.

CHI COLPISCE IL DIABETE TIPO 2?

Un decennio fa, era diffusa l'opinione che i bambini si ammalassero solo di diabete tipo 1, ma con l'epidemia di obesità che sta colpendo l'infanzia e l'adolescenza, questa forma di diabete sta comparso anche negli adolescenti. Nei giovani americani fra i 10 e i 19 anni la sua frequenza è aumentata di sette volte in dieci anni.

A QUALI COMPLICANZE VANNO INCONTRO QUESTI GIOVANI?

Il giovane che rimane obeso anche in età adulta va incontro più frequentemente rispetto alla popolazione normale, alle malattie del cuore. Il diabete aumenta il rischio d'infarto del miocardio da 1,5 a 4,5 volte nella donna e da 1,5 a 2 volte nell'uomo; inoltre, aumenta il rischio di ictus da 2 a 6 volte. Il 65% delle morti negli adulti con diabete è legata a malattie cardiovascolari e nelle persone con diabete il rischio di mortalità per malattie cardiache risulta da 2 a 5 volte maggiore rispetto ai non diabetici.

UNO TSUNAMI! CHE COSA SI PUÒ FARE PER ARGINARLO?

La parola d'ordine è **PREVENIRE**: prevenire la comparsa dell'obesità per prevenire il diabete; prevenire l'insorgenza del diabete per prevenire le complicanze cardiovascolari; prevenire le malattie del cuore per vivere più a lungo e sani. È fondamentale quindi prevenire l'obesità perché da essa prende origine tutta la cascata degli eventi devastanti. **Come e su chi intervenire?** È fondamentale modificare le conoscenze nutrizionali del bambino e la sua tendenza alla sedentarietà mediante interventi ad ampio raggio, coinvolgendo educatori, genitori, pediatri, media.



TUTTI IN PRIMA LINEA, ALLORA?

Dobbiamo convincerci che di fronte all'obesità e alle complicanze che l'accompagnano, come il diabete appunto, l'intera società deve mobilitarsi e scendere in campo. L'alternativa è quella di avere presto un numero spropositato di giovani malati e poco produttivi.

UN'IPOTESI OPERATIVA?

Vi sono segnali incoraggianti sulla possibilità di cambiare le abitudini alimentari di tutta la famiglia (ad esempio: ridurre l'apporto di cibi ricchi di grassi) agendo sull'educazione alimentare impartita ai bambini a scuola.

Le chiavi del successo di questa strategia sono fondamentalmente tre:

- *fare educazione nutrizionale nell'ambito dei programmi scolastici integrando la nutrizione nell'insegnamento fondamentale e non relegandola a ruolo di insegnamento supplementare;*
- *trasferire le conoscenze nutrizionali dalla scuola alla famiglia avviando un autentico dialogo educativo del quale il bambino, opportunamente supportato da adeguati strumenti di comunicazione, si faccia promotore e animatore;*
- *sviluppare nel bambino la cultura per l'attività fisica.*



L'ESERCIZIO FISICO

PERCHÉ CONVIENE CHE I GIOVANI FACCIANO SPORT?

Perché il giovane che fa sport cresce meglio e si ammala meno di chi spreca il proprio tempo libero davanti alla TV, alla playstation, al computer. Rispetto a un suo coetaneo pigro, lo sportivo ha muscoli più tonici, mantiene una posizione più corretta, si muove con maggiore elasticità, è più intelligente, riesce meglio a scuola, rispetta di più i compagni, ha un miglior controllo del senso della fame e diventa così meno frequentemente grasso.



QUAL È L'ETÀ GIUSTA PER INIZIARE A FARE SPORT?

È consigliabile avviare i bambini all'attività sportiva a partire dall'età di 5 anni, perché a quest'età sono sufficientemente sviluppati, agili e capaci di equilibrio, ritmo, orientamento.

QUALI SONO GLI SPORT PIÙ UTILI E QUELLI MENO CONSIGLIABILI?

Dai 5 agli 8 anni, sono consigliabili gli sport che sviluppano il tono muscolare, come il nuoto e la ginnastica, che oltre tutto servono a prevenire posture scorrette e la scoliosi. Prima dei 5 anni, si può iniziare con il gioco della palla.

Dopo gli 8 anni, non esiste uno sport più adatto di un altro: tutte le attività sportive vanno bene purché scelte secondo la personalità del bambino. Sono sconsigliati gli sport che favoriscono lo sviluppo dei muscoli di un solo lato del corpo, come il tennis.

