Napule è...

PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

LUCI OMBRE ABBAGLI

23-25 Aprile 2022
NAPOLI

GUIDA PRATICA

DOCUMENTO INTERSOCIETARIO ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

Dalla teoria alla pratica:
come fare?

Giovanni Simeone
Pediatra di Famiglia -Mesagne (Brindisi)

Road map

1. **Educazione alla salute**: dalla ***pratica*** *clinica alle* ***prove di efficacia***

2. **Stili relazionali di AC**

3. **Ruolo del counselling nell'AC**

Linee guide anticipatorie :
Alimentazione Complementare

Quando iniziate l'Alimentazione complementare ?

nutrients

MDPI

Systematic Review

Timing of Complementary Feeding, Growth, and Risk of Non-Communicable Diseases: Systematic Review and Meta-Analysis

Maria Carmen Verga [1,*], Immacolata Scotese [2], Marcello Bergamini [3], Giovanni Simeone [4], Barbara Cuomo [5], Giuseppe D'Antonio [6], Iride Dello Iacono [7], Giuseppe Di Mauro [8], Lucia Leonardi [9], Vito Leonardo Miniello [10], Filomena Palma [11], Giovanna Tezza [12], Andrea Vania [13] and Margherita Caroli [14]

ALLATTAMENTO	Puglia	Italia	% Puglia su totale nazionale	Trend	
				Puglia	Italia
Proporzione di donne che hanno allattato	N.A.	N.A.	N.A.	n.c.	n.c.
Numero medio mesi di allattamento	N.A.	N.A.	N.A.	n.c.	n.c.
Numero medio mesi di allattamento esclusivo al seno	N.A.	N.A.	N.A.	n.c.	n.c.
Allattamento 1-6 mesi, Report regionali "Okkio alla salute – 2019"	29,4	33,8	-4,4	n.c.	n.c.

A 12-15 mesi, prende latte materno uno su tre.

Valori:

- da 40,8% Piemonte
- a 22,4% Campania

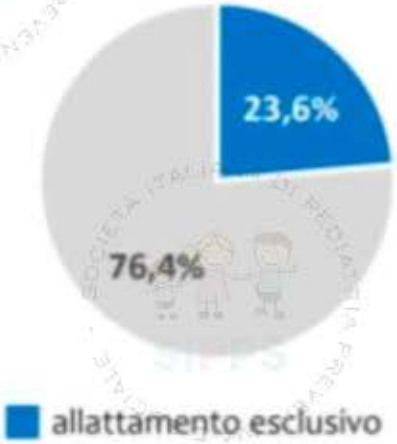
Le bambine e i bambini allattati esclusivamente al seno a 4-5 mesi compiuti sono il 23,6%.

Valori

- da 44,7% PA Trento
- a 16,6% Campania

Allattamento esclusivo

Bambini di 4-5 mesi compiuti*



Allattamento continuato

Bambini di 12-15 mesi compiuti*

Mai allattati

Bambini di 0-2 anni

Iniziate l'alimentazione complementare in maniera differente se il bambino è allattatto al seno o con latte formulato?

nutrients

MDPI

Article

Breastfed and Formula-Fed Infants: Need of a Different Complementary Feeding Model?

Margherita Caroli [1,*], Andrea Vania [2,*], Maria Anna Tomaselli [3], Immacolata Scotese [4], Giovanna Tezza [5], Maria Carmen Verga [6], Giuseppe Di Mauro [7], Angelo Antignani [8], Andrea Miniello [9] and Marcello Bergamini [10]

Quale tipologia di alimentazione complementare suggerite ?

nutrients

MDPI

Systematic Review

Complementary feeding caregivers' practices and growth, risk of overweight/obesity and other non-communicable diseases: a systematic review and meta-analysis

Marcello Bergamini [1,*], Giovanni Simeone [2], Maria Carmen Verga [3], Mattia Doria [4], Barbara Cuomo [5], Giuseppe D'Antonio [6], Iride Dello Iacono [7], Giuseppe Di Mauro [8], Lucia Leonardi [9], Vito Leonardo Miniello [10], Filomena Palma [11], Immacolata Scotese [12], Giovanna Tezza [13], Margherita Caroli [14], and Andrea Vania [15]

DOCUMENTO INTERSOCIETARIO

RACCOMANDAZIONI SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE, STRUMENTO PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI E PER LA RIDUZIONE DELLE INEGUAGLIANZE SOCIALI

