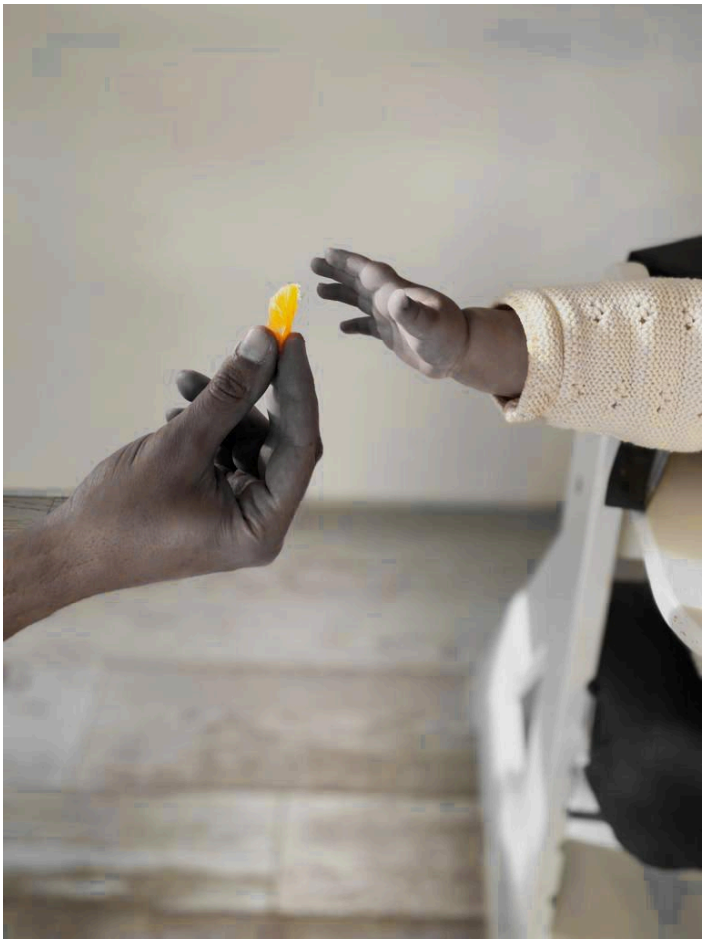
REGIONE DEL VENETO
ULSS2 MARCA TREVIGIANA
Dipartimento di Prevenzione
UOC Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

LINEE GUIDA PER LA PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO MATERNO E LE CORRETTE MODALITÀ PER COMINCIARE L'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE AL NIDO



Dipartimento di Prevenzione
AULSS 2 Marca Trevigiana
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Via Castellana, 2 Treviso 31100 (TV)

Dr.ssa De Angelis Laura dietista
Dr.ssa Bottecchia Elena dietista

email: sana.alimentazione@aulss2.veneto.it

INDICE

1. Introduzione
2. Prosecuzione allattamento materno all'asilo nido
3. Procedura per la raccolta, conservazione e trasporto del latte materno al nido
   3.1 Raccolta del latte
   3.2 Conservazione del latte
   3.3 Procedura per il trasporto del latte materno
   3.4 Disinfezione del materiale da utilizzare per la conservazione del latte materno
4. Procedura per la gestione del latte materno al nido
   4.1 Ricevimento del latte materno
   4.2 Conservazione del latte materno
   4.3 Somministrazione del latte materno
5. Latte artificiale e latte speciale
6. Procedura per la preparazione del latte artificiale al nido
   6.1 Come preparare il latte artificiale
   6.2 Come conservare le formule preparate
   6.3 Procedura per l'uso delle formule liquide
7. Timing dell'alimentazione complementare
   7.1 Premessa
   7.2 Inizio dell'alimentazione complementare
8. Spoon feeding, baby led weaning e responsive feeding
   8.1 Premessa
   8.2 Spoon feeding e baby led weaning: quali differenze
   8.3 Responsive feeding
9. Alimentazione complementare, allergie e celiachia
   9.1 Alimentazione complementare e allergie
   9.2 Introduzione alimentazione complementare e malattia celiaca
10. Alimentazione complementare e latte vaccino
11. Alimentazione complementare, zucchero e miele
   11.1 Yogurt alla frutta e budino
   11.2 Il miele
   11.3 I succhi di frutta
   11.3 Idee merende al nido

12. Alimentazione complementare e sale
    12.1 Aumentare il gusto agli alimenti senza aggiungere sale
13. Alimentazione complementare e funghi
14. Alimentazione complementare e tagli sicuri degli alimenti
    14.1 Il pericolo di soffocamento nei bambini con età inferiore ai tre anni
    14.2 Prevenzione primaria: i tagli sicuri al nido
15. Alimentazione complementare e menù al nido
16. Alimentazione complementare e proteine
17. Alimentazione complementare e fibra alimentare
18. Menù al nido e diete speciali
    18.1 Allergie e intolleranze alimentari
19. Diete speciali per motivo etico religiosi
20. Come bilanciare il pasto serale in base al menù del nido
21. Educazione a tavola: una palestra per il gusto
    21.1 I bambini e i cibi nuovi: come affrontare i rifiuti ed educare al nuovo sapore

