

La Cura della Pelle da 0 a 3 anni



Il bambino, come sappiamo, non è un piccolo adulto ed anche la sua pelle non è semplicemente una pelle in miniatura, quindi il principio di cura deve rispondere ad esigenze differenti rispetto a quelle dei "grandi".

Capire queste diversità è fondamentale per creare i presupposti affinché la pelle dei bambini sia forte e sana durante lo sviluppo e rimanga tale fino all'età adulta.

Questo testo offre indispensabili suggerimenti per i neogenitori e per tutti coloro che si interessano alla cura e al benessere dei piccoli. Si tratta di un "manuale pratico" composto essenzialmente di una parte che descrive in modo semplice e chiaro le caratteristiche della pelle del neonato e del bambino, la sua funzione, le implicazioni legate alle più comuni malattie cutanee e come favorirne la cura e la prevenzione.

Il particolare stile divulgativo adottato dagli autori consente di affrontare le diverse problematiche prima in modo macroscopico e, successivamente, in modo più approfondito, attraverso una intelligente alternanza tra una visione pratica ed un sapere medico scientifico.

Non mancano gli approfondimenti di tipo psicologico e i suggerimenti pratici che, oltre al sapere, si concentrano sul saper fare.

In definitiva si tratta di un "viaggio a fior di pelle" attraverso una esposizione lucida e comprensibile, semplice ma non priva di rigore, del nostro organo più esteso; un modo per saperne di più e per fare meglio.

Riteniamo si possa parlare di una sorta di guida pratica da poter consultare sempre, integrandola con il consiglio del Pediatra, per migliorare la gestione del neonato e del bambino soprattutto attraverso il "primo con...tatto".

Dr. Giuseppe Mele

Presidente Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP

Prof. Fabio Arcangeli

Presidente Società Italiana di Dermatologia Pediatrica - S.I.Der.P.

LA CURA DELLA PELLE DA 0 A 3 ANNI



CUTE DEL NEONATO



LA DETERSIONE DEL NEONATO SANO ED IN ETÀ INFANTILE



MALATTIE CUTANEE PIÙ FREQUENTI



IL SOLE ED IL BAMBINO

CUTE DEL NEONATO



Caratteristiche della cute del neonato e del bambino.

Rispetto all'adulto, la pelle del neonato e del lattante non è ancora completamente formata ed è quindi piuttosto fragile. Al **momento della nascita** la cute si presenta molto sottile e ricoperta da una pellicola protettiva, denominata "vernice caseosa", che scompare subito perché alla nascita termina la sua funzione, che è proteggere la cute contro la macerazione provocata dal liquido amniotico nel grembo materno.

La secrezione di sebo diminuisce rapidamente dopo la nascita, lasciando quindi la cute particolarmente esposta. Non è rara l'insorgenza di **secchezza cutanea** nelle settimane seguenti la nascita.

Nei primi mesi di vita l'epidermide è ancora piuttosto **sottile**, con uno spessore che è **circa la metà di quello dell'adulto**. La cute non è quindi in grado per il momento di garantire un'efficace protezione e di conseguenza è più soggetta ad alterazioni e irritazioni, con possibili infezioni e allergie.



In rapporto al suo peso, la superficie cutanea del bambino è maggiore di quella dell'adulto. Ciò determina una maggiore concentrazione di sostanza assorbita attraverso la pelle, ovvero un **maggiore assorbimento transcutaneo**, aumentando i rischi di inconvenienti dovuti all'uso di prodotti cosmetici non adatti.

Da ciò deriva la necessità di usare solo prodotti rigorosamente controllati e sperimentati clinicamente.

Inoltre, i primi mesi di vita sono caratterizzati da **scarsa sudorazione**, che condiziona una termoregolazione insufficiente ed una maggiore esposizione al colpo di calore. La produzione di melanina è più scarsa che nell'adulto, il che ha come conseguenza una minore protezione contro gli effetti nocivi del sole, predisponendo maggiormente il bimbo a rossori cutanei (eritema solare).



PER SAPERNE DI PIÙ...

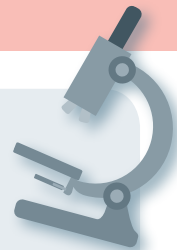
Cos'è la pelle?

La pelle, o cute, rappresenta l'organo più grande del corpo umano, estendendosi per circa 2 metri quadrati. Detta anche "apparato tegumentario", è un insieme dinamico di tessuti che ricopre il corpo per tutta la sua interezza, lo protegge e lo separa dall'ambiente esterno e lo collega a quello interno. Lo **spessore della cute** è generalmente compreso tra 0,5 e 4 mm e varia a seconda dell'individuo, del sesso, dell'età e delle diverse zone del corpo.

La pelle è formata da tre strati sovrapposti, ognuno avente funzioni precise. L'**epidermide** è lo strato più esterno. Si rigenera continuamente e rappresenta una vera barriera contro la penetrazione di sostanze estranee quali microbi, fattori inquinanti, impurità, polveri ecc. Contiene inoltre i melanociti, cellule deputate alla produzione di melanina, la sostanza che dona il colore alla pelle e regola l'abbronzatura. La melanina è la risposta dell'organismo alla stimolazione solare, rappresenta quindi la prima protezione nei confronti dei raggi solari.

Sotto l'epidermide troviamo lo strato cutaneo denominato **derma**, la struttura che dà nutrimento alla pelle. E' costituito da una parte superficiale formata da piccole prominente chiamate papille, che assumono l'aspetto di creste e che sono ben visibili all'estremità delle dita dove formano le cosiddette impronte digitali. La parte più profonda del derma conferisce invece alla pelle elasticità e resistenza. All'interno del derma troviamo i follicoli piliferi (nei quali si sviluppano i peli) e le ghiandole cutanee: ghiandole sudoripare, secernenti il sudore, e ghiandole sebacee, che producono il sebo, una specie di crema che costituisce il naturale lubrificante della pelle. Il sebo ed il sudore costituiscono insieme il cosiddetto film idrolipidico sulla superficie della pelle, importante perché rende la pelle morbida, resistente ed impermeabile.

Lo strato più profondo della cute si chiama **ipoderma** e ha fundamentalmente il compito di proteggere gli organi dai traumi e dalla dispersione di calore.



Infine, la capacità della pelle del neonato di difendersi dalla contaminazione batterica è limitata rispetto all'adulto, con una maggiore facilità di insorgenza di infezioni. Ciò è dovuto al diverso **valore di acidità** (il cosiddetto pH) cutanea. Tale acidità è quindi importante per scongiurare infezioni. L'uso di detergenti con pH diverso da quello fisiologico cutaneo nei primi mesi di vita può aumentare quindi il rischio di irritazioni e, di conseguenza, prurito e grattamento.

PER SAPERNE DI PIÙ...

Cos'è il pH?

Il pH è un valore, determinato secondo una scala da 1 a 14, che stabilisce l'acidità (da 0 a 7) o la basicità (da 7 a 14) di una sostanza. 7 è considerato il valore neutro (che corrisponde al valore pH dell'acqua per esempio).

La pelle ha generalmente un pH variabile da 5 a 5,5. L'ambiente acido aiuta a contrastare l'insediamento di microrganismi patogeni. E' importante che i detergenti, e i cosmetici in genere, rispettino il pH naturale della pelle.



La funzione barriera.

Nell'adulto, lo strato più esterno della pelle, l'epidermide, contiene lamelle cornee e grassi che rivestono una funzione molto speciale: quella di **mantenere il corretto livello di idratazione** della cute. Queste strutture regolano l'evaporazione dell'acqua proveniente dall'interno del nostro organismo, evitando una perdita eccessiva. Questa funzionalità permette di avere una cute ben idratata, morbida e liscia.