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPS

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

SINUPE Società Italiana Nutrizione Pediatrica

SIDOHaD Società Italiana Developmental Origins of Health and Disease

- **Implementare** le buone pratiche e le raccomandazioni delle LG
- Fare in modo che i genitori siano più aderenti alle nostre indicazioni. per far capire che **l'educazione alla salute non si può improvvisare**, ma bisogna conoscere, per ogni situazione, le problematiche i mezzi e la tempistica di intervento più efficace

- **La partecipazione attiva dell'assistito** nel salvaguardare il suo patrimonio di salute, sia egli sano o portatore di malattie croniche**, diventa elemento chiave**

L'approccio all'alimentazione complementare deve tener in conto numerosi fattori:

- **Le evidenze delle letteratura**
- **Lo sviluppo psico fisico del bambino**
- **Il contesto e le abitudine della famiglia**

M Caroli

APPROCCIO ALL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

Componente nutrizionale (Bisogno: energetico totale, proteine, lipidi, CHO, vitamine, sali, acqua, fibre, ecc)

↓

Vie metaboliche

Componente psico-socio-affettiva (cibo, espressione affettiva ed emotiva,ecc.)

↓

Abitudini alimentari

La divisione totale o il considerare solo un aspetto dei due provoca una sindrome bipolare nel comportamento del pediatra (e della famiglia)

Tale intreccio di bisogni e cambiamenti raramente è coerente : **non tutte le diadi sono pronte, nello stesso momento, ad iniziare un percorso di AC univoco**

Il Pediatra deve "accompagnare" bambino-madre-*caregivers* fino alla comprensione della miglior strategia da percorrere

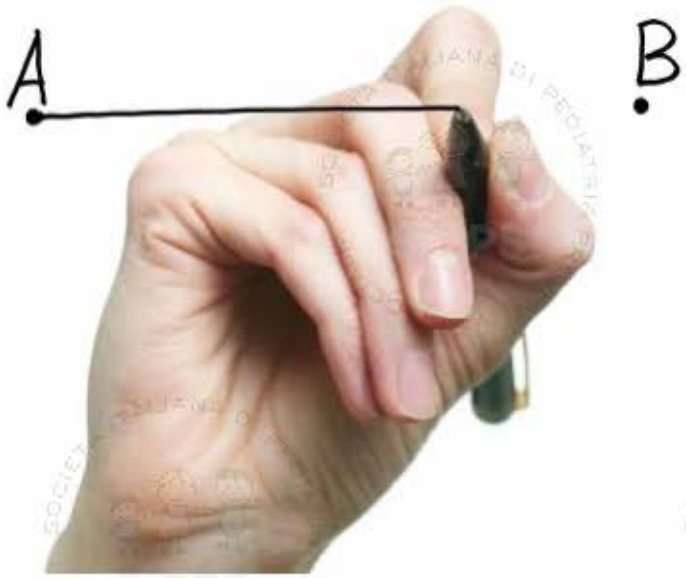
- **Evitando posizioni ideologiche**
- **Percependo e consigliando quale stile di AC sia il più adatto per quella famiglia**
- **Tradizionale-convenzionale** (plausibile in particolari contesti personali, sociali e psicologici)
- **Responsivo**
- **A richiesta** [accezione italiana (ACP)]
- **Baby-Led Weaning** (BLW)

DIVEZZAMENTO TRADIZIONALE o CONVENZIONALE

- **Mangia a tavola, ma non sempre insieme ai genitori**
- **Dieta prescritta dal Pediatra/Puericultore**
- **Non la stessa delle famiglia**
- **A base di prodotti cremosi (pureè)**
- **Commerciali o preparati in casa**
- **Timing di introduzione dei vari alimenti, uno dopo l'altro**
- **Solo cucchiaino**
- **Quantità come prescritte dal Pediatra**

Forse adatto per….

- Madri desiderose di un distacco fisico e psicologico più graduale
- Madri insicure
- Madri ansiose (soffocamento; sotto- o sovrappeso)
- Barriere culturali
- Bambino primogenito



Who
What
When
Where
Why
How

ALIMENTAZIONE RESPONSIVA

I genitori hanno la responsabilità:

- di offrire al bambino alimenti salutari senza mai esercitare forzature per indurlo a mangiare
- di mangiare insieme a tavola

Sviluppa la capacità di autoregolazione del bambino e della sua autonomia, ed è ritenuta la migliore pratica relazionale dall'OMS , AAP

Il bambino ha la responsabilità di decidere liberamente se e quanto mangiare di quello che i genitori gli propongono.

