

**ALIMENTAZIONE
PREVENZIONE
& BENESSERE**

A P & B

**PIÙ CEREALI INTEGRALI
PER VIVERE A LUNGO
E IN BUONA SALUTE**



NUTRITION FOUNDATION
OF ITALY

www.pacinimedicina.it

3 2019
anno VI

3 anno VI 2019

ALIMENTAZIONE PREVENZIONE & BENESSERE

Direttore Scientifico
Franca Marangoni

Direttore Responsabile
Patrizia Alma Pacini

© Copyright by
Nutrition Foundation of Italy

Coordinamento redazionale
Cecilia Ranza

Redazione
NFI - Nutrition Foundation of Italy
Viale Tunisia 38 - 20124 Milano
Tel. 02 76006271 - 02 83417795
Fax 02 76003514
info@nutrition-foundation.it

Grafica
Pacini Editore Srl
Via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300
info@pacinieditore.it - www.pacinimedicina.it

Periodico mensile - Testata iscritta presso il Registro
pubblico degli Operatori della Comunicazione
(Pacini Editore Srl, iscrizione n. 6269 del 29/08/2001)

IN QUESTO NUMERO:

3 L'EDITORIALE
di Franca Marangoni

4 IL TEMA
a cura della Redazione di AP&B
Cereali integrali: anche in Italia
un apporto adeguato è prioritario
per la salute cardiovascolare

11 L'INTERVISTA ALL'ESPERTO
di Cecilia Ranza

La prevenzione della carie,
infezione cronica e trasmissibile,
inizia dalle prime poppate
Risponde Silvia Scaglioni

15 LA SCHEDE
La frutta disidratata

Gli ultimi dati, pubblicati nell'ambito del Global Burden of Disease Study, confermano che in Italia il 15% delle morti è associato alla dieta. Il Tema di questo mese parte dall'indagine finanziata dalla Bill & Melinda Gates Foundation che, da alcuni decenni, fornisce periodicamente informazioni sullo stato di salute della popolazione mondiale.

Recentemente, si è focalizzata sull'impatto dei consumi alimentari, realizzando una sorta di graduatoria dei fattori dietetici associati alla mortalità e alla disabilità per diverse cause, soprattutto per malattie cardiovascolari e diabete, suddividendo i dati sia per macroaree geografiche e sia per singoli Paesi (fino a 195).

Ne deriva un quadro complesso, dal quale estrarre pochi concetti fondamentali: le differenze tra le diverse aree del mondo sono sostanziali; nei Paesi dell'Europa occidentale, compresa l'Italia, "pesa" di più sulla salute cardiovascolare l'apporto per difetto di alcuni alimenti e nutrienti, piuttosto che il consumo in eccesso di altri; nel nostro Paese, guidano la classifica i livelli di assunzione insufficienti di cereali integrali,

confermando le conclusioni in proposito dello studio INHES (Italian Nutrition and Health Survey), coordinato dall'Istituto Neurologico Mediterraneo NEUROMED di Pozzilli (Isernia).

In generale, comunque, sia la mortalità e sia la disabilità per cause cardiovascolari sono in buona parte attribuibili alla scarsa presenza di alimenti di origine vegetale sulle nostre tavole.

Si tratta di osservazioni dalle quali difficilmente si potrà prescindere nella definizione di strategie educazionali e preventive in ambito sanitario.

È invece la carie dentale l'oggetto dell'Intervista. Silvia Scaglioni, pediatra della Fondazione De Marchi di Milano, fa chiarezza sulle cause dell'infezione cronica più diffusa al mondo e sugli approcci preventivi più efficaci a una patologia che (aspetto spesso ignorato) è anche trasmissibile, suggerendo i comportamenti utili per proteggere da subito la salute del cavo orale dei più piccoli.

Buona lettura! ■

Franca Marangoni
Direttore Scientifico AP&B

Cereali integrali: anche in Italia un apporto adeguato è prioritario per la salute cardiovascolare

a cura della Redazione di AP&B

Nella Regione Europea, la prima causa alimentare di mortalità cardiovascolare prematura (prima dei 70 anni) è un consumo di cereali integrali insufficiente, inferiore a quanto raccomandato per il mantenimento di benessere e salute.

Uniche eccezioni, in un panorama piuttosto uniforme, sono Svezia e Norvegia, nazioni in cui il consumo di cereali non raffinati è infatti una tradizione consolidata.

I dati, raccolti in 51 Paesi dal gruppo di studio Global Burden of Disease (GBD) e pubblicati sull'*European Journal of Epidemiology* nel gennaio di quest'anno, scaturiscono dall'analisi sistematica delle informazioni raccolte in 26 anni di osservazioni (1990-2016).