ACRONIMI

AAP = American Association of Pediatrics
AHA = American Heart Association
AI = Adequate Intake
APLV = Allergia alle Proteine del Latte Vaccino
BLW = Baby Led Weaning
CHOP = Choking Prevention project
EFSA = European Food Safety and Authority
ERC = European Resuscitation Council
ESPGHAN = European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
FAO = Food and Agriculture Organization of the United Nations
GAS = Guardo Ascolto e Sento (acronimo dell'ERC per la valutazione del respiro)
ILCOR = International Liaison Committee on Resuscitation
ISS = Istituto Superiore di Sanità
ISTAT = Istituto Nazionale di Statistica
LARN = Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia
PBLSD = Pediatric Basic Life Support and Defibrillation
OMS = Organizzazione Mondiale della Sanità
SIAN = Servizio di Igiene Alimenti e Nutrizione
SIP = Società Italiana di Pediatria
SIPPS = Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale
SES = Status Socio-Economico
SUSY SAFE = Surveillance System on Foreign Body Injuries in Children
TPO = Test di Provocazione Orale

CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE

Nell'ambito di un progetto di formazione agli operatori del nido rispetto alla "food safety" e alla "food security" dei pasti al nido, le dietiste del SIAN dell'ULSS 2 Marca Trevigiana, in collaborazione con altre professioniste, hanno voluto elaborare delle linee guida con il principale intento di promuovere una sana e corretta alimentazione sin dalla prima infanzia (0-3 anni), fornendo un "vademecum" per il personale delle cucine, per gli educatori e per i caregiver.

La cooperazione tra famiglia, scuola e sanità è fondamentale per sostenere sane abitudini alimentari fin dalla primissime fasi della vita. È a partire dall'inizio dell'alimentazione complementare che si acquisiscono infatti scelte alimentari che potrebbero costituire fattori protettivi per eventuali malattie cronico-degenerative la cui incidenza si riverserebbe negativamente sul sistema sanitario. In tal senso questa pubblicazione rientra tra i progetti di prevenzione avviati dal SIAN sul proprio territorio e afferenti al Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025.

Nella stesura si è fatto riferimento sia alle raccomandazioni scientifiche in campo pediatrico e nutrizionale come i LARN (Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia per la popolazione Italiana) IV revisione 2014, sia alle più recenti linee guida redatte dalla World Health Organization, dalla SIP (Società Italiana di Pediatria), dalle società Europee e Internazionali (EFSA e ESPGHAN) e infine all'esperienza maturata negli anni di formazione.

L'OMS raccomanda l'allattamento al seno in modo esclusivo fino al compimento del sesto mese ma è importante che il latte materno resti la scelta prioritaria anche dopo l'introduzione di alimenti complementari fino ai due anni di vita e oltre finché mamma e bimbo lo desiderino.
In linea con l'OMS che promuove l'allattamento al seno esclusivo, ove possibile, almeno fino al sesto mese di vita, all'interno di tale guida sono stati inseriti i protocolli per la fornitura al nido del latte materno da parte delle mamme e per la conservazione e la somministrazione del latte materno al nido.
È auspicabile, pertanto, che anche il nido possa dare il proprio contributo per favorire la mamma che allatta facilitando occasioni e modalità per consentirne la prosecuzione dell'allattamento.
Spesso l'ingresso del bambino al nido corrisponde con l'inizio dell'alimentazione complementare quando il latte cessa di essere alimento esclusivo della dieta e viene complementato gradualmente da cibi semisolidi e solidi.
Il bambino inizia pertanto a sperimentare nuovi alimenti e sapori e a effettuare le sue prime scelte di gusti.
L'obiettivo di tali linee guida è spiegare l'importanza di creare un divezzamento basato sull'alimentazione responsiva: indicata dall'OMS come l'unico standard relazionale a cui fare riferimento nonostante ad oggi ci siano due metodi e due approcci differenti di introduzione di alimenti differenti dal latte.

Da una parte c'è chi sceglie la modalità di svezzamento tradizionale definita "spoon feeding", dall'altra il BLW "baby led weaning" (svezzamento guidato dal bambino).Le presenti linee guida vogliono aiutare a comprendere che qualsiasi sia l'approccio di divezzamento che si desideri intraprendere, la scelta degli alimenti dovrebbe essere fatta ponendo attenzione ai seguenti criteri:

- provenienza, stagionalità e varietà delle materie prime;
- scelta di prodotti locali freschi e non industrializzati;
- somministrazione del cibo in sicurezza attraverso i tagli sicuri;
- composizione di pasti bilanciati in tutti i macronutrienti per garantire i fabbisogni energetici.

