



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



European Childhood Obesity Group



XXX

CONGRESSO NAZIONALE
SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA
PREVENTIVA E SOCIALE



BAMBINI DI IERI, OGGI E DOMANI...
LA NOSTRA CARE, IL NOSTRO CUORE

TEATRO DI ORTIGIA • 7 - 10 GIUGNO 2018
SIRACUSA

Interazione fra A.C. ed allattamento materno o con formula

Andrea Vanía

Responsabile Centro Dietologia
e Nutrizione Pediatrica
Policlinico Umberto I,
Sapienza Università di Roma

Ebbe a dire la Irene Axelsson...

“Nella vita di ognuno di noi esistono due grandi rivoluzioni alimentari, due punti in cui si decide tutto il nostro futuro, per ciò che riguarda gli aspetti nutrizionali... ed entrambi sono nel primo anno di vita!”



La nascita (inizio alimentazione per os)

L'alimentazione complementare

L'inizio dell'A.C. è il secondo ed **ultimo** momento di “rivoluzione” nella vita alimentare dell'uomo.

In condizioni fisiologiche, è infatti l'**unico ed irripetibile momento** in cui si passa da una alimentazione mono-cibo (LM o, quando non disponibile, una formula) ad una fatta di più alimenti.

Come in ogni rivoluzione che si rispetti, il ritorno allo stato precedente non sarà mai possibile.



Perché tanto interesse su questo periodo?

- ☞ Per l'unicità del periodo
- ☞ Per le interazioni tra l'alimentazione dei primi mille giorni di vita e i nostri geni (via l'**epigenetica**)
- ☞ Per il riflesso che un corretto inizio dell'A.C. può avere sulla salute futura del bambino.

Consensus intersocietaria



ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

Strumento per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e per la riduzione delle ineguaglianze sociali

Maria Elisabetta Baldassarre, Salvatore Barberi, Luca Bernardo, Marcello Bergamini, Gianni Bona, Paolo Brambilla, Angelo Campanozzi, Domenico Careddu, Margherita Caroli, Teresa Cazzato, Elena Chiappini, Enza D'Auria, Iride Dello Iacono, Angelica Dessì, Lucia Diaferio, Dora Di Mauro, Francesco Di Mauro, Mattia Doria, Vassilios Fanos, Michele Fiore, Ruggero Francavilla, Daniele Giovanni Ghiglioni, Paola Giordano, Marco Giussani, Dario Iafusco, Adima Lamborghini, Massimo Landi, Paolo Lionetti, Milena Lo Giudice, Alberto Martelli, Vito Leonardo Miniello, Emanuele Miraglia Del Giudice, Filomena Palma, Francesco Pastore, Diego Peroni, Ruggiero Piazzolla, Antonella Polimeni, Enrica Riva, Giuseppe Saggese, Filomena Salerno, Maria Grazia Sapia, Immacolata Scotese, Giovanni Simeone, Valter Spanevello, Francesco Tancredi, Luigi Terracciano, Giovanna Tezza, Gianfranco Trapani, Alberto Giuseppe Ugazio, Andrea Vania, Leo Venturelli, Maria Carmen Verga, Marcello Giovannini, Giuseppina Unamo, Ersilia Troiano, Marco Squicciarini, Antonella Gritti, Valentina Lanzara, Antonella Del Vecchio

COORDINATORI: Margherita Caroli, Andrea Vania, Vassilios Fanos, Vito Leonardo Miniello, Teresa Cazzato

Il documento scientifico di SIPPS, FIMP e SINUPE è una diretta conseguenza di questo interesse, in un campo in cui le certezze scientifiche sembrano ancora limitate, e in un momento in cui ci sono tante idee e proposte, non tutte e non sempre compatibili con l'interesse del bambino e la prevenzione di future patologie.



Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

Presidente

Giuseppe Di Mauro

Vice Presidenti

Gianni Bona, Vito Leonardo Miniello

Consiglieri

Salvatore Barberi
Simonetta Bellone
Elena Chiappini
Salvatore Grosso

Segretario

Maria Carmen Verga

Tesoriere

Emanuele Miraglia del Giudice

Revisori dei Conti

Daniele Ghiglioni
Giovanna Tezza



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



Tante difficoltà...

