

LE OLIMPIADI DEI PUFFI E ALTRE GRANDI AVVENTURE PER PROMUOVERE LA SALUTE

*Convegno nazionale di promozione della salute per l'infanzia:
evento di formazione e aggiornamento per medici, pediatri, psicologi,
istruttori di ogni disciplina, laureati in scienze motorie,
educatori ed insegnanti della scuola materna ed elementare*

ATTI DEL CONVEGNO 2012

Direttore scientifico: Prof. Massimiliano Nosedà



Coni
Comitato Regionale
Lombardia

con il patrocinio di

**SOCIETÀ INTERNAZIONALE PSICOLOGI CLINICI DELLO SPORT
ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE DI PSICOLOGIA E PSICOANALISI DELLO SPORT
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA
FEDERAZIONE ITALIANA SPORT INVERNALI
FEDERAZIONE ITALIANA PESISTICA
FEDERAZIONE ITALIANA KICK BOXING
FEDERAZIONE ITALIANA DANZA
CONI LOMBARDIA
SCUOLA DELLO SPORT CONI LOMBARDIA
COMITATO ITALIANO PARALIMPICO LOMBARDO**



Scuola
dello Sport Coni
Lombardia



8 maggio 2012

presso Aula Magna
A.O. Ospedale Niguarda Cà Granda

Direttore scientifico

Prof. Massimiliano Nosedà

Medico, specialista in medicina fisica e riabilitazione, specialista in igiene e medicina preventiva.

Consulente medico per strutture sanitarie, palestre e società sportive.

Professore a contratto per i laboratori di “metodologie di prevenzione e promozione del benessere” ed “educazione alla salute” presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell’Università della Valle d’Aosta.

Professore a contratto per l’insegnamento “medicina fisica e riabilitativa” presso il corso di laurea in fisioterapia dell’Università degli Studi di Ferrara.

Professore a contratto per l’insegnamento “malattie dell’apparato locomotore” presso il corso di laurea in tecnici della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro dell’Università degli Studi di Firenze, sede di Empoli.

Professore a contratto per l’area sanitaria presso l’Istituto Svizzero Rorschach.

Segreteria organizzativa

Prof. Massimiliano Nosedà

direttore scientifico

Francesca Rotiroti

responsabile accoglienza partecipanti

Cristiano Ferrari

graphic designer

Sponsor ufficiali

Cinehollywood

Fabe srl

LETTERA DI INVITO

Miei Carissimi,

ho pensato di dedicare il convegno 2012 ad una delle tematiche didattiche a me più care: la promozione della salute per l'infanzia.

L'idea è quella di illustrare il concetto di salute, così come proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nelle sue varie declinazioni, ovvero trattando sia argomenti più classici, come l'alimentazione e il movimento, sia tematiche più nuove come l'igiene del sonno, l'educazione alla disabilità e la gestione dell'aggressività.

Per farlo ho deciso di ricorrere a qualcosa che ai bambini piace davvero molto: la televisione. Troppo spesso utilizzata da genitori e insegnanti come comodo e monotono parafulmine per scaricare su terzi la responsabilità di comportamenti da rieducare, che hanno, invece, più frequentemente ben altre origini, tale mezzo di comunicazione può rivelarsi un affascinante ed efficace strumento didattico, se sapientemente utilizzato. Il vero educatore, infatti, non è colui che vieta e condanna ma colui che sfrutta ogni possibile occasione per promuovere comportamenti virtuosi e correggere abitudini poco salutari.

Ed è così che vedere un cartone animato con un bambino può diventare, oltre che un tenero ed indimenticabile momento da trascorrere insieme, anche un nuovo e potente stimolo per mangiare meglio, programmare l'attività sportiva, riposare in modo più sereno o avere più rispetto per gli altri.

Attraverso la visione e la discussione di alcuni episodi di una delle serie più note della storia della tv e più amate dai bambini di ieri e di oggi, passeremo una puffosissima giornata che spero Vi sia utile per promuovere al meglio la Vostra salute e quella dei Vostri bambini.

Vi aspetto!

Prof. Massimiliano Nosedà

PROGRAMMA SCIENTIFICO

SALUTI DI BENVENUTO

Prof. Massimiliano Noseda, *direttore scientifico del convegno*

Dott.ssa Giuseppa Bellavia, *medico specialista in igiene e medicina preventiva, direzione medica di presidio dell'A.O. Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano, Milano*

Dott.ssa Linda Casalini, *referente scuole del Comitato Italiano Paralimpico Lombardo*

INTRODUZIONE AL CONVEGNO

[La promozione della salute per l'infanzia](#)

Prof. Massimiliano Noseda

Medico, specialista in medicina fisica e riabilitazione, specialista in igiene e medicina preventiva, docente universitario, Milano

SESSIONE IGIENE DEL SONNO

[L'igiene del sonno](#)

Prof. Massimiliano Noseda

Medico, specialista in medicina fisica e riabilitazione, specialista in igiene e medicina preventiva, docente universitario, Milano

[I disturbi del sonno in ambito pediatrico](#)

Prof. Luigi Ferini Strambi

Medico, specialista in neurologia, professore associato dell'Università Vita e Salute, direttore del Centro medicina del sonno del IRCCS Fondazione San Raffaele, responsabile Europeo della World Association of Sleep Medicine, Milano

SESSIONE ALIMENTAZIONE

[Principi di educazione alimentare per la prima infanzia](#)

Dott.ssa Chiara Moretti

Medico, specialista in pediatria, Struttura Complessa di pediatria dell'A.O. Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano, Milano

[Approccio multidimensionale e gestione del sovrappeso](#)

Dott. Ettore Corradi

Medico, specialista in scienze dell'alimentazione, Struttura Complessa di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'A.O. Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano, Milano

Scelte consapevoli per una merenda salutare

Dott.ssa Claudia Chiarino

Medico specialista in scienze dell'alimentazione con indirizzo dietologico, Unità Operativa di Igiene della nutrizione della ASL Monza e Brianza, Monza

SESSIONE SPORT E MOVIMENTO

Le Olimpiadi: storia, medicina, cultura e promozione della salute

Prof. Alessandro Porro

Medico, professore associato di storia della medicina presso l'Università degli Studi di Brescia, Brescia

L'Olimpiade di Diego

Diego Confalonieri

Campione olimpionico di spada a squadre, Federazione Italiana Scherma, Milano

Olympic Games Londra 2012: anteprima della più importante competizione sportiva

Pierangelo Molinaro

Giornalista sportivo, redazione "La gazzetta dello sport"

Lo sport giusto in età pediatrica: criteri di scelta e consigli pratici

Dott.ssa Silvia Celada

Medico specialista in medicina dello sport, responsabile del Servizio di medicina dello sport della ASL Monza e Brianza, Monza

SESSIONE SALUTE E SOCIETA'

Giochi didattici per educare alla disabilità

Prof. Massimiliano Nosedà

Medico, specialista in medicina fisica e riabilitazione, specialista in igiene e medicina preventiva, docente universitario, Milano

La gestione dell'aggressività nei contesti di gruppo

Dott.ssa Claudia Gorla

Psicologa, psicoterapeuta e consulente scolastica, Monza

RINGRAZIAMENTI, SALUTI DI CONGEDO E CONSEGNA ATTESTATI DI PARTECIPAZIONE

Prof. Massimiliano Nosedà, *direttore scientifico del convegno*

Carlo Marzorati, *rappresentante Cinehollywood*

Pierluigi Fabemoli, *rappresentante Fabe*

PROIEZIONI VIDEO

MATTINA

Avventura in Egitto (*igiene del sonno*)

Il puffo dei miei sogni (*disturbi del sonno*)

Il puffo golosone (*alimentazione e controllo ponderale*)

POMERIGGIO

Le Olimpiadi dei puffi (*sport e movimento*)

I puffi senza parole (*educazione alla disabilità*)

Puffi color viola (*disturbi del comportamento in età infantile*)

UN PROGETTO DIDATTICO-EDUCATIVO

DA UN' IDEA DEL PROF MASSIMILIANO NOSEDA

REALIZZATO IN COLLABORAZIONE CON

Cinehollywood e Fabe srl

Benvenuti a Pufflandia

(testo adattato da wikipedia)

Come nacquero i Puffi

I Puffi sono delle piccole creature immaginarie blu simili agli gnomi, che vivono nella foresta europea in epoca medievale. Apparsi inizialmente come personaggi secondari del fumetto John & Solfami di Pierre Culliford, in arte *Peyo*, si sono presto guadagnati una loro pubblicazione autonoma, ad opera dello stesso Peyo, realizzata in collaborazione con Yvan Delporte, giornalista belga. La loro notorietà è poi aumentata grazie alla realizzazione di un lungometraggio, dal titolo "Il flauto a sei Puffi" e soprattutto a diverse serie a cartoni animati prodotte dalla casa cinematografica americana Hanna-Barbera.



Il loro nome originale "Schtroumpfs" nasce nel 1958, durante una vacanza al mare, quando Peyo chiede ad un amico di passargli una saliera, della quale sul momento non gli sovviene il nome. "Passe-moi le... schtroumpf" ("Passami il... Puffo"), gli dice, e scoppia in una risata. L'amico scherzosamente risponde: "Ecco il tuo puffo. Quando avrai finito di puffare, ripuffalo al suo posto!" Dopo aver usato scherzosamente questo termine assurdo più volte nella stessa giornata, Peyo decide di metterlo a frutto.

Peyo era l'autore di una striscia a fumetti su *Le Journal de Spirou* chiamata "*Johan & Pirlouit*" (in Italia ribattezzata "John & Solfami"), ambientata nell'Europa del Medioevo: Johan è un coraggioso scudiero al servizio del re, mentre Pirlouit è il suo "fedele" amico ingaggiato a corte come buffone. I due protagonisti incontrano spesso nuove genti nei loro viaggi; nella striscia del 23 ottobre 1958, mentre sono alla ricerca del magico flauto a sei fori, evocano gli *Schtroumpf*. E' questa la prima apparizione dei Puffi. Yvan Delporte, autore della maggior parte delle storie dei puffi, soprattutto dopo la morte di Peyo, nel 1992, è scomparso anche lui il 5 marzo 2007.



Le prime sedici ministorie autonome firmate da Peyo prendono il via nel n. 1107 su *Le Journal de Spirou* il 25 luglio 1959. Il primo di questi racconti si intitolava "Les Schtroumpfs noirs" (I Puffi neri), e sarà ridisegnato per la successiva uscita in album seguito dal secondo *Le Schtroumpfs volant* (Il Puffo volante). Nella versione graficamente riveduta e corretta, i piccoli gnomi hanno lineamenti più tondeggianti e, tra le altre cose, quattro dita per mano anziché cinque. In Italia "I Puffi neri" appare a puntate sul *Corriere dei piccoli*, dove gli gnometti acquisteranno per la prima volta il nome col quale tutti i lettori, e gli spettatori italiani, li conoscono oggi. Ma non è questa la prima uscita in Italia della comunità di questi personaggi. Il loro effettivo debutto è legato alla licenza che nel 1962 la casa editrice milanese Dardo ha acquistato dall'editore Dupuis per tradurre ed adattare in Italia diverse strisce del fumetto franco-belga.

Verso la fine degli anni settanta i gadget dei Puffi sbarcarono negli Stati Uniti ottenendo un enorme successo: la figlia di Fred Silverman, produttore dell'NBC, ottenne una bambola dei Puffi, e Silverman pensò che una serie basata su di loro sarebbe stata perfetta per i programmi del sabato mattina. I Puffi si assicurano così un posto nella cultura popolare americana quando nel 1981 la NBC cominciò a trasmettere la serie animata prodotta dalla Hanna-Barbera Productions; la trasmissione divenne uno dei più grandi successi dell'emittente, vincendo numerosi premi Emmy. Nel 1983 fu realizzata una versione inglese di "*La Flûte à six schtroumpfs*", intitolata "*The Smurfs and the Magic Flute*" ("*I Puffi e il flauto magico*"). La trasmissione dei puffi continuò fino al 1990, anno in cui fu cancellata dalla NBC per via della diminuzione degli ascolti. Due anni dopo, nel dicembre del 1992, Peyo morì nella sua casa di Bruxelles.

Nel 1990, I Puffi, hanno preso parte al cortometraggio *I nostri eroi alla riscossa*, un cartone animato contro la droga i cui protagonisti erano personaggi noti del mondo dei cartoni animati (oltre ai Puffi, Winnie the Pooh; Tartarughe Ninja; Looney Tunes; Banda Disney...).

Nel 2011 è stato prodotto il cortometraggio natalizio *I Puffi - A Christmas Carol*, dove sono state mischiate la tecnica d'animazione in CGI, con la più tradizionale tecnica in 2D mentre il 16 settembre 2011 è uscito al cinema *I Puffi*, un film in tecnica mista a cavallo tra l'azione dal vivo e la grafica computerizzata.



I Puffi in Italia

I Puffi sono arrivati in Italia per la prima volta in versione fumettistica nel 1963, sulla rivista *Tipiti*. Il nome originario era "Strunfi". Si può verificare ne "*Il Flauto a Sei Strunfi*" pubblicato su *Tipiti* n.21/27 (Dardo, 1963). Dal 1964, fu il *Corriere dei Piccoli* a pubblicare le storie degli omini blu, mutando il nome in Puffi, *Il flauto a sei Puffi* è uscito sui numeri 24/33 del Corrierino. Il termine "Puffo (pl. Puffi)" deriva dall'aggettivo italiano "*buffo*", ovvero "divertente".

In Italia la serie animata dei Puffi è stata trasmessa inizialmente sulle reti locali sicuramente nel 1982 (ma può anche darsi nel 1981), essendo l'anno in cui uscirono il 45 giri della prima sigla e il 33 giri "*Arrivano i Puffi*". Ai tempi delle primissime trasmissioni, quantomeno nel Nord Italia, e per pochi episodi, i personaggi vennero chiamati con i nomi americani. In tempi brevi, quegli episodi furono ridoppiati inizialmente con i nomi originali per poi dare spazio ai nomi italiani a noi noti oggi. Nel Lazio l'emittente era Teleroma 56 che trasmetteva la serie alle 19.10 (come riporta Scelta Tv il cui archivio è consultabile, in parte, online compresi i numeri in cui riportano la trasmissione dei Puffi su teleroma 56).

Dalla metà del 1982 Fininvest, oggi Mediaset, trasmetterà i Puffi su Italia 1 con tutte le altre stagioni dal 1983 al 1990. Le repliche sono ripartite dal 1992/1993 su Canale 5. Altre repliche successive sono andate poi in onda anche su Rete 4 e su Italia 1 dalla fine degli anni '90; dagli anni 2000 gli episodi sono stati trasmessi anche dal canale Boing del digitale terrestre ed anche su canali satellitari di Sky. Tutte le sigle della serie animata dei Puffi andata in onda sui canali Mediaset sono state cantate da Cristina D'Avena, decretando il suo primo grande successo discografico che nel 1983 le valse il "disco d'oro". Sulle reti locali nel 1982 i primi episodi andarono in onda, invece, con la sigla "Il Paese dei Puffi" interpretata da Vittorio Pezzolla. Per la colonna sonora delle serie animate furono invece utilizzati brani di musica classica di Franz Schubert (Sinfonia "Incompiuta"), Nikolaj Andreevič Rimskij-Korsakov (Shéhérazade), Pëtr Il'ič Čajkovskij (Sinfonia n.6 "Patetica"), Modest Musorgskij (Quadri di un'esposizione).

Molte figure e situazioni degli ometti blu sono state riprodotte in svariate forme giocattolo per bambini: dai puzzles ai pupazzetti di svariate dimensioni e forme tra cui i più noti sono rimasti quelli in plastica dura (pvc) di 4 o 5 cm. Inizialmente e principalmente prodotti in Belgio ed in Germania per i mercati interni e in seguito in tutto il mondo, il *merchandising* dei puffi ha letteralmente fatto compiere a questi pupazzi un salto di qualità notevole. Il puffo è diventato un "fatto di costume", da esibire, magari in ufficio sulla scrivania, fino agli adolescenti che li usavano in sostituzione del biglietto augurale (tra i più gettonati il puffo con il cuore, il cupido, il postino e le puffette). La Schleich, azienda produttrice ufficiale dei puffi, produce

otto Puffi nuovi ogni anno; ecco che nascono la serie dedicata agli sport (calcio, rugby, tennis, canottaggio, motociclismo ecc.), la serie dedicata alle professioni (falegname, pompiere, vigile, poliziotto, medico, infermiere, magistrato ecc.), al mondo della scuola (alunno, accademico ecc.), fino ad arrivare alle più moderne: "segni zodiacali (2010)", "Puffi per il 50esimo anniversario" dei Puffi stessi (2009) e così via. Inutile dire che raccogliere tutti i pezzi è diventata una moderna forma di collezionismo minore, da cui la pubblicazione di interi cataloghi e siti internet esclusivamente dedicati alle figure ed agli accessori (cassette del villaggio a forma di fungo, mulino a vento ed altri accessori). I pezzi più vecchi, oramai fuori produzione da anni, hanno assunto quotazioni spesso impensabili per essere semplici oggetti di plastica.