Sarebbe opportuno iniziare l'alimentazione complementare con le consistenze cremose e morbide in attesa di verificare le competenze anatomo-funzionali raggiunte dal bambino e poi proseguire con alimenti semisolidi e solidi presentati con i "tagli sicuri", privi di sale e zuccheri ricordando che è importante creare dei pasti bilanciati in accordo ai principi della Dieta Mediterranea.
È necessario ricordare che molto frequentemente si ricorrerebbe al gusto più dolce o più sapido per un desiderio dell'adulto, ma il bambino ha ancora un gusto da costruire. Un bambino piccolo non conosce i cibi dolci e sapidi, più palatabili per arricchimento in grassi, zuccheri e sale e il fornire loro tali alimenti determinerebbe scelte alimentari erronee, che a lungo termine potrebbero rappresentare un fattore di rischio di importanti malattie croniche.
L'auspicio è che possa esserci un'alimentazione complementare guidata da dietisti e pediatri con il fine ultimo di offrire un orientamento basato sull'evidenza scientifica per tutte le famiglie, diverse fra loro per stili educativi, opinioni e cultura.
Educare al vero gusto sin da piccolissimi equilibrando la visione scientifica e razionale dell'alimentazione con quella emotiva e sensoriale, può portare progressivamente il bambino a sviluppare abitudini alimentari sane associate al tempo stesso a momenti di convivialità ed equilibrio emotivo.
L'obiettivo principale della ristorazione al nido dovrebbe essere quello di garantire un pasto adeguato dal punto di vista nutrizionale, sicuro sul piano igienico-nutrizionale e fruibile dal bambino in fascia 0-3 anni. In tal senso è necessario che il personale che si occupa di bambini di tale fascia d'età sia ben istruito per quanto concerne la preparazione dei pasti con il metodo dei tagli sicuri e che sia in grado di effettuare le manovre di disostruzione pediatrica in caso di necessità.
Nel nido si dovrebbe promuovere un contesto relazionale ed educativo che consenta al bambino di vivere il momento del pasto non solo come necessità fisiologica, ma anche come una piacevole esperienza sociale ed affettiva. Mangiare insieme e condividere le stesse modalità di alimentazione complementare proposte sia a casa che al nido gratificherebbe il bambino e contribuirebbe a confermargli il suo legame di appartenenza al gruppo familiare e sociale.
Il momento del pasto al nido dovrebbe essere organizzato in modo da favorire e sostenere la progressiva acquisizione di autonomia, la capacità di autoregolazione attraverso il riconoscimento dei propri segnali interni di fame/sazietà. Per realizzare tali obiettivi sarebbe opportuno che ci fosse la presenza di un'educatrice in ogni tavolo formata per mettere in atto strategie responsive favorenti l'autonomia e l'autoregolazione come ad esempio, sostenere con le parole le azioni e le abilità dei bambini, verbalizzare il nome dei cibi, proporre nella giusta varietà gli alimenti opportunamente sminuzzati, tagliati a pezzi, triturati, schiacciati o, nel caso di bambini all'inizio più restii ad accettare il cibo in piccoli pezzi, frullati/omogeneizzati per poi indirizzare verso la fisiologica accettazione del cibo sminuzzato.

Ricordiamo che è importante accettare che il bambino possa rifiutare alcuni cibi proposti e che si può riprovare più volte ad offrire il cucchiaino senza forzature.
L'età in cui il bambino frequenta il nido infatti si incanala nel periodo dell'opposizione, di affermazione di sé, che lo porta a rifiutare anche alcune novità alimentari (neofobia) per una sorta di dichiarazione di identità.
Ricordiamo che permettergli di toccare il cibo, il cucchiaio è un atto di sperimentazione e acquisizione della propria autonomia.
Per il bambino il pasto è fin dai primi momenti di vita collegato a una dinamica di relazione, condivisione e deve essere associato ad un momento di calma. L'adulto dovrebbe così rispondere non solo alla sua esigenza di nutrimento ma anche alla necessità del bambino di instaurare una relazione basata sullo scambio di sguardi con l'adulto per avere attenzioni e riconoscimenti.
La madre, il padre, l'educatrice del nido entrano in una **relazione responsiva** con il lattante, rispondendo al suo bisogno di nutrirsi e sentirsi appagato e al contempo attivo nel poter toccare, prendere, respingere e poter scegliere.

CAPITOLO 2 - PROSECUZIONE DELL'ALLATTAMENTO MATERNO AL NIDO

"I benefici dell'allattamento al seno per il bambino, per la madre, per la famiglia, per il sistema sanitario e la società sono tanti e così documentati che non dovrebbero esserci dubbi circa la necessità di proteggerlo, promuoverlo e sostenerlo" (Dichiarazione degli innocenti -1990 / Dichiarazione congiunta OMS/Unicef -2005).
Il latte materno è ciò che la natura ci ha dato per nutrire il nostro piccolo e non è solo un alimento. Il latte materno è:

- un tessuto vivo perché all'interno del latte materno ci sono tantissimi componenti che lo rendono specie-specifico poiché ogni specie di mammifero produce un latte specifico per il proprio piccolo;
- un sistema biologico complesso poiché tutti i componenti funzionano in sinergia e si potenziano a vicenda;
- maturo dopo il primo mese di vita e si modifica seguendo le esigenze nutrizionali del bambino;
- ricco di acqua, proteine, grassi e carboidrati e siccome è un tessuto vivo è ricco di microorganismi che costituiranno poi la flora batterica del bambino;
- ricco di ormoni necessari alla crescita del bambino e macronutrienti specifici;
- ha proteine che a differenza di quelle del latte di mucca sono più adeguate per la crescita fisiologica e neurologica del bambino e sono facilmente digeribili;
- ricco di acidi grassi essenziali a catena lunga importanti per la crescita del cervello e degli organi di senso;
- ricco di ferro in forma ben assorbibile dall'intestino del bambino a differenza del latte di mucca. L'assenza di un eccesso di ferro nell'intestino permette la non crescita di un substrato di batteri patogeni e produttori di gas tale da rendere il latte materno molto più digeribile;
- ricco di acqua, pertanto fornisce un nutrimento adeguato sia in termini di apporto idrico che nutrizionale;
- importante per la protezione immunitaria del bambino. Infatti, poiché il sistema immunitario alla nascita è fortemente immaturo e completerà la sua maturazione intorno al terzo anno;
- importante fonte di protezione dalle infezioni per la presenza delle immunoglobuline

La serie speciale "Breastfeeding" della rivista The Lancet pubblicata a gennaio 2016 ribadisce che l'allattamento al seno è il primo presidio efficace di un bambino contro la morte e la malattia.
Il programma d'azione europeo "EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of Breastfeeding In Europe: a Blueprint for action" sollecita la messa in atto di politiche, normative, codici e la realizzazione di attività di informazione, educazione, comunicazione e formazione.