**È VERO CHE LO
SPORT “È COME UN ABITO,
OGNUNO HA LE MISURE E NON
BASTA UNA SOLA PROVA”?**

È importante individuare lo sport che meglio veste il carattere del bambino. Gli sport individuali senza contatto (corsa, salto, nuoto, tennis, ginnastica, ciclismo, canottaggio, sci) sono molto indicati per i bambini che hanno interesse a primeggiare sui compagni. Gli sport individuali di contatto (arti marziali, lotta e scherma) sono indicati soprattutto per i bambini un po' goffi nei movimenti, che devono imparare a controllare i propri slanci seguendo le regole del gioco, senza far male agli altri; ma possono, però, essere utili anche per i bambini timidi che temono ed evitano il contatto fisico con gli altri. Gli sport di squadra di contatto (calcio, rugby, pallacanestro, pallamano, pallanuoto) sono adatti in particolare ai bambini che manifestano difficoltà a stare con altri coetanei, che sono troppo individualisti o che pensano di essere sempre “i migliori”. Lo sport di squadra senza contatto (pallavolo) è adatto ai bambini che sono interessati ad uno sport di squadra che richieda notevole concentrazione e sia privo di ogni forma di contatto fisico.

QUALI SONO I COMPITI DEI GENITORI?

Tutti i genitori devono avviare i propri figli sin da piccoli a praticare attività sportiva. I loro compiti includono: la scelta dello sport più idoneo per il loro figlio in base all'età e alla sua personalità; favorire l'interesse del proprio figlio per quel determinato sport; insegnare il rispetto delle regole del gioco e degli avversari. Non devono essere i genitori a fare la scelta, imponendo al figlio magari quel tipo di sport che loro non hanno potuto praticare in gioventù. È bene che si facciano consigliare anche dal pediatra di fiducia.

**PERCHÉ MOLTI
BAMBINI DOPO UNA
PARTENZA “SPRINTOSA”
ABBANDONANO LA PRATICA SPORTIVA?**

Perché non si divertono più. Quanti bambini vengono iscritti a corsi di nuoto, palestra, calcio con il desiderio (dei genitori) che divengano campioni. È partire con il piede sbagliato. Il bambino deve fare sport per divertirsi, prima di tutto. Ha anche un diritto: quello di non essere un campione.

COME DEVE ALIMENTARSI UN GIOVANE CHE FA SPORT?

Il giovane che pratica attività sportive ha bisogno di un maggiore apporto di energia. Ne consegue che le sue razioni alimentari devono essere più abbondanti del solito e consumate con regolarità. Quando l'attività è programmata è indispensabile che nelle ventiquattro ore che precedono l'impegno atletico, i suoi pasti siano ricchi di carboidrati come pane, pasta, patate, riso, prodotti da forno e cereali in genere. Con questo tipo di alimenti, i muscoli e il fegato fanno il pieno di glicogeno che rappresenta l'unica forma di deposito di energia nell'organismo umano. Durante lo sforzo fisico del giorno dopo, il glicogeno si trasformerà in energia pura (glucosio) e il giovane potrà esprimere al massimo le proprie performance sportive.

QUANTO DEVE DORMIRE UN RAGAZZO CHE FA SPORT?

Non meno di 8 ore: il che vuol dire infilarsi nel letto non più tardi delle 22. Dopo un così lungo sonno, è sicuro di svegliarsi al mattino veramente riposato, di buon umore e in forze.
E con appetito.



APPETITO DI PRIMO MATTINO?

Sì. Non si dimentichi che il bambino ha dormito molte ore e che non si è mai alzato a mangiare o a bere durante la notte. È a digiuno da un bel po' di tempo e il suo corpo ha consumato durante il riposo parte delle scorte di energia accumulate con i pasti del giorno prima. Noi dormiamo, ma il nostro corpo continua a funzionare consumando energia.

COME SI PUÒ RIFARE IL PIENO DI ENERGIA PRIMA DI ANDARE IN CAMPO?

I ragazzi in gamba rifanno il pieno di energia con una colazione cosiddetta all'italiana, proprio come quella dei campioni dello sport: frutta fresca, latte parzialmente scremato, pane, biscotti o fette biscottate o cereali, marmellata o miele. Con questo tipo di prima colazione è più facile essere primi.

