

# AUTOSVEZZAMENTO

LUCIO PIERMARINI

Pediatra dei Servizi Consultoriali, ASL 4, Regione Umbria



*Un certo giorno sul far del mattino, che volevano fargli tettare una delle sue vacche (perché non ebbe mai altre nutrici, siccome dice la storia), egli si liberò un braccio dai legacci che lo tenevano fisso alla culla, e ti prende la detta vacca un po' sopra il garretto, e le mangiò tutte e due le mammelle e metà del ventre, col fegato e tutti i rognoni.*

F. Rabelais, *Gargantua e Pantagruel*

## Che cos'è l'autosvezzamento?

Non è esattamente quel che fece Pantagruel a una delle sue quattromilaseicento vacche nutrici ma, fatte le debite proporzioni (Pantagruel era un gigante) e trasferito il tutto in epoca post-moderna, qualcosa di molto simile. Fino a oggi, ovviamente nell'ambito di un rapporto della famiglia con i servizi sanitari, la decisione di iniziare lo svezzamento e le sue modalità sono sempre state affidate al pediatra. Si tratta invece ora di affidare la decisione di quando iniziare a mangiare qualcosa di diverso dal latte, nonché cosa e quanto, proprio al bambino.

## Le ragioni del dubbio

Si comincia a dubitare di una procedura quando non ottiene ciò che si prefigge, quando crea problemi, quando è troppo complicata da realizzare. Nel caso dello svezzamento, quanto a raggiungimento dell'obiettivo principale, il successo è quasi incredibile: prima o poi tutti i bambini si svezzano. Quello che però dovrebbe sembrare altrettanto incredibile è l'eccessiva frequenza di difficoltà nell'avvio, il rifiuto di numerosi cibi anche essenziali, il non rispetto delle dosi raccomandate<sup>1</sup>. Eppure, adattarsi a un'alimentazione diversa dal latte materno è una condizione indispensabile per la sopravvivenza, e non farebbe prevedere simili ostacoli. Senza contare l'impegno professionale del pediatra, che è qualitativamente e quantitativamente elevato.

Nel tentativo di migliorare l'intervento possiamo, come sempre ormai facciamo, scandagliare la letteratura, cercando le evidenze. Personalmente, ma non sono un abile internauta, non ho trovato lavori o esperienze che comprovassero l'utilità e l'innocuità del modello di svezzamento attuale: inizio in un momento arbitrariamente deciso da altri, con alimenti decisi da altri, in quantità decise da altri. In effetti le indicazioni che abbiamo sempre seguito, io stesso per decenni, derivavano da autorevoli raccomandazioni lette su trattati, come si dice,

"onorati dal tempo"; o dall'imitazione del collega anziano di reparto; o dal plagio della ricetta del cattedratico di moda. Le differenze erano solo apparenti. In fondo si prescrivevano più o meno gli stessi alimenti, possibilmente omogeneizzati o, meglio, liofilizzati: il colpo d'ala poteva essere passare dal vitello al pollo e prosciutto, o dalla crema di riso al mais e tapioca. Il gregge seguiva il pastore per pigrizia e per convenienza.

Come epoca di inizio si toccò il fondo rapidamente negli anni Settanta, arrivando ai due mesi di vita, sull'onda di una criminale delegittimazione del latte materno; si è poi risaliti, lentamente, mese dopo mese, agli attuali sei. La precocità esasperata dei due-tre mesi obbligò, oltre all'impiego di alimenti speciali, alla massima attenzione nella gradualità dell'introduzione dei vari cibi, nella consapevolezza di un inevitabile aumento del rischio di allergie e di danni intestinali. Vale a dire che, sapendo di far male, si stava più attenti, ma ci si provava comunque. Se proprio non si poteva spendere per le verdure liofilizzate, si poteva rischiare con quelle fresche, ma che fossero, per carità, patata e carota: elemento questo, forse per una sua intrinseca magica scientificità, su cui tutti concordavano, e concordano tuttora. Summa di tutte le mistificazioni, si cacciava il sale dal brodo e lo si faceva rientrare dal parmigiano. Devo dire che, già allora, ascoltandomi mentre con fare molto professionale recitavo le classiche ricette dello svezzamento, mi dibattevo tra il timore di apparire ridicolo e la vergogna di stare ingannando, con una (non) scienza che sapevo di non avere, una donna che non poteva non avere un'esperienza culinaria superiore alla mia (del tutto inesistente) e che, con patetica serietà o forse con ben celata ironia, alla fine mi chiedeva se aggiungere una foglia di bietola avrebbe fatto male al bambino.

