

Alimentazione complementare nel primo anno di vita

Indagine conoscitiva in provincia di Reggio Emilia

ALESSANDRO VOLTA¹, COSTANTINO PANZA², CIRO CAPUANO¹, EMANUELA FERRARONI¹, DANIELA NOVELLI¹

¹Servizio Salute Infanzia, ²Pediatra di famiglia

Dipartimento Cure Primarie, Distretto di Montecchio Emilia (AUSL di Reggio Emilia)

Hanno partecipato al gruppo di lavoro su "Alimentazione complementare nel primo anno di vita", i pediatri di famiglia: Oscar Bertani, Maria Cristina Cassinelli, Luigi Carbognani, Claudio Corradi, Patrizia Grandi, Luciana Monti, Simonetta Tagliavini, Francesca Teza, Alessandro Ubaldi

Nell'ambito di un progetto di formazione sull'alimentazione complementare nel primo anno di vita, ai pediatri di famiglia della provincia di Reggio Emilia è stato proposto un questionario al fine di valutare le conoscenze e le prassi relative a tale tematica. L'analisi delle risposte ottenute ha permesso di individuare alcune criticità sulle quali si è intervenuto attraverso il confronto tra i professionisti e con programmi formativi specifici.

Le attuali raccomandazioni internazionali indicano dal 6° mese compiuto il periodo migliore per l'introduzione di cibi diversi dal latte¹⁻⁷. Il latte materno, o quello formulato, rappresenta per tutto il primo anno di vita del bambino l'alimento fondamentale; pertanto l'introduzione di alimenti solidi o semisolidi diversi dal latte non deve portare a interrompere l'allattamento. Per questo motivo attualmente risulta più corretto parlare di alimentazione complementare nel primo anno di vita, intendendo con questo termine la pratica di integrazione del latte materno con altri alimenti.

Il termine "svezzamento", normalmente utilizzato per indicare la somministrazione della prima pappa, ha in realtà il significato etimologico di "togliere il vezzo", dal verbo divezzare: "perdere un'abitudine, per lo più dannosa"⁸, e quindi, al di là delle numerose definizioni proposte⁹, si presta a un significato ambiguo, intendendo il mo-

COMPLEMENTARY FEEDING PRACTICES: A SURVEY AMONG ITALIAN PAEDIATRICIANS IN THE PROVINCE OF REGGIO EMILIA

(*Medico e Bambino* 2006;25:445-450)

Key words

Weaning, Weaning food, Complementary feeding, Solid food in infancy

Summary

The introduction of complementary food is a critical phase in a child growth. The behaviours of family paediatricians in the province of Reggio Emilia (Italy), with regard to complementary feeding has been investigated by means of a written questionnaire. Our survey showed a high variability in the advice offered to families and an incomplete adherence to the international recommendations regarding infant complementary nutrition.

mento in cui si cerca di terminare un'abitudine, nel nostro caso, appunto, quella dell'alimentazione al seno.

Il momento del "divezzare", inteso tradizionalmente come l'introduzione della prima pappa, implica un profondo cambiamento nella relazione e nel contatto madre-bambino. Nello stesso periodo la maturazione degli apparati immunitario, gastroenterico ed emun-

torio renale offre la possibilità di nuove introduzioni di cibi solidi¹⁰. Oltre a ciò, l'introduzione dei cibi solidi dopo il compimento del 6° mese permette una maggiore libertà di proposta, favorendo una migliore diversificazione degli alimenti, rendendo possibile il coinvolgimento del bambino nelle scelte e nelle preferenze; in tal modo si rispetta il livello di sviluppo psicomotorio del

bambino permettendogli l'uso delle mani, delle posate e della tazza, stimolando così l'autonomia e la partecipazione al pasto¹¹. La pappa unica con i diversi componenti mescolati non è l'unica modalità che può essere proposta e nel secondo semestre di vita è possibile considerare l'uso di cibi separati in parziale sintonia con l'alimentazione del resto della famiglia¹².

METODOLOGIA

Nell'ambito di un Progetto aziendale sulla promozione dell'allattamento materno, è stata attivata nel Distretto di Montecchio Emilia una formazione sul campo (all'interno del Progetto aziendale di Educazione Continua in Medicina) per approfondire la tematica dell'alimentazione nel primo anno di vita. Il gruppo ha visto la partecipazione dei dieci pediatri di famiglia locali e dei quattro pediatri di comunità.