Conosciamo meglio i Puffi

I Puffi vivono dentro case ricavate da funghi in un villaggio segreto, da qualche parte in una foresta, dal quale si allontanano solo in caso di necessità. Nessuno può raggiungere il villaggio se non è accompagnato da un puffo, perché un incantesimo del Grande Puffo rende introvabile la radura in cui vivono. I passatempi preferiti dei puffi sono giocare a "palla-puffa" ed eseguire la "danza dei 100 Puffi".

Come la struttura delle storie è molto semplice e lineare, fedele alla classica avventura, anche i protagonisti hanno una forma fisica molto simile tra loro per non dire che tutti i Puffi si assomigliano a partire dal genere fino ad arrivare al colore della pelle e dei vestiti: maschi, molto bassi (essere "*alti tre mele*" è un'espressione francese), pelle blu, pantaloni e cappello bianchi, il tutto variato solo da qualche accessorio personale per indicarne il mestiere, il carattere e/o la personalità da cui deriva il nome proprio del singolo puffo.

I Puffi riproducono a grandi linee gli archetipi della gente comune e/o le professioni: c'è per esempio **Puffo Pigrone**, **Puffo Burlone** (che regala sempre a tutti i puffi dei pacchi esplosivi), **Puffo Inventore** (che si distingue dagli altri per la matita sempre all'orecchio), **Puffo Golosone** (il cui cappello ha la forma tipica del copricapo da cuoco ed è infatti il cuoco della comunità), **Puffo Quattrocchi** (il puffo occhialuto che contesta sempre tutto e di cui è diventata celebre l'espressione: "Che è meglio!", a volte contrapposta da "Che è peggio!", e la gag di essere sospinto fuori dal villaggio con un calcio finendo per cadere a testa in giù ogni qual volta eccede in petulanza oppure predica bene e razzola male), **Puffo Pauroso**, **Puffo Tontolone** (migliore amico di Quattrocchi, sempre con la testa fra le nuvole e caratteristico per l'esclamazione "yup", nonché il cappello ben calzato sugli occhi che gli dà un aspetto ancora più ingenuo), **Puffo Forzuto** (con tatuato sul braccio un cuore trafitto da una freccia, in perfetto stile "scaricatore di porto"), **Puffo Vanitoso** (molto dandy, con un fiore sul cappello e che non abbandona mai il suo specchio onde poter esercitare il suo narcisismo), **Puffo Sognatore**, **Puffo Lanoso**, **Puffo Pittore**, **Puffo Brontolone** (con la faccia sempre imbronciata e che dice di odiare tutto quello che sente nominare, ad esempio "io odio scavare!", formando a volte anche frasi sgrammaticate come ad esempio "io odio 'faccio così'", e che risponde "anch'io!" se un altro dice di odiare qualcosa al posto suo) e via dicendo.

Si dice che nella versione originaria (ossia quando cronologicamente incontrano John e Solfami per la prima volta) ci fossero 99 Puffi (compreso il Grande Puffo), poi aumentati con l'introduzione di nuovi personaggi. Il centesimo puffo nasce dal riflesso nello specchio di **Puffo Vanitoso** che viene colpito da un fulmine prendendo vita. Questo personaggio compensa il problema per realizzare la cosiddetta *danza dei 100 puffi* che necessita appunto di 100 puffi, non uno di più e non uno di meno (compreso il direttore della stessa, il Grande Puffo), per essere eseguita.

Ci sono però alcuni Puffi che si discostano vistosamente dagli altri, quali:

- **Grande Puffo** che ha 542 anni, porta una barba bianca e ha i pantaloni e il cappello rossi; è il più anziano e saggio di tutti i Puffi (almeno fino all'arrivo di Nonno Puffo nella serie animata).
- **Puffetta** è un Puffo femmina, inizialmente cattiva e dai capelli neri e crespi, nasce come creatura del mago Gargamella con il compito di portare la discordia tra i puffi; fu trasformata poi da Grande Puffo in una puffa buona. Ha lineamenti più delicati rispetto agli altri Puffi, i capelli biondi e lunghi, indossa un vestitino bianco e scarpe col tacco bianche.
- **Baby Puffo**, portato da una cicogna, si è aggiunto alla storia in un secondo momento. Ha un'età paragonabile all'anno umano.
- **Puffo Meccanico**, un automa in legno costruito dal Puffo Inventore, capace di comportarsi come un vero puffo tranne per quanto riguarda la parola; più tardi il suo creatore gli affianca un'amica, **Puffetta Meccanica**.

Verso la metà degli anni ottanta vennero introdotti i puffolini: tre maschi e una femmina. I tre maschi, in origine Puffi adulti facenti parte del villaggio (**Puffo Naturone**; **Puffo Sciccoso**; **Puffo Sciattono**), un giorno vengono mandati da Grande Puffo nella casa di *Padre Tempo* dove, entrando per errore in un orologio magico, finiscono per ringiovanire fisicamente e mentalmente. **Bontina**, la femmina, viene invece creata artificialmente dai tre puffolini stessi (che rubano la formula dal libro magico di Gargamella), per dare un'amica a Puffetta sofferente di solitudine essendo l'unica femmina di tutto il villaggio. Alcuni anni dopo venne introdotta anche la figura di **Nonno Puffo**, anziano giramondo dalla lunghissima barba tornato al villaggio dopo 500 anni per rigenerare i poteri del più grande tesoro dei puffi: la *pietra di lunga vita* (senza la quale morirebbero per un invecchiamento repentino); e seguito a breve da **Nonna Puffa**, anche lei assente da moltissimo tempo perché intrappolata per secoli in un castello al di là del tempo e dello spazio. C'è infine **Puffo Selvaggio**, scoperto dalla comunità blu dopo che 100 anni prima la Cicogna lo aveva smarrito durante il viaggio. Questi ultimi personaggi fanno parte solo della serie animata e non appaiono mai nei fumetti originali.

Il film del 2011 introduce Puffi mai comparsi prima: **Puffo Coraggioso**, che indossa un kilt e parla con l'accento scozzese (nell'adattamento italiano intercala parole inglesi); **Puffo Svitato**, che indossa il cappello girato all'indietro e suona l'allarme con la voce in caso di pericolo; **Puffo Narratore**, che indossa una giacca verde scuro e occhiali meno vistosi di quelli di Quattrocchi, il cui ruolo è quello della voce (non sempre) fuori campo che racconta le vicende che avvengono in quel momento. Due Puffi menzionati per nome e descritti da altri Puffi, ma mai mostrati, sono **Puffo Complimentoso**, "che ha sempre qualcosa di gentile da dire" e **Puffo Passivo-Aggressivo**, "che sembra sempre tanto gentile, ma quando se ne va ti senti in colpa".

Il terribile nemico dei Puffi è lo stregone Gargamella, accompagnato dalla sua fedele gatta Birba. Figlioccio del potentissimo mago **Baldassarre**, è la pecora nera della famiglia, e la sua madre non perde occasione per ricordarglielo. Vive in un castello in rovina in un'arida zona della foresta. Nei fumetti è alla ricerca di sei puffi, che bolliti nel veleno di serpente costituiscono l'ingrediente fondamentale nella formula della pietra filosofale che trasforma metalli vili in oro. Nella serie animata, invece, i Puffi risultano essere semplicemente deliziosi manicaretti per il mago e per la sua gatta Birba. A Gargamella, nel corso della serie animata, si accompagnerà anche un giovane apprendista, il pigro e dispettoso Lenticchia, con cui ha un buon rapporto di amicizia, che camuffa l'opinione bassa del suo apprendista in merito al suo maestro. Fa di tutto pur di riuscire a prendere un Puffo o, come sogna lui, cento.

Il linguaggio dei puffi

Parte fondamentale del linguaggio dei Puffi è il termine "puffo" ed ogni suo derivato, usato con diversi significati a seconda del contesto, talvolta come verbo, altre come aggettivo (*puffare, puffoso*, ecc.). Questo rende le loro conversazioni alquanto divertenti, ma a tratti difficili da seguire: spesso capita che i Puffi si capiscano grazie al tono con cui pronunciano "puffo", variazioni però troppo sottili per essere comprese da John e Solfamì. Gli stessi Puffi discutono sull'usare "puffo" come verbo, nome o aggettivo. Umberto Eco ha dedicato un interessante scritto alla semantica della lingua puffa.

Nell'adattamento da una lingua all'altra, il nome originale dei puffi "**schtroumpf**" è stato modificato spesso. In lingua italiana è "Puffo" ("Puffi" al plurale).

In altre lingue:

- Arabo: رفانس (singolare M: روفنس, singolare F: ةروفنس)
- basco: Pottokiak (singolare: Pottoki), dal nome della corsa di pony basca *pottoka*. Le prime edizioni usano *pitufiak*, dallo spagnolo.
- catalano: Barrufets (singolare: Barrufet)
- ceco: Šmoulové (Singolare Šmoula)
- cinese: 蓝精灵 (lán jīnglíng)
- coreano: 푸른사람
- croato: Štrumpfovi (singolare: Štrumpf)
- danese: Smølferne (singolare: Smølf)
- ebraico: מִיסְדָרִים [dardasim] (singolare: מִסְדָר [dardàs])
- finlandese: Smurffit (singolare: Smurffi)
- francese: Schtroumpfs (singolare: Schtroumpf)
- giapponese: Smurfs (スマーフ Sumaafu[?])
- greco: Stroumfakia (singolare: Stroumf - Στρούμφ)
- inglese Smurfs (singolare: Smurf)
- islandese: Strumpanir/Skriplarnir
- norvegese: Smurfene
- olandese: Smurfen (singolare: Smurf; più tardi usato nello slang belga per indicare un "poliziotto locale", per le loro uniformi blu)
- polacco: Smerfy (singolare: Smerf)

- portoghese in Brasile sono chiamati Os Smurfs (singolare: Smurf); Estrumpfes in Portogallo (singolare: Estrumpfe)
- rumeno Ștrumfi (singolare: Ștrumf)
- serbo: Štrumpfovi (singolare: Štrumpf)
- slovacco: Šmolkovia (singolare: Šmolko)
- sloveno: Smrkci (singolare: Smrkec)
- spagnolo: Pitufos (singolare: Pitufo; più tardi usato nello slang spagnolo per indicare un "poliziotto locale", per le loro uniformi blu). In un primo tempo vennero pubblicati dal magazine TBO sotto il nome di *Tebeítos*.
- svedese: Smurfar (singolare: Smurf)
- tedesco: Schlümpfe (singolare: Schlumpf)
- turco: Şirinler (singolare: Şirin)
- ungherese: Hupikék törpikék (singolare: hupikék törpike, ma in realtà si chiamavano quasi sempre *törpök* o in singolare *törp*)

Riferimenti bibliografici

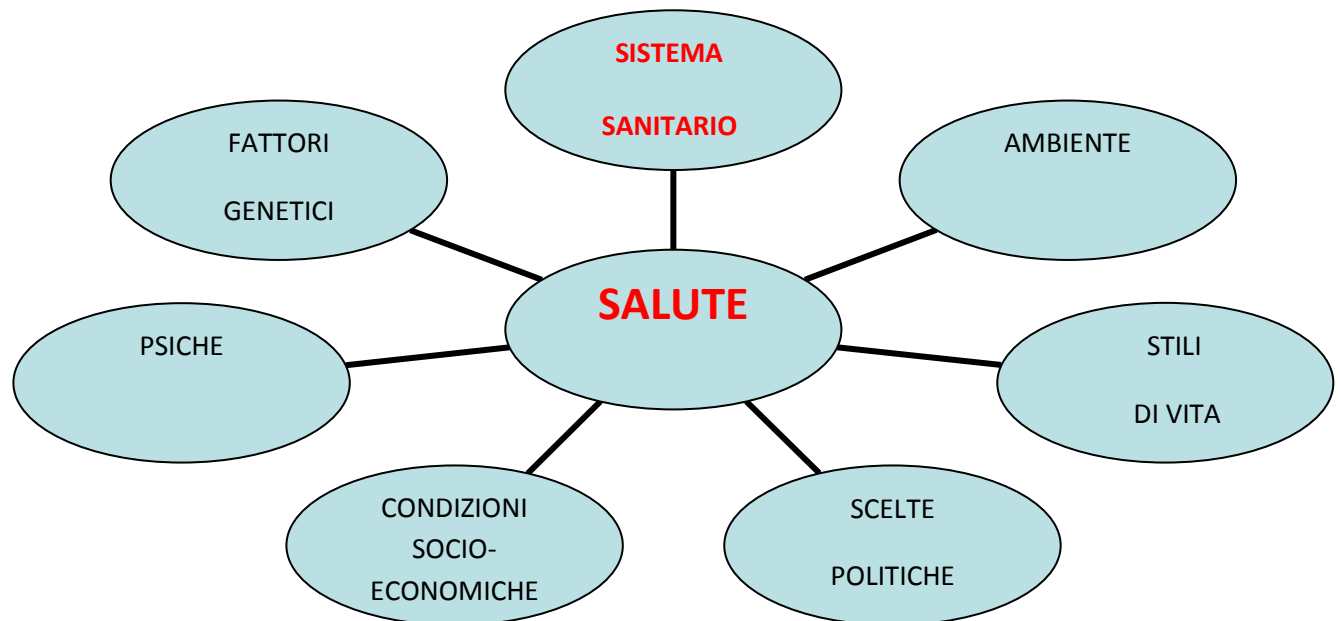
- *Umberto Eco, "Schtroumpf und Drang", in Sette anni di desiderio, Bompiani, 1983. In questo articolo viene esaminato il linguaggio altamente contestuale di questi personaggi.*
- *Paolo Perticari, "La pedagogia nel contesto sistemico di un villaggio di puffi", in Pensieri sull'insegnamento, Sisma, 2001.*
- *Antonio Soro, "I puffi, la vera conoscenza e la massoneria", Sassari, Edes, 2006. Introduzione di Massimo Introvigne.*

Prof. MASSIMILIANO NOSEDA

La promozione della salute per l'infanzia

Sebbene la progettazione della sanità in termini di salute e non di malattia sia un'acquisizione relativamente recente, l'idea di una medicina basata sulla salute è presente nel concetto di medicina già dai suoi albori. Infatti, già nella civiltà greca, in cui nasce e si diffonde la cultura ippocratica, il mito affida al Dio Asclepio la tutela dell'arte medica e alle sue figlie Panacea ed Igea il compito rispettivamente di curare ogni male e promuovere la salute. Purtroppo nel corso dei secoli la medicina si è identificata più con Panacea che non con Igea, portando al consolidamento storico del dualismo tra salute e malattia viste come due entità mutuamente esclusive e contrastanti. Tale visione della medicina comincerà a modificarsi gradualmente dagli anni dell'Illuminismo quando la salute inizia ad essere considerata un bene della collettività e non più solo del singolo. Questa nuova prospettiva sociale viene rafforzata ulteriormente con il progressivo diffondersi della rivoluzione industriale che, in un'ottica forse un po' utilitaristica, vedeva nella salute una forza-lavoro impiegabile ed imprescindibile. A ciò si aggiunge anche la comparsa di alcune problematiche comunitarie conseguenti al dilagare incontrollato dell'industrializzazione che rendeva sempre più necessario un intervento globale sulla collettività volto a monitorare, controllare e contenere le pessime condizioni lavorative, lo sfruttamento minorile, il degrado ambientale, il sovraffollamento, l'inquinamento, lo smaltimento di rifiuti urbani ed industriali.

Un baluardo storico nella concezione di salute viene posto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1946 quando questa viene definita come "un completo stato di benessere fisico, psichico e sociale e non più solo la semplice assenza di malattia". Tale definizione fu criticata da alcuni in quanto considerata utopistica e da altri in quanto il benessere così definito non può essere misurabile; tuttavia, presenta certamente alcuni pregi come quello di identificare le tre sfere principali che interagiscono nel determinare il grado di benessere, di introdurre una definizione basata sull'analisi dei bisogni e di considerare la salute un processo ulteriormente perfezionabile in quanto non esiste un livello teorico massimo raggiungibile, poichè tale condizione può essere continuamente migliorata. Ciò è possibile però solamente integrando le risorse provenienti dal mondo sanitario con quelle di altri settori; infatti, il benessere non è correlato unicamente ad interventi di natura sanitaria, ma è conseguente all'armonico assemblaggio di una serie di ambiti della vita sociale di un paese come l'educazione, l'agricoltura, la produzione alimentare, l'approvvigionamento idrico, l'industria, gli alloggi e tanto altro ancora. Ciò implica che sanità e salute non sono due sinonimi, ma che il primo concetto è incluso nel secondo (Fig. 1). La salute acquista così una connotazione molto più ampia rispetto al passato, non potendo prescindere dalle risorse globalmente disponibili, dalla loro diversa allocazione nei diversi settori, dal contesto politico e dagli stili di vita adottati.