In buona sostanza, ammoniscono i ricercatori, **ottimizzando gli apporti nutrizionali nel loro complesso** (quindi non solo quello dei cereali integrali) sarebbe stato possibile **prevenire**, nel solo

2016, **un quinto delle morti premature per cause cardiovascolari**.

Tornando al consumo inadeguato di cereali integrali, stupisce inoltre che proprio i Paesi del bacino del Mediterraneo, dall'Italia alla Grecia, da Israele a Cipro, mostrino una scarsa adesione a uno dei principi fondamentali della nutrizione bilanciata e varia, su cui si basa la Dieta Mediterranea.

Fa eccezione la Spagna, in cui la prima causa alimentare di mortalità cardiovascolare prematura è la disaffezione al consumo di semi e frutta a guscio; il consumo insufficiente di cereali integrali segue però a ruota, in seconda posizione.

“ **La prima causa alimentare di mortalità cardiovascolare è lo scarso consumo di cereali integrali** ”

All'inizio di aprile, su *The Lancet*, ecco **una nuova conferma, sempre a firma del GBD**: questa volta l'analisi è stata ampliata a 195 paesi e l'osservazione estesa fino al 2017, **valutando anche la disabilità, calcolata in DALYs** (Disability-Adjusted Life-Years, o numero di anni persi a causa della malattia).

Includere i Paesi degli altri Continenti ha però modificato di poco la classifica globale dei fattori di rischio alimentari: l'inadeguato consumo di cereali integrali rimane ben piazzato al terzo posto, preceduto da un apporto non sufficiente di latte e derivati e dall'assunzione troppo scarsa di frutta oleaginosa e semi.

Ad associare malattia, disabilità e mortalità con la nutrizione è perciò **un apporto carente di gruppi alimentari ampiamente riconosciuti come positivi** (tra questi i cereali integrali), mentre l'eccessivo consumo di altri alimenti (un esempio per tutti, le carni lavorate) ha un ruolo marginale.

I dati del GBD per l'area europea

Il gruppo di studio GBD per l'area europea (vale a dire Europa Centrale, Europa dell'Est, Europa Occidentale e Asia Centrale) ha analizzato il rapporto tra assunzione dei diversi gruppi di alimenti/nutrienti e rischio di mortalità cardiovascolare, suddividendo per la prima volta i dati per sesso, per età e per nazione.

Sono 12 i fattori legati all'alimentazione che il GBD definisce rilevanti per il rischio di mortalità cardiovascolare: da un lato l'inadeguato apporto di fibre, frutta, legumi, frutta oleaginosa e semi, grassi polinsaturi totali, omega-3 assunti con il pesce, vegetali e cereali integrali; dall'altro, l'assunzione di livelli eccessivamente elevati di carni lavorate, sodio, bevande zuccherate e grassi trans.

Dopo 26 anni di osservazioni in tutta l'area, a cinque di questi fattori i ri-

cercatori hanno attribuito un carico percentuale di rischio cardiovascolare prematuro superiore al 10%.

Primo è risultato appunto **il consumo inadeguato di cereali integrali, che pesa per il 20,4% nel calcolo del rischio di mortalità cardiovascolare precoce associabile alla dieta.**

Seguono, con il 16,2%, lo scarso apporto di frutta oleaginosa e di semi, poi l'insufficiente consumo di frutta fresca (12,5%), mentre quarto è un eccessivo apporto di sodio (12,0%); il consumo inadeguato di omega-3 assunti con il pesce supera di poco il 10% e si classifica quinto. Trascurabile appare, invece, la responsabilità dell'eccessivo apporto di carni lavorate, bevande zuccherate e acidi grassi trans (Tabella).

A confronto con il 1990, il GBD ha rilevato nel 2016 una contrazione, in numeri assoluti, della mortalità per tutte le cause. Nello stesso arco temporale, però, sono aumentati i decessi cardiovascolari prematuri da nutrizione carente: un quadro che pone non pochi interrogativi, se si considera che proprio nell'area europea sono presenti non solo i principali Paesi sviluppati, ma anche nazioni che hanno raggiunto (o stanno raggiungendo) accettabili livelli di benessere.