...da affrontare nell'approccio alla **“miglior alimentazione complementare alla luce delle evidenze disponibili”**.

Non vanno ad esempio dimenticate le difficoltà riguardo al **“tipo” di bambino** cui indirizzare le raccomandazioni.

Senza pensare alla para-fisiologia (esempio: il nato pretermine) o alla vera patologia (di cui nel documento non si parla, volutamente), già **come era stato alimentato prima il bambino nato a termine, sano e normopeso** rappresenta un punto di dibattito di grande peso.



Punti da chiarire

- bambino **allattato esclusivamente al seno** e bambino **alimentato con formula** **sono due bambini diversi, o semplici varianti** per le quali l'approccio della – e alla – alimentazione complementare può essere analogo?
- se analogo, ciò è **indipendente dalla tipologia della formula?**
- **i tempi per introdurre alimenti diversi (*timing*) possono essere identici, o debbono essere diversi**, ad es. per diverse modalità di accrescimento?
- **ma, se serve un comportamento diverso**, questo riguarda **solo il *timing*?**
- **oppure non c'entra il *timing*, ma devono essere diverse le quantità di cibo da offrire?**
- o, ancora, **entrambe le cose?**

Strano ma vero

Di recente non ci sono state molte manifestazioni di interesse verso questi aspetti. Forse sono tutti dati per assodati...

Finora ci si è focalizzati quasi solo sul bambino felicemente allattato al seno, in linea peraltro con la definizione di alimentazione complementare data dall'OMS ormai più di 15 anni fa (2002):

“il processo che inizia **quando il solo latte materno non è più sufficiente a coprire i fabbisogni nutrizionali del lattante” tanto che **“sono necessari altri cibi e liquidi, **oltre al latte materno**”.****

Letto così, pare che solo il bambino allattato al seno abbia diritto all'A.C.; per quelli alimentati con formula, invece, niente altri alimenti, stando alla definizione: aggiungendo così al danno la beffa!



Meno strano guardando al senso

In realtà OMS e UNICEF considerano semplicemente che **qualsiasi cosa diversa dal latte materno sia di per sé alimentazione complementare**.

Secondo questa interpretazione, semplicemente **il bambino alimentato con formula si trova già in alimentazione complementare, anche se la formula la sta prendendo fin dalla nascita.**

Definizione certamente ineccepibile.

Ma non aiuta a capire cosa fare di questo bimbo quando avrà raggiunto il momento di introdurre altre cose, oltre la formula...



Per la Consensus, “alimenti complementari” tutti gli alimenti diversi da LM e formule



ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

Strumento per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e per la riduzione delle ineguaglianze sociali

Maria Elisabetta Baldassarre, Salvatore Barberi, Luca Bernardo, Marcello Bergamini, Gianni Bona, Paolo Brambilla, Angelo Campanozzi, Domenico Careddu, Margherita Caroli, Teresa Cazzato, Elena Chiappini, Enza D'Auria, Iride Dello Iacono, Angelica Dessì, Lucia Diaferio, Dora Di Mauro, Francesco Di Mauro, Mattia Doria, Vassilios Fanos, Michele Fiore, Ruggiero Francavilla, Daniele Giovanni Ghiglioni, Paola Giordano, Marco Giusani, Dario Iafusco, Adima Lamborghini, Massimo Landi, Paolo Lionetti, Milena Lo Giudice, Alberto Martelli, Vito Leonardo Miniello, Emanuele Miraglia Del Giudice, Filomena Palma, Francesco Pastore, Diego Peroni, Ruggiero Piazzolla, Antonella Polimeni, Enrica Riva, Giuseppe Saggese, Filomena Salerno, Maria Grazia Sapia, Immacolata Scotese, Giovanni Simeone, Valter Spanevello, Francesco Tancredi, Luigi Terracciano, Giovanna Tezza, Gianfranco Trapani, Alberto Giuseppe Ugazio, Andrea Vania, Leo Venturelli, Maria Carmen Verga, Marcello Giovannini, Giuseppina Unamo, Ersilia Troiano, Marco Squicciarini, Antonella Gritti, Valentina Lanzara, Antonella Del Vecchio

COORDINATORI: Margherita Caroli, Andrea Vania, Vassilios Fanos, Vito Leonardo Miniello, Teresa Cazzato

La Consensus seguirà piuttosto l'interpretazione di ESPGHAN ed EFSA, che considerano **poco utile, e confondente, includere le formule tra i “cibi complementari”** – per quanto volta a favorire l'allattamento al seno e ad enfatizzarne il ruolo – dato che in Europa molti bambini ricevono LA molto presto, sia come unico alimento che come complemento al LM.

