XVII Incontro della Rete Baby-Friendly

Accesso e opportunità di sostegno per tutte e tutti

9 ottobre 2024

Aula Pocchiari, Istituto Superiore di Sanità, Roma

unicef per ogni bambino

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

JA PreventNCD
Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases

Co-funded by the European Union

XVII Incontro della Rete Baby-Friendly

Accesso e opportunità di sostegno per tutte e tutti

9 ottobre 2024

Aula Pocchiari, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Sostegno per l'alimentazione responsiva e introduzioni dei cibi solidi

Laura Reali Pediatra, Presidente ECPCP

European Confederation Primary Care Paediatricians

JA PreventNCD
Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases
Co-funded by the European Union

Dichiarazione di conflitto d'interessi

Interessi delle Aziende Private del settore della salute, rilevanti per i contenuti della presentazione

Laura Reali

1 – Azionista o portatore/trice di interessi o componente o dipendente di Aziende Private del settore della salute	NO
2 – Consulente o componente di un panel scientifico di Aziende private del settore della salute	NO
3 – Relatore/trice pagato/a o autore/trice/editore/trice di articoli o documenti per Aziende Private del settore della salute	NO
4 – Pagamento di spese di viaggio, alloggio o iscrizione a convegni, conferenze o eventi da parte di Aziende private del settore della salute	NO
5 – Ricercatore/trice o responsabile scientifico/a in studi di Aziende private del settore della salute	NO
6 – Aderenza al Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno	SI

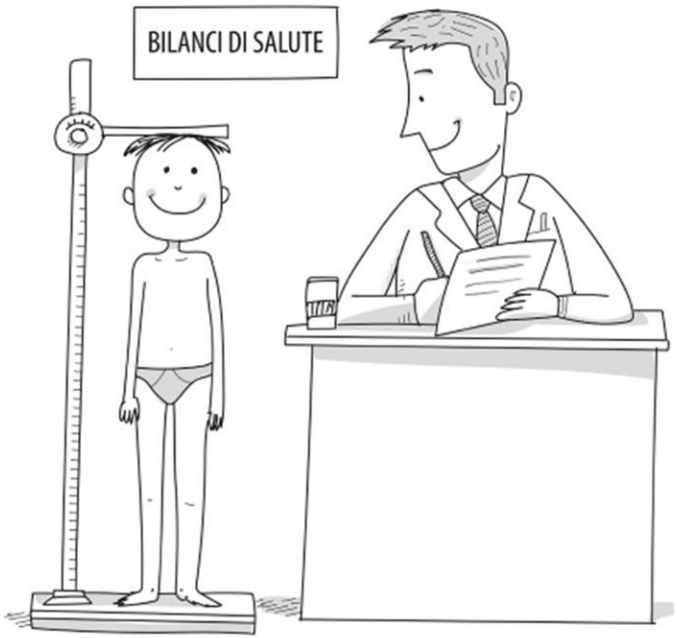
Parleremo di:

dati i concetti già presentati di richiesta, responsività/sensibilità genitoriale, auto/etero-regolazione, parleremo di come può fare protezione, promozione e sostegno della ACR, oltre che del LM, un pediatra nel suo ambulatorio

- per sostenere non soltanto la **nutrizione** e la crescita staturo-ponderale del b., ma anche la **relazione** con i suoi genitori e quindi il suo neuro-sviluppo (motricità, relazione, linguaggio)

- il pediatra di famiglia deve avere, oltre alle competenze **cliniche**, anche le competenze **relazionali** per sapersi porre in ascolto attivo in una relazione di aiuto con i genitori e i loro bambini e poter intervenire da solo, se basta, o meglio in **rete** con i professionisti coinvolti