Oltre a valutare i dati disponibili in letteratura e avviare un confronto tra i partecipanti, è stata attuata un'indagine tra i pediatri di famiglia della provincia per conoscere in dettaglio le pratiche di svezzamento utilizzate.

Il gruppo ha poi proseguito il proprio lavoro, definendo un documento su significati, tempi e modalità dell'alimentazione complementare nel primo anno di vita. Il documento finale è stato discusso e condiviso a livello aziendale con i pediatri di famiglia della provincia¹³.

È stato predisposto un questionario

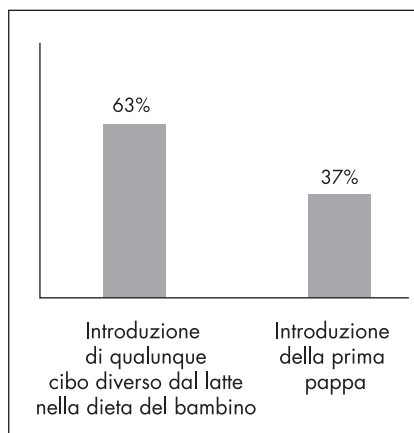


Figura 1. "Lo svezzamento è...".

di 23 items; alcuni quesiti con la finalità di indagare le conoscenze e le opinioni dei professionisti, altri allo scopo di conoscere in dettaglio gli schemi dietetici consigliati alle famiglie. Il questionario è stato proposto, in forma anonima, in occasione di un evento formativo, a 54 dei 72 (75%) pediatri della AUSL di Reggio Emilia.

RISULTATI

Il 63% dei pediatri di famiglia dichiara di considerare svezzamento l'introduzione di qualunque cibo diverso dal latte nella dieta del bambino (compresa la frutta); il 37% invece considera svezzamento l'introduzione della pappa (Figura 1).

Il periodo di introduzione della frutta oscilla dal 2° mese (5,5%) al 6° mese (1,8%), con un picco di frequenza al 4°

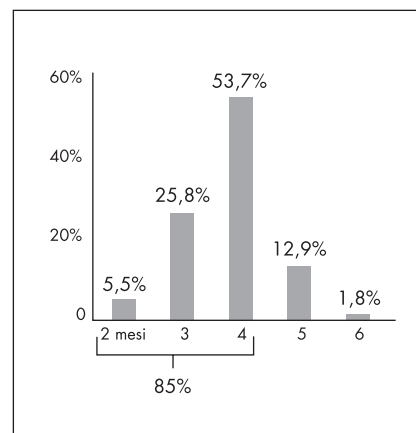


Figura 2. Periodo di introduzione della frutta.

mese (53,7%). Complessivamente l'85% dei pediatri intervistati consiglia di iniziare la frutta prima del 5° mese (Figura 2).

L'introduzione della prima pappa è proposta dal 46% dei pediatri al 6° mese, dal 19% al 5° mese; per il 20% è indifferente tra il 4° e il 6° mese; il 15% decide in accordo con le esigenze/desideri della madre. Complessivamente circa la metà dei pediatri propone la prima pappa al compimento del 6° mese.

Il 63% degli intervistati decide di svezzare indipendentemente dal tipo di allattamento praticato (al seno o con latte formulato); il 17% anticipa i tempi di introduzione della prima pappa se il bambino è allattato artificialmente; il 20% dichiara di proporre la pappa considerando prioritariamente l'opinione dei genitori (Tabella I).

Una domanda ha riguardato i criteri che guidano la decisione di iniziare la pappa. I principali motivi segnalati sono stati la necessità nutrizionale (66%) e la maturità neuromotoria (50%); la compliance familiare è stata considerata rilevante per il 39% dei pediatri, l'incremento ponderale del bambino per il 31% e la maturità psicologica per il 20% (Tabella II).

Motivi per anticipare la prima pappa: nel 91% disturbi del lattante (ad esempio reflusso gastroesofageo), nel 39% la necessità di arricchire in calorie la dieta, nel 35% per aumentare l'autonomia familiare (ad esempio la ripresa dell'attività lavorativa materna).

Motivi per posticipare la pappa: nel

A QUALE ETÀ È PROPOSTA LA "PRIMA PAPPÀ"?