## Il dubbio della ragione

Una volta cominciato a dubitare, se si vuole essere coerenti, bisogna formulare un'alternativa e, per non ricadere nello stesso errore, provarne la bontà. In questo caso tutto è proceduto molto lentamente e inconsapevolmente, senza un reale obiettivo, nel corso di diversi anni, raccogliendo qua e là quegli articoli, non molti, che si occupavano dello svezzamento, e che, quasi per caso, incontravo nelle poche riviste che scorro abitualmente. Le varie informazioni (le prove, se vogliamo) si sono andate così stratificando, modificando insensibilmente il mio modo di vedere la questione, fino al momento in cui mi sono accorto che quello che andavo rac-



contando alle mamme cominciava a provocare reazioni comunque vivaci: dal rifiuto (i colleghi) alla perplessità (le mamme), all'entusiasmo (le gestanti). Era tempo di riordinare la letteratura disponibile.

## La letteratura

Lo strato più antico è un lavoro del 1934, pubblicato sul *New England Journal of Medicine* da Clara Davis, che studiò il comportamento alimentare di bambini lasciati liberi di mangiare ciò che volevano, esclusi i cibi "spazzatura", per diversi mesi, senza alcun condizionamento da parte degli adulti. Si dimostrava che i bambini crescevano quantitativamente e qualitativamente nei limiti della norma. Questo nonostante l'irregolarità nella quantità e qualità dei pasti, e la variabilità dei loro gusti da un giorno all'altro. L'Autrice concludeva per l'esistenza di un meccanismo efficace di autoregolazione che portava i bambini ad assumere, alla fine, la giusta quantità dei vari nutrienti. Questo lavoro era citato nella presentazione di un altro studio in cui, seguendo la stessa metodologia con 15 bambini da 26 a 62 mesi, si dimostrava che l'apporto calorico, pur molto differente da pasto a pasto, calcolato da giorno a giorno differiva al massimo del 10%<sup>2</sup>.

Quindi, per quanto riguarda la quantità, possiamo fidarci dei lattanti in fase di svezzamento così come ci fidiamo dei lattanti al seno materno. Tuttavia, i lattanti non sono in grado di procurarsi il cibo da un buffet come i bambini più grandi degli studi citati. Dovremo perciò aspettare che siano in grado di chiedercelo e poi accontentarli. Ed ecco che, pur non essendo in grado di parlare, a partire dai 5-6 mesi il bambino diventa capace di indicare il suo desiderio per il cibo aprendo la bocca e sporgendosi in avanti, così come di indicare disinteresse o sazietà tirandosi indietro e girando la testa<sup>3</sup>. Inoltre, sempre tra i 6 e i 12 mesi, sviluppa la capacità di portarsi il cibo, di appropriate dimensioni (*finger foods*, cibo "da dita"), direttamente in bocca, mostrando così una crescente autonomia<sup>4</sup>.

In questa stessa fase di sviluppo (5-7 mesi di vita) i bambini diventano capaci di inghiottire cibo morbido in virtù della progressiva scomparsa della protrusione riflessa della lingua quando stimolata da qualcosa di solido, come ad esempio un cucchiaino; e anche la velocità con cui i bambini diventano capaci di "processare" efficacemente cibi solidi varia con la qualità delle loro abilità motorie: è cioè individuale<sup>5</sup>.