Si rendono quindi necessarie le seguenti iniziative e azioni per promuovere l'allattamento al seno:

- Diffondere l'importanza del latte materno per la salute materno- infantile a breve e lungo termine;
- promuovere comportamenti sociali positivi nei confronti dell'allattamento;
- regolamentare l'industria dei sostituti del latte materno;
- monitorare in modo standardizzato gli interventi realizzati e la diffusione dell'allattamento;
- rimuovere le barriere strutturali e sociali che impediscono o rendono difficoltoso l'allattamento.

Anche l'esperienza al nido, nell'ottica di rendere facili le scelte salutari, è chiamata a dare il suo contributo per favorire la mamma che allatta e promuovere ed incentivare l'allattamento, facilitando occasioni e modi per consentirne la prosecuzione.

Le migliorie attuabili potrebbero essere ad esempio:

- La creazione di spazi all'interno del nido in cui la mamma possa nutrire in modo riservato e tranquillo il suo bambino per tutelare sia la componente nutrizionale che quella relazionale prima di affidare il proprio bambino alle educatrici;
- l'organizzazione della gestione del latte materno al nido attraverso procedure sicure per garantire l'aspetto igienico-nutrizionale.

Bibliografia

- Breastfeeding - The Lancet (2016)
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of Breastfeeding In Europe: a Blueprint for action - EU Commission, WHO (2004)

CAPITOLO 3 - PROCEDURA PER LA RACCOLTA, LA CONSERVAZIONE E IL TRASPORTO DEL LATTE MATERNO AL NIDO

3.1. RACCOLTA DEL LATTE

È necessario adottare semplici misure di pulizia ed igiene.

Prima di ogni raccolta di latte, lavare accuratamente le mani ed il seno con acqua e sapone neutro, sciacquando e asciugando con carta monouso, garze sterili o aria calda (phon). Si raccomanda di non usare mai le salviette comuni da bagno.

Raccogliere il latte in un apposito contenitore sterile (vasetto conserva latte o biberon), dotato di dispositivo di chiusura ermetica (coperchio)

Utilizzare solo recipienti e tiralatte lavati con acqua calda saponata, risciacquati con acqua calda, sterilizzati a vapore o in immersione di acqua bollente per 20 minuti e lasciati asciugare per semplice sgocciolamento (non asciugare con salviette di tessuto).

Se la mamma spreme da sé il latte in caso di abbondante montata, dovrebbe farlo direttamente dentro il contenitore specifico per la conservazione/consegna del latte altresì saprà regolarsi per l'uso del tiralatte secondo le sue abitudini.

3.2 CONSERVAZIONE DEL LATTE

Utilizzare contenitori in vetro o plastica dura per alimenti dotati di coperchio a tenuta ermetica. Ogni contenitore dovrebbe raccogliere dai 60 ai 120 ml o il quantitativo di latte materno necessario ad ogni poppata per il proprio bambino.

Per raggiungere il quantitativo desiderato, la mamma potrà raccogliere il latte prelevato dal seno in momenti diversi della stessa giornata avendo cura di raffreddare il latte dell'ultima raccolta prima di aggiungerlo a quello raccolto precedentemente conservato in frigorifero.

Per mantenere la produzione lattea ed evitare la formazione di ingorghi mammari se vi è la possibilità, vengono consigliate 7-10 estrazioni nell'arco delle 24 ore, per 15-20 minuti a volta o consigliate le estrazioni con la stessa frequenza con cui il proprio bambino solitamente si attacca al seno.

Dopo aver terminato la raccolta del latte, chiudere nell'immediato il contenitore.

Il latte raccolto nella giornata deve essere etichettato con cognome e nome del bambino e della mamma, data e ora dell'estrazione e tenuto separato dal latte di altri giorni.

Il latte appena prelevato dal seno non va aggiunto al latte già congelato in quanto ne provocherebbe un parziale scongelamento.

Si ricorda che il latte materno fresco può essere conservato, mantenendo inalterato il suo valore nutrizionale:

- a temperatura ambiente non superiore ai 25° C per 4 ore;
- in frigorifero a +4° C per 48 ore;
- se sottoposto a congelamento: a -15°C per due settimane;
- a -18°C per 3- 6 mesi;
- a -20°C per 6-12 mesi una volta scongelato;
- a + 4° C e va consumato entro 24 ore.

Evitare che il contenitore sia a contatto diretto con altro materiale stoccato in frigorifero (utile un ulteriore contenitore di protezione).
Il latte può essere scongelato posizionandolo in frigorifero la sera antecedente l'utilizzo o attraverso metodi più rapidi quali acqua corrente o bagnomaria.