A 6 mesi	46%
A 5 mesi	19%
A 4-6 mesi ("indifferentemente")	20%
Secondo esigenze e/o desideri della madre	15%

IL "TIMING" È ...

... indipendente dal tipo di allattamento praticato (al seno o con latte formulato)	63%
... anticipato se il bambino è allattato artificialmente	17%
... sempre valutato in accordo con i genitori	20%

Tabella I

QUALI CRITERI GUIDANO LA DECISIONE DI INIZIARE LA PAPPA?
(domanda a risposta multipla)

Necessità nutrizionale	66%
Maturità neuromotoria	50%
Compliance familiare	39%
Incremento ponderale del bambino	31%
Maturità psicologica	20%

Tabella II

60% dei casi l'abbondanza di latte materno, la presenza di diatesi allergica (48%), la prematurità (39%), il rifiuto materno (22%) (Tabella III).

Una domanda ha indagato la modalità utilizzata per illustrare ai genitori la preparazione della pappa: l'83% dei pediatri fornisce l'informazione attraverso un prestampato personale, che viene generalmente accompagnato da una spiegazione orale durante la visita di controllo del lattante.

EPOCA DI INTRODUZIONE DEI SINGOLI ALIMENTI

Uovo	8-12 mesi
Pomodoro	8-10 mesi
Pesce	7-9 mesi
Maiale	7-12 mesi
Cavallo	6-12 mesi
Spinaci	5-9 mesi
Formaggio	7-8 mesi
Yogurt	6-8 mesi
Glutine	6-7 mesi

Tabella IV

SCHEMI DI SVEZZAMENTO PER PAZIENTI DI ETNIA STRANIERA

Proposta di schema regionale ("emiliano")	65%
Confronto e mediazione con abitudini alimentari della famiglia	28%
Secondo le abitudini del paese di origine	7%

Tabella V

I MOTIVI PER ...
(domanda a risposta multipla)

Anticipare la prima pappa	Disturbi del lattante (es. RGE)	91%
	Arricchire di calorie la dieta	39%
	Aumentare l'autonomia familiare (es. ripresa attività lavorativa)	35%
Posticipare la prima pappa	Abbondanza di latte materno	60%
	Diatesi allergica	48%
	Prematurità	39%
	Rifiuto materno	22%

Tabella III

L'89% dei pediatri prescrive quantità precise di alimenti: di questi il 24% indica le dosi in grammi, il 32% in cucchiaini, il 44% entrambi.

Alla domanda "dove è stata appresa la metodica per iniziare lo svezzamento", la maggior parte dei pediatri ha segnalato gli studi universitari (50%) e specifici corsi di aggiornamento (52%); le riviste scientifiche sono risultate fonte di informazione per il 20% dei colleghi. Dall'analisi delle risposte si rileva che il 19% dei pediatri intervistati non ha avuto altre occasioni di formazione dopo gli studi universitari.

Le domande riguardanti lo schema dietetico consigliato hanno ottenuto le seguenti risposte:

- L'87% dei pediatri inizia utilizzando farina di riso, in alternativa viene usata la farina di mais e tapioca; il 5% non privilegia una farina specifica per la prima pappa. La maggior parte consiglia di utilizzare inizialmente tre verdure (44%), il 25% consiglia due verdure, il 21% quattro; il 10% considera indifferente il numero di verdure utilizzate.
- La carne è introdotta fin dall'inizio dal 52% dei pediatri, dopo qualche giorno dal 37%; la dose è pressoché standard (30 grammi nel 77% dei casi). Nella fase iniziale dello svezzamento è preferita la carne di agnello, seguita da quella di coniglio e tacchino; meno utilizzati sono il pollo e il vitello.
- L'età di introduzione dei singoli alimenti è risultata estremamente variabile: uovo tra gli 8 e i 12 mesi, pomodoro 8-10 mesi, pesce 7-9 mesi, maiale 7-12 mesi, cavallo 6-12 mesi, spinaci 5-9 mesi, formaggio 7-8 me-

si, yogurt 6-8 mesi, glutine 6-7 mesi (Tabella IV).

- Il formaggio grana nella pappa è utilizzato due volte al giorno dalla maggior parte dei colleghi (74%); è condivisa l'opinione che l'aggiunta di sale o di zucchero sia scorretta, ma per alcuni (46%) a volte l'integrazione risulta necessaria.