Viene così a cadere il dualismo storico tra salute e malattia, ora non più considerati come due opposti, ma come gli estremi di un continuum in cui si inseriscono in momenti diversi e successivi gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione ed in cui il mantenimento di un'omeostasi di benessere fisico, psichico ed sociale o il recupero di un nuovo equilibrio dopo un evento acuto richiedono una partecipazione attiva sia del singolo sia della società finalizzata al raggiungimento dei più alti obiettivi auspicabili. In tal senso, anche il concetto di medicina preventiva si è progressivamente ampliato nel tempo in quello più generale di prevenzione che accanto agli interventi sanitari classici, prevede anche altre azioni volte ad impiegare risorse non sanitarie nella promozione della salute: è, ad esempio, il caso della promulgazione di leggi in ambito edile per il rispetto delle norme di aerazione ed illuminazione, della disposizioni di sanzioni per chi non rispetta la legge sul fumo o non smaltisce correttamente i rifiuti, oppure dell'obbligo di utilizzo di dispositivi di protezione alla guida di veicoli o durante particolari mansioni lavorative.

Ne consegue, quindi, che sono oggi considerati "determinanti della salute" tutti quei fattori in grado di influenzare positivamente o negativamente lo stato di salute dei singoli e delle comunità. Ad eccezione di quelli strettamente legati all'individuo come ad esempio l'età, il genere o altre componenti genetiche, i restanti possono essere modificati mediante l'adozione di stili di vita positivi oppure attraverso l'eliminazione o il contenimento di comportamenti negativi. Ciò assume notevole importanza in considerazione del fatto che nei paesi industrializzati le malattie cronic-degenerative rappresentano le principali causa di morte e che la loro eziologia multifattoriale implica non la possibilità di eradicare la malattia agendo sull'agente eziologico, bensì solo quella di ridurre la probabilità della loro insorgenza esclusivamente limitando i fattori di rischio e promuovendo quelli protettivi. Secondo una logica antropocentrica, tali fattori possono essere suddivisi in quattro aree: stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica, comportamenti sessuali, consumo di tabacco e alcolici, etc), relazioni sociali ed affettive (atmosfera familiare, qualità delle relazioni interpersonali, etc), condizioni di vita e di lavoro (istruzione, condizioni abitative, condizioni ambientali, disponibilità di servizi sanitari, tipo di occupazione, reddito etc), situazione sociale, politica e culturale (scelte politiche, risorse ambientali generali, etc) (Fig. 2). Tale gerarchizzazione di determinanti comporta implicitamente anche una gerarchizzazione di responsabilità a diversi livelli: individuale, familiare, comunitario, regionale, nazionale e sovranazionale. Serve, quindi, uno sforzo collettivo ad ogni strato per esplicitare il potenziale di salute al suo più alto grado in quanto la prevenzione primaria non è un esclusivo compito del medico ma dell'intera comunità. Lo studio dei determinanti costituisce, pertanto, la base della sanità pubblica moderna in quanto essi condizionano il

peso delle malattie nella società e conseguentemente lo stato di salute della popolazione. Poichè i fattori di ogni livello si influenzano continuamente e vicendevolmente con quelli degli altri strati, si parla comunemente di “ragnatela di cause” in quanto è impossibile individuare ed isolare un unico fattore in grado di condizionare il benessere di una persona o di una comunità. E’, pertanto, implicito che per migliorare lo stato di salute è opportuno agire simultaneamente a più livelli.



Da tutto ciò deriva che gli interventi di educazione alla salute rivolti all’infanzia devono necessariamente prevedere il coinvolgimento di diversi attori (genitori, educatori, politici, istituzioni, etc) che, ciascuno per le proprie competenze, devono indirizzare i propri sforzi verso un unico obiettivo comune: la salute del bambino e quella del gruppo in cui è inserito. Tale sforzo sarà tanto più efficace tanto più precocemente sarà adottato. E’ proprio per questo motivo che cartoni animati, fumetti, canzoni e giochi possono essere potenti e coinvolgenti strumenti per veicolare semplici concetti educativi, se sapientemente utilizzati.

Riferimenti bibliografici

- Comodo N., Maciocco G., *Igiene e Sanità Pubblica*, Carocci Faber Editore, anno 2004, cap 1.
- Nosedà M., “Clowns in corsia: nuove strategie di comunicazione in sanità”, *MR Il giornale italiano di medicina riabilitativa*, Minerva Medica Editore, anno 2011, numero 2/3, pag 129-131.
- Nosedà M., “Nel fantastico regno di OZ, nel fantastico regno della riabilitazione”, *MR Il giornale italiano di medicina riabilitativa*, Minerva Medica Editore, anno 2011, numero 2/3, pag 132-137.
- Nosedà M., “Quando prevenire è meglio che riabilitare...”, *MR Il giornale italiano di medicina riabilitativa*, Minerva Medica Editore, anno 2010, numero 2, pag. 17-20.
- Nosedà M., “Promuovere la ricerca della salute”, *Sport e Medicina*, Edi-Ermes, anno 2008, numero 4, pag. 16-25.

- *Nosedà M., "Promuovere la salute nel nuovo millennio: documenti, eventi, progetti, indicatori e stili di vita", MR Il giornale italiano di medicina riabilitativa, Minerva Medica, anno 2008, numero 1, pag. 1-15.*

L'igiene del sonno

Il sonno è lo stato in cui gli individui passano circa un terzo della loro esistenza. Esso varia, tuttavia, enormemente soprattutto in funzione dell'età del soggetto: i neonati dormono dalle 16 alle 20 ore mentre i bambini dalle 10 alle 12. A 10 anni si riposa circa 9-10 ore al giorno che scendono a 7-8 nell'adolescenza. Infine, nell'età avanzata il bisogno di sonno si riduce a 6 ore o meno. Altre variabili da considerare per spiegare l'ampia variabilità individuale nella durata e nella profondità di tale fenomeno sono sicuramente da ricercarsi in fattori genetici, fattori ambientali, attività motoria fisica diurna e stati emotivi contingenti.

Il ritmo circadiano, ovvero la prevalenza del sonno notturno e della veglia diurna, che si riscontra in tutte le specie di uccelli, rettili e mammiferi, e quindi anche nell'uomo, fa la sua comparsa dopo le prime settimane di vita post-natale nel neonato a termine. Con la crescita l'essere umano abbandona progressivamente prima il sonnellino mattutino e poi quello pomeridiano finché, al quarto o quinto anno di vita, quello notturno tende a diventare l'unica forma di sonno. Ciò è vero benché almeno metà della popolazione sembrerebbe concedersi almeno occasionalmente il sonnellino postprandiale come forma di relax e ristoro.

A tal proposito non sono ancora completamente note le funzioni fisiologiche del sonno. La sua importanza riguarderebbe non tanto la vita quanto sicuramente la salute mentale dell'individuo. Ciò è deducibile da diversi studi di privazione di sonno prolungato che hanno rilevato durante la veglia forzata la comparsa di alcuni disturbi psichici come l'incapacità di concentrazione, il calo dell'attenzione, la difficoltà nel rievocare i ricordi, errori psico-sensoriali, fatica, svogliatezza, irritabilità e aggressività, fino a casi estremi di psicosi deliranti acute. In generale potremmo quindi dire che la funzione fisiologica del sonno dovrebbe essere quella di recuperare la fatica spesa durante la veglia. Non sono però del tutto chiare quali siano le energie da rigenerare: di certo non si tratta di segnali bio-elettrici che si svolgono nell'ordine di millisecondi ma più probabilmente di fenomeni biochimici legati alla sintesi sinaptica. Per tale ragione, per illustrare i benefici del sonno viene spesso ricordata un'espressione tanto poetica quanto efficace di Tristram Shandy: *questo è il rifugio dell'infelice, il conforto del prigioniero, il soffice grembo di chi è stata speranza, stanco e con il cuore spezzato; delle più tenere e deliziose funzioni della natura questa è la principale; quando le ansie e le passioni del giorno svaniscono, che felicità per l'uomo!*

Da ciò consegue che per beneficiare degli effetti positivi del sonno è bene riposare per il numero di ore medio consigliato per la propria fascia d'età cercando di mantenere costante l'orario di addormentamento e quello di risveglio e quindi evitando, quando possibile, inutili veglie forzate o faticose levatacce. Il luogo in cui dormire dovrebbe essere tranquillo in modo da evitare inopportune stimolazioni uditive o visive. Anche la temperatura dell'ambiente dovrebbe essere neutra, consentendo al soggetto in ogni stagione di non avvertire eccessivo senso di caldo o freddo. Il letto, da utilizzarsi solo per dormire e non per svolgere altre attività come mangiare o guardare la tv, oltre ad essere appropriato alle caratteristiche antropometriche del soggetto per lunghezza e larghezza, dovrebbe avere una base tendenzialmente rigida e poco deformabile, oltre ad un cuscino in grado di rispettare le curve fisiologiche del rachide, ovvero né troppo alto, né troppo basso. Durante la giornata è bene svolgere attività motorie che consentano di arrivare alla sera con un naturale grado di affaticamento. E' bene invece evitare qualsiasi attività motoria intensa subito prima dell'addormentamento, così come l'attivazione di processi metabolici complessi come la digestione o l'assunzione di sostanze eccitanti come la teina, la caffeina o la nicotina. Al contrario è bene invece promuovere nelle ore precedenti il sonno attività rilassanti come un bagno caldo, da preferirsi in questo

caso alla doccia, o assumere bevande rilassanti a base di erbe come la camomilla o la valeriana. Il ricorso ai farmaci ipnotici è utile solo in caso di patologia del sonno accertata, ed è da attuarsi sempre sotto stretto controllo medico e, se possibile, occasionalmente o per brevi periodi, per i noti effetti collaterali dovuti ad un'assunzione prolungata (assuefazione, tolleranza, dipendenza, etc) e per l'inevitabile interferenza con altre attività neurologiche (spossatezza diurna, memoria lacunosa, scarsa attenzione, alterazione del tono dell'umore, etc). Il controllo di stati emotivi dovuto a tensioni lavorative, scolastiche o famigliari, infine, è un altro fattore importante da riconoscere e da saper gestire per promuovere una corretta igiene del sonno. Nel bambino la paura del buio è un altro importante fattore da considerare nel caso di addormentamento costantemente difficoltoso o risvegli con pianto nella notte, pur non essendo l'unica possibile causa. In questi casi, storie di narrativa psicologicamente orientata possono essere un utile strumento per risolvere in modo armonico il disagio emotivo dovuto al distacco visivo dai genitori e dall'ambiente circostante conseguente al buio notturno.

I DISTURBI DEL SONNO	
LE INSONNIE	INSONNIE PRIMITIVE INSONNIE SECONDARIE SINDROME DELLE GAMBE SENZA RIPOSO MOVIMENTI PERIODICI DELLE GAMBE NEL SONNO
LE IPERSONNIE	NARCOLESSIA IPERSONNIA PERIODICA STUPOR IDIOPATICO RICORRENTE APNEE NOTTURNE IPERSONNIE PROLUNGATE
LE PARASONNIE	ENURESI NOTTURNA SONNAMBULISMO TERRORI NOTTURNI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO DEL SONNO REM BRUXISMO DISTONIA PAROSSISTICA NOTTURNA

Riferimenti bibliografici

- *Pazzaglia P., Clinica neurologica, Società editrice Esculapio, VII edizione, 2008*
- *Adams R.D., Principi di neurologia, Mc Graw-Hill, VI edizione, 1998*

Principi di educazione alimentare per la prima infanzia

Per sviluppare al massimo le loro potenzialità, i bambini devono assolutamente seguire una dieta sana. Le abitudini alimentari e sportive dell'infanzia e dell'adolescenza possono determinare la differenza tra salute e rischio di malattia negli anni successivi. Le diverse fasi del ciclo della vita impongono esigenze nutrizionali diverse.

Principali indicazioni nutrizionali nel primo anno di vita

Nei primi 12 mesi di vita, il bambino triplica il suo peso e cresce in altezza del 50 per cento. Questi incrementi di peso e di altezza sono gli indicatori fondamentali delle condizioni nutrizionali.

L'allattamento al seno a richiesta rimane la forma ideale di alimentazione per questa fascia d'età. Il latte umano fornisce un apporto nutrizionale ottimale per la crescita e lo sviluppo. Nei primi mesi di vita si assiste ad una crescita molto rapida, in particolare del cervello, e la composizione degli aminoacidi e degli acidi grassi del latte materno è particolarmente adatta a soddisfare queste esigenze. Il latte materno contiene anche agenti antibatterici e di prevenzione delle infezioni, tra cui le immunoglobuline, che rivestono un ruolo importante per lo sviluppo del sistema immunitario. Il colostro, che è il fluido prodotto dalla ghiandola mammaria nei primi giorni dopo il parto, è ricco di proteine e ha un elevato contenuto di minerali e vitamine; contiene inoltre anticorpi, agenti di prevenzione delle infezioni, agenti antinfiammatori, fattori di crescita, enzimi e ormoni, che favoriscono la crescita e lo sviluppo.

L'allattamento al seno è vivamente consigliato per ragioni fisiologiche, psicologiche ed emozionali. Non c'è motivo per non prolungarlo fino a quando non sia soddisfacente dal punto di vista nutrizionale per mamma e bambino, periodo che può arrivare fino anche ai due anni. Il latte artificiale cerca di riprodurre il più possibile la composizione del latte materno e deve essere utilizzato conformemente alle linee guida stabilite dall'Unione Europea e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'introduzione di alimenti solidi complementari è di solito un processo graduale a partire dai 6 mesi circa. Il momento esatto viene stabilito dal singolo neonato e dalla stessa mamma e riflette il fatto che il latte materno è sufficiente nei primi mesi di vita ma, man mano che il bambino cresce, non è più in grado di fornire, da solo, il nutrimento adeguato. Si possono aumentare gradualmente qualità, numero e varietà di alimenti solidi, seguendo il ritmo del bambino. In generale i cereali sono i primi alimenti introdotti nella dieta del neonato seguiti da passati di verdure, purea di frutta e carne omogeneizzata. L'allattamento al seno fino a 4-6 mesi diminuisce la probabilità di allergie.

In seguito agli attuali cambiamenti dello stile di vita, gli alimenti per l'infanzia preparati industrialmente assumono un ruolo sempre più importante nella dieta del bambino e devono quindi soddisfare rigorosi standard di qualità e sicurezza. Per la loro praticità e varietà, costituiscono una valida alternativa per integrare i cibi preparati in casa.

Una considerazione importante relativa al primo anno di vita è la quantità di ferro introdotta con la dieta. L'uso di latte artificiale o cereali con aggiunta di ferro e l'inserimento di alimenti ricchi di ferro come la carne omogeneizzata, possono aiutare a prevenire il problema.

Principali indicazioni nutrizionali per il bambino da 1 a 3 anni

In questi anni, il bambino incomincia ad assumere una personalità propria e ad affermare la sua indipendenza muovendosi liberamente e scegliendo che cosa mangiare. La crescita continua, ma con un ritmo più lento rispetto ai primi 12 mesi di vita. L'alimentazione sarà sempre più influenzata dalle abitudini della famiglia e dei coetanei. Proponendo una vasta scelta di cibi si permette al bambino di scegliere tra una gamma di sapori, consistenze e colori diversi per saziare il suo appetito. Il fattore più importante è soddisfare il fabbisogno energetico con un'ampia scelta di alimenti.

Le prime esperienze con il cibo possono avere effetti importanti sui gusti e sugli schemi alimentari delle fasi successive della vita. Il momento del pasto non deve essere frettoloso e deve essere vissuto in modo rilassato, per gettare le basi di un sano rapporto con il cibo.

Principali indicazioni nutrizionali per il bambino in età scolare

Dopo i 4 anni, il fabbisogno energetico per chilogrammo di peso corporeo diminuisce ma la quantità effettiva di energia (calorie) necessaria aumenta man mano che il bambino cresce. Dai 5 anni all'adolescenza, c'è un periodo di crescita lenta ma costante.