Nei bambini, soprattutto i più piccoli (0-24 mesi), la pelle è più sottile e la produzione di lipidi (grassi) cutanei è ancora poco sviluppata. Ciò determina una maggiore predisposizione alla secchezza cutanea, nonché una **particolare sensibilità**, facilmente esacerbata da fattori esterni (freddo, vento, inquinanti) e detergenti inadeguati. Oltre a produrre secchezza, tali fattori possono ulteriormente alterare la funzione barriera cutanea.

All'atto del bagnetto, quindi, particolare attenzione va posta nella cura della pelle del neonato, preferendo detergenti che non rimuovano i grassi naturali della pelle, naturale difesa dalle aggressioni esterne.

Dopo il bagnetto è consigliabile spalmare una crema o latte emolliente ed idratante per contrastare la secchezza cutanea, frequentemente presente nei primi mesi di vita.





IL PARERE DELLA PSICOLOGA...

Cos'è il tatto?

Il tatto è uno dei più importanti organi di senso, il primo ad essere attivo, comparso già nella vita embrionale. A sette settimane di gestazione, con il feto lungo appena due centimetri, il senso del tatto è pienamente formato.

Il senso del tatto si sviluppa sull'intera superficie della pelle, ma le terminazioni nervose sono concentrate soprattutto in alcune zone, quali il palmo della mano, le dita, la pianta del piede e le labbra.

Si pensi solo, ad esempio, che l'area della mano occupa un terzo del centro motorio del cervello.

Le sensazioni tattili del bambino iniziano fin dal grembo materno. I movimenti della madre stimolano gli spostamenti e gli scuotimenti del liquido amniotico, i quali hanno effetto dondolante e massaggiante sul bambino.

Dopo la nascita, il bambino si identifica attraverso le esperienze tattili che fa nei primi sei mesi di vita. Prima prende coscienza del proprio corpo, che delimita i suoi primi confini. Dal proprio corpo, potrà poi allargare tali confini interagendo, attraverso il tatto, con gli oggetti, i giochi, le persone che lo circondano.



Sebbene il tatto sia uno strumento di percezione fisica, esso ha un ruolo importante anche nella sfera delle relazioni affettive.

La capacità della pelle di un neonato di percepire tutte le sfumature, gli stimoli e tutti i significati emotivi è davvero formidabile. L'amore che lega un figlio alla propria madre, anche grazie al contatto pelle a pelle, è un'unione unica ed irripetibile. Ogni carezza non è fatta solo di contatto, ma anche di tempo, di tempestività, è fatta del momento giusto, della durata opportuna, di quel tanto che basta a far capire al piccolo più cose di quelle che potrebbero far capire mille parole.

Il neonato ama essere accarezzato e abbracciato. Le coccole per un neonato non sono un vizio, ma una rassicurazione affettiva, della quale ha assolutamente bisogno: per nove mesi è stato un tutt'uno con la mamma, ben protetto nel suo grembo. Dopo la nascita per lui è iniziata la lunga e faticosa strada per l'autonomia. Più si sentirà amato, più presto si sentirà sicuro e crescerà sereno.

Non bisogna quindi aver paura di coccolarlo troppo. All'inizio è l'unico linguaggio d'amore che conosce, un linguaggio che si esprime attraverso il tatto, ovvero la pelle.

Un'esperienza utile e stimolante, oltretutto emozionante, per favorire l'apprendimento del mondo esterno del bambino attraverso il tatto è il massaggio infantile.

Più avanti nella guida parleremo del massaggio e dei suoi benefici più diffusamente, ma è utile sottolineare sin d'ora la grande soddisfazione che sia il bambino sia il genitore possono trarre dalla regolare pratica del massaggio infantile.

Il legame intimo che si instaura e rafforza sempre più tra bimbo e genitore è oltremodo appagante, consente di coccolare il nostro bimbo e ad entrambi, bambino e genitore, permette di rilassarsi per godere appieno di sensazioni che solo la pelle, attraverso il tatto ed il contatto, sa regalarci.

Il massaggio neonatale può essere reso ancora più piacevole con l'uso di oli emollienti, formulati specificatamente per neonati e bambini.

**LA DETERSIONE
DEL NEONATO
SANO ED IN ETÀ
INFANTILE**



Igiene del bambino.

Il **tipo di sporco** si differenzia in base all'età. In generale, lo sporco è essenzialmente costituito da secrezioni ghiandolari (sudore e sebo), da sostanze organiche (feci, urine, saliva), grassi ambientali e microrganismi che possono essere presenti sulla cute.

La pelle del **neonato** è in generale meno sporca di quella del bambino più cresciuto. E' più facile tuttavia che residui di latte possano rimanere tra le dita e nelle pieghe cutanee. La zona del collo è particolarmente soggetta a trattenere residui di latte e di pappa, la cui permanenza può favorire l'irritazione cutanea.

L'acqua da sola non riesce a "emulsionare" o togliere lo sporco. Si rende quindi necessario l'uso di un prodotto detergente che rimuova lo sporco dalla pelle, ma senza aggredirla, espletando la sua azione detergente nel rispetto delle caratteristiche fisiologiche e strutturali della cute, che variano a seconda dell'età.

Soprattutto nei neonati è particolarmente importante adottare una detersione delicata attraverso l'uso di detergenti formulati specificatamente per la pelle sensibile del lattante.

Con il **gattonamento** e poi i **primi passi**, le esigenze igieniche del bambino sono diverse. Il bimbo gattona, si intrufola ovunque e inizia a sporcarsi. Lo sporco è prevalentemente di origine ambientale e non è ancora addizionato a secrezioni delle ghiandole sebacee.

Il bagnetto diventa per lui un momento di igiene, ma anche di gioco. La sua pelle si sta rafforzando, ma rimane ancora delicata e facile ad **arrossamenti e irritazioni**. E' indicato l'uso di **detergenti delicati** durante il bagnetto, che fanno schiuma per favorire la giocosità del momento, ma comunque formulati con agenti schiumogeni delicati.

A questa età, come in quella neonatale, si raccomanda di **asciugare tamponando** con l'asciugamano piuttosto che sfregare la pelle. Anche lo sfregamento meccanico più o meno forte con l'asciugamano, operazione spesso ritenuta normale, può favorire l'insorgenza di irritazioni cutanee su una pelle così delicata.

Successivamente, il gioco e le attività alla scuola materna o in altri ambienti come quello domestico, determinano un notevole accumulo di sporco sulla pelle. Sebbene la cute si rafforzi sempre più, la secrezione sebacea che accompagna l'età puberale non è ancora presente, determinando una minore protezione.



Il primo bagnetto.

In generale, il bagnetto costituisce per il bambino nei suoi primi mesi di vita una scoperta tutta nuova ed emozionante. E' un momento di gioco, felicità e rilassamento, che rafforza il legame bimbo-genitore. Per il bimbo sono le prime esperienze di igiene, un approccio alla pulizia del corpo che giustamente deve implicare giocosità, tante bolle di sapone, un momento da attendere con impazienza ogni giorno. Ma **quando iniziare con il bagnetto?**

Fino a poco tempo fa il consiglio era di evitare il bagnetto finché non fosse caduto il cordone ombelicale. L'orientamento attuale invece **non pone controindicazioni al bagnetto** fin dai primi giorni di vita. La letteratura più recente infatti non riconosce alcun pericolo in termini sia di potenziali infezioni sia di eventuale ritardo del distacco del cordone.

PER SAPERNE DI PIÙ...

Qual è il detergente giusto per neonati e bambini?

I detergenti per il bagnetto sono formulati per essere delicati sulla pelle del neonato. Si possono quindi utilizzare diluiti nell'acqua oppure direttamente sulla pelle, soprattutto in caso di prodotti oleosi, spesso formulati per rimuovere lo sporco per "affinità", ovvero attraverso un meccanismo selettivo per cui gli agenti detergenti si legano esclusivamente allo sporco, senza impoverire la pelle.