L'83% dei pediatri usa uno schema dedicato per i bambini con fattori di rischio o conclamata diatesi allergica.

Nel caso di pazienti di etnia straniera il 65% dei pediatri ha dichiarato di proporre uno schema "emiliano"; il 28% è disponibile a un confronto e una mediazione con le abitudini alimentari della famiglia; il 7% propone di seguire le abitudini del Paese di origine (Tabella V).

DISCUSSIONE

Recenti indagini epidemiologiche hanno messo in evidenza un comportamento molto variegato nell'alimentazione del bambino durante il primo anno di vita da parte delle famiglie italiane, con un frequente anticipo nell'offerta degli alimenti solidi^{14,15}, confermata in parte anche dai risultati del nostro questionario.

Dalla nostra indagine emerge che l'indicazione di attendere il 6° mese compiuto per iniziare l'alimentazione complementare¹⁻⁷ è seguita soltanto dalla metà dei pediatri del nostro campione. Dalle risposte ricevute non ci è possibile analizzare in dettaglio quali fattori specifici ostacolano l'applicazione di questa raccomandazione; tuttavia

una possibile seppur parziale causa di introduzione anticipata dei cibi solidi potrebbe dipendere dalla grande varietà della formazione e dell'aggiornamento professionale sull'alimentazione nel primo anno di vita. Solo la metà degli intervistati ha avuto una preparazione su questo argomento durante la frequenza del corso di specializzazione post-laurea, e l'aggiornamento professionale in tema di nutrizione nel primo anno di vita del bambino è stato affrontato solo dalla metà degli intervistati. Un pediatra su cinque, dopo il periodo di studio universitario, non ha più approfondito queste tematiche.

La frutta, spesso utilizzata per iniziare l'alimentazione complementare, in molti casi è introdotta prima del sesto mese senza valide motivazioni nutrizionali¹⁰, con il rischio di favorire episodi di morbilità di modesta entità¹⁶ e di interferire nell'assorbimento di oligoelementi essenziali¹⁷. È inoltre descritto il condizionamento negativo che l'alimentazione complementare produce sulla pratica dell'allattamento al seno¹⁸.

Le conoscenze sul valore nutrizionale dei cibi sembrano acquisite e consolidate; emerge invece che solo un 20% dei pediatri si dichiara attento all'aspetto psico-relazionale del bambino (anche se il 39% degli intervistati afferma di tenere in considerazione la compliance familiare).

Nel 39% dei casi in cui la prima pappa viene anticipata, la motivazione è la scarsa crescita del bambino. Tuttavia, per evitare una possibile indicazione impropria allo svezzamento occorrerebbe utilizzare curve di crescita per i bambini allattati esclusivamente al seno^{19,20}; queste curve mostrano una riduzione della velocità di crescita dal 4° mese rispetto a quella dei bambini alimentati con formula o con modalità mista. Questa diversità delle curve, accompagnata a una maggiore reattività e irrequietezza tipiche di questa età, possono condurre alla erronea diagnosi di ipogalattia e indurre ad anticipare in modo ingiustificato i tempi del divezzamento. Inoltre, lavori di meta-analisi hanno confermato l'assoluta sicurezza nutrizionale dell'allattamento esclusivo protratto fino ai sei mesi²¹.

La ripresa dell'attività lavorativa della madre che allatta al seno rappresenta un altro fattore che condiziona la decisione sui tempi di introduzione dei cibi complementari²²; a nostro avviso sarebbe opportuno considerare la possibilità di utilizzare latte materno spremuto sia a domicilio che all'asilo nido, evitando in tal modo un anticipo improprio della prima pappa. Questa azione di sostegno dell'allattamento materno dovrebbe vedere coinvolta la rete dei servizi territoriali consultoriali e dei gruppi di auto-aiuto dove presenti^{23,25}.

Un altro fattore di rischio per uno "svezzamento" improprio è dovuto al fatto che l'esigenza di autonomia materna o familiare non sempre si coniuga con una capacità del lattante (neurologica o relazionale) ad accettare la pappa. Il rifiuto della pappa in questi casi, oltre a rappresentare una sorta di immotivata "sconfitta" dei genitori nell'accudimento del bambino, può indurre a credere che il bambino possa soffrire di allergia alimentare o di difficoltà nutrizionali di varia origine.