QUAL È L'ALIMENTO DI BASE DELLA COLAZIONE ALL'ITALIANA?

Il latte è l'alimento base della prima colazione all'italiana in quanto è ricco di zuccheri, calcio, proteine, minerali e vitamine e come tale va assunto tutti i giorni. In particolare, il latte contiene molto calcio di cui l'organismo ha tanto bisogno per fortificare le ossa, formare i denti, contrarre i muscoli, fermare la perdita di sangue da una ferita, per trasmettere gli ordini del cervello alle varie parti del corpo.

SOLO LATTE?

La prima colazione all'italiana vuole che il latte sia abbinato al pane spalmato di marmellata o miele. Essendo fatto di farina di frumento, un composto che viene digerito lentamente e che fornisce energia per lungo tempo, il pane è il cibo ideale per un ragazzo che ha bisogno di sentirsi in forza sul campo. Può essere sostituito eventualmente con cracker, fette biscottate, merendine. Se si scelgono le merendine, si consiglia di preferire quelle classiche "da forno", preparate con pasta sfoglia o pan di Spagna.



E SE UNO SI STANCA DI BERE LATTE TUTTE LE MATTINE?

Può sostituire la tazza di latte con un vasetto di yogurt, che è sempre fatto di latte e che ha l'aspetto di una crema densa e ha un gradevole sapore acido. Lo può mangiare bianco o alla frutta, ai cereali o al caramello. È un errore pensare: "Ho mangiato lo yogurt alla frutta, posso non mangiare la mela". Nel vasetto di yogurt, non c'è frutta fresca, ma conservata, e in quantità minima. Una mela di media grandezza pesa circa 100-150 grammi. In un vasetto di yogurt ce n'è poco più di 10 grammi. Chi vuole può alternare o sostituire la tazza di latte con un toast a base di prosciutto, preferibilmente crudo che è facilmente digeribile, ha un ridotto tasso di grassi e un elevato contenuto di sodio che stimola la sete migliorando la reidratazione prima dell'esercizio fisico e compensando il sodio che si perde con il sudore.

QUINDI PANE, LATTE E... FRUTTA?

Esatto. È importante che i ragazzi sportivi mangino anche un frutto per colazione.

Si scelga un frutto a piacimento, ma che sia fresco, di stagione.

Viviamo in un Paese in cui ogni stagione ha la propria frutta: arance d'inverno, ciliegie di primavera; pesche, albicocche, prugne d'estate; uva e mele di autunno. C'è solo l'imbarazzo della scelta. Se si vuole, si possono mangiare anche due frutti per volta. Non vi sono rischi di ingrassare: la frutta è povera di zuccheri. Il 90% di un frutto è fatto di acqua, per questo motivo è molto dissetante.

QUALCHE CONSIGLIO PER FARE SPORT CON SODDISFAZIONE?

Un consiglio preliminare: fare attività fisica a distanza di almeno 3 ore da un pasto principale. Supponiamo che l'attività venga svolta alle 4 del pomeriggio. In questa eventualità, si raccomanda a mezzogiorno: un primo piatto di pasta o riso con pomodoro, olio di oliva e un po' di parmigiano; un secondo di pollo o tacchino o pesce accompagnato da insalata; una porzione di pane; un frutto di stagione.

**SE INVECE
L'ATTIVITÀ FISICA VIENE FATTA
VICINO AL PASTO PRINCIPALE?**

Meglio scegliere un piatto di pasta o riso con condimento leggero (pomodoro e olio di oliva) e una spremuta d'arancia. In alternativa: tre fette di pane con marmellata e un frullato di frutta oppure, una porzione di crostata o merendina da forno non farcita con una macedonia di frutta.

**E SE L'APPUNTAMENTO CON LO SPORT È MOLTO
DISTANZIATO RISPETTO AL PASTO PRINCIPALE,
CHE SO, ALLE 18 DEL POMERIGGIO?**

In questo caso è consigliabile consumare una razione cosiddetta di attesa (di fare sport), ad esempio una bevanda debolmente zuccherata come un succo di frutta diluito con acqua in rapporto di 1:1 (100 ml di succo + 100 ml di acqua) che deve essere sorseggiata fino a 30 minuti prima dell'impegno.