Nei bambini dopo il primo anno di vita, se la cute non presenta patologie, è preferibile utilizzare detergenti liquidi delicati.

In caso di patologie o di pelle particolarmente sensibile, è importante prediligere prodotti con pochi ingredienti essenziali, assenza di profumo e pochi conservanti.





IL PARERE DELLA PSICOLOGA...

Acqua e bambino.

In età fetale, l'ambiente naturale del bambino è l'acqua. E' giusto quindi favorire il rapporto del neonato con l'acqua del bagnetto fin dai primissimi giorni. Oltre ad ovvi motivi di igiene, è utile nel favorire il rapporto genitore-neonato ed offre al piccolo l'emozione della grande scoperta dell'acqua ed un momento di gioco irresistibile.

Oltre a lasciarsi catturare dalla magia dell'acqua, al bambino viene riproposto uno stato già conosciuto, con il vantaggio che, mentre il piccolo ritrova sensazioni piacevoli già sperimentate nel grembo materno, ora può anche sintonizzarsi sullo sguardo, sul sorriso e sulla voce dei genitori.

In questo senso, il bagnetto è un momento di continuità tra la vita prenatale e la vita dopo la nascita.



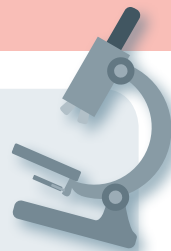
Per quanto concerne l'**orario ideale** per fare il bagnetto, non esiste un'ora precisa, sebbene l'esperienza insegna che è consigliabile compiere questo rito **prima del pasto serale**. La componente di gioco del bagnetto stanca ulteriormente il bimbo e l'interazione emozionale con il genitore fatta di carezze e sorrisi favorisce il rilassamento durante la notte e concilia il sonno.

La **durata del bagnetto** può variare a seconda dell'apprezzamento e dell'età del piccolo. Nel neonato va limitata a 2-3 minuti, perché a questa età il bimbo è molto sensibile al raffreddamento e alla fatica di un bagno prolungato.

Con l'avanzare dei mesi, il bambino manifesterà sempre più il suo piacere ed apprezzamento verso il contatto con l'acqua. In ogni caso, per non favorire la macerazione della cute ad azione dell'acqua, si raccomanda di non superare i 10-15 minuti.

La **temperatura ideale dell'acqua del bagnetto** è 36/37°C, mentre la temperatura della stanza dovrebbe aggirarsi sui 25/26°C. Per i primi bagnetti, data l'età precocissima del bimbo, è utile affidarsi alla misurazione tramite termometro. Una volta presa una certa dimestichezza, basterà immergere il gomito nell'acqua per accertare che la temperatura sia idonea.

In presenza di neonati e bimbi ai primissimi mesi di età, è particolarmente importante seguire pochi e semplici consigli sul **modo migliore per fare il bagnetto**. Il bimbo va immerso gradualmente con l'esclusione della testa, da tenere sollevata e appoggiata sull'avambraccio sinistro (destro nei mancini), mentre la mano sinistra afferra saldamente la spalla e il braccio sinistri del bambino. Contemporaneamente la mano destra va a porsi sotto le cosce e le natiche. Con il piccolo immerso nell'acqua e il sederino appoggiato sul fondo della vaschetta, la mano risulterà libera per lavargli il viso, il collo, il torace, i genitali e le gambe.



PER SAPERNE DI PIÙ...

I momenti del bagnetto.

- 1 *Temperatura dell'ambiente: 25/26°C.*
- 2 *Temperatura dell'acqua: 36/37°C.*
- 3 *Come immergerlo nell'acqua.*



Sostenete la testa e le spalle con l'avambraccio, tenendo la spalla più lontana con la mano, e ponete l'altra mano sotto il sederino.

- 4 *Come lavarlo.*



Sostenetelo semiretto, spruzzategli un po' d'acqua sul corpo perché prenda confidenza, poi immergetelo. Tenendo sempre la testa e le spalle con l'avambraccio, usate l'altra mano per detergerlo.

- 5 *Per lo shampoo: tenere la testa all'indietro, evitando che l'acqua o il prodotto entrino negli occhi.*
- 6 *Terminato il bagnetto, avvolgere subito il bambino in un telo morbido, tamponando senza frizionare.*

Preferite panni morbidi alle spugne, in quanto queste ultime trattengono più facilmente la sporcizia. Dopo averlo lavato, sollevate il bimbo dalla vasca facendo scivolare la mano destra nuovamente sotto il sederino, avendo premura di avere una presa salda perché la pelle bagnata è scivolosa.

Finito il bagnetto, il piccolo va avvolto in un asciugamano morbido e, come già ricordato, asciugato tamponando la pelle, avendo cura di asciugare anche le zone più nascoste quali ascelle, gli spazi tra le dita e l'inguine.

L'uso di vaschette per il bagnetto va benissimo, a condizione che siano comode, ovvero ergonomiche, per evitare di stressare il bimbo.

Nei primi mesi dopo la nascita è consigliabile **un bagnetto al giorno** oppure a giorni alterni, soprattutto d'estate. Dopo il terzo mese è sufficiente fare il bagnetto 2/3 volte alla settimana.

Il bambino non va mai lasciato solo, neppure per pochi secondi.



Non solo bagnetto...

Gli **occhi** ed il **viso** vanno lavati a parte con della ovatta imbevuta di soluzione fisiologica. Anche il **nasino** necessita di attenzione particolare. Può essere ripulito con uno specifico bastoncino ovattato agendo delicatamente.

Le **orecchie** vanno pulite con una certa frequenza, anche più volte nella settimana, usando un bastoncino ricoperto di cotone idrofilo. Si raccomanda di pulire solo la parte esterna, a livello del padiglione auricolare, e non all'interno del condotto uditivo, per scongiurare rischi di lesione alla membrana timpanica e per non spingere il cerume all'interno, favorendo la formazione di un tappo.



Una volta alla settimana bisogna tagliare le **unghie** dei piedi, avendo cura di usare forbici a lama dritta per evitare l'incarnimento ed a punta arrotondata. Le unghie delle mani vanno tagliate con la stessa frequenza e comunque quando la loro crescita può determinare graffiature ad opera del bambino stesso mentre si gratta o semplicemente esplora il viso e le altre parti del corpicino con le mani.

L'operazione del taglio delle unghie può risultare complicata se il bimbo è agitato o tende a stufarsi presto della costrizione dei movimenti che gli viene imposta. Cercate di effettuare questa operazione nei momenti in cui il piccolo è rilassato, durante la poppata ad esempio, o addirittura mentre dorme.

Cura ed attenzione vanno poste anche nel **lavaggio dei capelli** e nella scelta del detergente più appropriato da usare. I normali shampoo per adulti sono formulati per rimuovere lo sporco con un processo sgrassante che però può alterare il mantello idrolipidico, naturale protezione contro gli agenti esterni. La limitata capacità di riprodurre questa naturale protezione nei neonati soprattutto, ma anche nei bimbi, consiglia di utilizzare prodotti che non sgrassano, ovvero che non contengono agenti detergenti aggressivi.

Per il neonato si può benissimo utilizzare lo stesso detergente usato per la cute oppure un olio-shampoo, per la loro caratteristica di rimuovere lo sporco senza alterare la composizione del mantello idrolipidico del cuoio capelluto.

Nei bambini più grandi si può utilizzare uno shampoo che produca **poca schiuma**, per il limitato contenuto di tensioattivi (agenti detergenti responsabili della produzione della schiuma, inutili per i delicati capelli del bambino), ovvero non sgrassante, sempre per non alterare il prezioso mantello idrolipidico.