Dalle risposte ricevute emerge un largo impiego di schemi dietetici molto precisi; è utile osservare che, se da un lato queste "ricette" danno sicurezza ai genitori, dall'altro possono rappresentare un importante limite alla creatività, alla variabilità e all'adattamento al singolo bambino. Uno schema di svezzamento molto dettagliato, oltre a favorire nel genitore un approccio passivo, può indurre la famiglia a preoccuparsi, se il bambino non assume tutta la quantità di pappa prescritta, e limitare la capacità dei genitori ad osservare i segnali comportamentali del bambino, vero indicatore dell'adeguatezza qualitativa e quantitativa del cibo offerto^{11,26}. Di contro, indicazioni approssimative possono indurre i genitori con più basso livello di educazione alimentare a preferire cibi con alta capacità calorica e basso valore nutrizionale^{10,26}. Per questi motivi, l'informazione relativa alla dieta del bambino dovrebbe essere considerata un'occasione privilegiata per educare a una alimentazione corretta tutta la famiglia^{12,14}.

L'indicazione sui tempi di introduzione dei singoli alimenti risulta estremamente variabile e attualmente non

validata dalla letteratura sia per i lattanti sani che per quelli a rischio di allergia o celiachia^{10,27,29}, nonostante la maggior parte degli intervistati proponga uno schema di svezzamento specifico per soggetti con diatesi allergica.

Quasi la metà degli intervistati ritiene necessaria l'introduzione di zucchero o sale per stimolare l'accettazione della pappa da parte del bambino, anche se tale aggiunta dal punto di vista nutrizionale è ritenuta scorretta da tutti gli intervistati. La nascita del gusto avviene in epoca fetale³⁰ e il neonato, già alla nascita, è orientato a un comportamento edonico olfattivo³¹. Gli alimenti assunti dalla madre durante la gravidanza e durante l'allattamento modificano continuamente il sapore del latte, offrendo in tal modo al bambino una esperienza della "cultura alimentare" della propria famiglia. In realtà non si ha evidenza di lattanti che rifiutano il latte materno a causa di sapori particolari prodotti da cibi assunti dalla madre^{30,32}. La necessità di rendere la pappa più saporita potrebbe nascondere un'incapacità dell'adulto a "leggere" i motivi che portano il bambino a rifiutare la pappa indipendentemente dal sapore offerto.

Dal punto di vista nutrizionale l'aggiunta di zucchero raffinato nella pappa, oltre a modificare l'indice glicemico dell'alimento, favorisce la produzione della carie³³ e, in quanto alimento di elevato potere energetico, può facilitare una riduzione nella quantità di introduzione di altri alimenti nutrizionalmente più validi^{7,10}. Per quanto riguarda l'aggiunta di cloruro di sodio nei cibi complementari, allo stato attuale non vi sono evidenze che indichino nel sale aggiunto alla dieta nel primo anno di vita una causa certa di promozione dell'ipertensione arteriosa (IA) nell'età giovanile e adulta^{10,34}. Pur essendovi una correlazione tra dieta "ricca di sodio" e aumento dei valori pressori nella prima infanzia³⁵, non è stabilito se ciò possa provocare in soggetti predisposti (*salt-sensitivity*) uno stato ipertensivo e/o un disturbo cardiovascolare in età adulta; non si conosce inoltre un livello "soglia" al di sopra del quale il sodio inizi ad essere dannoso³⁴. In considerazione del fatto che la dieta nella prima e

seconda infanzia spesso è ricca in sodio (latte vaccino, carne, cibi della tavola), diversi Autori propongono prudenzialmente di limitare l'aggiunta di sale nella dieta a tutte le età nell'impossibilità di discriminare i soggetti *salt-sensitivity*^{34,36-38}. È da sottolineare comunque che, in generale, una dieta varia (contenente oltre al sodio anche altri minerali presenti in frutta e verdura e alimenti freschi) contribuisce a una regolazione nell'assorbimento di tale oligoelemento^{10,36-38} ed è la migliore prevenzione (insieme a un'adeguata attività fisica e al controllo del peso corporeo) dell'IA.

Per l'utenza con origini etniche e culturali diverse dalla nostra disponiamo nel nostro territorio ancora di conoscenze molto limitate: infatti solo il 7% degli intervistati propone uno svezzamento rispettando le tradizioni alimentari del Paese di origine. La mancata conoscenza delle diverse consuetudini alimentari⁹ potrebbe indurre il pediatra a sottovalutare il rischio di una possibile non corretta nutrizione.