Pasti regolari e spuntini salutari che comprendano alimenti ricchi di carboidrati, frutta e verdura, latticini, carni magre, pesce, pollame, uova, legumi e noci dovrebbero contribuire ad una crescita e ad uno sviluppo corretti senza introdurre calorie eccessive con la dieta.

I bambini hanno bisogno di bere molti liquidi, soprattutto se fa caldo o se praticano attività fisica. L'acqua è ovviamente una buona fonte di liquidi, priva di calorie. La varietà è importante nella dieta del bambino: si possono scegliere anche altre fonti di liquidi, come latte e bevande queste ultime con estrema moderazione.

Riferimenti bibliografici

- *American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005;115:496-506*
- *European Commission. Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases. Commission of the European Communities, Brussels, 2005.*
- *WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. World Health Organization, Geneva, 1998.*
- *WHO/FAO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO, Geneva, 2003*
- *WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. Acta Paediatr 2006;76-85*
- *Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. Pediatrics 1994;93:271-7*
- *WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. Lancet 2000;355:451-5*

- *Weaver, C. M. (2000). The growing years and prevention of osteoporosis in later life. Proceedings of the Nutrition Society, 59:303-306.*
- *Wardley, B. L.; Puntis, J. W. L.; Taitz, L. S. (1997). Handbook of Child Nutrition. 2nd Edition. Oxford University Press, Oxford.*
- *Freedman, D. S.; Dietz, W. H.; Srinivasan, S. R.; Berenson, G. S. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics, 103:1175-1182*

Dott. ETTORE CORRADI

Approccio multidimensionale e gestione del sovrappeso

I problemi legati all'aumento della prevalenza di sovrappeso ed obesità, nelle popolazioni occidentali, stanno assumendo una tale portata che gli osservatori più accreditati ritengono che saranno causa del totale collasso economico, e non solo sanitario, per i Paesi che non riusciranno in questi anni a raccogliere correttamente la sfida per un trattamento efficace della patologia. La drammaticità del problema diventa chiaramente percepibile se si considera come, nella regione europea, sovrappeso ed obesità siano responsabili di circa l'80% dei casi di diabete di tipo 2, del 35% delle malattie ischemiche cardiache e del 55% delle ipertensioni arteriose degli adulti, causando più di 1 milione di morti ogni anno con costi, per la sola obesità, che coprono più del 6% dei costi allocati per la spesa sanitaria di ogni nazione. Di conseguenza, se risulta eticamente opportuno ed irrinunciabile trattare nella maniera più efficace i soggetti colpiti da tale malattia, è corretto puntualizzare che la sfida da cogliere nei prossimi anni per arginare questo fenomeno sarà sicuramente quella delle messa a punto di efficaci strategie di prevenzione.

La classe medica, spesso frustrata dagli insuccessi, ha rimosso per lungo tempo il problema tant'è che già nel 1994 il Direttore dell'Obesity Management Program affermava con qualche spunto polemico che l'obesità rappresentava *“malattia che malgrado l'enorme prevalenza nel mondo civilizzato è stata sempre trattata con sussiego ed indifferenza dagli universitari e dai clinici più autorevoli, al punto che la malattia è stata gestita soprattutto da non professionisti, guaritori o da medici più attenti al guadagno che alla loro reputazione.”*

La sfida per la soluzione di questo enorme problema di politica sanitaria è stata colta anche nel nostro Paese e nella nostra Regione. Già nel piano sanitario nazionale 1998-2000 tra gli obiettivi principali da raggiungere si trova *“la prevenzione dell'obesità”* e tra gli interventi suggeriti per il raggiungimento di tale obiettivo si pone l'attenzione verso *“programmi di educazione alimentare mirati a sviluppare un orientamento critico e responsabile nei riguardi dei comportamenti alimentari e a favorire l'adozione di standard nutrizionali sani”*. Tali indicazioni vengono riprese da Regione Lombardia nell'allegato A del D.G.R. VIII/1534 del 22 Dic 2005 (1) in cui troviamo tra gli obiettivi la *“sorveglianza e la prevenzione dell'obesità”* da ottenere con *“interventi per promuovere una sana alimentazione e l'attività fisica nell'ambito della promozione di stili di vita sani nella popolazione lombarda”* individuando anche gli attori principali di tale percorso che, coordinati dall'obiettivo di un risultato comune, dovrebbero essere il *“Dipartimento di prevenzione della ASL, il Dipartimento di Cure Primarie –Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta- e gli Specialisti ospedalieri”*. Nonostante questa attenzione delle Istituzioni i dati attuali nel nostro Paese sono tutt'altro che confortanti. Per quanto riguarda la popolazione adulta i dati ISTAT (2) stimano nel 2008 una prevalenza di sovrappeso ed obesità rispettivamente del 35.5% e del 9.9% con dati sulla sedentarietà ancora più allarmanti: *“ nel 2009 il 21,5% della popolazione di 3 anni e oltre dichiara di praticare uno o più sport con continuità, il 9,6% in modo saltuario. Le persone che, pur non praticando un'attività sportiva, dichiarano di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate, nuotare, andare in bicicletta) sono il 27,7%. I sedentari,*

cioè coloro che non svolgono uno sport né un'attività fisica, sono il 40,6%, quota che sale al 44,8% fra le donne e si attesta al 36,1% fra gli uomini.

..... quote più alte di sportivi continuativi si riscontrano nella fascia d'età fra i 6 e i 17 anni, in particolare fra i maschi di 11-14 anni (61,1%)". Per i dati specifici sulla popolazione pediatrica in Italia, il sistema di monitoraggio OKkio alla SALUTE ha rilevato nel 2008 e nel 2010 lo stato nutrizionale di un campione di bambini delle classi terze della scuola primaria (età 8-9 anni), attraverso la misurazione diretta dei dati antropometrici (rispettivamente su un campione di 45.000 e 42.000 soggetti). Secondo l'indagine, nel 2008 in Italia il 23,6% dei bambini di 8-9 anni è in sovrappeso e il 12,3% è obeso; i dati portano a una stima sul territorio nazionale di circa 380.000 bambini tra i 6 e gli 11 anni sovrappeso/obesi. I risultati indicano inoltre un gradiente nord-sud nella diffusione dell'obesità con valori più elevati nei territori dell'Italia del sud e correlazioni con i livelli di istruzione delle madri (con valori più elevati nelle situazioni di più bassi livelli di scolarità ed in caso di madri che non svolgono attività lavorative) (3). L'indagine del 2010 conferma i dati di prevalenza del 2008, con una percentuale di sovrappeso e obesità, rispettivamente, del 23% e 11% (4). Anche i dati raccolti sull'attività fisica, dal medesimo studio, risultano a dir poco sconcertanti: il 22% dei bambini pratica sport per non più di un'ora a settimana, circa la metà ha la TV in camera e il 38% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi per 3 o più ore al giorno.

Questo complesso e preoccupante quadro è la conseguenza di un dato di fatto incontrovertibile e cioè che nel mondo Occidentale l'obesità resta una delle malattie più facili da diagnosticare ma una delle più difficili da prevenire e curare. Le motivazioni di questa situazione sono strettamente legate all'eziopatogenesi multifattoriale della patologia nel cui determinismo giocano un ruolo fondamentale fattori genetici, comportamentali ed ambientali. Senza nulla togliere agli aspetti genetici, l'epidemiologia della patologia non può non far riflettere sull'importanza dei fattori comportamentali ed ambientali sul suo sviluppo e direi meglio sull'influenza patogena di certi ambienti *obesogeni* sul comportamento. Queste osservazioni dovrebbero da sole far capire le difficoltà legate al trattamento del paziente obeso e la necessità di pensare ad interventi che superino i classici aspetti prescrittivi sull'alimentazione e che prendano in carico il paziente in maniera più completa e multidimensionale considerando aspetti di attività fisica e comportamentali in generale. Tali terapie integrate già di difficile applicazione nel paziente adulto diventano ancora più critiche in età evolutiva dove i cambiamenti ambientali e cognitivo comportamentali devono essere necessariamente mediati con le famiglie.

Gli obiettivi del programma terapeutico vanno esplicitati in modo chiaro al singolo soggetto ed alle famiglie, e devono rispondere alle sue richieste di ridurre il peso corporeo e far sì che tale risultato venga raggiunto in modo sano attenendosi a quelli che sono i dettami di una dieta bilanciata di tipo mediterraneo. Gli altri obiettivi sono mirati a far acquisire strumenti di autoconsolazione e comunicazione diversi dal cibo, ad incrementare l'autostima, le attività di socializzazione e l'attività fisica sia a scopo ludico/ricreativo che anche nell'ambito delle più comuni attività motorie quotidiane (5).

In particolare, nel nostro Centro, i protocolli di arruolamento alla terapia prevedono, in seguito alla valutazione clinica ambulatoriale, valutazioni multiple orientate ad approfondimenti strumentali su assessment nutrizionale (antropometrica, bioimpedenziometria), consumi metabolici (calorimetria indiretta) ed in casi selezionati (di maggior gravità) valutazione psicologica.

La terapia nutrizionale integrata viene proposta come prima opzione a tutti i soggetti affetti da sovrappeso / obesità con età compresa tra i 14 e i 18 anni afferenti alla nostra Struttura Complessa di Nutrizione Clinica e prevede, per i soggetti sovrappeso o con obesità di primo grado l'arruolamento, in regime ambulatoriale, in gruppi aperti di 15 soggetti con team terapeutici stabili, e frequenza di incontri quindicinale - mensile.

Nel corso della terapia in associazione alla prescrizione dietoterapica (che utilizza schemi moderatamente ipocalorici e bilanciati) vengono utilizzate tecniche di *problem solving*, di automonitoraggio degli *intake*

alimentari, diari di attività fisica e il monitoraggio dell'andamento peso. In questo contesto il ragazzo viene stimolato ad attivare tutte le sue capacità decisionali per migliorare il suo stile alimentare ed aumentare l'attività fisica. Per una migliore riuscita della terapia e per ottenere una più attenta aderenza al programma, sono previsti anche colloqui tra i genitori e l'equipe curante (Medico e/o Dietista) focalizzati a chiarire aspetti tecnici riguardanti l'allestimento dei pasti e gli acquisti degli alimenti, o mirati ad un coinvolgimento attivo della famiglia nel progetto; nell'ambito di questi incontri si chiede ai genitori di sovrintendere con atti formali (es. controfirma dei moduli) ai compiti di automonitoraggio od alla compilazione dei diari di attività fisica richiesti ai giovani pazienti. Periodicamente sono previsti anche incontri di gruppo con genitori e figli per porre maggior attenzione ed evidenziare gli obiettivi comuni, coinvolgendo la famiglia in un progetto unitario, che non sia visto solo come programma prescrittivo / restrittivo per il ragazzo ma anche come strumento per migliorare lo stile di vita e lo stato di salute di tutti i componenti della famiglia.

Riferimenti bibliografici

- *Regione Lombardia nell'allegato A del D.G.R. VIII/1534 del 22 Dic 2005*
- *Italia in cifre 2010. ISTAT a cura della Direzione Centrale Comunicazione ed Editoria Roma 2010*
- http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/pdf/PDF_Conferenza/Prevalenza.pdf
- http://www.epicentro.iss.it/focus/quadagnare_salute/pdf/okkio12ott2010.pdf
- *M.G. Gentile, Le potenzialità delle terapie integrate psico-nutrizionali nella terapia dell'obesità in Aggiornamenti di nutrizione clinica 13 Pensiero Scientifico editore Roma luglio 2005*

Dott.ssa CLAUDIA CHIARINO

Scelte consapevoli per una merenda salutare

Il problema obesità ha assunto le dimensioni di un'epidemia globale per la crescente diffusione del fenomeno in tutte le fasce di età, sia nei paesi industrializzati, sia in quelli in via di sviluppo. L'obesità infantile rappresenta oggi uno dei principali problemi di sanità pubblica, con importanti implicazioni a livello economico e sociale, in quanto costituisce un reale fattore di rischio per il mantenimento dell'eccesso ponderale anche in età adulta, con aumentato rischio per tutte le patologie cronico degenerative ad esso correlate, senza contare le problematiche psicologiche che spesso affliggono queste persone. Recenti dati forniti dal Ministero della Salute, ottenuti da un'indagine epidemiologica condotta su bambini in età scolare di 18 Regioni Italiane (OKKIO alla salute 2010) indicano in Italia una prevalenza del 22,9% di sovrappeso e 11,1% di obesità, valori che ci pongono al primo posto in Europa per sovrappeso in età infantile.

L'OMS ha collocato la lotta all'obesità e al sovrappeso tra gli obiettivi prioritari per il mantenimento di uno stato generale di buona salute. A livello europeo, nel 2006, è stata definita una strategia di contrasto alle malattie croniche chiamata "Guadagnare salute" che ha stabilito, oltre agli obiettivi ed alle strategie d'azione, i vari settori che devono essere coinvolti nella lotta all'obesità: dalle istituzioni governative a quelle non governative, dalle aziende agroalimentari ai media.

L'epidemia dell'obesità, definita *globesità* si è ampliata negli ultimi decenni a causa dei cambiamenti dell'ambiente culturale, sociale, economico e fisico. Il progressivo cambiamento dello stile della vita e dei ritmi lavorativi ha portato a profonde modificazioni delle abitudini alimentari familiari, con la diffusione nella popolazione infantile di una alimentazione scorretta, con introito eccessivo di calorie, proteine di origine animale, grassi saturi, sodio e carenza di glucidi complessi, fibra, vitamine e sali minerali. L'effetto negativo di queste modificazioni dietetiche si è accentuato notevolmente a causa della drammatica riduzione dell'attività fisica.

Agli errori nutrizionali si associano la monotonia della dieta, una errata distribuzione dell'intake calorico nella giornata, una prima colazione assente o insufficiente, pasti nutrizionalmente non adeguati, intervallati da numerosi spuntini: una recente indagine demografica condotta su 5000 genitori aventi figli tra 6 e 12 anni ha evidenziato che, durante il pomeriggio, i ragazzi mangiano spesso al di fuori dei pasti consigliati ed il 15% lo fa in modo disordinato combinando almeno quattro tipologie di alimenti dolci e salati. Un altro grosso errore è il mancato consumo della prima colazione: la ricerca evidenzia che 8 bambini su 100 non la consumano e questo ha ripercussioni negative su tutta la giornata alimentare. L'indagine indica anche che la dieta dei bambini è troppo monotona, pur con una differenza tra i sessi: l'alimentazione non è tanto ipercalorica, quanto nutrizionalmente squilibrata, cosa che, sommata alla sedentarietà, favorisce l'obesità.

Quali sono i principali errori nutrizionali in età scolare?

1. Eccesso calorico rispetto alla spesa energetica totale quotidiana
2. Colazione assente o inadeguata

3. Errata ripartizione calorica nella giornata, con carenze al mattino ed eccessi la sera
4. **Consumo di alimenti troppo ricchi in energia e di ridotto valore nutritivo nello spuntino a scuola e come merenda pomeridiana**
5. Eccesso di:
 - protidi e lipidi di origine animale (formaggio, carne)
 - carboidrati ad alto indice glicemico (patate, **succhi di frutta, snacks**)
6. Scarso apporto di:
 - fibre e proteine vegetali (frutta e verdura, cereali integrali, legumi)
 - pesce
7. Abitudine alla frequenza dei **fast-food**, con consumo anche al di fuori dei pasti principali di preparazioni ad elevato contenuto di energia, grassi saturi, sale, zuccheri semplici, ma poveri di fibra e vitamine.
8. **Abitudine di consumare i pasti davanti alla TV**: difficoltà a controllare l'assunzione di alimenti che favorisce l'insorgenza del sovrappeso.

Stile di vita sedentario: impegni di lavoro dei genitori e scolastici dei bambini (tempo pieno),

Riferimenti bibliografici

- *Scaglione S., Obesità essenziale in età evolutiva, 2004*
- *IOTF: Marketing to children: understanding the need for international standards, 2006*
- *Progetto OKKIO alla salute, 2010*
- *Trupia F. Linguaggio pubblicitario e infanzia. Pediatria Preventiva & Sociale 2008;1:37-40*
- *www.INRAN.it*

Prof. ALESSANDRO PORRO

Le Olimpiadi: storia, medicina, cultura e promozione della salute

Quali riflessioni può proporre uno storico della medicina, partendo dal tema delle Olimpiadi? Apparentemente, appaiono di difficile identificazione i collegamenti specifici, ma se si consideri la definizione di salute proposta dall'OMS in termini bio-psico-sociali, essi cominciano ad evidenziarsi, per taluni aspetti, lungo l'asse del tempo e della storia.

Si tratta di un intreccio con l'evoluzione medico-chirurgica più stretto di quanto comunemente si sia portati a pensare.