Sono da favorire shampoo con pH lacrimale, per evitare che bruci a contatto con gli occhi.

L'utilizzo di shampoo appositamente formulati per il neonato ed il bambino consente di lavare i capelli anche tutti i giorni, sebbene sia sufficiente farlo 2 volte alla settimana.



Gestione del cordone ombelicale nel neonato.

Fondamentale nella vita intra-uterina per l'apporto di ossigeno al feto, il cordone ombelicale viene tagliato al momento della nascita. Ciò che rimane è chiamato **moncone** e va incontro ad essiccazione e caduta spontanea dopo **8-10 giorni**. Se i tempi sono più lunghi, vuol dire che il moncone ha dimensioni maggiori ed è più consistente.

Per favorire la caduta ed evitare infezioni è necessario eseguire, nei primi giorni, una piccola medicazione con una **soluzione idonea con proprietà essiccanti**, cosparsa quotidianamente fino a ottenere il distacco del cordone.

Dopo l'operazione di disinfezione, la "ferita" va ricoperta con garze sterili da sostituire ad ogni disinfezione.

Il mancato distacco del moncone del cordone ombelicale passati 15-20 giorni, oppure l'insorgenza di infezioni ombelicali o peri-ombelicali, richiedono l'intervento del pediatra.

PER SAPERNE DI PIÙ...

Cos'è e a cosa serve il cordone ombelicale?

Il cordone ombelicale, o funicolo, è una formazione anatomica che serve a mettere in comunicazione all'interno del grembo materno la placenta con il feto. Dalla placenta origina il sangue arterioso ossigenato, che raggiunge il feto, e da questo origina il sangue venoso non ossigenato, che raggiunge la placenta per essere ossigenato e ripetere nuovamente il ciclo. Questo particolare sistema di flusso sanguigno, costituito da due arterie ombelicali e dalla vena ombelicale, è quindi importantissimo per l'ossigenazione del feto.





IL PARERE DELLA PSICOLOGA...

Il massaggio infantile.

Il massaggio infantile è un'attività piacevole per il bambino e la mamma, o il papà, che si esplica attraverso un intimo contatto che rafforza la relazione tra genitori e bambino. Ideale dopo un bel bagnetto o prima di andare a letto, il massaggio del bambino deriva da antiche tradizioni presenti in culture di molti paesi e recentemente è stato riscoperto nel mondo occidentale, prendendo sempre più piede.

L'evidenza clinica e recenti ricerche hanno confermato l'effetto positivo del massaggio sullo sviluppo e sulla maturazione del bambino a diversi livelli, in particolare ricordiamo alcuni benefici del massaggio infantile:

- | i bambini manipolati dolcemente crescono più socievoli (migliorano i test che valutano lo sviluppo emotivo, la socialità e il comportamento);*
- | migliora la definizione dello schema corporeo;*
- | i bambini massaggiati almeno 15 minuti ogni giorno hanno livelli di cortisolo più bassi e più alti livelli di serotonina;*
- | si addormentano più velocemente;*
- | il massaggio dell'addome è un'ottima prevenzione per i problemi di coliche e per i problemi di stitichezza;*
- | attraverso il massaggio quotidiano, madre/figlio o padre/figlio imparano a conoscersi maggiormente e a comunicare, rafforzando quel legame speciale che è tipico del genitore con il suo piccolo;*
- | attraverso lo sguardo, il tatto, i gesti, i genitori sono supportati nel riconoscere i bisogni del bambino e a offrire un massaggio realmente rilassante;*

E' importante ricordare che il massaggio infantile non ha solo tutti questi benefici per il bambino, ma rilassa e appaga anche la mamma o il papà, proponendosi come un mezzo di comunicazione che stabilisce con il neonato un contatto profondo affidato al corpo e alla corporeità.

Indubbiamente il massaggio al neonato e al bambino è un'attività che nasce e si esplica spontaneamente attraverso il contatto genitore-bimbo. Ciò nonostante, si possono apprendere ulteriori nozioni sul massaggio infantile, comprendere le tecniche migliori, informarsi sul significato emozionale e relazionale del massaggio come coccola e dimostrazione di affettività. Vi sono molti libri e testi in genere a disposizione, disponibili anche su internet per esempio.

**MALATTIE
CUTANEE
PIÙ FREQUENTI**



Dermatite da pannolino.

È estremamente frequente nell'età compresa fra i tre mesi e l'anno di vita. Si presenta con chiazze di colorito rosso vivo, con superficie liscia e lucida, talora erosa, che interessano la regione coperta dal pannolino e in particolare le aree convesse quali le natiche, il pube e la parte interna delle cosce.

Per quanto le cause precise della dermatite da pannolino non siano ancora completamente conosciute, risulta evidente che l'azione "occlusiva" esercitata dal pannolino aggrava l'effetto irritativo e macerativo di sudore, urine e feci. L'importanza delle feci è dimostrata dalla maggiore frequenza della dermatite (3-4 volte superiore) nei bambini che hanno sofferto di diarrea nelle 48 ore precedenti.

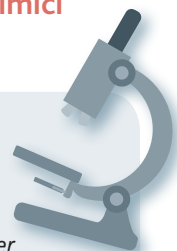
Verosimilmente la dermatite da pannolino è il risultato dell'intervento concomitante di molteplici fattori in grado di esercitare un'azione irritativa o che comunque compromettono la normale funzione barriera della cute:

I umidità e macerazione | **frizione** causata da pannolini di gomma o di plastica | **prolungato contatto con le feci e le urine** | **ammoniaca** proveniente dalle urine | **agenti chimici irritanti** eventualmente presenti nei pannolini o utilizzati per il loro lavaggio.

PER SAPERNE DI PIÙ...

Pannolini di ultima generazione.

I pannolini usa e getta di ultima generazione godono dell'applicazione di tecnologie avanzate per la loro produzione. Ad esempio, l'azione occlusiva del rivestimento esterno del pannolino è stata ridotta drasticamente, grazie all'uso di materiali maggiormente traspiranti (politene e TNT), ai quali viene aggiunto in genere carbonato di calcio, un elemento che, inserito nella trama del tessuto, consente di avere un effetto barriera senza compromettere la traspirazione. I pannolini più avanzati contengono inoltre materiale polimerico super-assorbente che riduce notevolmente l'ambiente umido e la conseguente macerazione. L'uso di pannolini di ultima generazione e il frequente cambio degli stessi costituiscono fattori importanti nella prevenzione della dermatite da pannolino.



CHE COSA FARE?

L'eritema dell'area del pannolino può essere facilmente prevenuto seguendo poche regole efficaci:

- | Lavare la pelle ad ogni cambio con acqua tiepida.
- | Nelle bambine la pulizia va eseguita dall'avanti all'indietro, per non trasportare sostanze irritanti dalla regione anale a quella vaginale.
- | Servirsi di salviettine umidificate o quadrotti di cotone per la pulizia. Non usate spugne perché non sono igieniche in quanto trattengono sporcizia.
- | Nel gesto di pulizia, abbiate cura di aprire e pulire bene tutte le pieghe.
- | Asciugate la cute per contatto, tamponando e non sfregando, così da evitare irritazione meccanica.
- | Dopo la pulizia e l'asciugatura, applicate una pasta protettiva a base di ossido di zinco. Serve a formare un'efficace barriera contro l'umidità e le sostanze irritanti. Tale pasta è utile anche per trattare gli arrossamenti, lenendo l'irritazione.