**MOLTI BAMBINI PRIMA DI ENTRARE
IN CAMPO ASSUMONO ZUCCHERINI,
CIOCCOLATO, MIELE, BEVANDE MOLTO DOLCI...
È UNA BUONA ABITUDINE?**

No. L'ingestione di zuccheri a rapido assorbimento stimolano il pancreas a produrre una grande quantità di insulina che accelera il consumo di glucosio da parte dei muscoli. Risultato: le riserve energetiche per le attività fisiche vengono precocemente bruciate e la resa diminuisce.

**DURANTE L'ATTIVITÀ FISICA È CONSENTITO
PRENDERE QUALCOSA?**

Certamente. Durante l'attività fisica è prudente bere acqua o succhi di frutta diluiti 1:1 allo scopo di compensare le perdite di acqua e sali attraverso il sudore. Il consiglio è di bere a intervalli di 15 minuti un bicchiere di liquidi.

Se l'attività fisica si prolunga per più di 2 ore con poche pause, è possibile assumere con i liquidi anche zuccherini o piccole quantità di miele, marmellata, cioccolato.

**ALLA FINE
DELL'ATTIVITÀ FISICA?**

È fondamentale reintegrare le scorte idriche e le riserve energetiche del corpo. Occorre bere allora acqua fresca (non ghiacciata) a piccoli sorsi oppure spremute e centrifugati di frutta diluiti in acqua. Mettendosi a tavola, occorre dare la preferenza a un primo piatto di pasta ricco di vegetali e legumi, un secondo di carne o pesce, una porzione di pane, abbondanti ortaggi di stagione e, per finire, frutta fresca. Come dopo cena, una lunga dormita ristoratrice.

**UN ULTIMO CONSIGLIO PER I RAGAZZI CHE
STANNO ANDANDO IN CAMPO?**

Bere, bere spesso durante la giornata.

Devono sapere che più della metà del loro peso consiste in liquidi. Se vogliono mantenersi sani e attivi, devono bere almeno 5 bicchieri di acqua al giorno, soprattutto se fa caldo.

Non bisogna aspettare che arrivi la sete per bere perché se si ha sete significa che il nostro corpo ha già perso molta acqua, ha incominciato a disidratarsi.

È preferibile acqua naturale, ma si può bere anche tè, latte, succhi di frutta.



L'APPROCCIO ALIMENTARE

ALIMENTAZIONE SANA, PERCHÉ?

Perché una sana alimentazione è il primo intervento di prevenzione a tutela della salute.

SANA, COME?

Un'alimentazione varia ed equilibrata, ricca di cereali, frutta e verdura; poco abbondante in latte e derivati, carni, pesce o uova; povera di grassi; poverissima di dolci.

DI QUANTI NUTRIENTI C'È BISOGNO PER FARE UN'ALIMENTAZIONE SANA?

Quaranta, fra vitamine, zuccheri, grassi, proteine, sali, ecc. Non c'è nessun alimento che li contenga tutti insieme. Di conseguenza occorre mangiare tanti cibi diversi. Per raggiungere "quota quaranta" ci aiutano il pranzo e la cena con il primo e il secondo piatto, la verdura, la frutta e il pane, e non dimentichiamo le merende.

PERCHÉ I CEREALI SONO AL PRIMO GRADINO DI UNA SANA ALIMENTAZIONE?

Perché grano, riso, mais, farro, orzo, avena sono il combustibile ideale per il corpo. Forniscono energia a lunga durata e contengono una discreta quantità di proteine, potassio e vitamine del gruppo B. Più della metà dell'energia di cui ha bisogno il corpo deriva proprio da pasta, riso, pane, cereali.

QUANTO BISOGNEREBBE CONSUMARNE?

Da 4 a 6 porzioni al giorno. Ad esempio: fette biscottate a colazione, pane e pasta a pranzo, pane a merenda, riso e pane a cena. Meglio se sono integrali. Evitare di aggiungere troppi condimenti grassi.



CEREALI, MA ANCHE PATATE E LEGUMI?

Certamente. Le patate sono ricche di amido e potassio. Fra i legumi: i piselli, i fagioli, i ceci, le lenticchie, la soia, tutti ugualmente raccomandabili per il contenuto di fibre, ferro, potassio, calcio e vitamine B1, B2, PP. Di patate si possono consumare 1 o 2 porzioni alla settimana; di legumi anche 3 o 4. Da privilegiarsi le porzioni miste che contengono sia cereali che legumi come pasta e fagioli o riso e piselli. Un piatto così fatto, accompagnato da frutta, pane e verdura è da considerarsi un pasto completo e per giunta economico.