In questo senso, allora, il legame che unisce storia, medicina, cultura e promozione della salute, può trovare nelle Olimpiadi, antiche e moderne, un utile punto di riflessione.

Nella presente comunicazione si vogliono evidenziare i rapporti fra le tematiche suesposte, facendo riferimento, rispettivamente, alle Olimpiadi antiche ed a quelle moderne, in un ambito temporale delimitato dallo scoppio della Prima Guerra Mondiale.

Non sarà una storia interna, delle Olimpiadi o dello sport, ma una storia esterna, volta a considerare apporti e legami, piuttosto che personaggi ed episodi.

Un primo riferimento va all'antichità: se consideriamo le Olimpiadi antiche nei termini di testimonianza religiosa, ci ritroviamo nell'identico ambito della medicina.

Possiamo, allora, interpretare le figure tramandateci degli eroi atletici, anche come modelli di buona salute, frutto dell'equilibrio a noi interno, frutto di quello con il mondo circostante, frutto di quello con l'olimpico di divinità, alcune delle quali eminentemente salutari (Igea, Panacea).

Si tratta di una visione moderna ed ecologica della salute, nella quale un adeguato esercizio fisico risulta essere parte centrale (di un complesso sistema dietetico).

Si tratta di un sistema complesso ed integrato di azioni e comportamenti dietetici, cioè quotidiani, volti al mantenimento della salute.

Le Olimpiadi rappresentano il culmine, il vertice, ma ciascuno può riverberarle nel comportamento della vita di tutti i giorni, alla ricerca di un corretto stile di vita.

Tuttavia, nel corso del tempo e dei secoli, l'esperienza olimpica assume le caratteristiche del mito, senza perdere queste ultime correlazioni, temperate nella riflessione sull'utilità dell'esercizio fisico.

Anche quando, nel 1858, la città di Atene proponeva di ripristinare l'antica tradizione, si può trovare una ripresa del tema, che in ambiente accademico era stato oggetto di interesse da parte dell'I. R. Istituto Lombardo già nel 1854 con il bandire un premio.

In alcune delle memorie presentate, la correlazione con i temi della medicina e della salute appare mantenuta e particolarmente, sia in termini storici, sia in termini di attualità.

Verso la fine del secolo XIX, quando si rende concreta la riedizione di esperienze sportive che possano riandare alle consimili antiche, la medicina, la chirurgia, i problemi e le aspettative di salute, pubblica e privata, sono mutate.

I modelli della società nordamericana, così differenti dalla tradizione plurimillenaria della vecchia Europa, iniziano a proporsi con forza e vigore: l'ambito sportivo appare particolarmente interessato da questo fenomeno.

La valenza educativa, formativa dell'attività sportiva che appare evidente già nelle strutture dei campus universitari statunitensi (con le relative statistiche dei *records*) si confronta (e si scontra) con la tradizione europea di derivazione ginnastica e militare.

Come la medicina intercetta queste tematiche, nel nostro paese, e nel periodo precedente la Prima Guerra Mondiale?

La figura di riferimento appare essere quella del fisiologo Angelo Mosso (1846-1910), e dei suoi allievi, che si impegnarono nella promozione dell'attività sportiva: si deve segnalare soprattutto la figura di Carlo Colombo (1869-1918)

Colombo, oltre ad essere uno dei promotori della moderna fisioterapia e fisiatria italiana, fu il fondatore del Corpo Nazionale dei Giovani Esploratori Italiani: con questa figura emblematica possiamo ricostruire i rapporti che l'attività di promozione dell'attività sportiva strinse con quella di costituzione di una generazione di cittadini sani.

L'attività sportiva (e le stesse Olimpiadi moderne) potevano (e per alcuni settori scientifici, dovevano) essere indirizzate e plasmate dalla fisiologia.

Quei cittadini-sani sarebbero stati messi alla prova, dopo pochi anni, come cittadini-soldati sui campi di battaglia di una guerra spaventosa, quale mai si era vista in precedenza.

Alle Olimpiadi nessuno pensava più.

Bisognerà attendere un'altra drammatica guerra, per poi riprendere il filo che porterà alle moderne vedute in termini di corretti stili di vita (e di esercizio sportivo).

Riferimenti bibliografici

- *Fantoni L., Memoria sopra gli spettacoli, i giuochi, i divertimenti, Roveta [sic!], in casa dell'autore, 1859.*
- *Mosso A., L'educazione fisica della gioventù, Milano, Treves, 1894.*
- *Mosso A., Mens sana in corpore sano, Milano, Treves 1903.*
- *Colombo C., I giovani esploratori. Chi sono e come si preparano. Appello agli Italiani, Roma, Luzzatti, 1914.*
- *Fabrizio F., Storia dello sport in Italia. Dalle società ginnastiche all'associazionismo di massa, Rimini, Guaraldi, 1977.*

- Vanoyeke V., *La naissance des jeux olympiques et le sport dans l'antiquité*, Paris, Les Belles Lettres, 1992.
- Young D. C., *Modern olympics. A stryggle for revival*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1996.



Il fuoco, derivato dal mito di Prometeo, è il simbolo antico delle Olimpiadi. Viene acceso ad Olimpia in Grecia mesi prima dell'inizio delle gare con una cerimonia che prevede la partecipazione di undici sacerdotesse e l'utilizzo di uno specchio biconcavo che consente di ottenerlo direttamente dai raggi solari. Attraverso la fiaccola olimpica portata dai tedofori in giro per il mondo, il fuoco sacro raggiungerà la città ospitante i Giochi il giorno della cerimonia di apertura e sarà utilizzato per accendere il braciere dando così inizio ufficialmente alla manifestazione. Il nome dell'ultimo tedoforo viene spesso tenuto segreto fino alla fine ed è scelto di norma tra le celebrità sportive del paese ospitante.

DIEGO CONFALONIERI

L'Olimpiade di Diego

Diego Confalonieri nasce a Milano l'11 aprile 1979. Si avvicina alla scherma dall'età di 6 anni nella palestra dell'A.S. Bresso (MI), scegliendo a 12 anni come arma la spada e diventando dopo poco meno di un anno Campione Italiano della categoria "ragazzi". Da quel momento inizia una carriera importante fatta di grandi vittorie a livello nazionale ed internazionale che lo hanno portato a conquistare due medaglie ai Campionati del Mondo di San Pietroburgo nel 2007 e soprattutto la medaglia di bronzo alle Olimpiadi di Pechino nel 2008, successivamente alla quale è stato nominato "Cavaliere della Repubblica Italiana" da Giorgio Napolitano.

A livello nazionale, tra i principali successi di Diego Confalonieri, attualmente tra più forti spadisti italiani appartenente al Gruppo Sportivo dell'Arma dei Carabinieri e numero 3 del ranking italiano di spada, meritano di essere ricordati il titolo di "campione italiano della categoria juniores" nel 1998, 2000 e 2001, quello di "campione italiano assoluto individuale" nel 2000, 2007, 2008 e 2010 e quello di "campione assoluto a squadre" per ben otto volte nel gruppo sportivo dei Carabinieri.

Numerosi sono anche i piazzamenti in prove internazionali come la Coppa del Mondo (cat. A) dove ha conseguito ben tre vittorie: in Puerto Rico nel 2006, in Italia nel 2008 e in Francia nel 2012. Ha, poi, ottenuto la medaglia di bronzo nella spada a squadre ai Campionati assoluti europei nel 2003, 2006, 2008 e 2009; un argento e un bronzo ai Campionati del Mondo assoluti di S. Pietroburgo nel 2007 rispettivamente nella spada individuale e a squadre e, infine, la medaglia di bronzo alle Olimpiadi di Pechino 2008.

Nella vita, lontano dalle pedane, Diego è sposato con Fabiana dallo scorso anno e laureato in Economia e Commercio presso l'Università Statale di Milano Bicocca (laurea quadriennale in marketing e macroeconomia). Appassionato di sport in generale e tifoso Juventus, ama la moda e ha una grande passione per gli orologi. Adora viaggiare in qualsiasi Paese del mondo e soggiornare in hotel particolari dal design etnico o innovativo. Ama la buona cucina e ha una grande passione per gli animali in genere e per i cani in particolare.



PIERANGELO MOLINARO

Olympic Games Londra 2012: anteprima della più importante competizione sportiva

Londra ospiterà dal 27 luglio al 12 agosto la 30ª edizione dei Giochi Olimpici estivi. La capitale britannica è la prima città nella storia dei Giochi moderni ad ospitare per la terza volta i Giochi Olimpici, la prima nel 1908, la seconda nel 1948. L'Olimpiade è la più grande manifestazione mediatica del mondo e per questa edizione è stata valutata un'audience televisiva di oltre 2 miliardi di telespettatori in ogni angolo del mondo. Sarà anche la prima edizione olimpica che verrà trasmessa tutta in alta definizione. I biglietti per assistere direttamente alle manifestazioni sono andati esauriti in soli 15 giorni, 8 milioni per assistere direttamente ai Giochi olimpici, un milione e mezzo per i Giochi paralimpici, riservati agli atleti con disabilità in programma negli stessi impianti due settimane dopo la conclusione dell'Olimpiade.

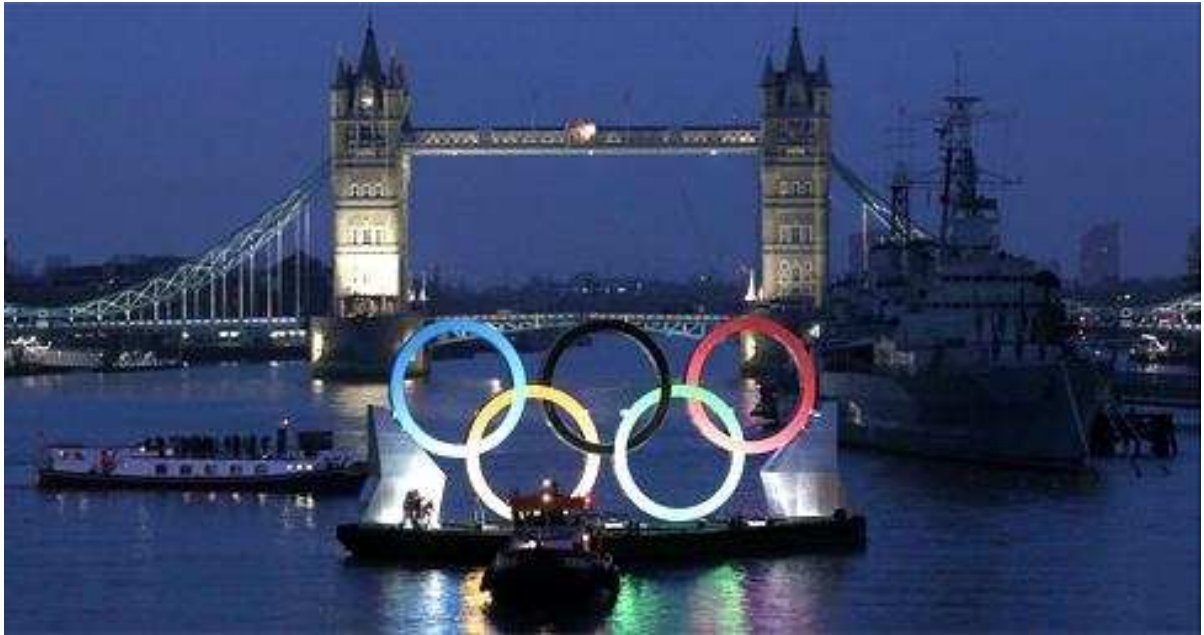
Londra ha acquisito il diritto di organizzare questa edizione dei Giochi il 6 luglio 2005 nel congresso del Comitato olimpico svoltosi a Singapore, dove ha avuto la meglio su Mosca, New York, Madrid e Parigi, quest'ultima capitale solo alla quarta votazione con lo scarto minimo di 4 voti.

Non è facile nei 2012 stupire ancora dopo la magnificenza dei Giochi di Pechino 2008, dove il governo cinese non ha badato a spese per presentare al mondo tutta la sua potenza economica ed imprenditoriale

Ma i numeri di questa edizione dei Giochi sono impressionanti: dovrebbero partecipare circa 10.500 atleti di 204 paesi. Si gareggerà in 38 discipline e verranno disputate nei 16 giorni 302 gare. Al momento il costo dei Giochi londinesi è di 14 miliardi di euro, sostenuti per il 64% dal governo centrale, il 23% dalla lotteria nazionale ed il 13% dalla municipalità di Londra. Indicativamente i costi delle strutture sono stati coperti con fondi pubblici mentre l'organizzazione è finanziata da fondi privati, una miriade di sponsor fra cui spiccano diverse multinazionali. Ma tali costi sono destinati a salire soprattutto nella voce sicurezza, considerando i timori per il grande terrorismo internazionale. E su questo fronte un fatto da non trascurare, che ha causato anche la protesta di diversi paesi di fede islamica, è che tali giochi coincidono con il Ramadan, che quest'anno si svolge proprio dal 27 luglio al 19 agosto.

Quali saranno gli eroi dei Giochi ? Il più atteso è forse lo sprinter giamaicano Usain Bolt che, considerando le staffette, potrebbe anche tornare a casa con 4 medaglie d'oro al collo, ma molto atteso è anche il duello nel nuoto fra gli statunitensi Phelps, vincitore di 8 titoli a Pechino 2008, e Lochte, nuova stella del nuoto che insegue nella storia il compagno rivale, ma che potrebbe trovare proprio in Phelps il più accanito avversario. Ma tutte le loro discipline hanno le loro stelle, come Djokovic e Federer nel tennis, il Dream Team statunitense nel basket.

Le proiezioni formulati in base ai risultati dei Campionati Mondiali delle varie discipline, prevedono la Cina in vetta al medagliere con 103 medaglie (44 d'oro, 30 d'argento e 29 di bronzo) davanti agli Stati Uniti (82) e la Russia. L'Italia in questa classifica del tutto teorica sarebbe al nono posto del medagliere con 32 medaglie (12 d'oro, 7 d'argento e 13 di bronzo). Ma sono solo numeri, la realtà del campo tante volte è diversa, non conta solo la preparazione, ma anche la capacità di dominare le emozioni, di sapersi superare nel giorno più importante. Tutti attendono nel nuoto Federica Pellegrini, ma la disciplina dove sembriamo più competitivi è la scherma con campioni e campionesse come Vezzali e Montano.



I cinque **cerchi olimpici** sono il simbolo moderno delle Olimpiadi: rappresentano i cinque continenti.



Sono **Wenlock e Mandeville** mascotte rispettivamente delle Olimpiadi e delle Paralimpiadi di Londra 2012. Entrambe ricordano per la forma un po' i Teletubbies (Tinky Winky, Dipsy, Laa-Laa e Po) che in Inghilterra sono ormai considerati glorie nazionali.

Lo sport giusto in età pediatrica: criteri di scelta e consigli pratici

Lo sport nell'età pediatrica e giovanile, ma anche in tutte le altre età della popolazione, ha raggiunto una diffusione capillare sia a livello ludico-scolastico per le fasce d'età più precoci, sia a livello pre-agonistico che agonistico grazie ad una serie di fattori favorevoli quali la maggior diffusione di strutture sportive, la accresciuta disponibilità di tempo libero associate ad una generale migliorata situazione economica della nostra società e a modelli comportamentali e salutistici offerti dai media. Il movimento fisico e l'attività sportiva, anche se svolti solamente in modo spontaneo e naturale, non strutturato e organizzato, sono per il bambino e l'adolescente una pratica innata e intuitiva che e rappresentano fonte inesauribile di divertimento, gratificazione, conoscenza, maturazione e crescita nonché di benessere psico-fisico. E' largamente provato infatti che l'esercizio fisico e motorio regolare, costante e adeguato all'età e alle condizioni neuro-psicologiche e generali del bambino, è utile se non indispensabile per promuovere e mantenere uno sviluppo e una crescita fisica e psicologica e sociale armonica ed equilibrata durante tutte le fasi dell'età evolutiva, anche quelle critiche, delicate e spesso "burrascode" dell'adolescenza.