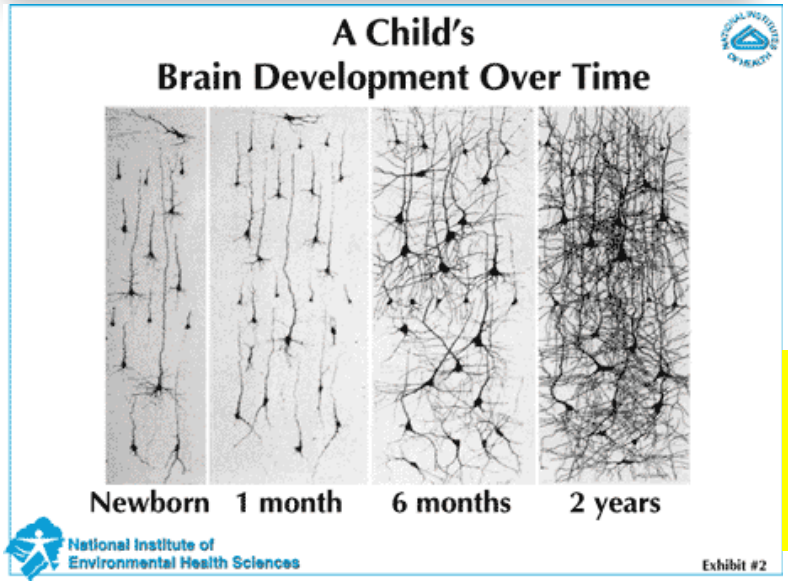
- conoscendo e applicando tali competenze durante la sua attività clinica ambulatoriale per offrire il suo contributo allo sviluppo ottimale del bambino durante i BdS, ma non solo.



I bilanci di salute del PdF

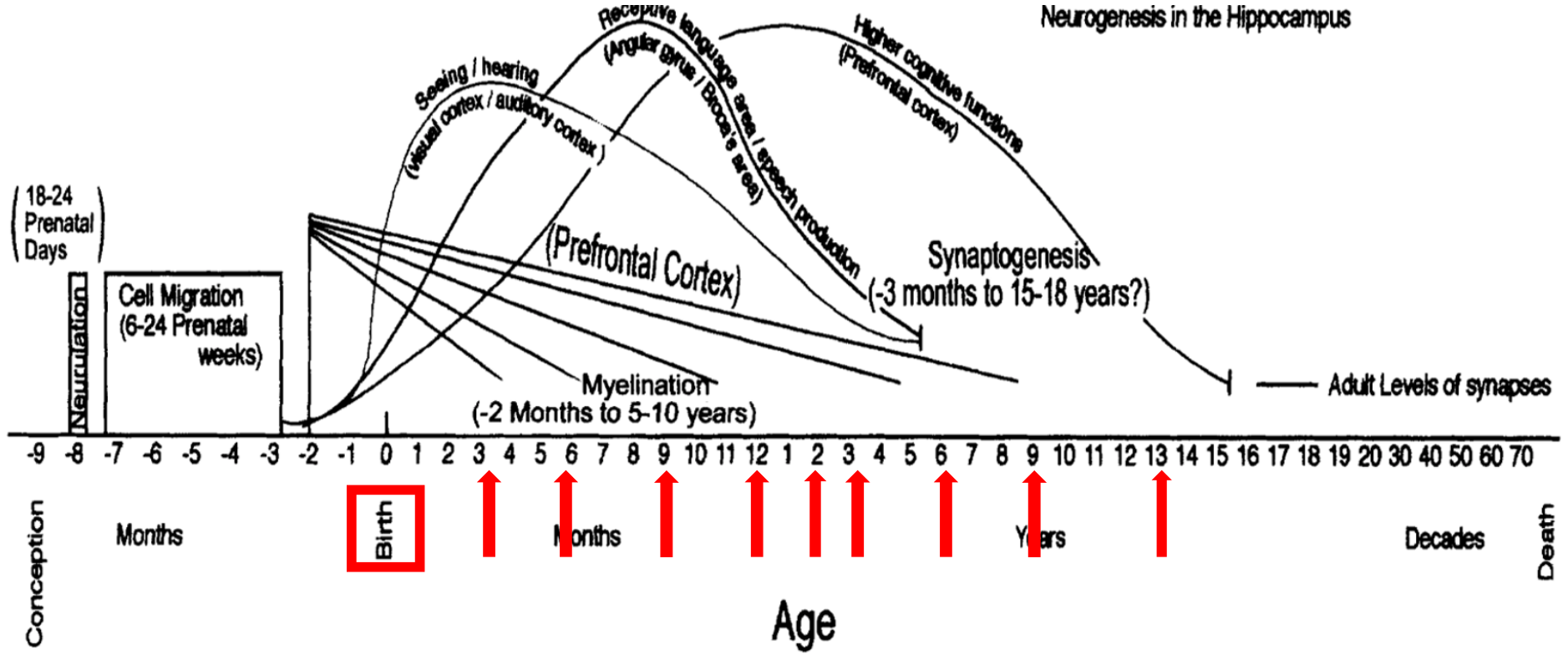
Controlli clinici ad età bersaglio (età filtro) sul singolo bambino → intercettare problemi definiti, avvalendosi di esami mirati → diagnosi e/o terapia e/o follow-up