E PER QUANTO RIGUARDA FRUTTA E VERDURA?

Bisognerebbe consumarne in grande quantità, fresche e di stagione, perché rappresentano una riserva di acqua, sali minerali e vitamine: almeno 2 porzioni di verdura e 2-4 di frutta al giorno. Non è consigliato acquistare questi alimenti in scatola perché durante la procedura di confezionamento perdono sali e vitamine e vengono arricchite di zucchero.

IL COLORE NELLA FRUTTA E VERDURA HA UN SIGNIFICATO?

Il colore può essere espressione di un particolare effetto benefico sulla salute. Gli alimenti a prevalente colorazione bianca, come cipolla, cavolfiore, finocchio, sedano, mele, pere hanno un potere disintossicante dell'organismo. Quelli colorati di blu o viola come melanzane, radicchio, frutti di bosco, prugne, uva nera, contengono sostanze importanti per gli occhi e i reni. Gli alimenti di colore giallo come carota, peperone, albicocca, arancia, limone, mandarino, melone, pesca, pompelmo, aumentano le difese dell'organismo e favoriscono la cicatrizzazione delle ferite. Frutta e verdura di colore rosso come pomodoro, anguria, ciliegia, fragola depurano l'organismo dalle tossine. Infine, asparagi, basilico, carciofi, lattuga, prezzemolo, spinaci, zucchine, kiwi e uva, tutti alimenti di colore verde, agevolano la trasmissione degli impulsi nervosi, la contrazione dei muscoli e la visione.





**PARLIAMO DI CARNE,
PESCE, UOVA, LATTE,
YOGURT E FORMAGGI.
PERCHÉ CONSUMARLI?**

Perché questi alimenti contengono le proteine, materiale indispensabile per la costruzione del corpo e anche per riparare le ferite. Farle mancare a un bambino significa comprometterne la regolarità della crescita. Oltre alle proteine, questi alimenti contengono grassi, ferro, vitamine A, B, D, calcio, fosforo, rame e zinco. Per procurarsi la quantità di proteine necessarie è sufficiente assumere 1-2 porzioni giornaliere a scelta.

TRA LE CARNI QUALI PREFERIRE?

È opportuno scegliere i tagli più magri. È bene alternare le carni rosse (bovino, suino magro, cavallo) a quelle bianche (pollame, vitello, agnello, capretto, coniglio) ed evitare di consumare quelle che contengono considerevoli quantità di colesterolo come le frattaglie.

PERCHÉ IL CONSUMO DI PESCE VA AUMENTATO?

Per diversi motivi, tutti validi: prima di tutto perché la carne di pesce è più digeribile avendo fibre muscolari più corte rispetto alla carne; secondo perché contiene i grassi cosiddetti buoni capaci di dare protezione nei confronti delle malattie del cuore e delle arterie e di far rientrare nella normalità i livelli di colesterolo.

I PESCI SONO TUTTI “MAGRI”?

Vi sono pesci a basso contenuto di grassi come aragosta, calamaro, gambero, nasello, orata, palombo, polipo, rombo, seppia, sogliola, spigola, vongola che sono cosiddetti magri. Altri sono semigrassi come alice, dentice, pesce spada, sarda, tonno e altri infine decisamente grassi come anguilla, aringa e sgombrò.

IL SALMONE FA BENE AI BAMBINI?

Il salmone è uno dei cinque pesci più poveri di mercurio. La sua carne soda e appetitosa è facilmente digeribile. Ha un contenuto di proteine elevato, paragonabile solo a quelle bovine, ma diversamente da queste ha un basso

contenuto di grassi pericolosi. È inoltre ricco di grassi omega-3 che abbassano i livelli di trigliceridi nel sangue. Sono sufficienti due o tre porzioni medie alla settimana per ottenere l'effetto protettivo sull'organismo. Il salmone norvegese, più di altri pesci, contiene inoltre maggiori quantità di vitamine E e D, essenziali per l'assorbimento del calcio e la mineralizzazione dello scheletro.



È VERO CHE IL BAMBINO CHE INTRODUCE PIÙ GRASSI OMEGA-3 DIVENTA PIÙ INTELLIGENTE?

