

Alimentazione complementare a richiesta: oltre lo svezzamento

LUCIO PIERMARINI

Pediatra di comunità, ASL 4, Terni

“È in verità una maestra di scuola imperiosa e ingannatrice l'abitudine, essa, senza parere, a poco a poco, mette su noi il piede della sua autorità: ma con questo inizio dolce e umile, poggiato e ben piantato che l'ha con l'aiuto del tempo, essa ci si manifesta in breve con un viso furioso e tirannico, sul quale non siamo più liberi neppure di alzare gli occhi... Cito in prova l'anatro di Platone nella Repubblica e i medici che abbandonano tanto spesso alla sua autorità le leggi della loro arte”.

Montaigne, Saggi

Quattro anni fa compariva su questa rivista un articolo dal titolo un po' stravagante (“Autosvezzamento”) e dal contenuto pretenziosamente innovativo¹. Le speranze dell'Autore, che credeva, con quella inaspettata occasione, di assistere a una rapida e trionfale affermazione delle sue proposte, furono presto deluse. Ovviamente, non per questo, le abbandonò, convinto com'era della solidità delle evidenze che la sostenevano e, ancora di più, della loro disarmante efficacia, nella sua pratica quotidiana, in termini di prevenzione e risoluzione dei più comuni problemi relativi a svezzamento e alimentazione. Fortunatamente, tra i tanti, morti sul nascere, qualche seme era caduto su terreno fertile, germogliato e cresciuto rigogliosamente, tanto da suscitare di nuovo attenzione e genuino interesse (vedi la ricerca di A. Volta e collaboratori, pubblicata su questo numero a pag. 445). Eccoci perciò di nuovo qui a ricaricare le spingarde, sperando sempre che diventino cannoni.

DI CHE COSA PARLIAMO

Il termine “auto-svezzamento”, così come le sue due componenti, è non so-

COMPLEMENTARY FEEDING AT REQUEST

(Medico e Bambino 2006;25:439-442)

Key words

Weaning, Complementary feeding

Summary

Up to date literature on complementary feeding recommends to respect the child innate self-regulation abilities and gives the adults the not easy task to make appropriate food available without following strict time schemes. An emerging approach to complementary feeding implies the possibility of totally devolving the initiative to the child both at the beginning and in the management of the complementary nutrition, as an instrument of early empowerment and of his abilities to correctly modulate food intake. This approach may result in positive effects on the prevention of alimentary disorders, including obesity, and on the relational disorders between the child and other family.

lo brutto ma anche inappropriato. Il bambino infatti non perde alcun vizio, ma comincia a integrare la sua alimentazione con cibi nuovi, per cui attualmente si è recuperata, un po' ovunque nel mondo, per indicare il passaggio da una alimentazione esclusivamente latte a una mista con cibi solidi, la definizione di “alimentazione complementare”. Anche il termine “auto” non calza, in quanto il bambino lattante per alimentarsi ha bisogno, sempre e comunque, dell'aiuto di un adulto, per cui potremo modificare il tutto in “alimentazione complementare a richiesta”

(ACR), esattamente come nell'allattamento al seno: in breve, il bambino mangia quando e quanto vuole lui, ma di quello che gli fornisce l'adulto¹.

CHE COSA C'È DI NUOVO

L'OMS ha emesso recentemente delle linee guida sull'alimentazione complementare, raccomandando il *responsive feeding*: “incoraggiare il lattante a mangiare la quantità di alimenti complementari offerti secondo il grado di accettazione del lattante”,

Problemi correnti

quindi, apparentemente, nel pieno rispetto delle esigenze della controparte². Alcuni Autori, in effetti, parlano di "neofobia", un'utile cautela di tutti gli onnivori nei confronti dei cibi sconosciuti³. Da ciò la necessità di offrire più volte (almeno una decina) un determinato alimento prima che venga completamente accettato⁴. Questo dato osservazionale, molto logico, è però in netto contrasto con la tendenza dei lattanti a mettere in bocca qualunque cosa il bambino veda portare alla bocca dai suoi genitori.