Becherucci e Biancalani 2005



Rete neurale: si forma dal periodo fetale ai primi 2-3 anni, tramite neuronogenesi e sinaptogenesi, massime in questa prima epoca della vita.

I periodi critici dello sviluppo delle funzioni cerebrali



Note. This graph illustrates the importance of prenatal events, such as the formation of the neural tube (neurulation) and cell migration; critical aspects of synapse formation and myelination beyond age three; and the formation of synapses based on experience, as well as neurogenesis in a key region of the hippocampus (the dentate gyrus), throughout much of life.

Thompson RA, Nelson CA. Developmental science and the media. Early brain development. Am Psychol. 2001 Jan;56(1):5-15. doi: 10.1037/0003-066x.56.1.5.

Valutazione neuroevolutiva e promozione del neurosviluppo nei BdS

- **Valutazione neuroevolutiva**: per individuare la normalità e identificare tempestivamente i segnali che indicano la necessità di una rivalutazione a breve termine o l'invio per un approfondimento specialistico

- **Promozione** per fornire indicazioni utili per sostenere i genitori nella promozione dello sviluppo psicomotorio del bambino

- **Osservando il comportamento** spontaneo, propositivo e creativo del bambino, nella multi-dimensionalità dello sviluppo
- **riconoscendo** il genitore quale 'esperto' del proprio bambino mentre l'operatore è l'esperto dei bambini in generale
- con empatia e collaborazione, no prescrizione

Milani Comparetti – Brazelton

Se possiamo cambiare l'inizio, possiamo cambiare tutta la storia

World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization, 2018. Versione italiana a cura del Centro per la salute del Bambino (www.csbonlus.org).

- 1a infanzia fondamentale perché un b. raggiunga il suo pieno potenziale
- 1e esperienze influiscono su apprendimento, salute e comportamento per tutta la vita
- il b. ha bisogno di assistenza sanitaria, nutrizione, protezione, opportunità di apprendimento e interazioni positive con genitori/ caregiver
- strumenti più costo-efficaci per garantire che anche i più vulnerabili e disagiati
- **NCF: contesto di riferimento**