Se la dermatite non migliora nonostante il corretto trattamento e l'infiammazione colpisce anche le pieghe inguinali e le regioni periorificali, con comparsa di lesioni satelliti di tipo micropustoloso e intensificazione del prurito e del dolore, è facile che sia presente anche una candidosi. E' infatti frequente che la *Candida Albicans*, un fungo che vive normalmente nell'intestino umano e che occasionalmente può aggredire la pelle in caso di macerazione e aumento della umidità locale, possa contribuire a mantenere attiva la dermatite o aggravarla. In questi casi è indispensabile associare un trattamento locale antimicotico su indicazione del pediatra.

In determinati casi, soprattutto se le lesioni appaiono infiltrate o sconfinano dall'area del pannolino, la dermatite potrebbe non migliorare nonostante il corretto trattamento. La sintomatologia esposta sopra fa infatti supporre che si tratti di una psoriasi infantile che trova occasionale espressione nella regione del pannolino e che richiede trattamenti specifici proposti dal pediatra o dal dermatologo.



Crosta Lattea.

E' una dermatite molto frequente nei primissimi mesi di vita, compare infatti nella 2^a-3^a settimana e si manifesta con la presenza di abbondante desquamazione giallastra e untuosa sul cuoio capelluto, in particolare nella parte anteriore e mediana della testa.

E' una espressione minima di quel disturbo più comunemente chiamato "dermatite seborroica" dovuto alla accentuata produzione di grassi cutanei da parte delle ghiandole sebacee nei primi mesi di vita, epoca in cui le ghiandole subiscono uno stimolo da parte degli ormoni androgeni di provenienza materna.

Solitamente scompare in modo del tutto spontaneo nel corso dei primi 2-3 mesi di vita. Raramente si prolunga oltre accompagnandosi più facilmente alla presenza di squame e croste giallastre con alla base un arrossamento, localizzate anche in altre parti del cuoio capelluto e nelle regioni centrali del viso. In questi casi si parla più propriamente di dermatite seborroica.



CHE COSA FARE?

E' uso comune utilizzare prodotti oleosi per allontanare le squame.

Tuttavia, se è vero che i prodotti grassi possono facilitare la rimozione delle squame, nella pratica potrebbero prolungare la durata del disturbo, poiché l'infiammazione che sta alla base di questa dermatite è facilitata da alcuni funghi che vivono normalmente sulla pelle e che si nutrono di grassi.

Molto più vantaggioso sarebbe utilizzare detergenti acidificanti oppure detergenti e lozioni ad azione antimicotica su consiglio del proprio pediatra.

Il distacco meccanico delle squame non aiuta a risolvere il problema (altre squame si formerebbero), rischiando di poterlo accentuare qualora il bambino avesse una predisposizione alla psoriasi, malattia che si esprime con maggiore energia nelle sedi soggette a traumatismo.

Dermatite seborroica.

La dermatite seborroica del neonato va considerata un disturbo cutaneo quasi fisiologico, dovuto all'azione degli ormoni androgeni trasmessi al neonato dalla madre per via transplacentare che temporaneamente stimolano una maggiore produzione di sebo.

Oltre alla ben conosciuta "crosta latte" può essere responsabile di arrossamenti, spesso ricoperti da squame giallastre, alla fronte, alle sopracciglia, ai lati del naso e più raramente alle ascelle, al collo e alle pieghe inguinali.

Solitamente non provoca disturbi al bambino, non è pruriginosa e tende a risolvere del tutto spontaneamente nel corso dei primi 3-4 mesi di vita (periodo in cui l'azione degli ormoni materni si esaurisce), senza lasciare alcun segno e senza compromettere la crescita dei capelli.

Accade talvolta che alla dermatite seborroica possa far seguito o sovrapporsi una dermatite atopica oppure una psoriasi infantile.

CHE COSA FARE?

Per prima cosa è necessario comprendere che si tratta di un piccolo e innocuo disturbo, transitorio e privo di conseguenze.

Il trattamento è estremamente semplice: in genere è sufficiente l'impiego quotidiano di detergenti ad azione antimicotica e in alcuni casi anche di antimicotici in crema o emulsione, raramente sono necessari blandi cortisonici locali per brevi periodi di tempo e solo se consigliati dal pediatra o dal dermatologo.



Dermatite atopica.

La dermatite atopica è una delle malattie cutanee di maggiore frequenza tra i bambini. Può iniziare a qualsiasi età, sebbene nella maggioranza dei casi insorga nel primo anno di vita.

Attualmente, le cause non sono ancora del tutto note, teorizzando l'intervento di molteplici fattori che predispongono alla malattia e conducono alla sua manifestazione.

Si caratterizza per:

I arrossamenti localizzati al volto, pieghe cutanee (collo, gomiti, ginocchia) **I fasi acute** ricorrenti **I prurito**, anche molto intenso, soprattutto nelle fasi acute **I forte secchezza cutanea** **I** la possibile concomitante presenza di **disturbi allergici**.

Non esistono trattamenti totalmente risolutivi, ma si può efficacemente migliorare il quadro sintomatologico, specie in fase acuta con trattamenti anti-infiammatori, nonché emollienti per contrastare la secchezza cutanea.

La durata della malattia è soggettiva. Regredisce spontaneamente, di solito intorno al 4°-5° anno di vita.



CHE COSA FARE?



- 1 Evitare per quanto possibile tutto ciò che può ulteriormente irritare la pelle del bambino e rendere ancora più fastidioso il prurito: i detersivi comuni, i tessuti in lana o fibre sintetiche, il cloro delle acque di piscina, l'eccessiva sudorazione (attenzione a non vestire troppo il bambino), i bagni troppo caldi.*
- 2 Apportare emollienza quotidianamente, anche più volte al giorno, applicando prodotti ricchi di grassi, preferibilmente di semplice formulazione, privi di profumazioni, conservanti e sostanze vegetali. Il momento ideale per la loro applicazione è subito dopo il bagno, quando la pelle assorbe meglio.*
- 3 Trattare le lesioni in fase infiammatoria con antinfiammatori o cortisonici locali, preferendo preparati non potenti ad elevato profilo di sicurezza che possano essere impiegati non per pochi giorni ma anche per qualche settimana. Il pediatra e il dermatologo sapranno indicare i prodotti più adatti e le modalità di impiego più appropriate, in base alla intensità dell'infiammazione, alla tipologia e alla estensione delle lesioni, alle sedi interessate.*

In genere, specie per le forme moderate e severe, è opportuno attenersi ai consigli dello specialista, poiché non esiste una modalità di cura unica e valida in tutte le diverse situazioni. Certamente il desiderio di ogni genitore e il proposito di ogni medico è quello di risolvere il problema, ma in questo caso la strategia vincente è comprendere che quanto di meglio si può fare è adottare trattamenti di "gestione", finalizzati ad alleviare i disturbi in attesa della spontanea remissione della malattia.

PER SAPERNE DI PIÙ...

La dermatite atopica è una delle malattie dermatologiche di maggiore frequenza in età pediatrica. Interessa infatti circa il 5% della popolazione infantile.

E' chiamata anche eczema costituzionale, a sottolineare la grande importanza della componente genetica.

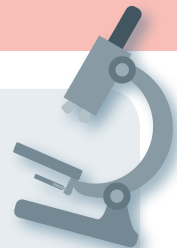
Anche se si accompagna molto spesso (in oltre la metà dei casi) ad una costituzione allergica, che può esprimersi o meno con disturbi allergici come sintomi di allergia alimentare, rinite o asma, la dermatite in sé non è il risultato di una specifica allergia.

Le manifestazioni più frequenti sono costituite da arrossamenti pruriginosi del volto (gote, palpebre e labbra in modo particolare), delle pieghe del collo, dei gomiti e delle ginocchia. Sono spesso presenti alcuni segni molto caratteristici quali la plicatura trasversale delle palpebre inferiori, la fissurazione delle pieghe sottoauricolari e la spiccata secchezza cutanea.