È universale l'osservazione dei genitori in difficoltà con le pappe, che il loro capriccioso pargolo non vuol mangiare mentre agogna invece ad assaggiare le "loro" cose. Le difficoltà derivano dal contesto e dai modi della proposta del "nuovo pasto".

Che motivo ha un bambino che si aspetta la nota, saziante e rassicurante poppata, di portare in bocca qualcosa che non sa classificare e che per lui non riveste alcun interesse, anzi rappresenta un elemento di disturbo della sua consolidata routine? Nulla di strano che i rifiuti siano frequenti, i tempi di accettazione lunghi e che si ritenga il passaggio all'alimentazione complementare un momento delicato. Noi siamo convinti che tutto ciò non sia altro che un epifenomeno di un'impostazione sbagliata, e che invece con l'ACR si possa riscoprire la semplicità e la naturalità di una fase di sviluppo troppo importante in termini evolutivi per essere affidata alla casualità interpretativa. Inoltre, se si deve rispettare la volontà del bambino, che senso ha incoraggiarlo? E lusingarlo cambiando sapori e proponendo cibi alternativi? Tale contraddizione delle linee guida OMS nasce forzatamente dal non voler riconoscere fino in fondo che il bambino, così come quando poppava, sa perfettamente quando e quanto ha fame^{5,6}.

Atteggiamenti impositivi portano a risultati opposti a quelli sperati: i bambini imparano a rifiutare i cibi che vengono incoraggiati a mangiare^{7,9}. Mentre la semplice osservazione e imitazione dei genitori, o dei pari in comunità, ha un effetto positivo sulla accettazione dei cibi¹⁰⁻¹⁴.

Considerando poi che i riferimenti bibliografici sono tutti del secolo scorso, si tratta, tutto sommato, di una novità relativa. Possiamo considerare nuovo, almeno per l'OMS, l'uso che si è fatto delle conoscenze già acquisite e che avevano già da tempo portato diversi Autori a concludere, come già 50 anni prima Clara Davis, che, stante la capacità dei bambini di regolare efficacemente l'apporto energetico, se gli presentiamo una varietà di alimenti salutari, essi sono in grado di assumere la giusta quantità di nutrienti, purché i genitori evitino di utilizzare tattiche per indurli a mangiare^{15,16}. Bisogna evitare che l'alimentazione diventi il facile nucleo catalizzatore delle inevitabili, piccole o grandi, distorsioni relazionali presenti nelle famiglie, facendo diventare il bambino il capro espiatorio di disagi da risolvere in tutt'altra maniera. La mancata attenzione ai segnali provenienti dai bambini e la necessità, per soggetti dipendenti in maniera assoluta, per il proprio benessere psicofisico, dai genitori, li portano a cercare a ogni costo un equilibrio soggettivamente soddisfacente, ma che oggettivamente, in realtà, si risolve o nel rifiuto ostinato, con una iperselezione di alimenti, o nell'eccesso, con elevato rischio di obesità¹⁶.

Insomma, di nuovo veramente non c'è poi molto. Non è nuovo neanche il fatto che tanto ben di Dio (l'idea dell'ACR), sia stato ignorato e sprecato, malgrado i notevoli e prevedibili vantaggi che prometteva. Dimenticare comportamenti "sani" (allattamento al seno) o adottare passivamente comportamenti "malati" (un antibiotico "di sicurezza", o gli steroidi inalatori o il telefonino per tutti i bambini) fa parte delle cose umane.

Questo vale sia per i pediatri che per le famiglie che, però, dai pediatri lo hanno imparato, e che quindi, per cambiare, dagli stessi pediatri dovranno essere convinte. Da sole non ci riusciranno mai, tanta è la fede nella nostra scienza. Riappropriamoci dei mezzi idonei a ri-formare il nostro operato, quelli stessi che ci hanno fatto diventare medici, la letteratura insomma, e facciamoci la nostra convinzione. Inoltre, se utilizziamo tutti le stesse

regole, sarà difficile trovarsi troppo in disaccordo, e, di fronte a un ragionamento convincente e diffuso, i vostri "clienti", ve lo posso garantire, saranno ben felici di passare al nuovo modello. Anzi, a questo proposito, qualcosa di nuovo c'è. Quattro anni fa, proponendo l'ACR dopo le prime esperienze sul campo, eravamo fiduciosi che funzionasse; oggi vi possiamo dire che non abbiamo più dubbi, e speriamo di fornire in futuro anche qualche numero.