La nascita di…… una relazione e il grande cambiamento di un sistema…la famiglia

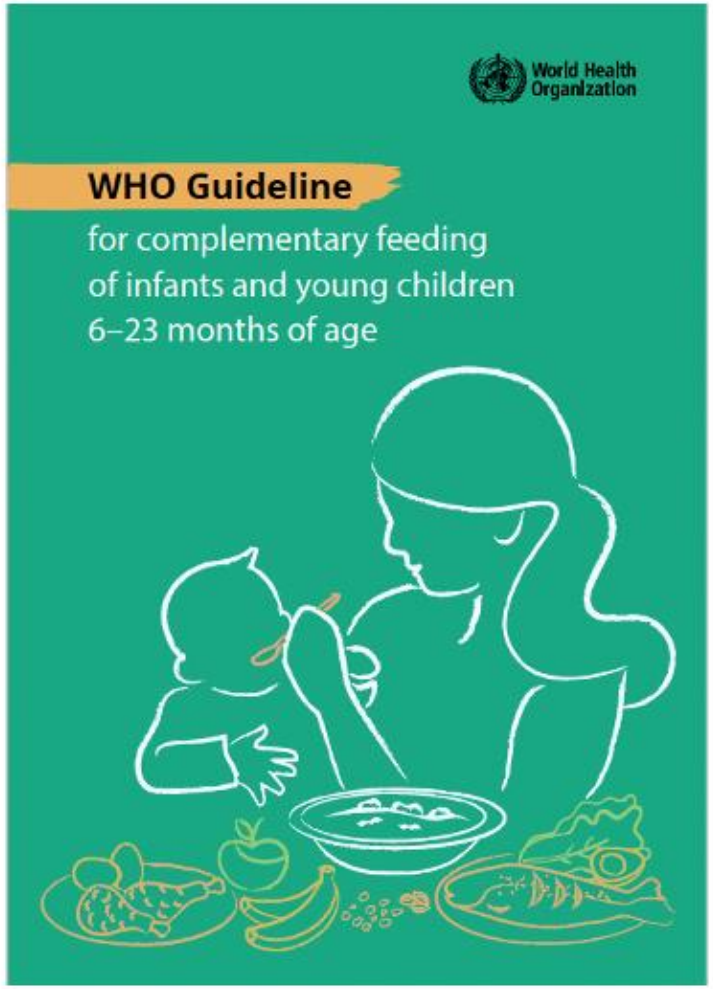
- ogni volta che nasce un bambino, nasce anche una mamma, un papà e quindi una relazione, e si modifica, cioè cambia, un sistema: il nucleo familiare

- una delle componenti principali di questa relazione è l'**alimentazione**, idealmente l'allattamento materno (LM), altrimenti l'alimentazione con formula

- la modalità di **allattamento ideale** è a **richiesta**, o **responsiva**

- **l'alimentazione complementare responsiva** non è altro che il suo consequenziale proseguimento quando si passa ai cibi solidi ed è ideale che sia anch'essa **responsiva (ACR)**

Linee guida WHO su ACR



© World Health Organization 2023

- introdurre alimenti complementari a 6 mesi, continuando l'allattamento al seno
- i bambini di 6-23 mesi dovrebbero consumare ogni giorno alimenti freschi di origine animale come carne, pesce o uova
- bambini di 6 - 23 mesi dovrebbero consumare ogni giorno frutta e verdura fresche
- legumi, noci e semi, in forme che non rappresentino un rischio di soffocamento, dovrebbero essere consumati spesso, soprattutto quando la dieta è limitata in termini di carne, pesce, uova e verdure

Come e perché si fa ACR

- in risposta ai segnali di fame del bambino
- dal 6° mese si offre dalla tavola della famiglia cibo adatto alle nuove competenze di masticazione del bambino, rispondendo alle sue richieste e ascoltando le sue preferenze
- ACR prevede l'uso quasi esclusivo delle mani, col cibo tagliato in forme adatte alle capacità prensili del bambino cioè piccoli pezzi di verdure bollite o frutta a pezzi e «strisce» di carne
- a 6 mesi cibi tagliati a pezzi a forma di manico (prensione palmare)
- a 8-10 mesi di età, a pezzettini più piccoli (prensione a pinza fine)

Lo sviluppo del gusto e delle preferenze alimentari

- “paradosso dell’onnivoro” di Rozin
- i bambini nascono programmati con una preferenza per i gusti dolce, *salato* (dai 4 mesi circa di età) e *umami*
- un’avversione per i gusti *amaro* e *acido* evolutivamente finalizzata a proteggere l’individuo dall’ingestione di sostanze potenzialmente dannose
- c’è anche un sesto gusto: del *grasso,* i cui recettori ne regolano l’assunzione

Tutti i sensi cooperano nel fornire informazioni nelle esplorazioni alla scoperta del nuovo

Come impara a mangiare cibi solidi un bambino?

L’apprendimento precoce avviene per:

- **osservazione** e **imitazione**, che il bambino fa, quando vede l’adulto di riferimento o un suo pari che mangia
- **familiarizzazione**: esposizione ripetuta e senza forzature ai nuovi sapori per favorirne l’accettazione
- **associazione** di un dato alimento o sapore ad un contesto relazionale /affettivo positivo

Quando si inizia ?