Il dubbio riguardo all'appropriatezza della somministrazione di cibi "domestici" è teoricamente sciolto da tempo. Un riscontro concreto lo troviamo tuttavia in uno studio clinico controllato dove, confrontando cibi domestici e commerciali somministrati a partire sia da 3 che da 6 mesi di vita, si è dimostrato che a 12 mesi tra i due gruppi di bambini non vi era alcuna differenza nella crescita, né nella composizione corporea<sup>6</sup>. Uno studio ancora più vecchio aveva già escluso una possibile correlazione fra i livelli pressori dei bambini nel corso dei primi otto anni di vita e apporto di sodio molto superiore alle razioni raccomandate per una durata di tempo pari a 5 mesi, nel periodo da 3 a 8 mesi di vita, quindi in pieno svezzamento<sup>7</sup>. L'accettazio-

ne dei cibi caratteristici della famiglia è inoltre facilitata dal riconoscimento da parte del bambino, negli assaggi che gli vengono concessi, di sapori e aromi da lui conosciuti durante la gravidanza, in virtù della loro presenza nel liquido amniotico, e nuovamente apprezzati con il latte materno<sup>8</sup>. Numerosi lavori hanno infatti dimostrato definitivamente che la dieta materna modifica il gusto del latte, che arriva quindi al bambino sempre diverso ogni giorno, abitandolo alla varietà e alle nuove esperienze<sup>9-11</sup>. In questi lavori sorprende il fatto che l'effetto positivo sull'accettazione del latte materno e dei nuovi cibi in fase di svezzamento sia stato trovato sia con sapori deboli come le carote, sia con sapori forti come l'aglio, spesso accusato di un effetto invece negativo.

La possibilità, quindi, che il bambino possa "auto-svezzarsi", e per di più senza farsi del male, non ha i piedi d'argilla. In uno studio osservazionale su 50 bambini allattati al seno il 46% aveva autonomamente iniziato lo svezzamento<sup>12</sup>. Un comportamento simile è stato descritto anche da Brazelton in concomitanza di una fase di sviluppo, tra 5 e 7 mesi, in cui i bambini mostravano un ridotto interesse per il seno<sup>13</sup>.

## La pratica

Come abbiamo visto, verso i 6 mesi il bambino arriva a sviluppare tutta una serie di competenze motorie e cognitive che, trovandosi più o meno sistematicamente presente al pasto dei genitori, in posizione di solito seduta, gli permettono di mettere in atto comportamenti complessi che inequivocabilmente suggeriscono ai genitori il suo interesse per ciò che stanno facendo. Non possiamo ancora parlare di desiderio di assaggiare cibo diverso dal latte, perché ovviamente, fino a quel momento, per il bambino mangiare significa succhiare al seno o al biberon. Solo dopo essere stato accontentato, sperimenterà gli effetti di ciò che, mosso dall'istinto, è riuscito a sperimentare. Il bambino allattato al seno in questo senso sarà favorito dal fatto di essere in grado di riconoscere vecchie esperienze gustative, ma anche gli altri, prima o poi, realizzeranno di cosa si tratta<sup>14</sup>. Il bambino così facendo si appropria della cultura gastronomica della sua famiglia e del suo popolo, e a quella tenderà a restare fedele per sempre; non vuole il cibo dei genitori perché è più buono, ma perché è il cibo dei genitori. Se si rispettano le sue prerogative di autoregolazione dell'appetito e non si incorre nell'errore di definire a norma di tabelle il suo fabbisogno alimentare, tutto andrà liscio. Il bambino, tenuto conto che non ha ancora i denti, farà tutto da solo, tranne che cucinarsi i pasti; ma questo la famiglia lo fa già indipendentemente dalla presenza del bambino.