M Caroli

Ma quanto è grande lo stomaco di un bambino da sei mesi a 3 anni?

A sei mesi come una mela

Ad un anno come una melanzana piccola-media

A due anni come una melanzana media-grande

A tre anni come un peperone napoletano

Classificazione di M Caroli. 20 maggio 2014, pomeriggio; casa sua: stanza da pranzo.

M Caroli

Ma conosciamo veramente il rapporto grammi/"attese visive" materne?

Carne 10g = mezzo cucchiaio

Parmigiano a pezzi 5 g

Ceci 10g = 26 ceci

Parmigiano grattugiato 5g=1 cucchiaio

*...Dottore noi abbiamo deciso per **l'auto-svezzamento***

1. Intanto spiegare il **quando**
2. Ragionando insieme sul **come** e sul **cosa**, perchè il BLW puro non prevede nessuna indicazione sulle qualità e sulle quantità dei cibi.

- la famiglia dovrà d'ora in poi mangiare solo dieta sana, ovvero solo mediterranea
- a scopo preventivo di eventuali carenze il bambino dovrà continuare ad introdurre forti quantità di LM e/o di LA-2
- sempre a scopo preventivo di eventuali carenze, proporre quanto previsto nel BLISS ovvero, per ogni giornata, **una porzione contenente un cibo ricco ferro** e **una contenente un cibo ricco di calorie** (carboidrati come cereali/semi e frutta o verdura calorici, come banane e patate)

WHAT IS NON-RESPONSIVE FEEDING?

- *Excessive parental control*
  - Forceful – Eat! Eat!
    - Underweight children remain underweight
  - Restrictive – No dessert for you!
    - Overweight children remain overweight

Fisher & Birch, AJCN, 1999

Pratiche "deviate" da non identificare con l'Alimentazione Complementare convenzionale!!

WHAT IS NON-RESPONSIVE FEEDING?

- *Lack of parental control*
  - **Indulgence**
    - Eat whatever you want
    - Risk of overweight / obesity

  - **Uninvolved**
    - Eats meals alone
    - Risk of underweight

GLI STILI COMUNICATIVI:
Le personalita' del genitore

Adattabilità

Caos

Coesione

Distacco |||||

Invischiamento

FAMIGLIA ADEGUATA

Rigidità

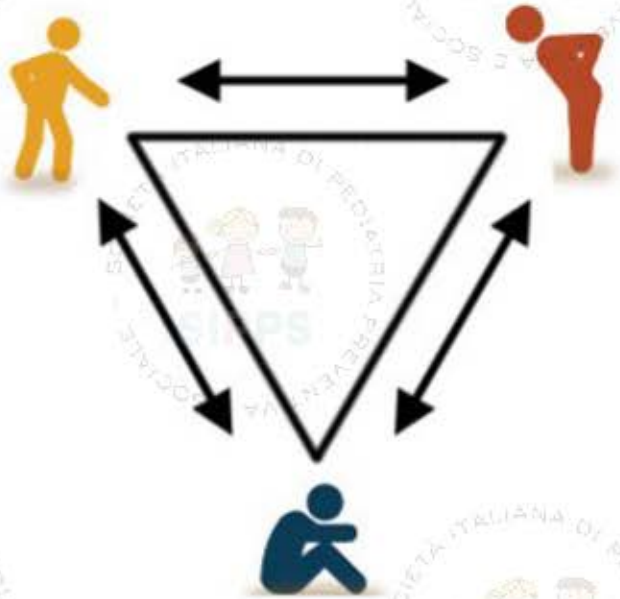
diatric

Le tipologie dei genitori sono varie…
(*per non parlare di quelle dei pediatri…*)

Le relazioni comunicative

Il triangolo…DRAMMATICO

PEDIATRA



FAMIGLIA

BAMBINO

Per un dialogo effettivo col genitore, il pediatra deve:

- passare **dall'affermare all'esplorare e condividere**;
- prima di accumulare informazioni, **chiedere che informazioni già hanno i genitori;**
- prima di dare indicazioni e consigli, **chiedere che cosa hanno pensato di fare;**
- prima di sostenere le proprie proposte, **valorizzare le ipotesi della famiglia;**
- prima di rassicurare, **chiedere quali timori hanno**.