La scelta degli alimenti per il divezzamento rispecchia non solo l'accessibilità a quei determinati cibi disponibili in quel particolare territorio, ma anche credenze, valori simbolici, calendari stagionali e significati rituali³⁹. Il pediatra che non consideri questi aspetti rischia di non offrire ascolto alle famiglie con radici culturali differenti. È altresì vero che i cibi consumati dalle famiglie extracomunitarie possono provenire da una filiera non controllata (ad esempio carni macellate secondo particolari rituali, importazione di cibi senza controlli sanitari ecc.), con una conseguente incognita sul piano della sicurezza alimentare.

Il cibo, oltre a essere una forma di identità culturale e sociale, non può essere definito semplicemente come cultura del territorio, ma rappresenta uno spazio privilegiato dove storicamente culture e società differenti hanno potuto integrarsi. Identità e scambio hanno quindi trovato da sempre un contatto proprio nell'arte quotidiana della cucina. Più ancora della parola, il cibo, con tutto il peso dei suoi diversi significati, si presta a mediare fra culture diverse, schiudendo i diversi sistemi di

cucina a ogni sorta di incroci e contaminazioni³⁹. Ogni definizione di cultura^{40,41} contiene in sé la necessità di un continuo cambiamento, dovuto alle incessanti innovazioni e all'accumularsi di conoscenze trasmesse; la "identità culturale" di una data popolazione non è quindi una realtà ontologica e nemmeno patrimonio genetico, ma è in perenne modificazione e ridefinizione in continuo adattamento a situazioni di luogo e di tempo sempre nuovi e determinata dal contatto con altre culture³⁹. La storia dell'alimentazione umana è ricca di queste esperienze: ad esempio gli spaghetti al pomodoro, piatto "nazionale" italiano, ma con pasta di origine araba, e con condimento a base di pomodoro, quest'ultimo di origine sudamericana ma "europeizzato" come salsa. Si tratta di ascoltare, e per lo più di accettare, fatti salvi i requisiti nutrizionali di base⁴².

Considerando che nella realtà provinciale dove l'indagine ha avuto luogo i nati extracomunitari sono circa il 25% delle nascite⁴³, riteniamo opportuno in un prossimo futuro la programmazione di aggiornamenti formativi specifici di etnopediatria⁴⁴.

CONCLUSIONI

Dalla nostra indagine emerge un'ampia variabilità di comportamento tra i professionisti attualmente non giustificata dalle più recenti evidenze internazionali^{1-7,21} sia riguardo ai tempi di introduzione dei cibi sia riguardo alla loro composizione e qualità.

La nostra esperienza di lavoro di gruppo su questa tematica ci porta a sostenere la necessità di creare occasioni formative (in fase di realizzazione nella nostra realtà), al fine di superare le abitudini individuali e favorire processi di cambiamento alla luce delle nuove raccomandazioni internazionali¹⁻⁷.

L'interferenza con l'allattamento materno è probabilmente sottovalutata e ancora corriamo il rischio di considerare le pappe e i cibi solidi una forma di "svezzamento" dal seno, anziché una forma complementare di alimentazione¹⁸. Il momento della pappa rappresenta una tappa fondamentale e delicata