C'è solo un aspetto, di importanza fondamentale, che i genitori devono curare se già non lo fanno: imparare a mangiare correttamente. Ed è questo l'unico vero ruolo impegnativo del pediatra (o anche del medico di famiglia) nello svezzamento. Una volta certi di questa competenza della famiglia, non serve altro. D'altra parte, a che pro impegnarsi allo spasimo nella costruzione di una dieta perfetta per il solo bambino, trascurando quella dei genito-



ri? Prima o poi la mamma si stancherà di realizzare quotidianamente due menù distinti e di spendere cifre astronomiche, e il bambino dovrà passare al tipo di alimentazione dei genitori. Saranno le loro abitudini alimentari, buone o cattive che siano, che il bambino si porterà dietro per tutta la vita, e sappiamo quanto questo sia importante per la sua salute futura.

Il graduale aumento degli assaggi durante tutti i pasti principali dei genitori porterà a una altrettanto graduale riduzione dell'assunzione di latte, e infine gli assaggi assumeranno la dignità di veri e propri pasti, ormai quantificabili in anticipo. Inoltre, in una situazione in cui è il bambino a chiedere e il genitore a concedere, non si verificherà mai una situazione di alimentazione forzata contro la volontà del bambino, né fallimentari sceneggiate multimediali né cibo lasciato sul piatto a simbolo della sconfitta dei genitori e del pediatra.

## Conclusioni

Se si rispetta, per garantire l'ottimale sviluppo dell'apparato digerente e la massima protezione da rischi di allergie, la raccomandazione OMS e UNICEF di alimentare i bambini in maniera esclusiva al seno o al poppatoio fino a sei mesi, dopo questa età probabilmente ogni momento è buono per iniziare a soddisfare le loro richieste di assaggiare altri cibi, permettendogli di costruirsi una vera e propria autonomia nutrizionale. Il compito del pediatra sarà quindi quello di tranquillizzare i genitori, timorosi di derogare a norme dietetiche prive di fondamento ma ormai patrimonio popolare, uscendo da quel «gioco delle parti che lo costringe a dare

sempre risposte precise anche quando le conoscenze scientifiche non sempre riescono a sorreggerli in questa loro responsabilità»<sup>15</sup>.

## Bibliografia

1. Piermarini L. Corsi di preparazione al parto e allattamento: esperienza di un distretto sanitario. Quaderni ACP 2001;2:12.
2. Birch LL. Variabilità dell'assunzione di energia nei bambini. N Engl J Med 1991;324:232.
3. AAP - Committee on nutrition. Supplemental foods for infants. In: Pediatric Nutrition Handbook. LA Barnes Ed., 1993.
4. Queen PM, Wilson SE. Interest in self feeding between 6 and 12 months. In: Grand RJ (ed). Pediatric Nutrition, 1987.
5. Hammer LD. The development of eating behavior in children. Ped Clin North Amer 1992;39(3):379.
6. Metha KC. Trial on timing of introduction to solids and food type on infant growth. Pediatrics 1998;102:569.
7. Whitten CF, Stewart RA. The effects of dietary sodium in infancy on blood pressure and related factors. Acta Paediatr Scand Suppl 1980;279:1-17.
8. Marlier L, Schaal B, Soussignan R. Neonatal responsiveness to the odor of amniotic and lacteal fluids: a test of perinatal chemosensory continuity. Child Dev 1998;69:611-23.
9. Mennella JA. Maternal diet alters the sensory qualities of human milk and the nursing's behaviour. Pediatrics 1991;88:737.
10. Mennella JA. Mother's milk enhances the acceptance of cereals during weaning. Pediatr Res 1997;41:88.
11. Mennella JA. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. Pediatrics 2001;107:e88.
12. Clarke SK, Harmon RJ. Infant initiated weaning from the breast in the first year. Early Hum Dev 1983;8:151-6.
13. Brazelton TB. Infants and mothers: differences in development. New York, 1969, Delacorte.
14. Mennella JA. The flavor world of infants: a cross cultural perspective. Nutr Today 1997;32:142.
15. Davanzo R, et al. Fattori socioculturali e alimentazione infantile. The Practitioner (ed.it) 1993;17.