Nella comunicazione evitare
I modi barriera

- Dare ordini (lei deve…, bisogna che faccia…)
- Minacciare (se vi comportate così, finirà che…)
- Giudicare (vi state proprio sbagliando…)
- Interpretare (voi allora pensate che…)
- Argomentare (per il bene del bambino io direi..)
- Minimizzare (non si preoccupi, non è nulla!)

La tecnica dei tre passi

(da Quadrino, Il counselling sistemico in pediatria, 2006, ed Pensiero Scientifico)

1. **Accogliere** parte di ciò che il genitore afferma
   - *In effetti la scelta dei cibi per la pappa….*

2. **Ridefinire le posizioni** e **gli obiettivi** del professionista
   - *io come medico penso che…*

3. **Facilitare l'esplicitazione di timori o di ipotesi** del genitore
   - *Lei quali difficoltà immagina di poter incontrare nel bambino quando gli proporrà le verdure?..*

Tipologia del genitore e risposte del pediatra

Collaborante-positivo
(Faccia lei)

Il **genitore ottimista** è aperto, con uno stile comunicativo positivo, si fida del pediatra, non è necessario essere specifici nelle risposte, dare eccessive spiegazioni: seguirà con facilità i suggerimenti, più su una base empatica che sulla dimostrazione di efficacia delle scelte (anche quelle alimentari) suggerite.

…Regali a Natale, fiducia totale e richieste di pareri anche in altri campi

Tipologia del genitore e risposte del pediatra

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

dottore, ma è vero che...?

Genitore ansioso

Il **genitore ansioso** è sempre anche molto preoccupato per tutto, è iperprotettivo nei confronti dei figli a cui cerca di evitare le frustrazioni, drammatizza ogni evento spiacevole.

È un appassionato del «**doctor shopping**», ma ha paura di usare le medicine. Il pediatra deve mostrare di capire le sue angosce cercando di eliminare quelle irrazionali con chiarimenti basati su prove certe, ma con linguaggio accessibile, affettuoso adatto al livello di cultura del genitore.

Tipologia del genitore e risposte del pediatra

Tranquillo-passivo
(Faccio io)

Il **genitore tranquillo** spesso ascolta solo apparentemente, non condivide le scelte (incluse quelle alimentari) se non sono quelle che lui si aspetta. Il pediatra deve avere solo il ruolo di specchio delle sue convinzioni e decisioni.

Il pensiero si riassume in: "*dottore(ssa), lei può dire quel che vuole, ma sappia che poi decido io sull'alimentazione (e su tutto il resto) di mio figlio!*".
Questi genitori devono essere e soprattutto devono percepire di essere coinvolti a fondo nelle decisioni, smontando le loro conoscenze errate in piccoli gruppi alla volta con informazioni semplici, oggettive e comprensibili per il loro livello culturale.