- da 17- 26 settimane di età (4-6 mesi), perché reni e intestino sono sufficientemente maturi per digerire gli alimenti complementari ESPGHAN, 2017

- ma **la raggiunta efficienza metabolica e digestiva non basta, il bambino deve essere interessato ad alimenti diversi dal latte e "pronto" da un punto di vista orale e neuromotorio a mangiare cibo semisolido/solido**

- quindi AC va 6 a 24 mesi di vita, entro i primi 1000 giorni, fondamentali per la definizione epigenetica della salute psicofisica del bambino

Si inizia quando il bambino è pronto

- controlla testa e collo e li tiene allineati con il tronco

- sta seduto da solo o con minimo supporto
- è interessato a ciò che succede a tavola
- coordina occhi-mano-bocca, così da poter localizzare, afferrare il cibo con prensione a mano piena e portarselo in bocca da sé, come fa con i suoi giocattoli
- tiene il cibo in bocca per masticarlo, anche in assenza di denti, e lo sposta dalla parte anteriore a quella posteriore della bocca per deglutirlo invece di sospingerlo fuori dalla bocca e farlo colare sul mento

Tutti questi segni compaiono gradualmente

a un’età media di 6 mesi (5-7 mesi)

L’ACR come occasione di educazione alimentare dell’ intero nucleo familiare

- Dieta mediterranea
- No junk food
- Cibi freschi, Km 0
- Verdure di stagione
- Cibi biologici
- Rispetto dei tempi
- Attività fisica

Quanto deve mangiare?

In teoria:

- Ad es. la percentuale di proteine non dovrebbe superare il 14% delle calorie totali /die nel periodo dell'AC

In pratica

- i bambini di 6-11 mesi **sono capaci di autoregolarsi istintivamente sia su *cosa* che su *quanto* mangiare se messi in condizioni di "scegliere liberamente"**

Davis CM. RESULTS OF THE SELF-SELECTION OF DIETS BY YOUNG CHILDREN. Can Med Assoc J. 1939 Sep;41(3):257-61.

Finestre di opportunità

Finestra di sensibilità per i sapori (4-6 mesi): il bambino esposto a nuovi cibi durante questa finestra li accetta e li gradisce più facilmente anche se di sapore amaro

- essenziale esporre il bambino fin dall'inizio dell'AC a vari alimenti casalinghi salutari e integri (verdure, legumi, pesce, frutta…), adattati alle sue competenze oro-motorie, per consentirgli di memorizzare le caratteristiche dei vari alimenti che prova

Finestra oro-motoria (**6/9-10 mesi)**, per l'apprendimento delle capacità di mordere/masticare/deglutire cibo di consistenza semisolida/solida.

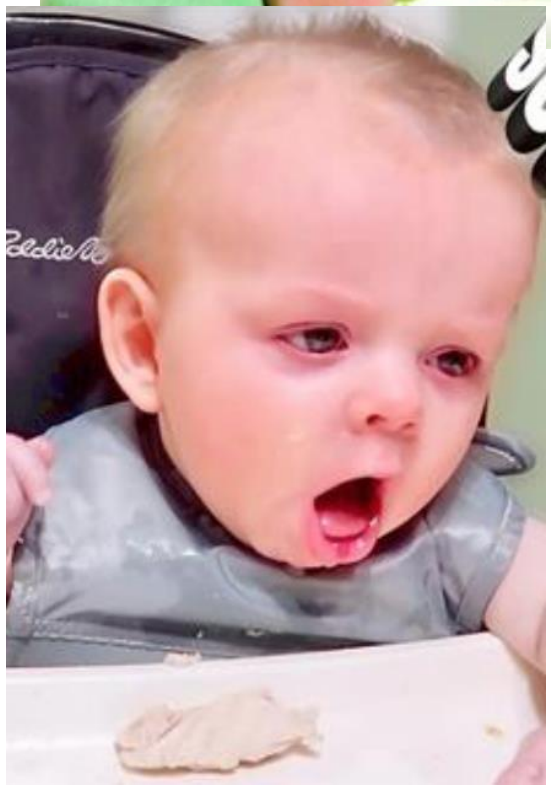
- Ritardare oltre i 9-10 mesi l'introduzione di cibo solido a pezzi, può comportare la necessità di un "secondo svezzamento"; di successivo impaccio oro-motorio nella gestione del cibo solido; di ridotta accettazione di alimenti come verdure e frutta.