I benefici arrecati dall'esercizio sportivo nel bambino sono dunque molteplici a cominciare da quelli prettamente **fisici**:

- Migliora la funzionalità cardio-circolatoria e respiratoria, della capacità di sostenere un lavoro fisico con sviluppo della forza e dell'elasticità muscolare.
- Potenzia la resistenza alle malattie e alla fatica con innalzamento della soglia del dolore (sviluppo di beta-endorfine oppioidi),
- Mantiene l'omeostasi glicemica, la pressione arteriosa ed il corretto peso corporeo, migliorando la funzione digestiva, e il rapporto con il cibo in un contesto socio-culturale che sta evidenziando sempre maggiormente le problematiche legate all'obesità nell'età infantile e ai disturbi del comportamento alimentare nell'adolescenza come l'anoressia e la bulimia.
- Promuove la prevenzione e la cura di numerose anomalie della crescita e dello sviluppo del bambino fra cui gli sviluppi deficitari staturo-ponderali, i dismorfismi e paramorfismi muscolo-scheletrici quali scoliosi, cifosi dorsale, iperlordosi lombare, ginocchio valgo, piede piatto e valgo.
- È una terapia di supporto per bambini affetti da **malattie croniche** come asma, diabete, "gracile" costituzione, cardiopatie, epilessia, disabilità perchè grazie all'attività motoria accettano meglio la malattia e osservano la terapia prescritta.
- Promuove fattori **neuro-psicologici** come la coordinazione e l'organizzazione psico-motoria, il senso del ritmo, l'acquisizione dello schema corporeo.

Ma non meno importanti sono i **vantaggi** apportati a livello **psicologico e relazionale** :

- Migliora l'autostima e la consapevolezza delle proprie capacità e possibilità, favorisce maggiore efficienza e sicurezza interiore, rafforza la resistenza alle frustrazioni e agli insuccessi della vita, aiuta ad avere maggior controllo delle emozioni, dell'ansia, delle tensioni e dello stress, interpersonali e sociali (fobia dello scolaro...).
- Migliora la capacità di organizzare e programmare meglio il tempo a disposizione,
- Insegna a lavorare in gruppo con un fine comune, a rispettare l'avversario e accettare le sconfitte.
- Riveste un ruolo nella prevenzione delle problematiche più attuali della realtà giovanile, quali la lotta attiva, concreta e continua alla droga, alla violenza, al bullismo, al disagio giovanile e alla microcriminalità urbana.

Tuttavia non sempre il movimento che viene proposto durante l'età pediatrica rispetta i canoni di maturazione psico-fisiologici. Per molto tempo, infatti, i bambini sono stati considerati come degli adulti in formato ristretto.

Le loro caratteristiche fisiche, invece, sono diverse da quelle dei loro genitori ed è bene, quindi, analizzare i requisiti fisiologici prima di avvicinarli ad una particolare disciplina sportiva o ad un programma di esercizio.

CRITERI PER UNA SERENA ATTIVITA' SPORTIVA

- ☒ Rispettare le fasi di crescita e maturazione psico-fisica
- ☒ Conciliare la frequenza e il rendimento scolastico con l'attività fisica.
- ☒ Acquisire uno stile di vita sano, rispettando il sonno, il riposo, le convalescenze, il fumo, ecc
- ☒ Insegnare l'educazione alimentare, ricordando che lo sport inizia a tavola.
- ☒ Trasmettere e insegnare una cultura ed una educazione sportiva
- ☒ Assumere meno farmaci possibili.
- ☒ Essere sempre positivi, ottimisti e proiettati con gioia nella vita.
- ☒ Educare all'etica, al rispetto, alla lealtà e alla correttezza verso l'avversario.
- ☒ Accettare i propri limiti, ma cercando di migliorarli.
- ☒ Lo sport non è un obbligo o un lavoro, ma è un divertimento.

☒ È il bambino che sceglie di fare lo sport e il tipo di sport secondo il proprio piacere.

☒ Insegnare prima a saper perdere e poi a saper vincere

Quante volte alla settimana Con quale frequenza fare sport? Indicativamente due-tre volte alla settimana. Se però a scuola i bambini fanno già un'attività fisica condotta seriamente (non solo corsa e partitella a calcio), la frequenza di un'attività extrascolastica potrà essere anche inferiore.

Genitori sempre allerta “Ai genitori spetta il compito di controllare che l'attività sia condotta in modo corretto dalla scuola. Non ha senso accompagnare i figli al corso e poi lasciarli come a un parcheggio per approfittarne a sbrigare le proprie faccende. Verifichiamo invece che la lezione preveda una preparazione fisica di base (sempre indispensabile, qualunque attività si pratichi), che non sia ripetitiva e noiosa, che il bambino abbia la possibilità di divertirsi e di fare davvero sport. Altrimenti parliamone liberamente con l'istruttore e, se l'impostazione della scuola non ci convince, cambiamo”.

Ci possono essere controindicazioni ? “Importante, prima di intraprendere l'attività sportiva, chiedere consiglio al proprio pediatra ed eventualmente allo specialista in Medicina dello Sport che sapranno prima di tutto evidenziare eventuali controindicazioni e indicare l'attività più adatta caso per caso. Soprattutto in caso di patologie l'attività motoria avrà anche la valenza di una terapia riabilitativa. Quindi, prima di vietare uno sport, affidarsi a pareri competenti.

L'istruttore: una figura importante A qualunque età si incominci a fare sport, la figura dell'istruttore è un punto di riferimento importante per il bambino. “Fino ai sei anni il piccolo atleta non ha bisogno di un semplice insegnante, che impartisca delle nozioni tecniche, ma di una sorta di 'baby-sitter tecnico' che sappia entrare in empatia con lui, sappia ascoltarlo e riesca a farsi ascoltare”.

Ma anche dopo i sei anni, l'istruttore continua a ricoprire un ruolo determinante: a lui spetta il compito di motivare il suo allievo, sostenerlo durante l'allenamento, ma anche interrompere, se è il caso, la lezione per fermarsi a parlare con lui e capire quali difficoltà si possono nascondere dietro eventuali insuccessi. In questo modo si instaura una relazione che va al di là del semplice rapporto tecnico-utente e che alla fine dà i risultati migliori, perché il ragazzo va a fare sport con più piacere e un po' per volta riesce a tirar fuori il meglio di sé. Non solo: se si stabilisce un rapporto di fiducia diventa anche più facile far affrontare all'allievo i sacrifici che l'allenamento e l'apprendimento del gesto tecnico comportano”.

Qual è lo sport migliore?

Il processo di allenamento nell'età giovanile, dall'infanzia all'adolescenza, può trarre giovamento da quelle che sono comunemente note come le “fasi sensibili” che consentono, stimolando un armonioso sviluppo psicofisico, di ottimizzare il tipo di lavoro, di carico, o di compito motorio da somministrare. Questo non soltanto renderà il lavoro più agevole e sicuro, ma ripagherà stimolando in modo massivo proprio gli ambiti motori che, più di altri, godono del “giusto momento” per essere sollecitati.

Le fasi sensibili pertanto individuano quali prestazioni godono del miglior margine di allenabilità e miglioramento nelle varie età. La corretta e tempestiva stimolazione è quella che può portare i massimi benefici. Interventi tardivi invece non consentiranno un analogo sviluppo quand'anche tempo ed impegno profuso fossero maggiori.

In altri termini la corretta conoscenza delle fasi sensibili permette di avere il miglior risultato con la minima spesa (ovviamente in termini di lavoro). Inoltre questo servirà da ulteriore stimolo anche per i bambini o per i ragazzi, sia perché gratificati nel notare l'aumento delle loro abilità, sia perché non subiranno stress

funzionali o emotivi derivanti da un lavoro non idoneo o dalla frustrazione di non apprezzare evidenti miglioramenti.

Nel rispetto delle fasi sensibili nei primi anni di vita non bisognerebbe mai parlare di sport ma bensì di gioco e tutta l'attività di movimento fisico e di "motricità" dovrebbe essere lasciata di libera, esuberante e spontanea interpretazione con **corse, salti e lanci**, proposte in veste di gioioso gioco. Solo dopo i 6 anni l'attività fisica e motoria, sempre in forma ludica, può divenire un po' più organizzata e strutturata, ma mai tecnicizzata o selettiva, sempre con poca interferenza dell'adulto che dovrebbe limitarsi a osservare, controllare e garantire un piacevole e sicuro svago per tutti. Fino ai 10-12 anni il bambino dovrebbe così avere la possibilità di conoscere e apprendere tutte le forme di movimento e gesti fisici e atletici, impegnando tutti i gruppi muscolari e distretti corporei in modo da favorirne lo sviluppo completo e armonico, stimolando la destrezza e potenziando la resistenza. Saranno privilegiati gli **sport di squadra** e di **destrezza**, senza trascurare lo sviluppo aerobico adeguato. Discorso a parte merita il nuoto che andrebbe insegnato e praticato da tutti i bambini, per l'unicità del gesto, per la sua completezza e sicurezza nella vita pratica. Lo sport deve essere sempre scelto dal bambino, deve piacere, gratificare, soddisfare la propria esuberanza, la propria indole ma la specializzazione non deve mai avvenire troppo precocemente.

Riferimenti bibliografici

- BAUER J. "Le fasi sensibili" Rivista di cultura sportiva. Scuola dello Sport - prima parte VII, 13, 1988 - Seconda parte VII, 14, 1988.
- BINKHORST R.A., KEMPER H.C.G., SARIS Z.H.M. (curatori) "Children on exercise". Int. series on sport sciences champaign, ill. Human Kinetics, vol. 15, 1985.
- CALLIGARIS A. "Attività Fisica in età Pediatrica". Rassegna Internazionale di Medicina dello Sport, II, n. 8, 1987.
- DE TONI, "Lo sport nell'età evolutiva", in Luccherini, Cervini T., Cervini C., (Eds). Medicina dello Sport, cap. XXX. Ed. SEU, Roma, 1960.
- DRAGO E., LUBICH T. "Le attività sportive nell'età evolutiva". Aggiornamento del Medico, 8, 2, 1985.
- FAMOSE J.P., RIPON H. (a cura di), "Lo schema corporeo". Dialogo con Jacques Paillard, Didattica del Movimento 59, 1988.
- GAULD D., WEISS M.R. (a cura di), "Advances in Pediatric, Sport Sciences, Champaign", III. Human Kinetics vol. 2, Behaviour Issues, 1987.
- GIAMPIETRO M., BERLUTTI G., CALDARONE G., "Attività fisica ed età evolutiva", Rivista di cultura sportiva, Scuola dello Sport VI, 13, 1988.
- GLEESON G. (a cura di), "The growing child in competitive sport", Jeven OAKS, Hodder & Stoughton, 1986.
- HUGHSON R. "I bambini e lo sport agonistico. - Un approccio multidisciplinare", Atletica Studi, 3-4, 1988.
- IANNONE S., "I problemi dello sport giovanile", Didattica del movimento, 57/58, 1988.
- MANNO R., "L'evoluzione delle capacità motorie dai 6 ai 14 anni". Didattica del movimento, 51/52, 1987.

- MALINA R., "Sviluppo e prestazione sportiva", Rivista di cultura sportiva, Scuola dello Sport, VI, 9, 1987.
- MALINA R. "Il momento opportuno". Rivista di cultura sportiva, Scuola dello Sport, VII, 14 1988.
- NICOLETTI I., "Auxologia e Sport", Rivista di cultura sportiva. Scuola dello Sport, VII, 12, 1988.
- SALVINI A., "Aspetti socio-pedagogici dell'avviamento all'attività motoria". 2° Seminario di studio per docenti I.S.E.F. di ginnastica artistica e ritmica sportiva; Ed. S.d.S. Roma, 9-13 novembre 1981.
- TITTEL K., "L'adattamento in età giovanile", Rivista di cultura sportiva. Scuola dello Sport, Prima parte VII, 12, 1988; Seconda parte VII, 13, 1988.
- WINTER R., "Le fasi sensibili". Rivista di cultura sportiva, Scuola dello Sport V, 6, 1986.

Prof. MASSIMILIANO NOSEDA

Giochi didattici per educare alla disabilità

Il gioco costituisce per il bambino uno strumento di esplorazione immediato e naturale volto non solo ad approfondire la conoscenza di sé ma anche a promuovere l'evoluzione delle proprie capacità relazionali sia con gli altri che con l'ambiente circostante. Attraverso esperienze ludiche è, infatti, possibile allo stesso tempo sperimentare diversi ruoli sociali o fantastici e vivere in sicurezza le molteplici emozioni derivate. Questo in quanto il gioco, a differenza della vita reale, può essere volontariamente modulato nel tempo e, quindi, ripetuto qualora dovesse rivelarsi fonte di piacere, oppure immediatamente interrotto qualora al contrario dovesse costituire motivo di angoscia o paura. Da tutto ciò deriva anche che, educativamente parlando, alcune esperienze ludiche possano essere volutamente indotte al fine di far sperimentare al singolo o al gruppo particolari condizioni o sensazioni in modo da incentivare una corretta gestione futura, stimolare un miglior controllo di situazioni emotivamente intense e prevenire il disagio o la sorpresa che potrebbe associarsi a tutto ciò che è nuovo.

La presenza di un bambino con disabilità in un gruppo, sia esso ludico, sportivo o scolastico, potrebbe rientrare in tale ambito ed in particolare indurre l'insorgenza di problemi relazionali soprattutto qualora l'educatore o l'insegnante non possieda sufficiente esperienza in materia o gli altri bambini non abbiano mai vissuto in precedenza una situazione simile. Al contrario, invece, l'esperienza diretta di una limitazione delle attività o di una restrizione nella partecipazione proposta volontariamente e preventivamente potrebbe aiutare il bambino non disabile sia a capire meglio le difficoltà e i bisogni di un soggetto con disabilità sia ad immedesimarsi in tale particolare condizione funzionale al fine di facilitare una proficua interazione futura per entrambi le parti. Il gioco costituisce, infatti, a tal proposito una delle possibili metodologie per promuovere la piena inclusione sociale in modo naturale stemperando l'imbarazzo e la carica emotiva spesso sottesi in contesti reali. Determinante sarà, tuttavia, il ruolo attivo dell'educatore al fine di guidare e stimolare opportunamente il bambino con esperienze costruttive in grado di tener sotto controllo tutte le variabili ambientali e far emergere gli aspetti didattico-educativi impliciti.

Di seguito vengono, quindi, illustrate alcune semplici esperienze ludiche strutturate e facilmente riproducibili in contesti collettivi al fine di mettere armoniosamente in pratica quanto finora illustrato e promuovere fin dai primi anni di vita una corretta educazione alla disabilità, tema che pur rivestendo una grande importanza sociale risulta purtroppo ancora oggi troppo spesso trascurato, lasciato all'iniziativa del singolo educatore e trattato in modo alquanto superficiale.

GIOCO 1

LA CAVALLETTA

Obiettivo: *far sperimentare al bambino le restrizioni nella partecipazione che un soggetto con disabilità motoria dell'arto inferiore vive quotidianamente.*

Attività: creare un percorso che preveda alcuni ostacoli da superare mediante saltelli di lunghezza e altezza differenti (es. scalini, birilli, scatole, etc). Invitare, quindi, ciascun bambino a percorrerlo prima saltellando su una gamba sola e poi anche a caviglie unite e bloccate tenacemente con una benda in modo che sia consentito il saltello come unica strategia di spostamento.

Aspetti didattici: far notare al bambino come la deambulazione tradizionale consente uno spostamento più armonico e meno faticoso rispetto a possibili strategie alternative di movimento come ad esempio il salto.



GIOCO 2

OPERE D'ARTE

Obiettivo: *far sperimentare al bambino le restrizioni nella partecipazione che un soggetto con disabilità motoria dell'arto superiore vive quotidianamente.*

Attività: fornire ad ogni bambino un foglio e un pennarello proponendo di disegnare un semplice oggetto (es. una mela, una locomotiva, un fiore, etc). Successivamente, invitare il gruppo una prima volta a riprodurre lo stesso disegno con l'altra mano e una seconda afferrando il pennarello tra denti e labbra e muovendo la testa e il corpo per disegnare.

Aspetti didattici: far notare ai bambini attraverso il confronto dei primi due disegni come l'abitudine ad usare sempre lo stesso arto contribuisce a raffinarne la precisione nell'uso mentre attraverso il raffronto del primo e del terzo disegno come la mano in generale consente una più facile manipolazione degli oggetti.



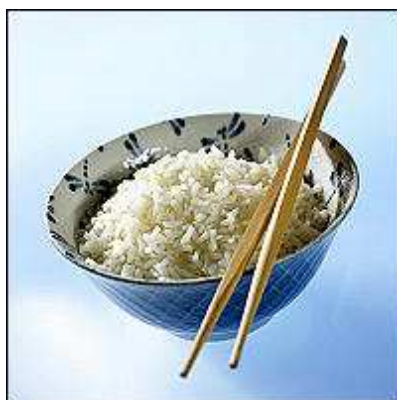
GIOCO 3

AL RISTORANTE CINESE

Obiettivo: *far sperimentare al bambino alcune delle limitazioni delle attività che un soggetto con disabilità motoria dell'arto superiore vive quotidianamente.*

Attività: fornire ad ogni bambino due bastoncini cinesi e un piatto di plastica contenente più o meno la stessa quantità di riso cotto. Invitare, quindi, il gruppo ad utilizzarli per nutrirsi. Ripetere, infine, la stessa esperienza utilizzando prima dei piccoli cucchiaini da caffè e poi delle comuni forchette da cucina.