Tipologia del genitore e risposte del pediatra

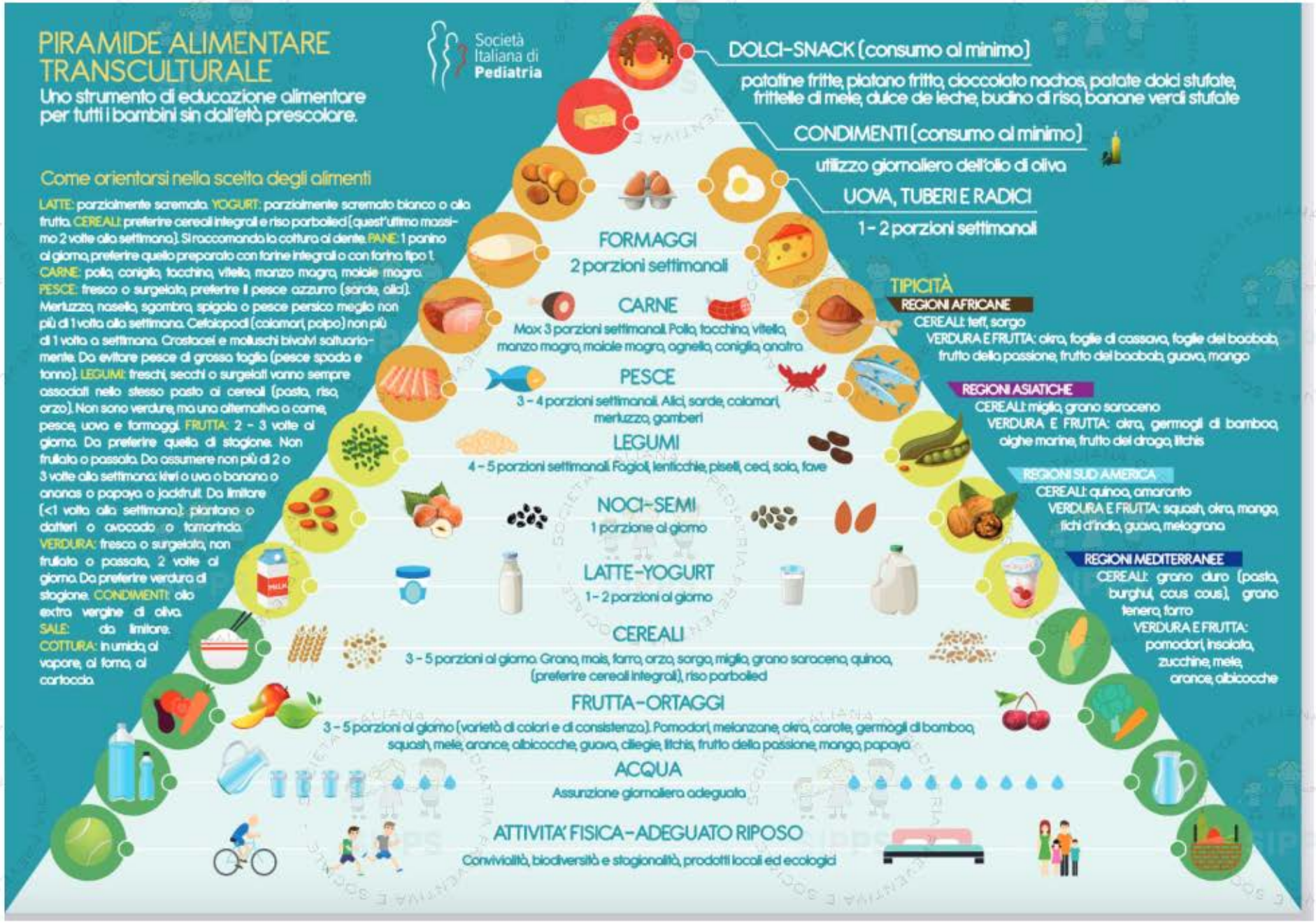
Aggressivo-ostile
(Non mi fido)

Questo lo dice lei..

Il **genitore aggressivo, spesso ostile** è quello più difficile con cui comunicare perché giudica e fa capire al pediatra che lo sta giudicando e che non sta superando l'esame.

Il pediatra deve avere la capacità di comprendere le difficoltà del genitore e dare una risposta ai problemi, senza cadere nel tranello emotivo opposto. Le risposte devono comunque basarsi sulle evidenze scientifiche. Anche se il genitore sottovaluta il professionista e glielo fa capire o in modo diretto o con sottintesi non verbali, il pediatra non deve accettare la provocazione, deve evitare di contrapporsi sul piano emozionale.