Anche considerando **i soli dati italiani**, va detto che **la mortalità cardiovascolare da alimentazione inadeguata** (considerando tutti i 12 fattori) **è diminuita progressivamente, ma solo fino al 2010.** La tendenza positiva si è però interrotta negli anni successivi e la **brusca inversione è emersa nel 2016**, in cui si sono registrati

Tabella
Mortalità cardiovascolare attribuibile a fattori di rischio alimentari:
dati del Global Burden of Disease Study nei 51 Paesi della Regione Europea

Fattore di rischio alimentare	Numero di decessi	%	Totale
Apporto insufficiente di cereali integrali	429.220	20,4	
Apporto insufficiente di frutta oleaginosa e semi	341.185	16,2	49
Apporto insufficiente di frutta	261.965	12,5	
Apporto eccessivo di sodio	251.437	12	12
Apporto insufficiente di omega-3 assunti con il pesce	227.276	10,8	
Apporto insufficiente di verdure	188.915	9,0	
Apporto insufficiente di legumi	148.668	7,1	36
Apporto insufficiente di fibre	120.241	5,7	
Apporto insufficiente di acidi grassi polinsaturi (omega-3 + omega-6)	78.101	3,7	
Apporto eccessivo di carni lavorate	34.113	1,6	
Apporto eccessivo di acidi grassi trans	16.182	0,8	2,5
Apporto eccessivo di bevande zuccherate	2.334	0,1	
Totale	2.099.637		

Fonte: Modif. da Meier T, et al. Eur J Epidemiol 2019;34:37-5.

Apporti medi ottimali di cereali integrali secondo il GBD

Nel rapporto GBD l'inadeguatezza degli apporti nutrizionali è stata valutata per ogni gruppo di alimenti, utilizzando il TMREL (Theoretical Exposure Risk Minimum Level), cioè il livello di assunzione medio associato con il minimo rischio di mortalità (in questo studio cardiovascolare). Nel caso dei cereali integrali (cereali per la prima colazione, biscotti, pane, riso, pasta, tortillas, muffin, pancakes, cous-cous e così via) tale livello di assunzione è risultato piuttosto alto, in media pari a 100-150 grammi.

9.628 decessi in più (96.977 in totale). Non solo: dal 1990 in poi, **l'Italia ha sempre mantenuto il primato dell'insufficiente consumo di cereali integrali, inteso come fattore di rischio alimentare prevalente.**

Conferma attuale di quanto l'Italia fac-

cia parte, a pieno titolo, dei Paesi meno virtuosi sotto il profilo nutrizionale sono i dati raccolti dall'INHES (Italian Nutrition & Health Survey). Lo studio è stato condotto tra il 2010 e il 2013 in un campione rappresentativo della popolazione italiana oltre i 5 anni: in totale 8.421 adulti dai 19 anni in poi e 561 soggetti

tra i 5 e i 19 anni. L'analisi più recente dell'INHES ha riguardato proprio il consumo di cereali integrali.

Le premesse e gli scopi dell'INHES

Un paio di premesse sono d'obbligo. Gli autori dell'INHES ricordano che, secondo il modello mediterraneo, "ogni pasto principale dovrebbe fornire 1-2 porzioni di cereali (preferibilmente integrali), tra pasta, pane, riso, cous-cous e altri".

In Italia, però, **le linee guida** non indicano in modo esplicito la quantità di cereali integrali che andrebbe consumata ogni giorno, consigliando invece **un apporto regolare di cereali, preferibilmente di prodotti integrali**.

In area europea, si possono citare le linee guida danesi, che raccomandano per esempio un consumo pari a 75 g per un apporto calorico complessivo di 2.388 kcal. Per un confronto, negli Stati Uniti le raccomandazioni sono distinte per fascia d'età: almeno 85 g/die per l'età adulta (dai 18 anni) e 42 g/die per bambini e adolescenti.

Manca comunque ancora una definizione di "cereale integrale" accettata a livello internazionale: **la proposta** dello Health Grain Forum (consorzio senza fini di lucro, a cui aderiscono rappresentanti internazionali del mondo accademico e industriale) **è di considerare "integrali" tutti i prodotti in cui la quota di cereale integrale supera quella raffinata ed è comunque maggiore del 30% del complesso degli ingredienti**.

E veniamo ai dati INHES. Lo scopo della ricerca era duplice: aggiornare

i dati di consumo generale dei diversi gruppi di alimenti, a quasi 10 anni dall'indagine INRAN-SCAI 2005-06, ma anche inquadrare i fattori (demografici, socioeconomici, psicosociali e comportamentali) che più incidono sulle scelte alimentari dichiarate. È un approfondimento indispensabile per disegnare strategie efficaci di educazione alimentare diretta alla popolazione.

A proposito di cereali integrali

Nello studio INHES, il consumo di cereali integrali è stato quantificato considerando l'apporto (totale e suddiviso) di cinque gruppi di alimenti: pane, pasta, cereali per la prima colazione, biscotti/crackers/grissini, zuppe. In base alla frequenza di assunzione di cereali integrali, i soggetti allo studio sono stati suddivisi tra: non consumatori, consumatori occasionali (meno di una volta alla settimana) e consumatori regolari (una o più volte alla settimana).

I consumi sono stati correlati con le ragioni della scelta di un prodotto integrale rispetto all'equivalente raffinato, con il tipo di pasto in cui l'alimento è stato inserito e con il contesto di consumo: domestico o fuori casa, in compagnia o davanti alla TV/PC.