ASPETTI PRATICI

La difficoltà maggiore nella conduzione dell'ACR, a tutt'oggi, sta nel fatto che è talmente semplice da sembrare uno scherzo. Poste di fronte, contemporaneamente, alla complessità del passato e al nulla totale cui si deve invece pensare per avere i migliori risultati, mamme, e nonne, si perdono. È indispensabile un discreto investimento di tempo per far capire alle famiglie che ci siamo sbagliati, ma che è normale perché la scienza va avanti, che forse c'entra qualcosa anche la pressione indebita dell'industria, ma anche lei fa il suo mestiere, che però, siccome noi comunque ragioniamo sui fatti, alla fine ci siamo accorti di esserci fidati delle persone sbagliate e ci siamo rimessi sulla retta via. Questo bel discorso, con le informazioni pratiche, può essere anticipato utilmente nei corsi di preparazione al parto e alla nascita, e poi confermato nell'ambulatorio del pediatra di famiglia, un po' per volta alla singola mamma, o tutto insieme a coorti omogenee per età dei bambini. Legare l'ACR all'allattamento al seno aiuta a rendere tutto il discorso più coerente e convincente.

Ai genitori va spiegato che il loro compito è quello di sforzarsi a capire sempre meglio i segnali che vengono dal loro bambino, che è sicuramente diverso dagli altri, e quindi fa storia a sé. Che non si creino perciò aspettative preconcette, come quelle derivanti dalle ricette che noi pediatri gli propinavamo in passato dove, quale che fosse il bambino, qualità e

Box 1 - L'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE A RICHIESTA: CONSIGLI PER L'USO

Perché inizia l'ACR

- Il lattante non può non iniziare l'ACR. Si tratta di una fase obbligatoria del suo sviluppo: il latte materno prima o poi finirà o sarà destinato ad altri.
- Come tutte le fasi di sviluppo anche l'ACR ha un'epoca di comparsa ben individuabile: in media, normalmente, intorno ai sei mesi.
- Tale epoca è determinata dalla contemporanea maturazione di competenze varie, digestive, immunitarie, neurologiche e cognitive.
- Forzare i tempi significa solo andarsi a cercare guai.

Perché a richiesta

- L'imitazione istintiva dei genitori è il trucco della natura per far sì che il bambino si adatti senza troppi rischi alle novità dell'ambiente circostante.
- Il bambino è "neofobico" anche per il cibo, ma l'imitazione dei genitori durante i pasti lo mette al sicuro da sorprese.
- Il cibo che mangiano i genitori è richiesto e gradito non perché è buono, ma perché lo mangiano i genitori, quale esso sia.

Come si inizia

- La famiglia impara a scegliere correttamente, per qualità e quantità, gli alimenti per i suoi pasti.
- Dopo i sei mesi i genitori, o altri adulti familiari, soddisfano tutte le richieste del bambino fatte durante qualunque pasto, anche occasionale.
- Qualunque alimento o bevanda che, per qualità o quantità, anche solo si sospetti possa essere dannoso per l'adulto deve essere rispettivamente o negato o concesso in dosi adeguate.
- Il bambino viene soddisfatto nelle sue richieste finché i cibi restano in tavola per gli adulti. Finita la porzione dell'adulto, finiscono gli assaggi.
- I pasti di latte continuano secondo il ritmo abituale.

Come si continua

- Le richieste di assaggio aumentano più o meno gradualmente nel tempo.
- Quando il numero degli assaggi è consistente, si arriva a decidere di preparare le porzioni che presumibilmente soddisfano il bambino.
- Automaticamente si riducono entità e numero delle poppate.

quantità erano sempre le stesse. Il miglior giudice del proprio appetito è sempre il diretto interessato, anche se si tratta di un lattante. Anzi, proprio perché si tratta di un lattante. Ci siamo fidati quando era un neonato, quando era difficile capire anche se stava bene o male, perché non fidarsi ora che è grande, ora che lo conosciamo bene in tutte le sue espressioni di benessere e disagio? Una volta che la famiglia ammette la razionalità dei vostri discorsi il più è fatto. Questo non vuol dire che non ci saranno dubbi, ripensamenti ed errori. Il mondo è grande, e voi non potete

parlare con tutti i possibili deleteri consiglieri in agguato nella schiera dei parenti, amici e premurose vicine di casa. Sia chiaro: tutte persone sacralmente convinte da noi in precedenza. E per non parlare dei pediatri alla moda.