## CASI INDIMENTICABILI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Vicenza, venerdì 7 febbraio 2003

Carissimo/a,

siamo qui per invitarti personalmente a partecipare ai CASI INDIMENTICABILI che anche quest'anno, visto il successo della passata edizione, saranno dedicati alla pediatria ambulatoriale.

Ti scriviamo non solo perché contiamo sulla tua partecipazione in prima persona, ma anche perché sappiamo che puoi trasmettere il messaggio e invito ai pediatri della tua regione, che possono esserne interessati.

Il convegno si svolgerà come al solito a Vicenza il primo venerdì di febbraio (7 febbraio 2003). Come al solito "l'indimenticabilità" potrà essere data non solo dalle sue peculiarità cliniche, ma anche dal valore didattico e/o dall'esperienza umana che ha lasciato. Una sintesi del caso (una o due facciate dattiloscritte) dovrebbe essere inviata su dischetto al nostro indirizzo di Trieste (Alessandro Ventura, Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", via dell'Istria 65/1-34137 Trieste) o direttamente per posta elettronica ([ventura@burlo.trieste.it](mailto:ventura@burlo.trieste.it); [longog@burlo.trieste.it](mailto:longog@burlo.trieste.it)) ENTRO E NON OLTRE IL 30 NOVEMBRE 2002.

Contiamo di poter garantire l'ospitalità alberghiera ai pediatri il cui caso sarà accettato per la partecipazione.

Vi ringraziamo anticipatamente dell'aiuto che siamo sicuri vorrete darci.

prof. Alessandro Ventura, dott. Giorgio Longo

### Programma preliminare

9.00-11.00 PRIMA SESSIONE (8 casi) Moderatori: A. Ventura, L. Zancan

11.30-13.30 SECONDA SESSIONE (8 casi) Moderatori: G. Longo, L. De Seta

14.30-16.30 TERZA SESSIONE (8 casi) Moderatori: G. Maggiore, F. Marchetti

17.00-18.30 4 Casi ambulatoriali visti dagli specialisti di Reumatologia (L. Lepore), di Pronto Soccorso (A. Lambertini), di Nefrologia (M. Pennesi), di Gastroenterologia (L. Greco)

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Alessandro Ventura, Giorgio Longo, Isabella Giuseppin, Daniela Sambugaro, Fabrizio Fusco  
Istituto per l'Infanzia IRCCS "Burlo Garofolo" • via dell'Istria 65/1 • 34137 Trieste • Tel. 040 3785491 • Fax 040 3785482

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Quickline sas • via S. Caterina da Siena, 3 • 34122 Trieste • Tel 040 773737-363586 • Fax 040 7606590 • e-mail: [info@quickline.it](mailto:info@quickline.it)

**PATATA & CAROTA**  
**Studio Pediatrico Associato**  
ovvero

**Tutto quello che avete voluto sapere sullo svezzamento e...  
sarebbe stato meglio che non aveste saputo mai**

- Buongiorno, signora Candida, si accomodi pure.

- Buongiorno, dottor Patata.

- Allora, come mai la rivedo così presto?

- Ah, è un disastro, dottore. Il bambino non ne vuole sapere di mangiare la pappa. Io ho fatto tutto quello che mi ha detto, guardi, ma proprio non ci si riesce. Arriva al punto che serra la bocca, gira la testa e non cambia idea neanche con le minacce. Si contorce, sbraccia di qua e di là, rovescia il piatto, spudacchia da tutte le parti, che si ritrovano stelline per tutta la stanza, e io alla fine ne sono piena fin nei capelli, che sembro uscita da una comica delle torte in faccia. E lui sa che fa, dottor Patata? Lui ride, ride che lo strozzerei. Oh Dio, che mi fa dire! Guardi, guardi, sono proprio disperata.