Sono stati inoltre considerati il grado di scolarizzazione e la mansione lavorativa mentre, sul versante psicosociale, è stata chiesta un'autovalutazione dello stato di salute e del livello di stress (lavorativo e familiare). L'adesione, o meno, a una regolare attività fisica e il rapporto peso/altezza (BMI) hanno completato la raccolta dei dati.

Emerge un quadro variegato

Nella fascia d'età adulta, poco più di **un quarto degli intervistati (27,2%) dichiara un consumo regolare (una o più volte alla settimana) di cereali integrali**. Prevalgono le donne, di età superiore ai 50 anni, residenti nel Nord Italia e con una scolarizzazione elevata.

Chi consuma prodotti integrali svolge in maggioranza mansioni lavorative non manuali, è single o separato/divorziato, non fumatore, con un'attività fisica regolare e un BMI nella norma. Va detto però che i consumatori occasionali e i non-consumatori di cereali integrali mostrano una maggiore adesione alla Dieta Mediterranea nel suo complesso.

Biscotti e pane risultano essere le fonti di cereali integrali preferite (27,4% e 53,3% rispettivamente), seguite a distanza dalla pasta (13,1%), mentre i cereali per la prima colazione sono scelti solo dal 4,8% del campione; le zuppe sono le meno popolari (1,3%). Comprensibilmente, si evidenzia un **rapporto inverso tra assunzione di cereali integrali e consumo della prima colazione fuori casa**.

Anche **nella fascia pediatrica e adolescenziale**, pane e biscotti sono la fonte principale di cereali integrali (42,3% e 20,2% rispettivamente); guadagnano invece quota, rispetto agli adulti, **i cereali per la prima colazione (15,7%), la pasta (15,8%) e le zuppe (6,0%)**.

Senza sorprese emerge un maggior consumo da parte delle ragazze ri-

spetto ai coetanei; tra i più giovani gli apporti diminuiscono all'aumentare del numero di ore trascorse quotidianamente davanti al PC.

Complessivamente, il consumo regolare di cereali integrali (una o più volte alla settimana) in questa fascia d'età è limitato al 21,9% della popolazione.

Le ragioni principali della scelta di un prodotto integrale sono la convinzione che sia **più salutare (47,7%), o più naturale rispetto al prodotto raffinato (26,2%)**. Entrambe le risposte presuppongono una decisione formulata in base a informazioni mirate.

Sul versante opposto, infatti, **il 45,3% dei non consumatori dichiara di non conoscere le proprietà dei cereali integrali**; meno inattesa la quota di non consumatori (il 38,8%) che non apprezza il gusto del cereale integrale, o quel 12,9% che non consuma alimenti integrali, come pasta e zuppe, lamentando i lunghi tempi di cottura.

Il confronto con INRAN-SCAI

Il quadro dei consumi di cereali integrali in Italia non è molto cambiato, rispetto a quanto rilevato dall'indagine INRAN-SCAI 2005-06.

Poco più di un quarto (26,9%) tra bambini, adolescenti e adulti mette oggi in tavola regolarmente (una o più volte a settimana) un prodotto a base di cereali integrali, con un **aumento di circa tre punti rispetto al 23%** dell'indagine INRAN-SCAI 2005-06.

Semmai, all'interno di un panorama che conferma la scarsa preferenza per questi prodotti, si registrano mi-

nimi spostamenti di consumo. Resta per esempio invariata **la scelta prevalente del pane come alimento integrale più consumato**. Rispetto ai dati del 2005-2006, invece, risulta **dimezzato tra i bambini il consumo di cereali integrali per la prima colazione: dal 32% al 15,7%**. Tra gli adulti, invece, cresce il consumo di pasta integrale, dal 2% al 13,1%.

Da ribadire, infine, è la contraddizione tra la mediterraneità ancora attribuita all'alimentazione attuale della Penisola e la trascurabile presenza dei cereali integrali nei menu italiani.

Qualche spunto positivo per il futuro emerge invece dalle motivazioni della scelta di questi alimenti. Com'è stato già detto, infatti, **per quasi la metà del campione i cereali integrali apportano benefici alla salute**. Un dato che, secondo gli Autori, sostiene l'opportunità di ripetere le campagne (sia istituzionali e sia finanziate dall'industria alimentare) di promozione del consumo di cereali integrali, anche a fronte del fatto che, come detto, la maggior parte dei non consumatori indica la scarsa conoscenza delle qualità nutrizionali dei cereali integrali come motivazione della mancata preferenza.

L'informazione nutrizionale sui benefici dei cereali integrali, inoltre, è tanto più diffusa quanto maggiore è il grado di scolarizzazione.