Qual è il momento ottimale per l'A.C.?

OMS + WHA	ESPGHAN + EFSA	3^a via?

Un dato vecchio ma utile

Uno studio epidemiologico del 2010 ([Schiess et al. JPGN 2010](#)) può aiutare a rileggere con altro spirito la definizione OMS di A.C.

C'è la **tendenza diffusa in Europa a introdurre cibi solidi più presto nei bambini alimentati con formula**: un terzo (37%) dei soggetti a LA studiati erano stati divezzati a 4 mesi, e tutti (96%) lo erano a 6 mesi, contro il **17** e l'**87%** degli allattati al seno.

Insomma, la gente comune pare la pensi come l'OMS: **“tanto il bambino è come se già fosse svezzato”**, dunque non vale la pena aspettare.

Non è che questa differente attitudine sia conseguenza di una minor attenzione degli operatori di salute verso una categoria che forse ritengono meno meritevole di attenzione? In realtà, sul *counselling* gli investigatori non indagarono.

Di nuovo possiamo dire: oltre il danno, la beffa!



L'aspetto psico-neuro-motorio

Dovrebbe tagliare la testa al toro, in merito alla tempistica...

Tutti (“svezzatori classici” e “autosvezzatori”, OMS e Società Scientifiche) sono convinti che il bambino dovrebbe avere un certo grado di sviluppo, per iniziare alimenti diversi dal latte:

- Deve essere interessato ai cibi dei grandi (**spesso lo è già a 3 mesi...**), **MA +**
- Deve essere in grado di ingerire cibi di consistenza diversa dal latte, che siano offerti col cucchiaino o a pezzi morbidi (**questa abilità compare tra i 4 e i 6 mesi**) **±**
- Deve essere capace di stare seduto autonomamente (**e questo di rado succede <6 mesi**) **±**
- Deve iniziare a maneggiare **±** portare alla bocca il cibo (**abilità che si manifesta tra i 4 e gli 8-9 mesi**)



Di qui, nuove domande cui tentare di dare risposta...

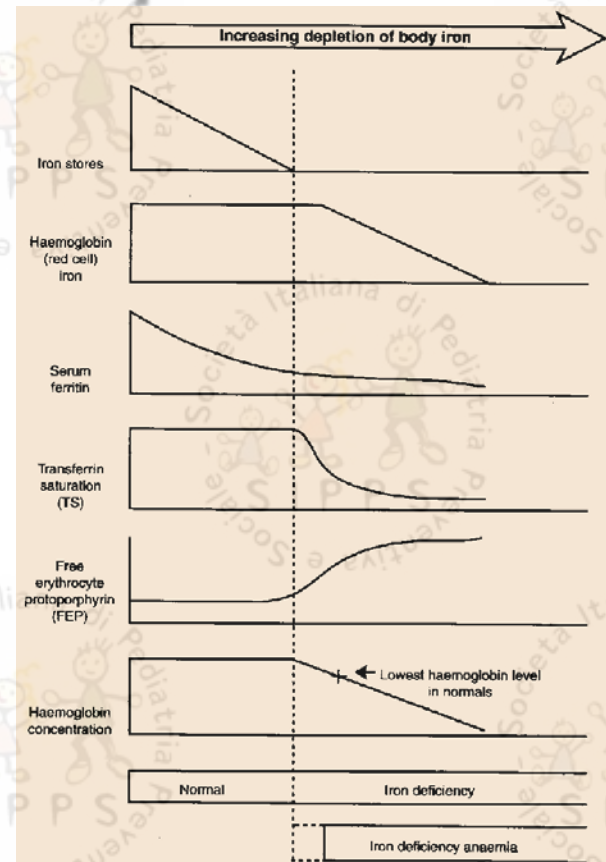
- l'aspetto neuro-psico-motorio entra nell'equazione, oppure no?
- tutti i vari sotto-aspetti, oppure solo alcuni?
- e l'interesse del bambino verso il cibo, quale ruolo gioca? Deve condizionare il nostro comportamento, oppure è solo di indirizzo generale?
- **e se lo sviluppo psicomotorio fosse, in un singolo bambino, così anticipato da andar contro gli aspetti nutrizionali, tanto da determinare un sovraccarico, con possibili effetti negativi sulla sua salute futura?**