Gagging

conati di vomito, dovuti all’attivazione del gag reflex (riflesso faringeo), un riflesso protettivo che aiuta il bambino ad apprendere come gestire il cibo solido in bocca contro il rischio di inalazione nelle vie aeree

Choking

ostruzione parziale o totale delle vie aeree per inalazione di cibo o da corpo estraneo



Sicurezza ed efficacia di ACR

- Bit.ly/MinisterioSalute Prevenzione soffocamento
- Bit.ly/MinisteroSalute Nutrizione giocando
- Bit.ly/Manovre salvavita
- Uppa.it/guida-manovre-antisoffocamento

È importante spiegare quali comportamenti adottare per **prevenire il rischio di *choking*** (soffocamento da corpo estraneo) e di **non preoccuparsi del *gagging***

Study protocol | Open access | Published: 12 November 2015

Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding

Lisa Daniels, Anne-Louise M. Heath, Sheila M. Williams, Sonya L. Cameron, Elizabeth A. Fleming, Barry J. Taylor, Ben J. Wheeler, Rosalind S. Gibson & Rachael W. Taylor

ACR fa parte delle buone pratiche precoci

- Preparazione alla nascita
- Contatto immediato pelle a pelle al parto
- **Allattamento e Nutrizione responsiva**
- Lettura condivisa
- Esperienza sonora e musicale condivisa
- Massaggio
- Gioco
- Attività motoria e a contatto con la natura
- Uso appropriato delle tecnologie digitali
- Frequenza al nido (con partecipazione della famiglia)

Circolo virtuoso delle buone pratiche

supportano l'interazione tra genitori e figli
favoriscono relazioni sensibili e responsive
e quindi favoriscono lo sviluppo dei bambini

solo operatori adeguatamente formati possono sostenere e accompagnare i genitori in questo loro difficile compito

Grazie per l’attenzione

Biblio

ACR-BLW

2019-2024

- **Health Professionals' Knowledge, Perceptions, and Attitudes Toward Baby-Led Weaning: Scoping Review**. Sarreira-de-Oliveira P, et al. SAGE Open Nurs. 2024 Sep 27;10:23779608241285417. doi: 10.1177/23779608241285417.
- **Childhood Obesity Risk Assessment Longitudinal Study (CORALS). Early feeding practices and eating behaviour in preschool children: The CORALS cohort**. Ortega-Ramírez AD, et al. Matern Child Nutr. 2024 Jun 9:e13672. doi: 10.1111/mcn.13672.
- **Current Evidence on Nutrient Intakes and Infant Growth: A Narrative Review of Baby-Led Weaning vs. Conventional Weaning**. Matzeller KL, et al. Nutrients. 2024 Aug 23;16(17):2828. doi: 10.3390/nu16172828.
- **Impact of complementary feeding on obesity risk**. Kittisakmontri K, Fewtrell M. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2023 May 1;26(3):266-272. doi: 10.1097/MCO.0000000000000920. Epub 2023 Jan 24.
- Bergamini M, et al. **Complementary Feeding Caregivers' Practices and Growth, Risk of Overweight/Obesity, and Other Non-Communicable Diseases**: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2022 Jun 26;14(13):2646. doi: 10.3390/nu14132646.
- **Baby-led weaning, an overview of the new approach to food introduction: integrative literature review.** Vieira VL, Rapley G. Rev Paul Pediatr. 2021 Aug 23;40:e2020507. doi: 10.1590/1984-0462/2022/40/2020507
- **Complementary Feeding Methods-A Review of the Benefits and Risks.** Boswell N. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jul 4;18(13):7165. doi: 10.3390/ijerph18137165.
- **The impact of feeding experiences during infancy on later child eating behaviours.** Pang WW, McCrickerd K. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2021 May 1;24(3):246-251. doi: 10.1097/MCO.0000000000000744.
- **BABY-LED WEANING, AN OVERVIEW OF THE NEW APPROACH TO FOOD INTRODUCTION: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW.** Gomez MS, et al. Rev Paul Pediatr. 2020 Jan 13;38:e2018084. doi: 10.1590/1984-0462/2020/38/2018084.
- **Education of family members to support weaning to solids and nutrition in later infancy in term-born infants**.
- Cochrane Database Syst Rev. 2020 Jul 25;7(7):CD012241. doi:10.1002/14651858.CD012241.pub2
- **Nutrition- and feeding practice-related risk factors for rapid weight gain during the first year of life: a population-based birth cohort study**." *BMC pediatrics* vol. 20,1 507. 5 Nov. 2020, doi:10.1186/s12887-020-02391-4
- **Repeated exposure to food and food acceptability in infants and toddlers: a systematic review.** Am J Clin Nutr. 2019 Mar 1;109(Suppl_7):978S-989S. doi: 10.1093/ajcn/nqy308.