Non solo. Tra apporto di cereali integrali e stile di vita c'è un rapporto bidirezionale: **il consumo regolare di cereali integrali segnala uno stile di vita salutare, ma è anche uno dei fattori che lo sostengono nel tempo**.

Secondo gli Autori dell'INHES (lo studio è scaturito dalla collaborazione tra il Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione, IRCCS NEUROMED di Pozzilli-Isernia, il centro di Ricerca EPIMED dell'Università dell'Insubria a Varese e la Clinica Mediterranea di Napoli) per incoraggiare il consumo di cereali integrali è necessario mettere in campo iniziative diversificate: **le campagne di informazione** dirette alla popolazione dovrebbero andare in parallelo con **l'aumento della quota di ingrediente integrale** nei prodotti di largo consumo, fino alla **certificazione, con un logo opportuno**, dei prodotti in cui il contenuto di cereali integrali sia ritenuto congruo.

In conclusione, si può affermare che i risultati di un'indagine nazionale come INHES e i dati di un ampio studio internazionale come il Global Burden of Disease convergono sulla necessità di promuovere il consumo di cereali integrali in tutta l'area europea (e in Italia), con il sostegno di un programma educativo alla corretta alimentazione.

Entrambi gli studi rafforzano inoltre **il concetto di "nutrizione positiva"**, che si traduce nell'incentivo al consumo di alimenti a dimostrata valenza protettiva.

Si tratta di un **messaggio più accettabile ed efficace** rispetto a quello, finora prevalente, di "nutrizione punitiva", diretto soltanto a ridurre l'apporto di determinati alimenti o nutrienti, spesso in assenza di proposte alternative gradevoli al gusto e nutrizionalmente più vantaggiose. ■

Conclusioni

- La ricerca Global Burden of Disease (GBD), relativa a 51 Paesi dell'area europea e a 26 anni di osservazioni, ha dimostrato che la causa alimentare prevalente di mortalità cardiovascolare precoce (prima dei 70 anni) è il consumo insufficiente di cereali integrali.
- Anche in Italia circa un quinto delle morti per cause cardiovascolari correlabili alla dieta è attribuibile all'apporto inadeguato di cereali integrali; una situazione che si è accentuata negli ultimi sei anni (2010-2016) di osservazioni.
- La seconda causa alimentare di mortalità cardiovascolare precoce nel nostro Paese, ovvero la scarsa assunzione di frutta oleaginosa e di semi, segue a distanza. Terzo fattore di rischio risulta l'eccessivo apporto di sodio.
- Conferma dei dati del Global Burden of Disease viene dall'indagine INHES (Italian Nutrition & HEalth Survey), l'approfondimento più aggiornato relativo non solo ai consumi di cereali integrali nella popolazione italiana, ma anche alle motivazioni che sostengono tale scelta.
- Secondo i dati INHES, il 26,9% della popolazione italiana dai 5 anni in poi consuma cereali integrali regolarmente (cioè una o più volte a settimana): circa tre punti in più rispetto al dato (23%) emerso nell'indagine INRAN-SCAI 2005-06.
- La maggior parte dei non consumatori di prodotti a base di cereali integrali dichiara di non conoscere i benefici per la salute associati al consumo regolare di tali alimenti.
- Un consumo abituale di cereali integrali è infatti associato non solo a una maggiore conoscenza dei vantaggi per la salute, ma anche a uno stile di vita più corretto, sotto il profilo alimentare e complessivo.
- Incentivare il consumo di cereali integrali è dunque prioritario in tutta l'area europea, Italia compresa, con campagne informative e di educazione alimentare, che rafforzino il messaggio di equilibrio nella varietà e negli apporti dei nutrienti.
- Nel complesso, i risultati di GBD e INHES sostengono il concetto di "nutrizione positiva", che incentiva un maggior apporto di alimenti associati alla riduzione del rischio cardiovascolare, piuttosto che sulla "nutrizione punitiva", che punta soltanto al ridotto consumo di alimenti associati all'aumento di questo stesso rischio.

Bibliografia di riferimento

GBD 2017 Diet Collaborators. *Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. The Lancet 2019 [Epub ahead of print].

Greve C, Neess RI. *The evolution of the whole grain Partnership in Denmark*. Copenhagen Business School and the Danish Whole Grain Partnership; Copenhagen. 2014. www.fuld-korn.dk/media/179349/the-evolution-of-the-whole-grain-partnership-in-denmark.pdf.

Meier T, Gräfe K, Senn F, et al. *Cardiovascular mortality attributable to dietary risk factors in 51 countries in the WHO European Region from 1990 to 2016: a*

systematic analysis of the Global Burden of Disease Study. Eur J Epidemiol 2019;34:37-55.