E gli aspetti nutrizionali “puri”?

Primo tra tutti, **il problema del ferro**: le riserve calano progressivamente tra i 4 e i 6 mesi.

- **Nell'allattato al seno può essere un problema** (il LM ha quantità minime di ferro, anche se altamente biodisponibile) → i dati sembrano indicare che l'introduzione precoce di altri cibi sarebbe positiva in tutti i bb. a LM, anche in fasce di popolazione non particolarmente a rischio. **Ma perfino l'ESPGHAN ammette che si può migliorare il quadro con altri mezzi, ad esempio col clampaggio ritardato del cordone ombelicale, alla nascita**
- **Il problema dell'esaurimento delle riserve, peraltro, non si pone per chi è alimentato con formula**, che ha più ferro del LM. Dunque, forse, una ragione di più per non svezzare anticipatamente questi bambini.



E gli aspetti nutrizionali “puri”?



- Un'altra caratteristica delle formule potrebbe orientare verso la prudenza nei confronti dei cibi semi-solidi/solidi
 - **Nelle formule ci sono più proteine che nel LM, e più aminoacidi insulinogenici**
 - Due caratteristiche che, **associate alla maggior quota proteica dovuta all'alimentazione solida**, spesso determinano un sovraccarico proteico rispetto ai fabbisogni.
- È ormai abbastanza certo il **maggior rischio di sviluppo di obesità quando si introducono troppe proteine molto presto nella vita** (la cosiddetta *early protein hypothesis*) → questo è un ulteriore punto di prevenzione da considerare attentamente.

E gli aspetti nutrizionali “puri”?

- Altro aspetto nutrizionale collegato al *timing*: il **tenore lipidico della dieta**
- **Se scende troppo rapidamente (come spesso avviene col divezzamento) potrebbe anch'esso – ma gli studi sono ancora incerti – comportare un maggior rischio di obesità successiva**



E gli aspetti nutrizionali “puri”?

- In termini di salute futura è importante anche **la composizione dei lipidi** della dieta
- La **potente protezione del LM verso l'ipercolesterolemia non è dovuta all'elevato contenuto in colesterolo del LM**, come si pensava.
- Le formule (di per sé basse in colesterolo) anche se addizionate non hanno lo stesso effetto protettivo
- Ora si pensa che non sia la quantità di colesterolo nel latte ad avere un effetto protettivo, ma **la qualità degli acidi grassi, decisamente migliore nel LM** – nonostante gli sforzi apprezzabili dell'industria
- Quali conseguenze può avere questo dato sulle indicazioni per l'A.C.?
- È un ulteriore punto che merita una risposta ragionata.

Per chiudere, un commento ESPGHAN

- “Poiché la composizione e gli effetti sulla salute del LM sono diversi da quelli delle formule, in teoria potrebbe sembrare opportuno dare raccomandazioni diverse sull'alimentazione complementare ai bambini allattati al seno e a quelli alimentati con formula. Nonostante queste considerazioni teoriche, sviluppare ed implementare raccomandazioni separate per l'introduzione di cibi solidi per i lattanti allattati e per quelli che ricevono una formula può in ogni caso presentare problemi pratici e determinare confusione tra coloro che si prendono cura dei bambini”.
- **Ma è davvero così? Noi ci auguriamo che sia possibile trovare, col nostro documento intersocietario, una risposta che vada al di là della comoda conclusione “poiché è troppo complicato separare il grano dal loglio, facciamo di tutta l'erba un fascio”.**

ERAZI