La dermatite atopica può iniziare in qualunque età anche se nella maggioranza dei casi (60% circa) i primi arrossamenti al volto si presentano nel corso del primo anno di vita.

Per quanto nel singolo caso non si possa prevedere la durata della malattia, comunque destinata a guarire spontaneamente, le osservazioni statistiche dimostrano che quando la malattia inizia nel primo anno di vita, dopo una evoluzione caratterizzata dalla alternanza di periodi di malattia e periodi di benessere, regredisce spontaneamente prima del 4°-5° anno. La dermatite scompare o si riduce al minimo entro l'età dell'adolescenza nel 70% dei casi.

Purtroppo, così come non è attualmente possibile individuare una specifica causa della dermatite, non è neppure disponibile una cura definitiva, capace di portare la malattia a guarigione. Ciò nonostante è doveroso fare tutto quanto possibile per alleviare il prurito e migliorare la dermatite, anche se solo temporaneamente.



Nei o Nevi melanocitici.

Da qualche anno a questa parte, i nei (chiamati anche nevi) inducono parecchio timore nei genitori, ed è frequente il ricorso al pediatra per consigli sul da farsi e fugare paure.

L'informazione diffusa a mezzo stampa e dai medici in prima persona sui rischi di melanoma (tumore cutaneo) e la sua prevenzione hanno determinato una maggiore conoscenza del problema e generato maggiore attenzione verso queste problematiche.

E' senz'altro utile ricordare innanzitutto che il melanoma è un problema che riguarda il bambino in casi rarissimi, sebbene questo non deve portarci ad ignorarlo. Oltre che estremamente raro, la trasformazione di un neo in melanoma in età pediatrica riguarda soprattutto i cosiddetti **nei "congeniti"** di grandi dimensioni.

Lo sviluppo di un neo in un bimbo di 10 mesi è un evento comune, rientrando nella casistica dei **nei acquisiti**, e non deve preoccupare. Nonostante ciò, se le dimensioni di questo risultano importanti, è opportuno monitorare la crescita affidandosi all'esperto pediatra e/o dermatologo.

Per la loro non pericolosità in età pediatrica, l'asportazione chirurgica di un neo a questa età è da valutare sulla base soprattutto di aspetti funzionali, estetici e psicologici.



Nevi melanocitici e melanoma.

Il melanoma cutaneo è un tumore maligno che prende origine dai melanociti della cute sana (80% dei casi circa) o da quelli presenti in un nevo melanocitico (20% dei casi circa), congenito o acquisito.

Fattori di rischio per il melanoma sono oggi considerati la familiarità in parenti di primo grado, la presenza di numerosi NM (oltre 50), passate scottature solari, specie in età pediatrica, l'immunodepressione.

Il melanoma non è un tumore frequente in età pediatrica. Di tutti i melanomi diagnosticati solo lo 0.3-0.5% si ritiene interessi soggetti di età inferiore ai 14 anni.

In età pediatrica, a differenza di quanto avviene nell'età adulta, la comparsa di una nuova formazione pigmentata o la modificazione di una preesistente non devono automaticamente far pensare al melanoma. Nel bambino e nell'adolescente le modificazioni di forma e di colore di un NM congenito o acquisito, rappresentano un evento comune e non sono di solito espressione di una trasformazione tumorale.

Non è quindi assolutamente necessario sottoporre i bambini a ripetute e periodiche visite per i nevi perché il melanoma è del tutto eccezionale in questo periodo della vita e perché, al contrario, le modificazioni dei nevi sono frequenti e del tutto normali.

Già in età pediatrica possono essere adottati utili provvedimenti per la prevenzione e per la diagnosi precoce del melanoma. La asportazione dei NMC e la prevenzione delle scottature solari sono misure di grande valore preventivo, così come preziosa può risultare l'identificazione, fin da questa età, dei soggetti con aumentato rischio di melanoma i quali andranno sottoposti a specifiche visite periodiche con finalità di diagnosi precoce a partire dalla pubertà.



PER SAPERNE DI PIÙ...

I nevi melanocitici (NM) sono formazioni di natura benigna costituite da melanociti, le cellule che normalmente producono la melanina (pigmento responsabile dell'abbronzatura) e che di norma sono omogeneamente distribuite su tutta la pelle. L'attenzione crescente riservata oggi ai nevi melanocitici, anche in età pediatrica, è giustificata non solo dai problemi estetici che essi possono talvolta proporre, ma soprattutto dal timore che possano trasformarsi in melanoma, un temibile tumore maligno della cute.

Nevi melanocitici congeniti.

In verità il melanoma è molto raro se non eccezionale nell'età pediatrica e gli unici nevi che possono rappresentare un potenziale, seppur minimo, rischio sono quelli congeniti, presenti dalla nascita. E tra questi, solo quelli giganti (diametro massimo superiore a 20 cm, quindi molto estesi, tanto da ricoprire intere parti del corpo) hanno un piccolo rischio di trasformazione maligna nell'età pediatrica, mentre quelli di medie (diametro massimo compreso fra 1,5 e 20 cm) e piccole dimensioni (diametro massimo inferiore a 1,5 cm) possono evolvere in melanoma in una piccolissima percentuale di casi solo nell'età adulta.

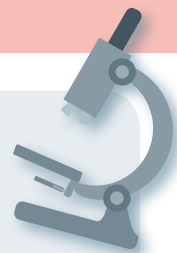
I NMC giganti devono essere asportati chirurgicamente per la loro maggiore propensione a trasformarsi in melanoma, oltre che per il notevole problema estetico che pongono.

*I NMC medi e piccoli possono accrescere le proprie dimensioni fino a raddoppiarle e subire modificazioni della forma e del colore nel corso degli anni. Queste modificazioni, che diventano particolarmente vivaci durante la pubertà, non rivestono alcun significato patologico. La possibile comparsa, nell'età adulta, di un melanoma nel contesto di un NMC medio o piccolo è un fatto certo anche se raro. **Ciò dovrebbe consigliare la loro asportazione preventiva prima dell'età adulta, prima possibile qualora si ricerchi anche un miglioramento estetico.** Nella maggior parte dei casi si tratta di interventi semplici ed economici, che possono svolgersi a livello ambulatoriale o in regime di day hospital.*

Nevi melanocitici acquisiti.

Ogni persona può sviluppare in media dai 20 ai 30 nevi melanocitici nel corso della vita. La maggior parte dei nevi melanocitici acquisiti (NMA) compare nei primi due decenni di vita. Molto verosimilmente il loro numero complessivo è geneticamente determinato e favorito dalla esposizione solare.

I NMA non hanno una particolare predilezione di sede, nel momento in cui compaiono si presentano come formazioni puntiformi o lenticolari, di colorito bruno chiaro o bruno-nerastro. Con il passare degli anni possono diventare rilevati, con superficie liscia o moriforme e possono accrescersi, conservando tuttavia una forma relativamente simmetrica e dimensioni inferiori al centimetro.



Angiomi e malformazioni capillari piane.

Gli angiomi sono formazioni cutanee causate dalla dilatazione dei capillari sanguigni nella sede dove si manifestano. Hanno forma più o meno rilevata e vanno distinti dalle malformazioni vascolari piane, di cui parliamo di seguito. Sono malformazioni vascolari, presenti fin dalla nascita o che compaiono nel primo mese di vita. Avendo un'origine vascolare possono manifestare una intensificazione del colore per aumentata irrorazione sanguigna in situazioni quali uno sforzo.

Questo è normale e non deve destare preoccupazione. Gli angiomi tendono a regredire spontaneamente verso l'anno di vita, non ponendo quindi particolari problemi estetici.



CHE COSA FARE?