Papanikolaou Y, Fulgoni VL. *Grain foods are contributors of nutrient density for American adults and help close nutrient recommendation gaps: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2009-2012*. Nutrients 2017;9.

Ruggiero E, Bonaccio ML, Di Castelnuovo A, et al.; on behalf of the INHES Study Investigators. *Consumption of whole grain food and its determinants in a general Italian population: results from the INHES Study*. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2019 [Epub ahead of print].

di Cecilia Ranza

La prevenzione della carie, infezione cronica e trasmissibile, inizia dalle prime poppate

Risponde Silvia Scaglioni

Fondazione De Marchi, Dipartimento di Pediatria, IRCCS Policlinico, Milano

Che la carie dentale sia un'infezione batterica, cronica e trasmissibile, è un dato poco noto alla popolazione generale. Altrettanto si può affermare rispetto alla conoscenza di comportamenti, diffusi ma controproducenti, che danno il via all'infezione.

Silvia Scaglioni, Fondazione De Marchi, Dipartimento di Pediatria, IRCCS Policlinico, Milano, chiarisce quali sono i punti fermi nella difesa della salute orale e dentale fin dalle prime fasi della vita, sollecitando una collaborazione più stretta tra il pediatra, l'odontoiatra infantile e chi si prende cura del bambino (familiari e assistenti).

DOMANDA: Iniziamo dai dati di base: la diffusione dell'infezione e le sue ricadute economiche.

RISPOSTA: La carie è l'infezione cronica più diffusa in tutto il mondo (ndr

interessa 2,5 miliardi di persone) ed è trasmissibile. Entrambi questi elementi, però, sono poco conosciuti a livello di popolazione. La prevalenza della carie cresce con l'età, confermando la difficoltà di mantenerla sotto controllo.

Per quanto riguarda l'Italia, possiamo citare l'indagine del 2004-2005, sollecitata dall'Oms nei diversi Paesi, che identificò, nel nostro Paese, una prevalenza di carie del 21% a 4 anni e del 43% a 12 anni (ndr a livello mondiale, raggiunge negli adulti il 90%).

A ulteriore conferma cito anche l'indagine, patrocinata nel 2018-19 dalla Società Italiana di Odontoiatria Pediatrica: l'81% delle tremila mamme intervistate (con figli di età inferiore ai 5 anni) era del tutto ignara della natura infettiva della carie e, come vedremo più oltre,

“

La trasmissione al neonato dei batteri della placca è favorita da abitudini errate, ma molto diffuse

”

anche di alcuni fondamentali comportamenti per limitarne la lesività.

Dal punto di vista economico, la presa in carico di tutta la popolazione colpita da carie sarebbe insostenibile per qualunque sistema sanitario. Infatti le otturazioni, o gli altri interventi di restauro dentale, non eliminano la causa del danno (cioè lo stato infettivo generale), ma soltanto i suoi effetti, che sono perciò destinati a ripresentarsi negli anni, con una frequenza tanto maggiore, quanto più carente sarà stata nel frattempo l'attenzione alla salute orale.

D.: Quali sono le cause della carie e quali i comportamenti errati che devono essere evitati da chi si prende cura del bambino?

R.: Lo sviluppo della carie necessita della concomitanza tra: suscettibilità individuale, colonizzazione del cavo orale da parte dei batteri cariogeni della placca e presenza di zuccheri.

Questo significa che i figli di genitori con alta frequenza di carie saranno più esposti allo sviluppo dell'infezione, a parità di esposizione agli zuccheri.

Significa anche che il consumo di bevande e alimenti ricchi di zuccheri deve essere limitato in frequenza e seguito da alcune semplici contromisure: ne parleremo in dettaglio più oltre.

Quel che mi preme chiarire soprattutto è però il terzo elemento: la colonizzazione batterica.

Nel neonato e nel lattante, il cavo orale è vergine, dal punto di vista della presenza di batteri cariogeni. La contaminazione avviene da adulto a bambino,

in genere attorno ai sei mesi, per esempio con l'uso promiscuo di stoviglie, se viene utilizzato lo stesso cucchiaino per assaggiare la pappa e per proporla al bambino; oppure attraverso il trasferimento con il ciuccio, che l'adulto ritiene a torto di "disinfettare", proprio mettendolo in bocca.

D.: Entriamo nel dettaglio alimentare: che cosa bisogna evitare?

R.: La lesione cariogena progredisce perché i batteri, utilizzando gli zuccheri per sopravvivere e moltiplicarsi, li metabolizzano ad acidi organici, che erodono lo smalto del dente.

Posto che la suscettibilità individuale è un fattore immodificabile e che sulla contaminazione poco può essere fatto, ecco che l'alimentazione diventa il cardine della prevenzione.