Capiterà quindi che vi si chiedi conferme se gli si può dare veramente tutto: ma anche la carne di maiale, l'insalata, e il sale, e il pepe, e il peperoncino, e i dolci^{1,13,17}? E se l'omogeneizzato non sia meglio e se è troppo presto per l'uovo, e così via. Non si potrà evitare che questo accada e si dovrà assicurare, senza colpevoliz-

zare, la mamma dubbiosa. Pensiamo sempre che noi, a convincerci, ci abbiamo messo molto di più.

Anche nell'evoluzione dell'ACR i bambini non sono tutti uguali. Ci sono bambini rapidissimi nell'incrementare il numero delle richieste e altri più lenti. Anche in questo caso i genitori lamenteranno con il pediatra che il bambino mangia troppo poco dei nuovi cibi o addirittura, smentendo i fondamenti dell'ACR, li rifiuta. La causa, di solito, è la stessa: l'impazienza. Accade che i consiglieri occultati facciano notare alla mamma che, con quel modo strano di far mangiare il bambino, sono arrivati a 7-8 mesi e ancora non fa un pasto completo, per cui sarà il caso di sollecitarlo un po'. La mamma non può che obbedire, anche perché la maggior parte delle sue conoscenze non ha mai condiviso le sue scelte, e inizia a forzare il bambino che, ovviamente, si oppone. Il fatto stesso che la mamma vi abbia detto "rifiuta il cibo" rivela che i ruoli si sono invertiti: non è più il bambino a decidere e chiedere, ma la mamma a offrire e imporre. Anche in questi casi si deve solo rinforzare nella mamma la fiducia nel bambino.

D'altra parte che cosa sappiamo noi delle sue specifiche esigenze? Lo stesso latte materno non perde di colpo la sua adeguatezza, ma con gradualità, così come il nostro bambino incrementa i suoi cibi complementari. Infine, pensate forse di riuscire a far mangiare a un bambino quello che o quanto non vuole? Sicuramente sarebbe opportuno provare a dare una risposta sperimentale a tutti questi quesiti. Qualcuno si offre? Per quel che conta la nostra esperienza, finora nessun bambino, ben seguito nel tempo, ha mancato l'obiettivo di una alimentazione corretta.

Qualche problema reale può invece intervenire dopo l'anno di vita, così come succede con il modello tradizionale, quando si presenta una diminuzione della curiosità nei confronti del cibo (l'apprendimento è concluso) e l'abituale rallentamento di crescita e il necessario, ma non sempre messo in atto, aggiustamento delle

Problemi correnti

porzioni alle nuove, ridotte esigenze del bambino. Se la famiglia ha imparato a rispettare il bambino e a seguire i suoi suggerimenti, nel rispetto anche delle proprie responsabilità di fornitore di una adeguata varietà di cibi, problemi non ce ne saranno. Altrimenti, col nuovo possibile pregiudizio di avere un bambino bravissimo che mangia tutto e di più, si correrà il rischio di ricadere negli errori tradizionali.

La storia dei nostri bambini sarà sempre influenzata da ciò che si è fatto nel primo anno di vita, e l'allattamento e l'alimentazione complementare ne fanno parte: stiamo attenti a ciò che facciamo.

CONCLUSIONI

Il rispetto totale della capacità di autoregolazione del bambino è la chiave interpretativa di questo nuovo "vecchio modello", superando l'atteggiamento paternalistico dell'offerta di cibo, affidando al bambino la responsabilità della richiesta e ai genitori la



... e poi hanno il coraggio di dire che l'infanzia è un'età serena e felice!

responsabilità della correttezza della dieta di tutta la famiglia.