- Su, su, signora Candida. Non la prenda così. Adesso ne riparliamo con calma e vedrà che risolveremo tutto. Lei però deve aver fiducia, e seguire alla lettera tutte le mie prescrizioni. Lasci che le spieghi una cosa; svezzare un bambino di quattro mesi non è cosa semplice. Prima dell'avvento della moderna pediatria nessuno non si era mai azzardato a farlo. Anni e anni di esperimenti ci sono voluti e li stiamo ancora facendo. Abbiamo dovuto superare allergie, intolleranze, e non sa quant'altre cose. La ricetta della pappa del bambino, con la pasta e la crema e le verdure e il formaggio e il biscottino e tutto il resto, a un occhio profano può sembrare scontata, ma non lo è affatto, e i suoi guai, signora, ne sono la dimostrazione. Ma pensi solo alla difficoltà di raggiungere il perfetto equilibrio nutrizionale tra tanti alimenti diversi, ognuno con la sua specifica composizione. Per esempio, lo sapeva che cinquanta grammi di carne contengono tante proteine quanto un litro di latte materno? No, vero? Capisce ora perché insistevo tanto che rispettaste esattamente la formulazione della pappa e che il bambino mangiasse fino all'ultimo grammo della sua pappa? Basta un piccolo errore di preparazione o che rifiuti qualcosa e tutta la dieta sballa.

- Ma dottore, io ho fatto tutto quello che mi ha consigliato. Ho comprato il bilancino di precisione, le pipette graduate, i guanti a perdere. Sono riuscita a trovare anche il parmigiano desalificato, il biscottino granulare solidificato solubile ricompattabile e il liofilizzato di omogeneizzato di carne di mucca savia. Ho sempre preparato tutto al milligrammo. Ieri poi, su consiglio del dottor Carota, ho schierato tutta la famiglia intorno al seggiolone e ho cominciato con «un cucchiaino per mamma, amm! uno per papà, amm!» e così via, ma a cinque avevo esaurito familiari e colf e sono passata ad altro. Prima gli ho fatto saltare i cucchiaini in bocca mostrandogli un cavalluccio, «Salta cavalluccio, salta cavalluccio, gnam!»; poi con un cangurino, e così via. Finito lo zoo, abbiamo fatto volare gli aeroplanini mentre il nonno faceva il clown da una parte, la nonna agitava sonagli dall'altra, il padre lo cinturava per le braccia e la colf cambiava continuamente il canale televisivo per distrarlo ulteriormente. Tutto filava liscio, lo stavamo fregando in pieno. Dopo solo un'ora aveva appena ingoiato l'ultimo missile terra-aria. Un attimo dopo, mi sento male solo a ricordarlo, cavallucci, cangurini e tutta l'arca di Noè naufragata sul piatto. Sono scoppiata a piangere, disperata.

- Non faccia così, signora Candida. È solo questione di tempo, massimo due o tre mesi. Sono difficoltà che tutte le mamme incontrano. E come potrebbe essere diversamente. Ormai sappiamo benissimo che bisogna tener conto anche degli aspetti psicologici della questione. Un bambino così piccolo è ancora attaccato alla suzione, non sa mica che il suo vero interesse, che poi è anche il nostro, è quello di lanciarsi, con cautela però, sulle nuove strade tracciate dalla Scienza dello Svezzamento.

- Ma dottor Patata, non sarà che magari il bambino non è ancora pronto. Io vedo che proprio non mostra alcun interesse per quello che gli offro. D'altra parte non ha ancora un dente, non prova nemmeno a masticare, lo devo sorreggere da tutte le parti per farlo mangiare. Io ho avuto dei cagnolini e vedevo che a un certo punto il cibo se lo cercavano da soli. Guardavano la mamma e la imitavano. Non sarà che...

- Signora Candida! Ma che dice! È inammissibile, come gli animali! Ma si rende conto che se tutto quello che Lei dice fosse vero, sarebbero cinquant'anni che noi Pediatri stiamo facendo, mi scusi il termine, emerite c..?