Vi sono studi che provano che il consumo di omega-3 sarebbe la chiave per fare crescere bambini intelligenti. Infatti la carenza di questi oli essenziali nell'alimentazione della mamma in gravidanza e del bambino, causerebbero un basso quoziente intellettivo, ridotte prestazioni motorie e una bassa capacità di coordinamento tra mano e occhio. Alcuni ricercatori hanno trovato che l'acido grasso omega-3 è efficace nel trattamento dei bambini disattenti e iperattivi. Gli interventi sul cervello, sull'intelligenza e sul comportamento dei grassi omega-3 possono essere spiegati alla luce del fatto che gran parte del sistema nervoso è costituito da grassi. Il nostro corpo non è in grado di produrli autonomamente, per questo l'assunzione di alcuni pesci, come il salmone, diviene essenziale soprattutto durante lo sviluppo del feto e nel periodo della crescita. È raccomandabile quindi che i bambini imparino a nutrirsi di pesce almeno due volte alla settimana.

ATTORNO ALLE UOVA CI SONO MOLTI LUOGHI COMUNI. POSSIAMO CERCARE DI CORREGGERLI?

Il primo riguarda la loro digeribilità. Contrariamente a quanto si dice, l'uovo ha una facile digeribilità che dipende anche da come viene cucinato. Cotto senza grassi è rapidamente digerito. Altro luogo comune è che il consumo di uova produca aterosclerosi e malattie del cuore, a causa del contenuto in colesterolo. Tutto dipende dalla quantità di consumo. Attenzione a non somministrarli ai bambini prima che abbiano compiuto il primo anno di età. L'elevato contenuto di proteine potrebbe provocare la comparsa di allergie.

E I SALUMI?

Rappresentano un'alternativa molto pratica alla carne nei secondi piatti.

Attenzione però al loro contenuto di grassi che può contribuire all'innalzamento dei livelli di colesterolo nel sangue.

Inoltre contengono molto sale e alcune razioni apportano fino a 10 volte il fabbisogno di sodio per il nostro organismo. I rischi sono contenuti se ci si limita a mangiare 3 fette di prosciutto o 6-7 fettine di salame 3 volte alla settimana.

Mai tutti i giorni.



PERCHÉ I LATTICINI SONO IMPORTANTI PER L'ALIMENTAZIONE DEL BAMBINO?

Sono alimenti ricchi di zuccheri, calcio, proteine, minerali e vitamine.

Attenzione che tutti i formaggi contengono quantità elevate di grassi: il consiglio è di scegliere quelli più magri e freschi, oppure consumare porzioni più piccole di quelli standard. Se ne possono mangiare 1-2 porzioni di latte o yogurt ogni giorno e 1-2 porzioni di formaggio alla settimana.

VERDURE, CARNE E PESCE NECESSITANO DI CONDIMENTI. QUALI SCEGLIERE?

Occorre limitare il consumo di grassi da condimento di origine animale come burro, lardo, strutto, panna in quanto fanno aumentare il rischio di ipertensione arteriosa, infarto, ictus.

Preferire i grassi da condimento di origine vegetale, soprattutto olio extra-vergine d'oliva o oli di semi che hanno un'azione protettiva sulla parete delle arterie e mantengono basso il livello di colesterolo nel sangue. Conviene usarli preferibilmente a crudo. La dose giornaliera si aggira attorno ai 3-4 cucchiaini. Evitare di riutilizzare grassi e oli già cotti.



AGLI INGREDIENTI DI CONDIMENTO SPESSO SI AGGIUNGE ANCHE IL SALE. È NECESSARIO?

Il sale è naturalmente presente in quasi tutti gli alimenti e non è necessario aggiungerne altro. Mai aggiungere sale nelle pappe dei bambini in quanto salando gli alimenti se ne altera il sapore. In ogni caso meglio scegliere sale comune arricchito di iodio. Limitare l'uso di ketchup, salsa di soia, senape che sono molto ricche di sodio. Preferire erbe aromatiche, spezie o succo di limone e aceto per esaltare il sapore dei cibi.

I BAMBINI, SI SA, E NON SOLO LORO, SONO GOLOSI DI DOLCI. COME CI SI DEVE COMPORTARE?

È buona norma moderare il consumo di alimenti e bevande dolci in quanto, oltre a produrre carie dentarie, favoriscono il sovrappeso e l'obesità che, a loro volta, predispongono alle malattie di cuore e al diabete. Tra i dolci, sono da preferirsi i prodotti da forno che contengono meno grasso e zucchero, come biscotti, torte non farcite, crostate.