Aspetti didattici: far notare al bambino come l'utensile appropriato per forma e dimensioni è in grado di rendere più armonico il movimento e più rapida la nutrizione.



GIOCO 4

IL MAGAZZINO

Obiettivo: *far sperimentare al bambino le limitazioni delle attività o le restrizioni nella partecipazione che un soggetto con disabilità visiva vive quotidianamente.*

Attività: bendare un bambino avendo ben cura che questo non possa vedere volgendo lo sguardo in basso. Portarlo, poi, al centro di uno spazio definito (area esterna delimitata o aula) ed invitarlo a compiere diversi giri su se stesso per indurlo a perdere l'orientamento. Disporre, quindi, diversi oggetti casualmente nel medesimo spazio (es. bicicletta, palla, birillo, etc) e chiedere al bambino bendato, muovendosi cautamente nello spazio, di provare recuperarli nel tempo prestabilito utilizzando il proprio tatto (es. 3, 5 o 8 minuti). Ripetere, quindi, il gioco bendando tutti gli altri bambini uno alla volta e disponendo gli stessi oggetti ogni volta in modo diverso. Vince il bambino bendato che totalizza il punteggio maggiore considerando che è bene attribuire a priori un punteggio minore agli oggetti più grandi (es. 1 o 2 punto), in quanto più facili da trovare, ed uno maggiore a quelli più piccoli (es. 3 o 4 punti). Si raccomanda di mantenere il gruppo in silenzio durante il gioco per evitare di influenzare con suggerimenti verbali gli spostamenti del bambino bendato.

Aspetti didattici: far notare ai bambini come la mancanza della vista rende sia molto più lenta la ricerca di oggetti nello spazio sia molto più incerti i movimenti dell'esploratore.



GIOCO 5

IL BRACCIALETTO

Obiettivo: *far sperimentare al bambino come le limitazioni delle attività o le restrizioni nella partecipazione che un soggetto con disabilità visiva vive quotidianamente possono essere parzialmente ridotte attraverso il compenso sensoriale tattile.*

Attività: riproporre il gioco precedente creando delle coppie nelle quali i bambini, di cui uno bendato, vengono legati al polso mediante un braccialetto di stoffa. Chiedere, quindi, alla coppia di recuperare il maggior numero di oggetti indipendentemente dalle dimensioni nel tempo minore. Invertire, infine, i ruoli della coppia nella partita successiva. Si raccomanda di mantenere gli altri bambini in silenzio durante il gioco in modo che il bambino bendato abbia come unico riferimento lo stimolo tattile e verbale derivato dal compagno di squadra.

Aspetti didattici: far notare ai bambini come, rispetto al gioco precedente, la ricerca diventa più veloce in presenza di facilitazioni tattili e verbali.



GIOCO 6

L'ESPLORATORE

Obiettivo: *far sperimentare al bambino come le limitazioni delle attività o le restrizioni nella partecipazione che un soggetto con disabilità visiva sperimenta quotidianamente possono essere parzialmente ridotte o incrementate dalle condizioni ambientali.*

Attività: in uno spazio delimitato porre quattro oggetti di dimensioni molto diverse (es. chiave, pallina da tennis, pallone da basket, scatolone, etc). Bendare a turno ciascun bambino e portarlo al centro di uno spazio definito. Chiedergli, quindi, di fare diversi giri su se stesso al fine di fargli perdere volutamente l'orientamento. Invitarlo, poi, muovendosi cautamente nello spazio, a ritrovare il maggior numero di oggetti possibile in un tempo predeterminato (es. 3 minuti). Gli elementi ritrovati vengono rimossi dallo spazio e conferiscono un punteggio tanto maggiore (1, 2, 3 o 4 punti) quanto più sono piccoli. Ripetere, quindi, il gioco bendando tutti i bambini uno alla volta e cambiando posizione agli oggetti nello spazio. Vince il bambino bendato che totalizza il maggior numero di punti. Si raccomanda di mantenere il gruppo in silenzio durante il gioco per evitare di influenzare gli spostamenti del bambino bendato che deve utilizzare solo le proprie risorse per esplorare l'ambiente.

Aspetti didattici: far osservare ai bambini come la dimensione degli oggetti influenza la ricerca nel senso che i più piccoli sono anche i più difficili da ritrovare.



GIOCO 7

LA VOCE GUIDA

Obiettivo: *far sperimentare al bambino come le limitazioni delle attività o le restrizioni nella partecipazione che un soggetto con disabilità visiva vive quotidianamente possono essere parzialmente ridotte attraverso il compenso uditivo.*

Attività: dopo aver suddiviso la classe in coppie bendare a turno uno dei due componenti avendo ben cura che questo non possa vedere volgendo lo sguardo in basso. Portarlo, poi, al centro di uno spazio definito (area esterna delimitata o aula) ed invitarlo a compiere diversi giri su se stesso per indurlo a perdere l'orientamento. Disporre, quindi, diversi oggetti casualmente nel medesimo spazio (es. bicicletta, palla, birillo, etc) e chiedere al bambino bendato, muovendosi cautamente nello spazio ed utilizzando le indicazioni verbali del compagno di squadra, di provare a recuperarli. Ripetere, quindi, il gioco per ogni coppia bendando alternativamente i componenti e disponendo gli stessi oggetti ogni volta in modo diverso. Vince il bambino bendato che totalizza il punteggio maggiore ovvero che recupera il maggior numero di oggetti nel minor tempo possibile. Si raccomanda di mantenere il gruppo in silenzio durante per far sì che questo abbia come unico riferimento lo stimolo verbale del compagno di squadra.

Aspetti didattici: far notare ai bambini come la mancanza della vista può essere compensata dall'uso dell'informazione uditiva pur comportando un tempo di esecuzione aumentato, possibili pericoli e maggior incertezza di movimento.



GIOCO 8

IL CORRIMANO

Obiettivo: *far sperimentare al bambino il compenso tattile che un soggetto con limitazioni delle attività o restrizioni nella partecipazione conseguenti a disabilità visiva vive quotidianamente.*

Attività: posizionare sul pavimento dei bastoni avendo cura di mantenere le estremità a contatto tra loro e di creare ogni volta angoli di ampiezza differente. Bendare, infine, ciascun bambino e, uno alla volta, chieder loro di seguire il percorso creato utilizzando il proprio tatto. Vince il bambino che percorre il tragitto nel minor tempo possibile.

Aspetti didattici: far notare al bambino che lo stimolo tattile dovuto alla presenza del bastone consente di seguire un percorso preciso anche in assenza della guida visiva.



GIOCO 9

IL SEGUGIO

Obiettivo: *far sperimentare al bambino come le limitazioni delle attività o le restrizioni nella partecipazione che un soggetto con disabilità visiva vive quotidianamente possono essere parzialmente ridotte attraverso il compenso olfattivo.*

Attività: preparare alcuni cibi (es. pezzi di frutta, cacao, miele, etc), bevande (succo di frutta, latte, aranciata, etc) e aromi (salvia, rosmarino, alloro, origano, prezzemolo, aglio, cipolla, etc). A turno, bendare ciascun bambino ed invitare lo stesso a indovinare l'alimento proposto semplicemente annusandolo. Vince il bambino che totalizza il punteggio più alto. È fondamentale non mostrare ai bambini gli alimenti che dovranno indovinare prima che avvenga il bendaggio e chiedere al gruppo di rimanere in assoluto silenzio durante il gioco.

Aspetti didattici: far notare al bambino come, in assenza della vista, l'olfatto può costituire una risorsa conoscitiva.



GIOCO 10

FRUTTA E VERDURA PER TUTTI

Obiettivo: *far sperimentare al bambino come le limitazioni delle attività o le restrizioni nella partecipazione che un soggetto con disabilità visiva vive quotidianamente possono essere parzialmente ridotte attraverso il compenso gustativo.*

Attività: preparare alcuni frutti e verdure a pezzi cercando di creare ottenere ogni volta forme e dimensioni diverse. Dividere, quindi, il gruppo in due o più squadre. A turno, bendare un componente ed invitare lo stesso a indovinare il vegetale proposto semplicemente assaggiandolo. Vince la squadra che totalizza il punteggio più alto. È fondamentale chiedere ai bambini che assistono all'esperienza di rimanere in assoluto silenzio.

Aspetti didattici: far notare al bambino come, in assenza della vista, il gusto può costituire una risorsa conoscitiva.



GIOCO 11

IL MIMO

Obiettivo: *far sperimentare al bambino alcune strategie di comunicazione alternative che un soggetto affetto da difficoltà dell'eloquio utilizza abitualmente.*

Attività: preparare alcuni gruppi di biglietti suddividendoli per categoria e scrivere su ciascuno un vocabolo appartenente a quella famiglia di parole: per esempio fiabe (Pinocchio, Cenerentola, Biancaneve, etc), sport (basket, pallavolo, nuoto, etc), mezzi di trasporto (treno, aereo, bicicletta, etc), stati d'animo (gioia, rabbia, stupore, ect) e animali (giraffa, serpente, delfino). Inviare, quindi, ciascun partecipante ad estrarre un foglietto da ogni gruppo e a mimarne il contenuto agli altri bambini. Non è ovviamente concesso l'uso della parola. Vince il bambino che indovina il maggior numero di parole.

Aspetti didattici: far notare al bambino come la gestualità costituisce una possibile alternativa alla parola.



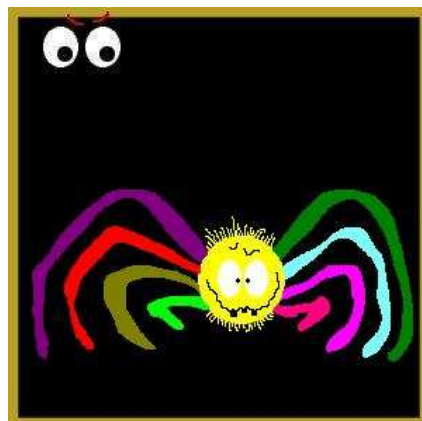
GIOCO 12

GRAFFITI

Obiettivo: *far sperimentare al bambino alcune strategie di comunicazione alternative che un soggetto con difficoltà dell'eloquio potrebbe utilizzare per esprimersi.*

Attività: preparare alcuni gruppi di biglietti suddividendoli per categoria e scrivere su ciascuno un vocabolo appartenente a quella famiglia di parole: per esempio verbi (disegnare, scrivere, saltare, etc), fiabe (Pollicino, Il gatto con gli stivali, Il mago di Oz etc), professioni (imbianchino, idraulico, elettricista, etc) e animali (gatto, gufo, elefante, etc). Inviare, quindi, ciascun partecipante ad estrarre un foglietto da ogni gruppo e a disegnarne il contenuto alla lavagna utilizzando gessetti colorati. Non è ovviamente concesso l'uso della parola né di alcuna lettera dell'alfabeto in forma scritta. Vince il bambino che indovina il maggior numero di parole.

Aspetti didattici: far notare al bambino come il disegno costituisce una possibile alternativa alla parola.



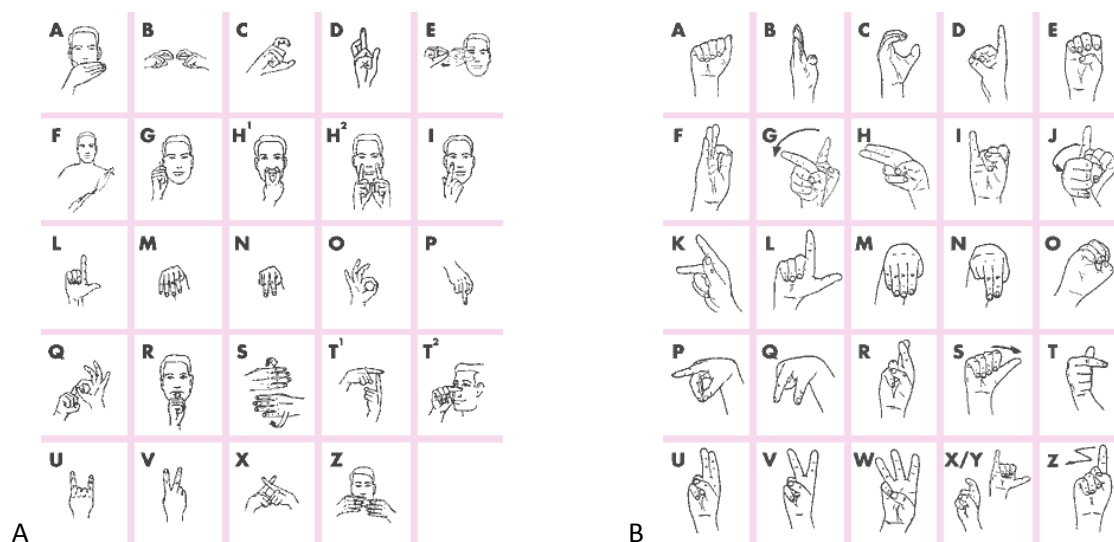
GIOCO 13

L'ALFABETO MANUALE

Obiettivo: far sperimentare al bambino alcune strategie di comunicazione alternative che un soggetto con difficoltà dell'eloquio potrebbe utilizzare per esprimersi.

Attività: preparare alcuni gruppi di biglietti suddividendoli per categoria e scrivere su ciascuno un vocabolo appartenente a quella famiglia di parole: per esempio metalli (oro, argento, bronzo, etc), colori (giallo, rosso, verde, etc), vestiti (maglia, pantalone, calze, etc) e pesci (luccio, trota, tonno, etc). Inviare, quindi, ciascun partecipante ad estrarre un foglietto da ogni gruppo e ad utilizzare l'alfabeto manuale per trasmettere alla classe il contenuto. Non è ovviamente concesso l'uso della parola. Vince il bambino che indovina il maggior numero di parole.

Aspetti didattici: far notare al bambino come l'alfabeto manuale costituisce una possibile alternativa alla parola.



In B il "l'alfabeto manuale" attualmente usato e il A quello usato fino a qualche anno fa.

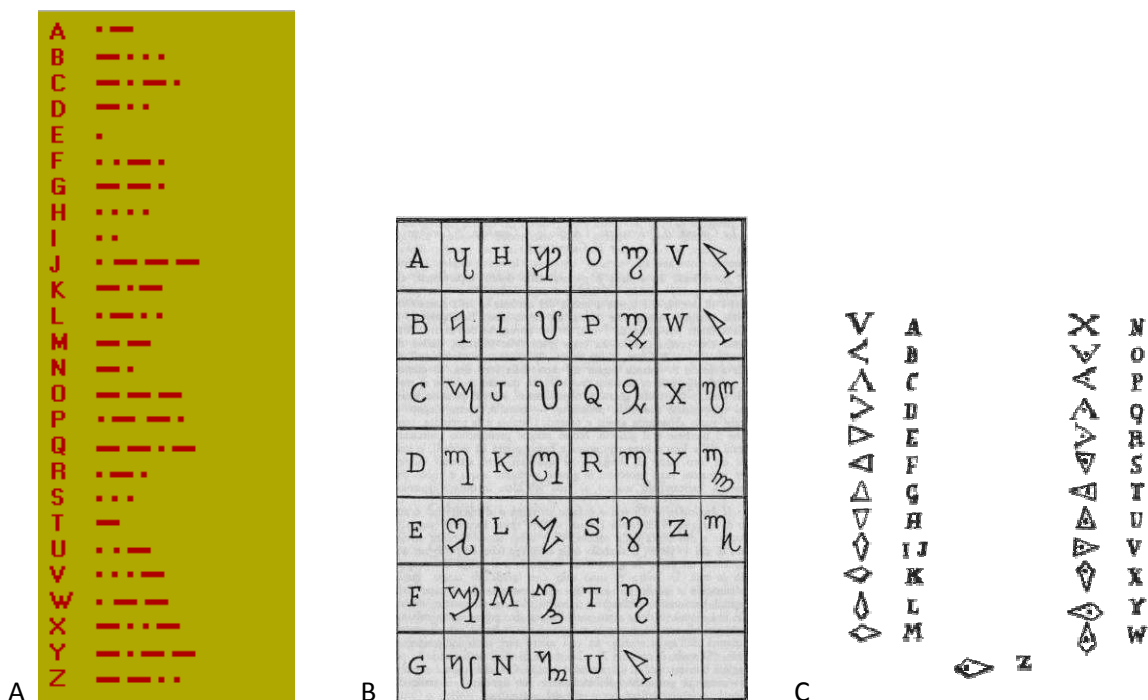
GIOCO 14

CODICI SEGRETI

Obiettivo: far sperimentare al bambino alcune strategie comunicative alternative.