Non ricongelare il latte.

3.3 PROCEDURA PER IL TRASPORTO DEL LATTE MATERNO

Predisporre un biberon di vetro (pyrex) o plastica (polipropilene) con coperchio ermetico per ogni poppata prevista al nido.

Apporre su ogni biberon un'etichetta che riporti il nome del bambino e la data dell'estrazione.

Trasportare i biberon/contenitori utilizzando una borsa refrigerante od avendo cura di conservare il latte nel frigorifero di casa fino al momento precedente il trasporto e avendo cura di trasportarlo ad una temperatura che non superi i 4°C (particolare attenzione durante il periodo estivo).

3.4 DISINFEZIONE DEL MATERIALE DA UTILIZZARE PER LA CONSERVAZIONE DEL LATTE

Tutto il materiale deve essere lavato in acqua molto calda e saponata e successivamente risciacquato e sterilizzato

3.4 a. METODO A CALDO

- nel cestello a vapore della pentola a pressione per 10 minuti;
- nella pentola normale a coperchio chiuso per 20 minuti di bollitura, avendo cura di immergere le parti in vetro quando l'acqua è ancora fredda e le parti in gomma quando l'acqua inizia a bollire;
- in appositi sterilizzatori elettrici che agiscono erogando vapore acqueo.

3.4. b. METODO A FREDDO

- metodo chimico che prevede l'uso di appositi disinfettanti (liquidi o in compresse effervescenti), acquistabili in farmacia, da sciogliere in acqua fredda secondo le proporzioni indicate sulla confezione del prodotto;
- gli oggetti vanno quindi immersi in apposite vaschette contenenti le soluzioni per il tempo indicato dalle ditte produttrici.

Esempio di metodo con soluzione disinfettante:
Detergere il vasetto conserva latte o biberon con acqua e sapone e successivamente immergerlo nella soluzione disinfettante per almeno 2 ore.
Estrarre poi le componenti del contenitore/biberon dalla soluzione con le apposite pinze.
La soluzione va rinnovata ogni 24 ore.

Le indicazioni fornite offrono un contributo per la corretta gestione del latte materno al nido e potranno essere riportate nella stesura del piano di autocontrollo del nido di appartenenza come richiesto dal Reg. CE 852/2004 in materia di igiene degli alimenti.

Bibliografia

- Linee d'indirizzo per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica - rev. 2022 - regione Veneto

CAPITOLO 4 - PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL LATTE MATERNO AL NIDO

4.1 RICEVIMENTO DEL LATTE MATERNO

Il personale incaricato del nido prende in consegna dalla madre del bambino/a (o da altra persona autorizzata dalla madre) il latte materno contenuto in un biberon/contenitore e trasportato al nido con modalità in grado di garantire la corretta temperatura di conservazione.

Al ricevimento l'operatore del nido applica immediatamente un'etichetta adesiva con il nome del bambino, firmata dalla madre e posta a cavaliere in parte sul coperchio ed in parte sul biberon, in modo da sigillare il tutto. Compila inoltre apposita scheda di ricevimento secondo quanto previsto dal proprio piano di autocontrollo. Il nido diventa infatti responsabile della conservazione e somministrazione del latte materno ricevuto in consegna.

Si ricorda che il latte materno fresco può essere conservato, mantenendo inalterato il suo valore nutrizionale, a temperatura ambiente non superiore ai 25° C per 4 ore; in frigorifero a +4° C per 48 ore; se sottoposto a congelamento, una volta scongelato, a + 4° C e consumato entro 24 ore.

4.2. CONSERVAZIONE DEL LATTE MATERNO

Il biberon con il latte materno viene posto immediatamente in frigorifero alla temperatura di +4° C fino al momento dell'utilizzo che deve avvenire in giornata.
È preferibile utilizzare un frigorifero dedicato appositamente alla conservazione del latte materno evitando la promiscuità di conservazione con altre tipologie di alimenti. Si raccomanda al personale di evitare promiscuità nel frigorifero con derrate alimentari sfuse. Nei casi in cui non sia possibile disporre di frigorifero dedicato, si raccomanda la conservazione dei biberon contenenti il latte materno all'interno di un apposito contenitore di plastica chiuso, nettamente separato dagli altri alimenti. Il latte materno consegnato giornalmente al nido deve essere consumato in giornata al fine di evitare problematiche di stoccaggio e gestione delle scorte.

4.3. SOMMINISTRAZIONE DEL LATTE MATERNO

L'operatore del nido incaricato, dopo essersi accuratamente lavato le mani, deve verificare che l'etichetta attaccata al coperchio o al biberon sia integra. Deve controllare sia i dati riportati sull'etichetta che l'integrità della stessa.
Se fossero presenti rotture ingiustificate o comunque segni di manomissione, non si deve somministrare il latte al bimbo ma si deve contattare subito la madre per i provvedimenti alternativi da concordare.
Per omogeneizzare la componente liquida con quella grassa del latte che tende a salire in superficie, è opportuno inclinare ripetutamente e delicatamente il biberon, senza agitarlo o scuoterlo.
Il biberon deve essere agitato dolcemente e poi posto sotto acqua corrente calda per alcuni minuti o nello scalda biberon adeguatamente termostatato a 37°C.
Si raccomanda di non usare mai fuoco diretto (difficoltà a gestire la temperatura di riscaldamento del latte) o microonde (disomogeneo riscaldamento con possibile pericolosa presenza di punti eccessivamente caldi - "hot spots" che potrebbero provocare ustioni della bocca del bambino).