Per le sue solide e condivise basi scientifiche, siamo convinti che l'ACR possa essere uno strumento efficace nella prevenzione dei disturbi minori e maggiori dell'alimentazione, compresa l'obesità. Anche se in alcune esperienze locali, ma consistenti, si è osservata la sua validità, si auspica la realizzazione di studi veri e propri che la confermino.

Indirizzo per corrispondenza:

Lucio Piermarini

e-mail: consultorioasl4@virgilio.it

Bibliografia

1. Piermarini L. Autosvezzamento. *Medico e Bambino* 2002;21(7):468-71.
2. PAHO/WHO. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition Program. Washington/Geneva; 2003.
3. Birch LL, Fisher JA. Appetite and eating behaviour in children. In: Gaull GE (ed). *The Pediatric Clinics of North America: Pediatric Nutrition*. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1995:931-53.
4. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid food. *Pediatrics* 1994;93:271-7.
5. Satter EM. *How to get your kid to eat... but not too much*. Palo Alto, CA: Bull Publishing Co, 1987.
6. Fomon SJ. *Nutrition of normal infants*. St. Louis: Mosby Year Book, 1993.
7. Birch LL, Birch D, Marlin D, Kramer L. Effects of instrumental eating on children's food preferences. *Appetite* 1982;3:125-34.
8. Birch LL, McPhee L, Shoba BC, Steinberg L, Krehbiel R. "Clean up your plate": effects of child feeding practices on the conditioning of meal size. *Learn Motiv* 1987;18:301-17.
9. Newman J, Taylor A. Effect of a means: end contingency on young children's food preferences. *J Exp Child Psychol* 1992; 64:200-16.
10. Harper LV, Sanders KM. The effect of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods. *J Exp Child Psychol* 1975; 20:206-14.
11. Birch LL. Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschoolers' food preferences. *Child Dev* 1980; 51:489-96.
12. Birch LL. The relationship between children's food preferences and those of their parents. *J Nutr Educ* 1980;12:14-8.
13. Rozin P, Schiller D. The nature of a preference for chili pepper by humans. *Motiv Emotion* 1980;4:77-101.
14. Oliveria SA, Ellison RC, Moore LL,

MESSAGGI CHIAVE

□ L'alimentazione complementare (o svezzamento) così come è, prevalentemente condotta oggi su consiglio dei pediatri (rigidità di qualità, quantità, modalità e tempi di introduzione degli alimenti), non trova fondamento nella letteratura scientifica.

□ La dimostrazione che i lattanti, nel passaggio all'alimentazione complementare, sono in grado di autoregolare l'assunzione di energia così come lo erano durante l'allattamento al seno, suggerisce l'opportunità di continuare ad affidarsi alla loro spontanea richiesta.

□ Il percorso che porta i lattanti a segnalare il proprio interesse per il cibo si iscrive nel più generale, e obbligato, processo di imitazione dei genitori, e si compie intorno all'età di sei mesi, in concomitanza della maturazione di tutte le altre competenze, digestive e neuro-cognitive, necessarie.

□ Qualunque forzatura o ingerenza operata dalla famiglia in questo meccanismo "normale" rischia di generare nel lattante, prima, confusione, e, poi, comportamenti alimentari scorretti per qualità e/o quantità del cibo.

□ I genitori hanno il compito chiave di esporre i propri figli a una sufficiente alternanza di cibi di adeguata qualità. Ciò significa, essenzialmente, che essi, per primi, debbono imparare ad alimentarsi correttamente.

□ Il pediatra deve informare i genitori della persistente centralità del loro ruolo, confermare la fiducia nelle capacità del bambino e verificare, ed eventualmente correggere, le loro abitudini alimentari.

□ Il bambino deve solo avere la fortuna di incappare in un bravo pediatra.

Gilman MW, Garrahe EJ, Singer MR. Parent-child relationship in nutrient intake: the Framingham children's study. *Am J Clin Nutr* 1992;56:593-8.

15. Davis CM. Results of the self-selection of diets by young children. *Can Med Assoc J* 1939;41:257-61.

16. Satter EM. The feeding relationship: problems and intervention. *J Pediatr* 1990;117(S): 181-9.

17. Piermarini L. Qualcosa di nuovo dopo il latte. *UPPA* 2006;3:10-1.

M_eB