Biblio

ACR-BLW

2018-2016

- **Baby-led weaning: Where are we now?.** Nutrition Bulletin. 43(3):262-268, September 2018.
- **Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under.** Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 18;5(5):CD011768. doi 10.1002/14651858.CD011768.pub2.
- **A qualitative systematic review of maternal infant feeding practices in transitioning from milk feeds to family foods.** Matern Child Nutr. 2017 Apr;13(2).
- **Baby-Led Weaning Does Not Reduce Risk of Overweight.** JAMA 2017; 318(16): 1532
- **Baby-Led Weaning.** MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing 2016; 41(6): 373
- **Effect of the INSIGHT Responsive Parenting Intervention on Rapid Infant Weight Gain and Overweight Status at Age 1 Year: A Randomized Clinical Trial** JAMA Pediatr. 2016;170(8):742-9
- **A qualitative systematic review of maternal infant feeding practices in transitioning from milk feeds to family foods.**Matern Child Nutr. 2017 Apr;13(2):e12360. doi: 10.1111/mcn.12360. Epub 2016 Oct 3.
- **Breastfeeding beyond infancy: a concept analysis.** J Adv Nurs. 2016 Sep;72(9):2003-15.
- **Age at introduction of solid foods and feeding difficulties in childhood: findings from the Southampton Women's Survey.** Br J Nutr. 2016 Aug;116(4):743-50. 7
- **Evo-devo of Child Growth: The Role of Weaning in the Transition from Infancy to Childhood.** Crit Rev Food Sci Nutr. 2016;56(6):887-95.

Biblio

ACR-BLW

2010-2015

- **Age at Weaning and Infant Growth: Primary Analysis and Systematic Review.** J Pediatr. 2015 Aug;167(2):317-24.e1.
- **Baby-led weaning: what is the evidence?** Maternal and Child Nutrition 2015; 11: 58–59.
- **Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation.** Maternal and Child Nutrition 2015; 11(4): 829–844.
- **Age at Weaning and Infant Growth: Primary Analysis and Systematic Review.** J Pediatr. 2015 Aug;167(2):317-24.e1
- **Early infant feeding and adiposity risk: from infancy to adulthood.** Ann Nutr Metab. 2014;64(3-4):262-70.
- **Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review.** Int J Obes (Lond). 2013 Oct;37(10):1295-306
- **The types of food introduced during complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review.** Int J Obes (Lond). 2013 Apr;37(4):477-85.
- **Optimal timing for solids introduction - why are the guidelines always changing?** Clin Exp Allergy. 2013 Aug;43(8):826-34.
- **Systematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease.** Aliment Pharmacol Ther. 2012 Oct;36(7):607-18
- **Discovering baby-led weaning.** MIDIRS Midwifery Digest 2010; 20(3): 372.