E LE MERENDINE?

Le merendine sono prodotti industriali da forno a base di pan di Spagna o pasta frolla, tipicamente mediterranei. Il loro peso è di circa 40 grammi e una porzione rappresenta circa il 7% dell'apporto energetico giornaliero consigliato a un ragazzo di 7-14 anni di età. Ottime per spuntino di metà mattina o per merenda. Sono praticamente prive di grassi pericolosi per la salute, mentre sono ricche di ferro, calcio e vitamine. Le attuali merendine non utilizzano conservanti chimici. Il rischio non è nella merendina in sé, ma nel numero di merendine consumate nell'arco della giornata. Una merendina al giorno non è certamente causa dell'obesità nel bambino.



MANGIANDO DOLCE VIENE SETE. CHE COSA BERE?

Acqua in abbondanza. Bisogna assecondare sempre il senso della sete, anzi tentare di anticiparlo, bevendo 6-8 bicchieri al giorno. Conviene bere frequentemente in piccole quantità soprattutto se l'acqua è fredda. Un brusco abbassamento della temperatura dello stomaco può creare pericolose congestioni. Le bevande diverse dall'acqua come aranciate, succhi di frutta, caffè, tè, bibite di tipo cola contengono zuccheri e alcune anche sostanze che hanno la stessa azione di farmaci come la caffeina. Vanno consumate con moderazione.

ALCUNI GIOVANI NON BEVONO NEL TIMORE DI SUDARE E INGRASSARE. È GIUSTO?

È un errore. Sudare è fondamentale per regolare la temperatura corporea. L'acqua non ingrassa.

CONCLUSIONI

Per concludere, qualche consiglio pratico per l'alimentazione di tutti i giorni. Incominciamo con la prima colazione. Anche se abbiamo già affrontato l'argomento è utile ribadire che la prima colazione non va mai saltata. È un momento fondamentale della giornata e aiuta ad affrontare la mattinata con maggiore sprint. Non va consumata in fretta, meglio seduti a tavola con i genitori. Qualche esempio: una tazza di latte o un vasetto di yogurt con pane o fette biscottate e marmellata oppure una tazza di latte o un vasetto di yogurt più cereali pronti e frutta di stagione oppure latte più frutta di stagione, pane con marmellata o miele.

SPUNTINO DI METÀ MATTINA E MERENDA?

Come dice il nome, lo spuntino deve servire a "spuntare la fame". L'unità di misura per lo spuntino è il tramezzino: una fetta di pan carré tagliata a triangolo farcita con prosciutto e qualche foglia di insalata o una fetta di pomodoro oppure, in sostituzione del tramezzino, un prodotto da forno oppure un frutto di stagione più una fetta di pane o 2 fette biscottate oppure un tramezzino farcito con marmellata.

PRANZO E CENA?

Un pasto completo che comprenda tutti gli alimenti. Tutti i giorni devono essere consumate verdura e frutta, da 3 a 4 porzioni al giorno. Su 14 pasti settimanali, la carne va consumata 4 volte, il pesce 4 volte, i legumi 4 volte, i formaggi 1-2 volte, le uova 1 volta.

COME CUOCERE I CIBI?

I metodi di cottura più idonei sono: al vapore, al forno, in umido.

UN MESSAGGIO CONCLUSIVO PER TUTTI, BAMBINI, GIOVANI, GENITORI, NONNI, EDUCATORI MANGIAR BENE... CONVIENE!



REGALIAMO FUTURO

"Regaliamo Futuro" è il macro progetto di salute globale per la famiglia, voluto dalle Società Scientifiche di Pediatria SIP, SIPPS e FIMP, in collaborazione con il Ministero della Salute. Si declina in una serie di Campagne educative per la tutela materno infantile e per la salvaguardia della salute dell'infanzia e dell'adolescenza. "Regaliamo Futuro" è promosso dal "Network GPS" Genitori, Pediatra e Scuola, una virtuosa sinergia che opera anche all'interno dell'Istituzione scolastica.



NETW  **ORK**

Genitori ● **Pediatra** ● **Scuola**


Ministero della Salute
Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione


Ministero dell'Istruzione
dell'Università e della Ricerca

fimp
Federazione
Italiana Medici Pediatrici

 Società
Italiana di
Pediatria



EDITEAM
COMITATO EDITORIALE