Ogni occasione di consumo di zucchero corrisponde a un attacco acido, anche se la lesività non è sempre identica: aumenta per esempio con la poppata/spuntino delle ore notturne, perché lo stato di idratazione del cavo orale, ma anche la detersione spontanea operata dalla lingua, sono inferiori.

Attenzione anche alla durata del contatto tra smalto e zuccheri: nell'indagine del 2018-19 già citata, ben il 47% delle mamme dichiarava di aver utilizzato (o di utilizzare, secondo l'età del bambino) il biberon con il latte per facilitare l'addormentamento.

Non solo: il 22% ammetteva un uso prolungato del biberon della buonanotte oltre l'anno di età e ben il 10% oltre i 24 mesi.

La raccomandazione dei pediatri è ben diversa: è opportuno abituare il bambi-

no all'uso autonomo della tazza con i due manici una volta compiuto l'anno di età perché, al contrario del biberon, non favorisce la permanenza del liquido nel cavo orale.

Da evitare assolutamente è anche l'abitudine di intingere il ciuccio in una sostanza dolce (zucchero o miele): risorsa utilizzata "spesso" da 4 mamme ogni 100 e "saltuariamente" dal 23% delle intervistate. E non va meglio con le bevande: quasi un terzo (28%) ha dichiarato di somministrare bevande diverse dall'acqua (comprese bevande e acqua zuccherate) più di una volta al giorno. Anche le merendine, dolci o salate, vengono permesse più di una volta al giorno dal 14% delle mamme.

D.: Apriamo il capitolo specifico del latte, materno o formulato: quali sono le raccomandazioni?

R.: Il latte, anche materno, è un alimento zuccherino. Per il latte, materno o in formula, vale quindi tutto ciò che è già stato precisato in precedenza.

Anche se il piccolino è ancora edentulo (0-6 mesi), il numero di pasti lattei nelle 24 ore e il numero di mesi in cui si protrae l'allattamento moltiplicano l'esposizione del cavo orale agli zuccheri; per i motivi già esposti, le poppate notturne, specie dopo l'anno di vita, aumentano i rischi zucchero-correlati.

Ecco perché, dopo ogni poppata, soprattutto notturna, è più che opportuno rimuovere il residuo di latte con una garzina, o utilizzando gli appositi ditali delicati in silicone.

D.: Il bambino cresce e la giornata è scandita da pasti diversi, almeno

4 o 5. Quali sono i consigli di buona igiene/prevenzione?

R.: Prima colazione: gli zuccheri presenti in latte e yogurt non raggiungono la soglia di percezione del gusto dolce, ma questa non è una ragione valida per l'aggiunta di saccarosio, che non è mai opportuna.

Allo yogurt si può semmai aggiungere frutta fresca a pezzi, mai frullata.

La frutta a pezzi e i cereali (meglio se integrali) sotto forma di fiocchi, muesli, fette biscottate con marmellata, biscotti secchi, abitano il bambino a masticare. La masticazione previene la malocclusione, oltre a favorire i processi digestivi e la salivazione, con funzione digestiva e detergente.

A margine, ricordo che fino ai tre anni si devono preferire il latte e lo yogurt interi, per poi passare al parzialmente scremato, consumato da tutta la famiglia.

Inoltre: meglio limitare a poche occasioni alimenti come le brioches, tipiche per esempio della colazione fuori casa. La sfoglia si frantuma in lamelle, che aderiscono al dente e si insinuano negli spazi interdentali, permanendo a lungo. Tra l'altro la prima colazione consumata fuori casa non facilita la detersione con spazzolino e dentifricio del mattino.

Pranzo e cena: si dovrebbe privilegiare il piatto unico (cereale più carne/pesce/legumi/uova/formaggio), accompagnato sempre da verdura e frutta.

Come indicazione generale, a partire dall'anno di vita, si raccomanda carne non più di 4 volte a settimana, pesce e legumi 3-4 volte a settimana, uova e formaggi 1-2 volte a settimana.

In alternativa si possono proporre primi piatti a base di riso, pasta, farro, orzo con pomodoro o verdure, seguiti da un secondo piatto e dalla frutta. Per gli spuntini è meglio offrire frutta.

D.: Quali sono i capisaldi dell'igiene orale, man mano che il bambino acquisisce autonomia?

R.: Dai 6 mesi, con i primi dentini, l'igiene deve dotarsi anche di spazzolino e dentifricio.

Sarà compito della mamma spazzolare con un movimento circolare i dentini, utilizzando una minima dose (non più grande di un pisello) di dentifricio specifico per bambini (contenuto di fluoro non superiore a 500-600 ppm, parti per milione) e uno spazzolino con la testina tonda e le setole morbide.