E' sempre opportuno consultare prima possibile uno specialista poiché nei primi mesi di vita è possibile contrastare la crescita dell'angioma con terapie cortisoniche per via orale, indicate e convenienti quando queste lesioni si localizzano in sedi funzionalmente importanti (palpebre, naso, labbra, genitali) o in aree esteticamente nobili come il volto.

E' necessario seguire l'evoluzione dell'angioma nella sua fase di crescita e nella sua fase di regressione con l'aiuto del pediatra e dello specialista, per valutare eventuali necessità di intervento chirurgico. Il trattamento chirurgico è solitamente riservato agli angiomi che non sono regrediti completamente dopo il 5°-7° anno di vita, anche prima se localizzati in sedi estetiche e se si prospetti un possibile miglioramento. In generale, per gli angiomi di impatto estetico importante, una rivalutazione della situazione andrebbe proposta in prossimità dell'età della consapevolezza e dell'inserimento nella comunità (2-3 anni) al fine di verificare necessità e convenienze di eventuali trattamenti correttivi. Talvolta anche gli angiomi ulcerati, spesso causa di dolore persistente, possono richiedere l'intervento chirurgico.

PER SAPERNE DI PIÙ...

Gli angiomi sono lesioni vascolari benigne che hanno esordio nelle prime settimane di vita. Sono molto comuni nei neonati a termine (10% circa) e ancor più nei nati prematuramente (25% circa). Possono avere dimensioni variabili e pur potendo presentarsi in qualunque parte del corpo sono molto più frequenti al volto e al capo. Si manifestano più spesso come chiazze, più o meno rilevate, di colorito rosso intenso.

Nella maggioranza dei casi si tratta di elementi singoli o di poche unità, più raramente si osservano molte lesioni disseminate ed in tale circostanza è opportuno escludere la presenza di una sindrome definita angiomatosi cutanea.

La storia evolutiva degli angiomi è caratterizzata da una fase di crescita particolarmente intensa nei primi 4 mesi di vita ma che può proseguire fino al 10°-12° mese. In questo periodo l'angioma cresce progressivamente di dimensioni e può talora andare incontro, nelle parti del corpo soggette a sfregamento, a ulcerazione e sanguinamento (mai comunque temibile e facilmente arrestabile con la semplice compressione). Successivamente si assiste ad una condizione di assestamento che può durare ancora qualche mese, quindi ad una spontanea e progressiva regressione che si annuncia con la comparsa di aree di colore dapprima grigiastro e poi biancastro.

In considerazione della loro tendenza a regredire nel tempo, non vengono di solito sottoposti a trattamenti a meno che non siano causa di problemi funzionali legati alle dimensioni o alla parte del corpo interessata. La localizzazione alle palpebre superiori, ad esempio, può determinare danni anche gravi alla funzionalità visiva se la palpebra cade verso il basso e ostruisce il campo visivo, così come il coinvolgimento della punta del naso può provocare un permanente inestetismo secondario al danno, a carico delle cartilagini nasali (angioma Cyrano).



Le **malformazioni vascolari piane**, nonostante vengano comunemente definite angiomi piani, sono entità distinte e caratterizzate da una differente storia naturale.

Sono presenti fin dalla nascita, si localizzano anch'esse principalmente al capo ma possono interessare tutti i distretti cutanei, con una ampiezza variabile. A differenza degli angiomi non regrediscono e sono destinate a crescere proporzionalmente allo sviluppo corporeo dell'area colpita. In caso di interessamento del volto ed in particolare dell'area frontale e palpebrale è opportuno escludere un interessamento cerebrale ed oculare (sindrome di Sturge-Weber). In caso di interessamento degli arti è possibile che si accompagnino a uno sviluppo diseguale sugli arti a causa di un eccessivo accrescimento dei tessuti muscolari e ossei (sindrome di Klippel-Trenaunay).

Il loro trattamento è oggi possibile grazie al perfezionamento tecnologico dei laser vascolari: il dye laser permette uno schiarimento apprezzabile della malformazione maggiormente evidente se il trattamento ha inizio nei primi anni di vita.



IL BAMBINO AL SOLE



Bambini esposti al sole – precauzioni e regole.

Il sole certamente è indispensabile per la vita sul nostro pianeta, ed è anche un fattore generale di benessere per l'organismo umano. Tuttavia l'esposizione solare eccessiva o non adeguata, rispetto alle proprie difese naturali, può produrre danni alla salute.

E' ampiamente dimostrato infatti che l'esposizione prolungata alla luce solare non solo rappresenta il principale fattore di "invecchiamento cutaneo precoce", ma riveste un ruolo di primaria importanza nel determinare la comparsa dei principali tumori cutanei (carcinomi e melanoma).

Poiché è stato calcolato che oltre il 50% della quantità totale di radiazione ultravioletta ricevuta nel corso della vita è ricevuta prima dei 18 anni di età, è necessario che gli adulti diventino consapevoli di ciò e proteggano adeguatamente i bambini dai rischi di una eccessiva esposizione.

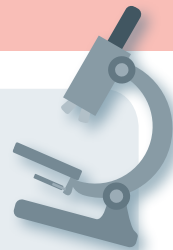
PER SAPERNE DI PIÙ...

Sole e melanoma.

Anche per il melanoma, negli ultimi decenni, sono stati raccolti numerosi dati a sostegno di un ruolo causale dell'esposizione solare. Il più convincente di questi è la maggiore frequenza di melanoma registrata nelle zone geografiche a forte irraggiamento solare rispetto a quelle meno soleggiate (40 nuovi casi all'anno rispetto a 5 nuovi casi all'anno per 100.000 abitanti) e ciò anche quando si considerassero popolazioni omogenee per etnia e fototipo. Il melanoma in particolare è favorito dalle scottature solari, specie in età pediatrica.

Per quanto il melanoma non rappresenti in sé un problema dell'età pediatrica (solo lo 0.3-0.5% dei melanomi insorge prima dei 18 anni, e gran parte di questi dopo i 12 anni), già nell'infanzia possono intervenire eventi determinanti, quali le scottature solari, e già in questa età si dovrebbero attivare dispositivi di prevenzione.

Negli USA e in Australia, Paesi che registrano la più elevata incidenza di tumori cutanei, già da un decennio sono in atto campagne di informazione e di educazione sanitaria finalizzate alla limitazione dell'esposizione solare.



L'uso di filtri solari e di altre misure di fotoprotezione (cappelli, magliette confezionate con tessuti speciali, visiere ecc.) dovrebbe essere considerato utile solo se realmente integrato in una strategia complessiva di fotoprotezione che valuti attentamente le capacità naturali di difesa (fototipo), le variabili ambientali e quelle climatiche. Per fare un semplice esempio: risulterebbe del tutto superfluo cospargere continuamente di crema un ragazzino con la pelle scura alle otto del mattino, non se ne vede la necessità, così come sarebbe estremamente "ingenuo" ritenere che un filtro solare possa rappresentare una efficace misura di fotoprotezione per un bambino con la pelle chiara quando esposto in modo prolungato nelle ore centrali del giorno.



PER SAPERNE DI PIÙ...

A quale fototipo appartiene il tuo bambino?

E' utile comprendere il tipo di pelle del bambino e la sua conseguente sensibilità alla radiazione solare.

La sensibilità alla luce solare è caratterizzata da una estrema variabilità individuale, geneticamente determinata e correlata principalmente al grado di pigmentazione naturale della cute, il cosiddetto fototipo.