Il latte residuo della poppata non va conservato e deve essere eliminato.
Al termine del pasto, il biberon e la tettarella devono essere lavati con detergente e poi riconsegnati alla madre che provvederà alla disinfezione.
Su specifica richiesta della madre o per i bambini che ne facciano già uso, per la somministrazione del latte materno potranno essere utilizzati anche piccoli bicchieri o tazze al posto del biberon.
La mamma dovrà compilare un modulo di autorizzazione da consegnare alla Coordinatrice del nido che la trasmetterà al Pediatra di Comunità, informando contestualmente il responsabile di cucina (Mod. delle Linee di Indirizzo della Ristorazione Scolastica).

Bibliografia

- Linee d'indirizzo per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica - rev. 2022 - regione Veneto

CAPITOLO 5 - LATTE ARTIFICIALE E LATTE SPECIALE

L'allattamento al seno costituisce il metodo migliore per alimentare il neonato sia dal punto di vista nutrizionale che psicologico in quanto aiuta l'instaurarsi del legame mamma-bambino, così importante per il benessere psicofisico di entrambi.

Esistono tuttavia situazioni in cui l'allattamento naturale non è possibile, quali grave malattia della madre o la mancanza di produzione di latte, agalattia, seppur abbastanza rara, a causa di traumi.
Può essere necessario interrompere l'allattamento materno per l'assunzione di alcuni farmaci, la necessità di effettuare particolari esami o la presenza di ingorghi e mastiti che si verificano in assenza di sostegno all'avvio di un corretto allattamento.
Si ricorda che per la maggior parte dei farmaci attualmente in uso non è necessario interrompere l'allattamento ed è possibile consultare il database LactMed per ottenere informazioni scientifiche sui farmaci e su come sostituire quelli dannosi oppure telefonare al numero verde del Centro Antiveleni di Bergamo (+39 800.883300).

In caso di mancanza di latte materno, o di necessità di sospendere l'allattamento, è fondamentale scegliere una formula sostitutiva adeguata. In questi casi, è importante ricordare che il latte vaccino, se assunto nel primo anno di vita:

- sbilancia l'apporto proteico;
- induce malassorbimento di alimenti ricchi di ferro;
- causa microscopici sanguinamenti intestinali.

Il latte vaccino, che deve essere intero e può essere o meno diluito, va introdotto solo dopo l'anno di vita e in quantità non superiori a 200-400 millilitri al giorno, proprio per evitare l'assunzione di troppe proteine.

Il latte artificiale in questi casi costituisce l'alternativa al latte materno garantendo al bambino il corretto apporto nutrizionale.I criteri che costituiscono la base per la formulazione del latte adattato sono:

- apporto calorico/nutrizionale calcolato in base all'età del bambino;
- composizione del latte artificiale quanto più vicina possibile a quella del latte materno;
- tutti i latti artificiali devono rispettare la Regolamento (UE) n. 609/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 giugno 2013 , relativo agli alimenti destinati ai lattanti e ai bambini nella prima infanzia, agli alimenti a fini medici speciali e ai sostituti dell'intera razione alimentare giornaliera per il controllo del peso. La normativa indica le composizioni e gli ingredienti da utilizzare sia per i latti di tipo I, cioè quelli per lattanti e sia per quelli di proseguimento.

Tutti gli alimenti destinati a lattanti e bambini della prima infanzia, formule per lattanti e formule di proseguimento, nonché gli alimenti destinati a bambini fino ai tre anni, devono essere etichettati ai sensi del Regolamento UE n°127/2016. Il Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA) dell'EFSA ha espresso nel 2014 raccomandazioni su livelli di assunzione di energia, macronutrienti e micronutrienti relativi agli alimenti per lattanti e agli alimenti di proseguimento. Le quantità suggerite dall'EFSA di lipidi e carboidrati presenti nei latti formula non differiscono significativamente da quelle normate dalle attuali misure legislative.

Il gruppo esperti dell'EFSA ha suggerito di ridurre il limite massimo di proteine contenute nelle varie tipologie di alimenti per lattanti e alimenti di proseguimento. I rispettivi valori di 3 g/100 kcal e 3,5 g/100 kcal attualmente vigenti per le formule a base di proteine del latte vaccino, dovrebbero essere fissati a 2,5 g/100 kcal. La riduzione del tasso proteico viene altresì portata a 2,8 g/100 kcal in entrambe le categorie contenenti proteine isolate della soia o proteine idrolisate.

Latte per i primi mesi di vita
Il latte di tipo I è un latte adattato in cui la materia prima originaria viene opportunamente modificata al fine di rendere il prodotto finito più simile al latte materno. La formulazione è commercializzata in polvere da ricostituire con acqua a basso tenore salino o in forma liquida.

Latte di proseguimento
È il latte di tipo II consigliato per il range di età che va dai 6 ai 12 mesi.
Il giusto contenuto calorico di questo tipo di latte è regolato dalla *European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*, comitato che aggiorna continuamente i parametri in base alle nuove scoperte relative allo studio del latte materno.
Il latte di proseguimento accompagna il bambino durante l'alimentazione complementare.