Attività: chiedere a ciascun bambino di scrivere una frase e, quindi, di tradurla utilizzando il “codice morse”, ovvero un alfabeto costituito da punti e linee. Invitare, quindi, i bambini a scambiarsi i biglietti e a decifrare i messaggi. Proporre, poi, a ciascun bambino di inventare un proprio alfabeto associando a ciascuna lettera un segno differente. Chiedere, infine, ai bambini di scambiarsi i biglietti e gli alfabeti creati in modo da poter decifrare i messaggi.

Aspetti didattici: far notare al bambino come la scrittura è basata su un insieme di segni grafici condivisi che consentono il trasferimento di informazioni.



In A il “codice morse” mentre in B e in C due possibili alfabeti alternativi

GIOCO 15

STRADE PARLANTI

Obiettivo: far acquisire familiarità al bambino con alcune strategie comunicative non verbali comunemente usate.

Dott.ssa CLAUDIA GORLA

La gestione dell'aggressività nei contesti di gruppo

“Crescere è di per sé un atto aggressivo” (D.W.Winnicott)

Il termine aggressività deriva dal latino *ad-gradior* il cui significato etimologico appare complesso. Il verbo *gradior*, infatti, significa “andare”, “avanzare”, ma anche “attaccare” e la preposizione *ad* indica “contro”, ma anche “verso”, “allo scopo di”. Il senso del termine, quindi, non è solo “aggredire”, ma anche “andare verso”, “intraprendere”, “cercare di ottenere”.

Andare verso gli altri, verso la scoperta della vita e verso la realizzazione di sé è una forza positiva che spinge il bambino verso l'autonomia e l'esplorazione.

L'aggressività è perciò una pulsione sana e funzionale ai bisogni di crescita del bambino.

Konrad Lorenz, premio Nobel per la fisiologia e la medicina nel 1973, considera l'aggressività un istinto animale innato, come la fame, la sessualità e la fuga, che svolge una funzione fondamentale per l'adattamento della specie



La pulsione aggressiva, essendo innata, non può essere annullata; per questa ragione nella nostra specie e in tutti gli animali superiori si sono sviluppati dei meccanismi che ne limitano la distruttività, quali la ritualizzazione e l'inibizione. Nel caso della *ritualizzazione* il “ridirezionamento” di un comportamento aggressivo permette di evitarne gli effetti negativi attraverso rituali e cerimonie di significato simbolico, quali ad esempio una competizione sportiva, una funzione religiosa, la creazione di un'opera d'arte.

Il meccanismo dell'*inibizione*, invece, si sviluppa soprattutto nelle società animali, come quelle dei predatori, in cui un comportamento aggressivo può portare fino all'uccisione di altri membri della stessa specie. Negli esseri umani svolgono una funzione inibitoria quegli atteggiamenti ritualizzati di pacificazione o di sottomissione, come il sorriso, il saluto, la stretta di mano, che, segnalando intenzioni pacifiche, servono a rivolgere l'aggressività verso altre direzioni. Questi comportamenti sono in genere diretti solo ad alcuni membri del proprio gruppo sociale, in modo da stabilire una differenziazione tra l'amico, il parente e lo sconosciuto.

Donald.W.Winnicott, pediatra e psicanalista infantile, sostiene che, vista nella sua accezione positiva, l'aggressività è un'energia, una forza vitale presente nel bambino fin dalla nascita ancor prima che possa esprimere i suoi impulsi intenzionalmente e che l'aggressività “fa parte dell'espressione primitiva dell'amore, si riferisce all'esperienza sia fisica che mentale della fame, al piacere, al nutrimento ed alla sua insoddisfazione, che genera frustrazione, rabbia e ostilità”. Parla di due facce della stessa medaglia che sono: nutrire e distruggere. L'aggressività, infatti, se mal gestita, può diventare energia distruttiva per sé e per gli altri. Nell'educazione del bambino è importante tenere presente l'esistenza di entrambi gli aspetti e insegnare a gestire il piacere, ma anche la frustrazione derivante dalle esperienze quotidiane con il cibo, con i desideri e con le relazioni interpersonali.



Un'altra visione dell'aggressività come fisiologica nello sviluppo del bambino è quella presentata dalla teoria dell'attaccamento, proposta per la prima volta verso la metà degli anni cinquanta da John Bowlby. L'essere umano manifesta una predisposizione innata a sviluppare relazioni di attaccamento con figure genitoriali primarie e lo scopo fondamentale di tali relazioni è la protezione dai pericoli.

Nella prospettiva della teoria dell'attaccamento, come in quella etologica, l'aggressività viene considerata una componente innata della costituzione umana e perde la propria connotazione negativa assumendo un significato adattivo ed evolutivo, in quanto il comportamento aggressivo è attivato da situazioni ambientali percepite come un pericolo o una minaccia.

I bambini necessitano di “un rapporto caldo, intimo e ininterrotto con la madre nel quale entrambi possano trovare soddisfazione e godimento”; la deprivazione prolungata di cure materne può favorire lo sviluppo di disturbi psicologici e di comportamenti antisociali che permangono nell'età adulta.

L'aggressività è vista soprattutto per il proprio valore funzionale e le sue manifestazioni sono considerate come una protesta nei confronti delle circostanze che minacciano la relazione con la figura di attaccamento.

L'atteggiamento di protesta che si attiva per evitare le esperienze di separazione è ritenuto, infatti, una delle tre componenti fondamentali di ogni relazione d'attaccamento, assieme alla ricerca della vicinanza e

all'effetto "base sicura", cioè al particolare clima di fiducia e di sicurezza che si stabilisce con la figura di attaccamento.

Il bambino, se lasciato solo oppure in una condizione di pericolo, può mettere in atto dei comportamenti di attaccamento, come pianto, urla, espressioni di rabbia, che hanno la funzione principale di richiamare il caregiver. Bowlby chiama questa reazione "collera funzionale" e la considera un atteggiamento di rimprovero e di punizione che ha il fine di scoraggiare la separazione e favorire la riunione con la figura d'attaccamento rafforzando il legame.



Durante il primo anno di vita l'aggressività del bambino, che si manifesta anche con pianti, urla, lancio di oggetti per colpire, è una modalità di dare spazio alla tendenza esplorativa e anche di contrastare le frustrazioni; in questo secondo caso si può connotare sempre di più come rabbia, in reazione al non poter ottenere subito ciò che desidera. Nel bambino l'aggressività serve a distaccarsi progressivamente dalle figure genitoriali per iniziare ad affrontare il mondo; il piccolo che tocca gli oggetti, li apre, li rompe, mostra un'aggressività che non è patologica, ma esprime il bisogno di conoscere ciò che lo circonda.

L'aggressività è, quindi, un istinto da educare e il bambino deve essere aiutato sin dall'inizio dal caregiver che deve fornirgli dei limiti e un contenimento, in modo da non fargli vivere la propria aggressività o la rabbia come dirompenti e incontrollabili. Gli strumenti che un adulto può utilizzare per gestire l'aggressività fisiologica che si manifesta con crisi di rabbia sono: il gioco libero e simbolico (far finta di far arrabbiare il bambolotto, fargli raccontare la sua rabbia...); l'espressione della rabbia attraverso il corpo (esempio: "se sei arrabbiato sbatti forte i piedi poi vedrai che ti sentirai meglio!"); la narrazione di favole (storie in cui il personaggio affronta situazioni simili a quelle che provocano la collera del bambino); il contenimento fisico ed emotivo (dare un nome all'emozione che il bambino sta provando: "vedo che sei arrabbiato, questa cosa non va bene, non si può fare, io sono vicino a te, stringimi e cerca di calmarti").

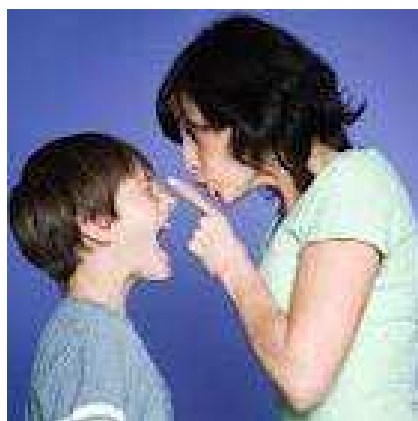
L'aggressività in sé non è perciò negativa, ma essendo energia, se presente in eccesso e mal gestita, può diventare "patologica" in età evolutiva favorendo la strutturazione di particolari disturbi quali, ad esempio, l'ADHD, il Disturbo Oppositivo Provocatorio e il Disturbo della Condotta.

L'iperattività (senza o con deficit di attenzione - *ADHD/Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) è una delle patologie più diffuse. Consiste in un aumento dell'attività motoria e in un'irrequietezza ben diversa dalla vivacità. I bambini con questo disturbo non riescono a stare seduti per più di qualche minuto e sentono la

necessità di camminare nervosamente su e giù per la stanza, anche in classe. Nel gioco distruggono solo, oppure non riescono a stare in fila all'allenamento di calcio o a rispettare il loro turno. Questa irrequietezza, interferendo con l'attenzione e l'apprendimento, influisce negativamente sul rendimento scolastico, sull'autostima e sulla motivazione allo studio.



Il bambino con comportamenti oppositivo-provocatori presenta un atteggiamento aggressivo-distruttivo, disobbediente, provocatorio e ostile verso le figure di autorità. Spesso va in collera, litiga con gli adulti, sfida le regole e si rifiuta di rispettarle, accusa gli altri per i propri errori, è suscettibile e spesso irritato, è frequentemente arrabbiato o rancoroso, dispettoso o vendicativo. Tali atteggiamenti di ostinazione potrebbero risultare nella norma fino ai sei anni; tenendo presente che gli anni dello sviluppo sono contrassegnati da un crescente senso di individuazione e autonomia, ma quando superano certi limiti oltre i sei anni potrebbero far pensare ad un Disturbo Oppositivo-Provocatorio.



Il bambino con Disturbo della Condotta può mettere in atto i seguenti comportamenti antisociali: fa il prepotente, minaccia, intimidisce gli altri, è crudele con le persone e con gli animali, ruba o distrugge proprietà altrui, può usare armi che possono causare seri danni fisici, appicca il fuoco, dà inizio a colluttazioni fisiche, mente per ottenere vantaggi, trascorre fuori di casa la notte, fugge di casa, marina la scuola.



Il 32% di bambini con ADHD (componente impulsività/iperattività) poi è coinvolto nel fenomeno del bullismo.

Il termine “Bullying” pone al centro dell’attenzione la relazione asimmetrica tra vittima e persecutore e si caratterizza per l’intenzione di fare del male, la mancanza di compassione e l’analfabetismo affettivo, l’intensità e la durata dei comportamenti, il potere del bullo, la vulnerabilità della vittima, la mancanza di sostegno da parte del gruppo e la gravità delle conseguenze. Gli educatori devono essere attenti a monitorare lo scherzo per prevenire gli eccessi, ad individuare i limiti di rispetto per impedire che lo scherzo si trasformi in umiliazione e prepotenza, a chiarire come umiliazione e prepotenza contengono in sé caratteristiche che possono configurarsi come reati.

Infine, il comportamento provocatorio e aggressivo può, in alcuni casi, nascondere la presenza di disturbi di tipo ansioso-depressivo o presentarsi in bambini con disturbi dell’apprendimento.

Il bambino aggressivo a scuola e nelle varie situazioni di gruppo non coglie la sofferenza che i suoi attacchi provocano nei coetanei e negli adulti, mostra disturbi significativi dello sviluppo sociale ed emozionale, come deterioramento delle relazioni con il gruppo dei pari, scarsa tolleranza alla frustrazione, scarso controllo degli impulsi e scarsa autostima.

Preso atto del quadro comportamentale del bambino aggressivo e delle motivazioni sottese all’aggressività è importante che l’educatore si ponga come contenimento emotivo e cognitivo della rabbia e della distruttività.

Per ridurre l’aggressività nel gruppo è indispensabile insegnare le norme, facilitare l’espressione delle emozioni, far emergere e gestire il conflitto, promuovere l’identificazione con l’altro, indurre al pensiero critico, canalizzare l’aggressività.

L’educatore deve centrare il suo lavoro sullo sviluppo della prosocialità, sull’alfabetizzazione emotiva, sul tutoring, sulla costruzione di un contratto condiviso con poche regole chiare e definite



Deve saper effettuare un' analisi sistemico-relazionale che gli consenta una visione delle diverse relazioni tra gli "attori" nella quale ogni singolo gesto abbia il suo significato e offra una lettura dove i comportamenti disturbanti assumono un senso se integrati in dinamiche di azioni e reazioni reciproche

Soprattutto l'educatore dovrebbe rendersi conto che il bambino aggressivo vuole "essere visto" e ha bisogno di avere vicino un adulto che partecipi emotivamente e mentalmente a quanto gli succede.

Nel gruppo i bambini non vanno visti esclusivamente come vittime né come aggressori, ma come risorse positive per creare un buon clima di convivenza e di lavoro.

Riferimenti bibliografici

- Bowlby J.,: *Una base sicura*. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Lorenz K. ,: *On aggression. Trad it: Il cosiddetto male*. Garzanti, Milano, 1974.
- D.W.Winnicott, *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando editore, 2005
- Menesini: *Bullismo: le azioni efficaci della scuola*. Ed. Erickson, Trento 2003
- Di Pietro-Bassi-Filorama: *L'alunno iperattivo in classe*. Ed. Erickson, Trento 2001
- Cornoldi e coll.:*Impulsività ed autocontrollo*. Ed. Erickson, Trento 1996
- Daniel L. Davis "la rabbia nei bambini – una guida per i genitori" Armando editore, Roma 2007
- T. Berry Brazelton, J.D. Sparrow "Il tuo bambino e l'aggressività – una guida autorevole per affrontare rabbia e collera" Raffaello Cortina ed. Milano 2007
- D.Fedeli , *Il disturbo della condotta*, Carrocci Editore, Roma 2011
- McGinnis e coll., *Manuale di insegnamento delle abilità sociali*. Ed. Erickson, Trento 1996
- D.Fedeli, *Emozioni e successo scolastico*, Carrocci Faber, Roma 2006

ELENCO RELATORI

Prof. Massimiliano Nosedà

Medico, docente universitario presso gli Atenei di Aosta, Firenze e Ferrara, medico specialista in medicina fisica e riabilitazione, specialista in igiene e medicina preventiva, Milano

Email: massimiliano.nosedà@tin.it

Siti internet universitari:

www.univda.it/nosedamassimiliano

www1test.unifi.it/cercachi/scheda.php?f=s&codice=10402

www.docente.unife.it/docenti-en/massimiliano.nosedà

Prof. Luigi Ferini Strambi

Medico, specialista in neurologia, professore associato dell'Università Vita e Salute, direttore del Centro medicina del sonno del IRCCS Fondazione San Raffaele, responsabile Europeo della World Association of Sleep Medicine, Milano

Dott.ssa Chiara Moretti

Medico, specialista in pediatria, Struttura Complessa di pediatria dell'A.O. Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano, Milano

Dott. Ettore Corradi

Medico, specialista in scienze dell'alimentazione, Struttura Complessa di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'A.O. Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano, Milano

Email: ettore.corradi@ospedaleniguarda.it

Dott.ssa Claudia Chiarino

Medico specialista in scienze dell'alimentazione con indirizzo dietologico, Unità Operativa di Igiene della nutrizione della ASL Monza e Brianza, Monza

Telefono 0392384635

Email chiarino.claudia@aslmb.it

Prof. Alessandro Porro

Medico, professore associato di storia della medicina presso l'Università degli Studi di Brescia, Brescia

Email: porroale@med.unibs.it

Sito internet: www.unibs.it/dipartimenti/specialitc3a0-chirurgiche-scienze-radiologiche-e-medico-forensi/personale-del-dipartimento/professori-associati/prof-porro-alessandro

Diego Confalonieri

Campione olimpionico di spada a squadre, Federazione Italiana Scherma, Milano

Sito internet: www.federscherma.it

Pierangelo Molinaro

Giornalista sportivo, redazione "La gazzetta dello sport"

Email: pmolinaro@rcs.it

Sito internet: www.gazzetta.it

Dott.ssa Silvia Celada

Medico specialista in medicina dello sport, responsabile del Servizio di medicina dello sport della ASL Monza e Brianza, Monza

Email: celada.silvia@aslmb.it

Dott.ssa Claudia Gorla

Psicologa, psicoterapeuta e consulente scolastica, Monza

Email: gorla.claudia@libero.it