Le poppate notturne, se ancora presenti, vanno seguite dall'intervento della garzina/ditale di silicone morbido.

Dopo i 3 anni, a poco a poco il bambino apprenderà come utilizzare uno spazzolino adeguato per l'età (va bene anche lo spazzolino elettrico), sempre con un dentifricio formulato per i più piccoli, utilizzando sempre movimenti circolari per almeno due minuti e per almeno due volte al giorno.

Lo spazzolamento serale è imprescindibile, proprio in vista del maggior ristagno notturno.

Durante il giorno, dopo il pasto di mezzogiorno alla mensa scolastica (materna o primaria), si deve incoraggiare il consumo di acqua, che favorisce l'allontanamento dei residui di cibo, compresi gli zuccheri adesi al dente.

In età scolare, allo spazzolamento mattutino e serale si può aggiungere l'uso regolare del filo interdentale.

Ricordo che, tra la fine del pasto e lo spazzolamento, è opportuno attendere una decina di minuti, lasciando alla saliva il tempo di riequilibrare l'attacco degli acidi alimentari al dente, prima di intervenire con l'azione minimamente abrasiva del dentifricio.

D.: Come abituare il bambino alla regolarità dei controlli dal dentista?

R.: Il primo medico a valutare la salute orale e dentale del bambino è il pediatra, perché lo segue a intervalli regolari. La visita del dentista va inserita attorno ai due anni in questo contesto di controlli di routine ed è indispensabile per verificare prima di tutto l'assenza di malocclusioni o maloposizioni.

Va da sé che la migliore accettazione di questo nuova figura medica si avrà se le prime visite, in cui si deve costruire una sorta di alleanza con il piccolo paziente, avverranno in assenza di problemi che necessitano di intervento, come un inizio di carie. ■

LA SCHEDA: la frutta disidratata

La frutta disidratata tradizionale si ottiene sottraendo acqua (75-85%) da frutti maturi e sani (in genere mele, albicocche, datteri, fichi, prugne, pere, uva), senza aggiunta di zucchero, coloranti e conservanti. A mirtili, fragole, ciliegie, mango e ribes viene invece infusa una soluzione di fruttosio prima della parziale disidratazione, per migliorare il gusto e la morbidezza finali. I frutti parzialmente disidratati e successivamente ricoperti di zucchero sono definiti canditi (o glassati, secondo il tipo di procedura).

In questa scheda viene considerata soltanto la frutta disidratata tradizionale.

Che cosa contiene

Il contenuto in nutrienti della frutta disidratata tradizionale rispecchia (tranne che per la vitamina C) quello della materia prima, anche se più concentrato. Secondo il regolamento europeo, tutte le qualità in tabella sono

fonte di fibre; le albicocche sono fonte di ferro e di vitamine A ed E; i datteri fonte di manganese; le prugne fonte di rame e manganese; i fichi fonte di manganese, rame, calcio, magnesio, vitamina K.

Da segnalare è anche la ric-

chezza di polifenoli, caratteristica di tutta questa frutta. L'OMS classifica la frutta disidratata tradizionale come "frutta": di conseguenza, gli zuccheri presenti non vengono considerati "zuccheri liberi".

Che cosa c'è da sapere

Nel 2013 l'UE ha autorizzato il claim per alimenti che forniscono un apporto giornaliero pari a 100 g di prugne secche, riconoscendo la capacità di contribuire "al mantenimento delle normali funzioni intestinali", grazie all'alto contenuto in fibre, ma anche in sorbitolo, zucchero blandamente lassativo (presente, ma in misura molto inferiore, anche nelle albicocche).

Contenuto medio dei nutrienti principali in 100 g di frutta disidratata

	Uvetta	Datteri	Prugne	Albicocche	Fichi
Energia kcal	324	296	229	244	257
Fibre g	4,5	7,35	7,1	7,3	9,8
Acqua g	15,46	20,9	30,92	30,89	30,05
Carboidrati totali g	74,8	67,6	56,8	55,6	54,1
- di cui Zuccheri g	65,2	64,9	38,1	53,4	47,9
- di cui Sorbitolo g	-	-	15,1	6,0	-
Vitamina A mcg	0	7	39	180	0
Vitamina E mg	0,12	0,05	0,43	4,33	0,35
Vitamina K mcg	0,5	2,7	59,5	3,1	15,6
Potassio mg	744	676	732	1.162	680
Calcio mg	62	51,5	43	55	162
Fosforo mg	98	62	69	71	67
Magnesio mg	36	48,5	41	32	68
Ferro mg	1,79	0,96	0,93	2,66	2,00
Rame mg	0,318	0,284	0,281	0,343	0,287
Manganese mg	0,281	0,279	0,299	0,235	0,510

Fonte: USDA database (aggiornamento 2018).