I latti speciali
Secondo Linee guida sugli alimenti a fini medici speciali (afms) - Revisione settembre 2023 una formula destinata all'alimentazione esclusiva del lattante può essere considerata "speciale" solo se la sua composizione si discosta, per effettive e giustificate esigenze di adattamento nutrizionale, dai criteri di composizione standard previsti per le formule per lattanti. In commercio esistono latti "speciali":

- Latte ipoallergenico;
- Latte di a base di proteine idrolizzate di riso;
- Latte di soia;
- Latte delattosato;
- Latte AR;
- Miscele di aminoacidi

formulati appositamente per affrontare situazioni alimentari particolari, utilizzabili previa prescrizione del pediatra.

È importante non forzare mai il bambino a finire il biberon, in quanto la capacità di autoregolazione del suo organismo è già attiva e va sicuramente supportata.

Bibliografia

- Regolamento (UE) n. 609/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 giugno 2013 , relativo agli alimenti destinati ai lattanti e ai bambini nella prima infanzia, agli alimenti a fini medici speciali e ai sostituti dell'intera razione alimentare giornaliera per il controllo del peso
- Scientific Opinion on the essential composition of infant and follow-on formulae - Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies EFSA (2014)
- Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea - Ministero della Salute (2006)

CAPITOLO 6 - PROCEDURA PER LA PREPARAZIONE DEL LATTE ARTIFICIALE AL NIDO

6.1 COME PREPARARE IL LATTE ARTIFICIALE

Il latte artificiale in polvere non è sterile e durante la produzione può essere contaminato da batteri come l'Enterobacter sakazakii e la Salmonella enterica che sono stati associati a gravi malattie e morti infantili.
Per minimizzare i rischi, l'OMS e la FAO (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura) hanno elaborato delle linee guida per la preparazione sicura del latte artificiale in polvere.
Le formule liquide, invece sono sterili prima dell'apertura delle confezioni e possono essere conservate a temperatura ambiente, ma in seguito possono essere contaminate come quelle in polvere ricostituite.
Una volta che la confezione viene aperta, per il rischio di contaminazione da microrganismi ambientali, l'alimento liquido non consumato dovrà essere conservato in frigorifero per non più di 24 ore, oltre le quali dovrà essere gettato via.
Esistono alcune regole fondamentali che, seguite scrupolosamente durante la manipolazione, la conservazione e la somministrazione del latte di formula, sono in grado di ridurre tali rischi.

Raccomandazioni di OMS e FAO:

1. Pulire le superfici su cui si preparerà il latte;
2. Lavare le mani con acqua e sapone e poi asciugarle con carta assorbente usa e getta;
3. Far bollire l'acqua (anche quella in bottiglia). Se si usa un bollitore elettrico aspettare sempre che si spenga da solo;
4. Mettere in un biberon sterilizzato la quantità di acqua necessaria per sciogliere la polvere;
5. Aggiungere il latte in polvere **solo quando l'acqua è a 70 gradi di temperatura**;
6. Aggiungere l'esatta quantità di latte in polvere indicata in etichetta: NON una quantità diversa (in più o in meno);
7. Chiudere il biberon;
8. Per mescolare la parte acquosa con la polvere del latte che tende a scendere è opportuno inclinare ripetutamente e delicatamente il biberon, senza agitarlo o scuoterlo o mescolarlo con i lembi di una forchetta sterilizzata;
9. Raffreddare rapidamente il latte mettendo il biberon sotto un getto di acqua fredda, avendo cura di non bagnare la tettarella sterilizzata;
10. Controllare la temperatura facendo cadere qualche goccia di latte sul dorso della mano per verificare che sia tiepida;
11. Somministrare la formula così ricostituita entro 2 ore dalla preparazione e gettare qualsiasi residuo di latte non consumato entro questo tempo.

6.2 COME CONSERVARE LE FORMULE PREPARATE

Se c'è necessità di dare al bambino il latte fuori casa, portare con sé:

- la quantità misurata di latte in polvere in un piccolo contenitore pulito ed asciutto;
- un contenitore termico con acqua precedentemente bollita e mantenuta a 70°C;
- un biberon vuoto, sterilizzato con tettarella e cappuccio.

Prepara il biberon al momento del pasto. Se non ti è possibile seguire le indicazioni precedenti e ti è necessario trasportare un biberon di latte già pronto, per esempio per l'asilo nido, preparare il latte a casa con molta cura e segui la tabella seguente per le modalità di conservazione e i tempi di utilizzo.

Tabella 1.

Latte artificiale in polvere già ricostituito	
Se conservato:	Utilizzare entro
In frigorifero	24 ore
Nella borsa frigo con mattonella del ghiaccio	4 ore
A temperatura ambiente	2 ore

IMPORTANTE: fare attenzione all'uso del forno a microonde per preparare o riscaldare le formule, sia in polvere che liquide. Il microonde non garantisce un riscaldamento omogeneo del liquido e rende possibile la pericolosa presenza di punti eccessivamente caldi, detti "hot spots", che potrebbero ustionare la bocca del bambino. Agitare delicatamente senza scuotere troppo il liquido dopo il riscaldamento è un saggio accorgimento per evitare la disomogeneità di temperatura.
Non riscaldare ripetutamente le formule ricostituite, anche nel caso in cui la somministrazione delle stesse avvenga in più riprese.