MESSAGGI CHIAVE

- ❑ La grande maggioranza dei pediatri di famiglia consiglia l'introduzione di frutta prima del sesto mese.
- ❑ La larga maggioranza dei pediatri di famiglia affida le sue prescrizioni concernenti lo svezzamento a un prestampato personale. In genere dà prescrizioni molto precise, in grammi o cucchiaini.
- ❑ Una buona metà dei pediatri di famiglia inizia spesso lo svezzamento classico (prima pappa) prima dello scadere del sesto mese. La causa principale dell'anticipazione viene individuata nel rallentamento della curva ponderale a partire dal quarto mese, che caratterizza fisiologicamente i bambini allattati al seno.
- ❑ La larga maggioranza dei pediatri di famiglia inizia questo svezzamento usando come farina la crema di riso; il glutine viene introdotto solo poco più tardi (6-7 mesi). La quasi totalità vi aggiunge sin dall'inizio la carne (nella misura quasi standard di 30 grammi), preferibilmente di agnello.
- ❑ Le preoccupazioni per l'induzione o lo scatenamento di sensibilizzazione si riflettono probabilmente in questa scelta, così come avviene per la scelta di posticipare verso la fine del primo anno l'aggiunta di pomodoro, uovo, pesce.
- ❑ Circa la metà dei pediatri considera opportuna, anche se in qualche misura scorretta, l'aggiunta di zucchero o di sale alle farinate o rispettivamente alle minestrine.
- ❑ Al momento di dare le indicazioni dietetiche, solo un terzo circa dei pediatri di famiglia dichiara di tener conto in qualche misura delle scelte culturali o tradizionali o personali dei componenti della famiglia, e di prestare una attenzione particolare a quelle che possono venire intese come le scelte istintive del piccolo, e più in generale agli aspetti psico-relazionali dell'alimentazione.
- ❑ Alcuni dei comportamenti, convincenti, prescrizioni dei pediatri di famiglia, ivi compresa una certa rigidità, si discostano dalle linee guida condivise e/o non appaiono suffragati da riscontri scientificamente convincenti. La preparazione post-diploma del pediatra sul tema della nutrizione nel primo anno di vita merita di essere periodicamente rinfrescata, riveduta, ridiscussa.

ta dello sviluppo maturativo del bambino, in grado di condizionare la relazione con le figure di accudimento; è importante che il pediatra consideri anche questo aspetto per accompagnare i genitori a comportamenti appropriati.

Per quanto riguarda le famiglie che provengono da Paesi con abitudini molto diverse dalle nostre sarebbe opportuno permettere l'uso di cibi della propria tradizione nazionale (crescendo il bambino arriverà a uniformarsi alla dieta del resto della famiglia), ma occorre ampliare le nostre conoscenze verso alimenti e usanze diverse dalle nostre.

Riteniamo inoltre opportuno che vengano implementati programmi di approfondimento sull'alimentazione complementare nella prima infanzia nelle diverse realtà territoriali.

Indirizzo per corrispondenza:

Alessandro Volta

e-mail: alessandro.volta@ausl.re.it

Bibliografia

1. Firty Fourth World Health Assembly. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. The Optimal duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
2. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2005;115:496-506.
3. United Nations Children's Fund. Breastfeeding: Foundation for a Healty Future. New York, NY: United Nations Children's Fund, 1999.
4. WHO. Regional Office for Europe. Michaelsen KF, Wearer L, Branca F, Robertson A (eds). Feeding and Nutrition of Infant and Young Children: guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet Countries. Copenhagen: WHO; 2000
5. SIN. Commissione Consultiva sulla Promozione dell'Allattamento Materno. Raccomandazioni sull'allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani. Medico e Bambino 2002;21(2):91-8
6. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: a blueprint for Action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004. URL: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
7. Pan American Health Organization - World Health Organization. Guiding Principles for Complementary feeding of the breastfed Child. Washington; WHO, 2003. URL: http://www.who.int/child/adolescent/health/New_Publications/NUTRITION/guiding_principles.pdf
8. Devoto G, Oli GL. Il dizionario della lingua italiana. Firenze: Le Monnier, 2000.
9. Hervada AR, Newman DR. Weaning: Historical Perspective, Practical Recommendations, and current Controversies. Curr Probl Pediatr 1992;22(5):223-40.
10. Pediatric Nutrition Handbook. 4th ed. Kleinman RE (ed). Elk Grove, Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1998.
11. Overby KJ. Sorveglianza della salute pediatrica. In: Rudolph AM, Kamei RK, Overby KJ (eds). Manuale di Pediatria (Ed It) III ed. Milano, 2003.
12. Piermarini L. Autosvezzamento. Medico e Bambino 2002;21(7):268-70.
13. Azienda Unità Sanitaria di Reggio Emilia - Dipartimento di Cure Primarie - Distretto di Montecchio Emilia. Alimentazione Complementare nel primo anno di vita. <http://www.ausl.re.it/Home/DocumentViewer.aspx?TIPODOC=IAP&ID=988>
14. Giovannini M, Riva F, Banderali G, et al. Feeding practices of infant through the first year of life in Italy. Acta Paediatr 2004;93(4):492-7.
15. Savino F, Zannino L, Laccisaglia A, et al. Infant Nutritional Recommendations from Pediatricians. Epidemiologic Survey of Feeding Recommendations for the first year of life in Piedmont. Minerva Pediatr 2004;56:73-82.
16. Wright CM, Parkinson KN, Drewett RF. Why are babies weaned early? Data from a prospective population based cohort study. Arch Dis Child 2004;89:813-6.
17. Bosscher D, Van Cauwenbergh R, Van der Auwera JC, Robberecht H, Ceelstra H. Calcium, Iron and Zinc availability from weaning meals. Acta Paediatr 2002;91:761-8.
18. Cohen RJ, Brown KH. Effect of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. Lancet 1994;344:288.
19. Dewey GK. Nutrition, Growth, and complementary feeding of the breastfed infant. Pediatr Clin North Am 2001;48:87-104.
20. World Health Organization. The WHO Child Growth Standards. <http://www.who.int/childgrowth/en/>
21. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva WHO; 2002. URL: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_23.pdf
22. Regione Emilia Romagna e CeVEAS. Allattamento al seno. Strumenti per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali. http://www.saperidoc.it/str_ques_12.html
23. SaperiDoc - Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva. Efficacia degli interventi di promozione dell'avvio dell'allattamento al seno. http://www.saperidoc.it/file/106_2.pdf
24. Biblioteca del Comune di Formigine. Progetto allattamento. <http://www.comune.formigine.mo.it/cms/pagina.do?task=show&id-pagina=20817>
25. MAMI. Gruppi di auto-aiuto. <http://www.pgtu.ing.unifi.it/mami/gruppi.htm>
26. Curran JS, Barness LA. Alimentazione del neonato e del bambino. In: Beherman RE, Kliegman RM, Jenson HA (eds). Nelson Trattato di Pediatria, XVI Ed. it, Torino, 2002.
27. Miceli Sopo S. La prevenzione delle allergie: il "Timing" dei cibi. Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica (RIAP) 2004;1:7-12.
28. Norris JM, Barriga K, Hoffenberg EJ, et al. Risk of celiac disease autoimmunity and timing of gluten introduction in the diet of infants at increased risk of disease. JAMA 2005; 293(19):2410-2.
29. Farrell RJ. Infant gluten and celiac disease: too early, too late too much, too many questions. JAMA 2005;293(19):2410-2.
30. Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and Postnatal Flavor Learning by Human Infants. Pediatrics 2001;107(6):E88.
31. Schaal B, Marlier L, Soussignan R. Human Foetuses Learn Odours from their Pregnant Mother's Diet. Chem Senses 2000;25(6):729-37.
32. Mennella JA, Beauchamp GK. Maternal diet Alters the Sensory Qualities of Human Milk and the Nursing's Behavior. Pediatrics 1991;88(4):737-44.
33. Touger-Decker R, van Loveren C. Sugars and dental caries. Am J Clin Nutr 2003;78(4):881S-892S. <http://www.ajcn.org/cgi/content/full/78/4/881S>
34. Jones DW. Dietary Sodium and Blood Pressure. Hypertension 2004;43:932-5.
35. Zinner SH, McGarvey ST, Lipsitt LP, Rosner R. Neonatal Blood Pressure and Salt Responsiveness. Hypertension 2002;40:280-5.
36. Couch SC, Daniels SR. Diet and blood pressure in children. Curr Opin Pediatr 2005; 17(5):642-7.
37. Heird WC, Ziegler P, Reidy K, Briefel R. Current electrolyte intakes of infants and toddlers. J Am Diet Assoc 2006;106(1-1)S43-51.
38. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. N Engl J Med 2001; 344:3-10.
39. Montanari M. Il cibo come cultura. Bari: Laterza, 2004.
40. Cavalli Sforza LL. L'evoluzione della cultura. Torino: Codice ed, 2004.
41. Fabietti U. Elementi di antropologia culturale. Milano: Mondadori, 2004.
42. Child and Adolescent Health and Development - World Health Organization. Complementary Feeding: Family Foods for breastfed Children. WHO, 2000. http://www.who.int/child/adolescent/health/publications/NUTRITION/WHO_FCH_CAH_00.6.htm
43. Regione Emilia Romagna. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. La nascita in Emilia Romagna. 2° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) 2005. http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/report_predef/2004/2_rapporto_cedap_2004.pdf
44. Balsamo E, Favaro G, Giancalone F, Pavesi A, Samaniego M. Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura. Milano: Franco Angeli, 2002.