- l **Fototipo 1 - estremamente sensibile:** si ustiona con estrema facilità e non si abbronzia mai. Appartengono a questo gruppo i soggetti con pelle molto chiara, capelli rossi o biondissimi, occhi chiari ed efelidi (fenotipo "celtico"). L'esposizione è in genere sconsigliabile e comunque dovrebbe essere molto breve e limitata alle prime e ultime ore del giorno; la fotoprotezione con filtri solari in caso di permanenza all'aperto per più di 20 minuti è raccomandata.*
- l **Fototipo 2 - sensibile:** si ustiona facilmente e si abbronzia poco. Rientrano in questo gruppo i bambini nel primo anno di vita e i soggetti con pelle chiara, capelli biondi e occhi chiari (fenotipo "caucasico"). E' consigliabile evitare l'esposizione nelle ore centrali del giorno e provvedere costantemente alla fotoprotezione.*
- l **Fototipo 3 - poco sensibile:** si arrossa più o meno intensamente solo prima dell'abbronzatura, costante e scura anche se graduale. Appartengono a questo gruppo i soggetti con pelle scura, capelli castani e occhi scuri (fenotipo "mediterraneo"). E' sufficiente rispettare una gradualità nei tempi di esposizione ed eventualmente proteggersi con filtri di media protezione.*
- l **Fototipo 4 - non sensibile:** non si scotta mai e si abbronzia sempre in modo rapido e intenso. Rientrano in questo gruppo i soggetti con cute bruno-olivastra, capelli neri e occhi neri (fenotipo "medio-orientale"). Questi soggetti non hanno problemi particolari, posso esporsi più a lungo degli altri senza necessità di fotoprotezione. Non sono tuttavia esenti dai danni a lungo termine.*



Numerosi fattori geografici, ambientali e climatici possono modulare l'intensità della irradiazione solare:

- | **Latitudine:** più ci si allontana dall'equatore, più obliqui sono i raggi solari che raggiungono la superficie terrestre e minore la loro intensità.
- | **Altitudine:** in alta montagna l'irraggiamento solare è più intenso a causa della maggiore limpidezza dell'atmosfera e della minore umidità.
- | **Stagione dell'anno:** in estate i raggi solari raggiungono la terra quasi a perpendicolo, risultando quindi di maggiore intensità.
- | **Ora del giorno:** mentre la quota di UVA rimane costante nel corso della giornata quella di UVB raggiunge il suo massimo fra le 10 e le 16.
- | **Nuvolosità:** la nuvolosità modesta e non stratificata sottrae calore alla radiazione solare, poiché blocca i raggi infrarossi responsabili dell'effetto termico, ma non arresta in modo completo i raggi UV. E' comune esperienza sorprendersi di una scottatura conseguita durante una giornata di cielo coperto.
- | **Vento:** la ventilazione oltre a sottrarre calore, offrendo un perfido conforto che incoraggia facilmente lunghe permanenze al sole, riduce l'effetto protettivo e schermante del sudore e del sebo rendendo la pelle più secca e quindi più vulnerabile all'azione degli UV.
- | In vicinanza di **superfici riflettenti** (sabbia, acqua, neve) le radiazioni riflesse si aggiungono a quelle dirette e possono in parte raggiungerci anche all'ombra.

Poiché ragionevolmente non esiste un metodo “scientifico” per stare al sole, né tantomeno un metodo valido per tutti, ci si dovrà affidare necessariamente all’esperienza e al buon senso, senza tuttavia trascurare l’importanza della conoscenza.

Al di là dell’abuso quantitativo che si può compiere nel corso di una vita, se il fine è non scottarsi la strategia più appropriata è quella che fa tesoro dell’esperienza o che comunque considera prima di ogni altra cosa le capacità di protezione naturali della persona (buoni indicatori sono il colore della pelle e la capacità di pigmentarsi senza scottarsi).



CHE COSA FARE?



Le regole per esporsi al sole.

- 1 Usare cautela nell'esporsi direttamente al sole i bambini di età inferiore ai sei mesi.*
- 2 Per i bambini di età superiore ai sei mesi evitare l'esposizione nelle ore centrali del giorno, dalle 10 alle 16, quando l'irradiazione solare è molto intensa. Se soggiornano all'aperto per più di 20 minuti utilizzare filtri solari (UVB e UVA), possibilmente con Fattore di Protezione medio-alto.*
- 3 L'esposizione al sole deve essere sempre graduale, al fine di evitare possibili "scottature", favorendo la progressiva produzione della melanina, la quale rappresenta la più naturale difesa della pelle dai raggi ultravioletti.*
- 4 Utilizzare sempre adeguate misure di protezione (cappellino a falde larghe, maglietta, filtro solare, occhiali da sole), ricordando che la maggior parte dei tessuti estivi non garantisce uno schermo efficiente ai raggi ultravioletti.*
- 5 Ridurre i tempi di esposizione diretta ed intensificare le misure di protezione in prossimità di superfici riflettenti (neve, sabbia e acqua), le quali potenziano l'irradiazione ultravioletta.*
- 6 Ricordare che anche all'ombra, se in prossimità di ambienti assolati, si è soggetti all'azione dei raggi ultravioletti riflessi, che valgono talora almeno il 50% di quelli diretti.*
- 7 Attenzione alle giornate di nuvolosità velata: i raggi ultravioletti raggiungono comunque la superficie terrestre. E' comune esperienza sorprendersi di una scottatura conseguita durante una giornata di cielo "coperto". Attenzione alle giornate di clima ventilato: anche se non si avverte calore (sono i raggi infrarossi che scaldano e non gli ultravioletti) ci si può scottare più facilmente.*
- 8 I filtri solari sono utili ma offrono una protezione limitata nel tempo (anche quelli a schermo totale), per questo devono essere riapplicati almeno ogni 2 ore, specie in caso di bagni in acqua o di profusa sudorazione. I filtri cosiddetti "water resistant" (resistenti all'acqua) possono essere utili per aumentare la persistenza del prodotto solare sulla pelle.*

L'impiego di filtri solari non può comunque giustificare il mancato rispetto delle regole menzionate.



- 9 *Non applicare mai prodotti antistaminici o creme profumate prima dell'esposizione al sole: il rischio di reazioni fotoallergiche o fototossiche è elevato.*
- 10 *Attenzione: alcuni particolari farmaci possono potenziare l'azione dei raggi solari o rendersi responsabili di reazioni indesiderate se assunti prima o durante una esposizione solare. Chiedere sempre al proprio pediatra se il farmaco prescritto controindica l'esposizione solare.*
- 11 *Qualora altre persone debbano avere cura dei vostri figli assicuratevi che siano in grado di rispettare queste semplici regole.*
- 12 *Non dimenticare che l'arrossamento immediato non è un buon indice di sicurezza. Solitamente ci si accorge della scottatura dopo ore, magari a sera o durante la notte.*
- 13 *Non dimenticare che è opportuno evitare, per quanto possibile, l'esposizione dei soggetti con maggiore rischio di tumori cutanei: fototipo 1, storia o segni di pregresse scottature solari, familiarità di carcinoma o melanoma in parenti di primo grado.*

Edizione a cura dell'Osservatorio Chicco

Autori: Fabio Arcangeli - Aldo Randazzo - Emanuela Iacchia

L'Osservatorio Chicco ringrazia:

- **Prof. Fabio Arcangeli**
Presidente Società Italiana di Dermatologia Pediatrica - S.I.Der.P.
- **Dr. Giuseppe Mele**
Presidente Nazionale Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP
- **Dr. Aldo Randazzo**
Segretario Provinciale Reggio Calabria Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP
- **D.ssa Emanuela Iacchia**
Psicologa - psicoterapeuta

Stampato da Cograf S.p.A - 2008

Questa pubblicazione è stampata su carta ecologica certificata FSC che garantisce la produzione secondo precisi criteri sociali e di eco-sostenibilità, nel totale rispetto del patrimonio boschivo.

FSC (Forest Stewardship Council) promuove e certifica i sistemi di gestione forestale sostenibili considerando gli aspetti ecologici sociali ed economici.



Con il contributo non condizionato di