Considerare altri caregiver


PIRAMIDE ALIMENTARE TRANSCULTURALE
Uno strumento di educazione alimentare per tutti i bambini sin dall'età prescolare.
Società Italiana di Pediatria
Come orientarsi nella scelta degli alimenti
LATTE: parzialmente scremato. YOGURT: parzialmente scremato bianco o alla frutta. CEREALI: preferire cereali integrali e riso parboiled (quest'ultimo massimo 2 volte alla settimana). Si raccomanda la cottura al dente. PANE: 1 panino al giorno, preferire quello preparato con farine integrali o con farina tipo 1. CARNE: pollo, coniglio, tacchino, vitella, manzo magro, maiale magro. PESCE: fresco o surgelato, preferire il pesce azzurro (sarde, alici). Merluzzo, nasello, sgombro, spigola o pesce persico meglio non più di 1 volta alla settimana. Cefalopodi (calamari, polpo) non più di 1 volta a settimana. Crostacei e molluschi bivalvi saltuariamente. Da evitare pesce di grossa taglia (pesce spada e tonno). LEGUMI: freschi, secchi o surgelati vanno sempre associati nello stesso pasto ai cereali (pasta, riso, orzo). Non sono verdure, ma una alternativa a carne, pesce, uova e formaggi. FRUTTA: 2 - 3 volte al giorno. Da preferire quella di stagione. Non frullata o passata. Da assumere non più di 2 o 3 volte alla settimana: kiwi o uva o banana o ananas o papaya o jackfruit. Da limitare (<1 volta alla settimana): plantano o datteri o avocado o tamarinda. VERDURA: fresca o surgelata, non frullata o passata, 2 volte al giorno. Da preferire verdura di stagione. CONDIMENTI: olio extra vergine di oliva. SALE: da limitare. COTTURA: in umido, al vapore, al forno, al cartoccio.
DOLCI-SNACK (consumo al minimo)
patatine fritte, platano fritto, cioccolato nachos, patate dolci stufate, frittelle di mele, dulce de leche, budino di riso, banane verdi stufate
CONDIMENTI (consumo al minimo)
utilizzo giornaliero dell'olio di oliva
UOVA, TUBERI E RADICI
1 - 2 porzioni settimanali
FORMAGGI
2 porzioni settimanali
CARNE
Max 3 porzioni settimanali. Pollo, tacchino, vitella, manzo magro, maiale magro, agnello, coniglio, anatra
PESCE
3 - 4 porzioni settimanali. Alici, sarde, calamari, merluzzo, gamberi
LEGUMI
4 - 5 porzioni settimanali. Fagioli, lenticchie, piselli, ceci, soia, fave
NOCI-SEMI
1 porzione al giorno
LATTE-YOGURT
1 - 2 porzioni al giorno
CEREALI
3 - 5 porzioni al giorno. Grano, mais, farro, orzo, sorgo, miglio, grano saraceno, quinoa, (preferire cereali integrali), riso parboiled
FRUTTA-ORTAGGI
3 - 5 porzioni al giorno (varietà di colori e di consistenza). Pomodori, melanzane, okra, carote, germogli di bamboo, squash, mele, arance, albicocche, guava, ciliegie, litchis, frutto della passione, mango, papaya
ACQUA
Assunzione giornaliera adeguata
ATTIVITA' FISICA-ADEGUATO RIPOSO
Convivialità, biodiversità e stagionalità, prodotti locali ed ecologici
TIPICITÀ
REGIONI AFRICANE
CEREALI: teff, sorgo
VERDURA E FRUTTA: okra, foglie di cassava, foglie del baobab, frutto della passione, frutto del baobab, guava, mango
REGIONI ASIATICHE
CEREALI: miglio, grano saraceno
VERDURA E FRUTTA: okra, germogli di bamboo, alghe marine, frutto del drago, litchis
REGIONI SUD AMERICA
CEREALI: quinoa, amaranto
VERDURA E FRUTTA: squash, okra, mango, fichi d'india, guava, melagrana
REGIONI MEDITERRANEE
CEREALI: grano duro (pasta, burghul, cous cous), grano tenero, farro
VERDURA E FRUTTA: pomodori, insalata, zucchine, mele, arance, albicocche

*Take home message

*Take home message

Il Pediatra

essere il tutore dei bambini suggerendo interventi personalizzati non coercitivi

essere il consulente dei genitori e dei *caregiver* per fornire loro le basi scientifiche di una corretta alimentazione.

- Il pediatra dovrebbe tenere conto della personalità del *genitori* e del livello di sviluppo neuromotorio e psico-affettivo del bambino.

- Nel monitorare l'AC il pediatra deve controllare con attenzione eventuali grossolane deviazioni dalle **indicazioni nutrizionali** che avrà fornito alla famiglia

Monitorare eventuali indicatori di rischio (per disturbi alimentari)

- ansia eccessiva da parte dell'adulto (paura di introdurre nuovi alimenti, paura del rischio di soffocamento)
- comportamenti intrusivi come forzature, restrizioni, indifferenza o ipercontrollo, uso del cibo come ricompensa materiale o psicologica
- comportamenti persistenti di opposizione - rifiuto del bambino all'atto dell'alimentazione.
- individuare i segnali di un'eccessiva spinta ad autonomizzare il bambino (BLW)

- Non esiste, e non può esistere, una unica forma di approccio relazionale che sia perfetta per qualsiasi **diade genitore-figlio**, proprio per l'unicità di ogni singola diade che è influenzata e modificata, non solo dal background famigliare e personale del caregiver, ma anche dal continuo interscambio fra genitore e bambino, che si modifica nel tempo.

Grazie a ….

Ritalba, Andrea, Carmen, Marcello, Leo