6.3 PROCEDURA PER L'USO DELLE FORMULE LIQUIDE

Una volta che il latte di formula liquido viene versato nel biberon, questo dovrà essere riscaldato secondo le modalità riportate in etichetta dal produttore e somministrato entro due ore dal riscaldamento, gettando qualsiasi residuo di latte non consumato entro questo tempo.

Bibliografia

- Epicentro ISS
- Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea - Ministero della Salute (2006)

CAPITOLO 7 - TIMING DELL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

7.1 PREMESSA

L'equilibrio nutrizionale nei primi mille giorni di vita (dalla gravidanza ai due anni) è fondamentale per la prevenzione delle patologie cronico-degenerative nell'adulto.
Early Nutrition è il più grande progetto di ricerca al mondo che studia gli effetti della programmazione nutrizionale sulla salute e ci ha dato già quattro importanti raccomandazioni.

1. Il giusto peso materno già da prima del concepimento fornisce al bambino le migliori chance per una vita sana;
2. in gravidanza non bisogna mangiare per due, ma pensare per due: è necessario seguire uno stile alimentare sano e aumentare l'intake energetico solo a gravidanza avanzata;
3. la donna che allatta deve assumere una dieta bilanciata;
4. è necessario evitare il latte vaccino nel primo anno di vita.

L'OMS raccomanda l'allattamento al seno esclusivo almeno per i primi sei mesi di vita, a cui in seguito si affianca l'alimentazione complementare (in passato denominato "svezzamento" o "divezzamento"). Il passaggio all'alimentazione solida, in ogni caso, non significa per forza interruzione dell'allattamento, che può continuare anche fino ai due anni, o comunque finché madre e figlio lo desiderino. Con "alimentazione complementare" si intende il periodo in cui inizia per il lattante un cambiamento della sua dieta che, accanto ad una riduzione dell'allattamento, sia materno che con latte formulato, vedrà la concomitante e graduale introduzione di alimenti non lattei: cereali, vegetali, latticini, frutta, carne, pesce, uova, ecc.
Si tratta di una tappa importante che ha il compito di portare il bambino verso un'alimentazione semisolida, e poi solida, fino ad acquisire progressivamente il modello dietetico caratteristico della famiglia di appartenenza.
La necessità di introdurre cibi diversi dal latte materno avviene dopo i 6 mesi di vita poiché i fabbisogni nutrizionali non vengono soddisfatti completamente dal solo latte materno o da quello di formula.

Il passaggio da un'alimentazione lattea a un'alimentazione più solida, deve avvenire infatti solo nel momento in cui l'alimentazione lattea, da sola, non è più sufficiente a soddisfare le richieste nutrizionali del lattante, soprattutto per quanto riguarda l'apporto di energia, proteine, ferro, zinco e vitamine.
L'alimentazione complementare, la cui finalità primaria è quella di aumentare la densità calorica e l'apporto di macro e micronutrienti necessari per la crescita, rappresenta per il bambino un processo evolutivo non solo dal punto di vista nutrizionale, ma anche neurologico e sensoriale.
Infatti il bambino con l'avvio dell'alimentazione complementare acquisisce una diversa capacità di deglutizione e incomincia a stimolare il senso del gusto. L'alimentazione costituisce una "linea evolutiva" verso l'affermazione dell'autonomia, che comprende lo sviluppo di abilità auto-regolative e di competenze interpersonali che permettono al bambino di modulare, in modo sempre più efficace, i comportamenti in risposta ai propri stati interni e alle richieste dell'ambiente esterno.
L'avvio dell'alimentazione complementare amplifica gli scambi e le interazioni poiché, sebbene si sia già stabilito un adattamento reciproco e un ritmo condiviso, madre e bambino affrontano compiti nuovi.

7.2 INIZIO DELL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

Il timing adatto per l'introduzione dei primi cibi diversi dal latte dipende da numerose variabili individuali.

L'inizio è personalizzato in base alle esigenze e alle caratteristiche del bambino e all'acquisizione di alcune abilità come:

- mantenere la posizione seduta con minimo appoggio e la testa allineata al tronco;
- deglutire il cibo, grazie ad un nuovo movimento della lingua e alla perdita del riflesso di estrusione;
- coordinare occhio-mano-bocca in modo da poter localizzare, afferrare il cibo e portarlo in bocca da sé.

Le raccomandazioni nutrizionali internazionali e nazionali (OMS, ESPGHAN, EFSA, AAP, SIP) concordano infatti nel consigliare l'allattamento al seno, ove possibile, in modo esclusivo nei primi sei mesi e raccomandano di non introdurre alimenti complementari prima della 17esima settimana e non oltre la 26esima.

Non esiste pertanto un momento preciso e uguale per tutti i lattanti in cui iniziare l'alimentazione complementare: il timing adatto per l'introduzione dei primi cibi diversi dal latte dipende da numerose variabili individuali, tra cui le specifiche esigenze nutrizionali, lo sviluppo neurofisiologico e anatomo-funzionale, la crescita staturo-ponderale, il rapporto mamma-bambino, le esigenze specifiche della mamma e il contesto socio-culturale.
Sebbene il timing per l'inizio dell'alimentazione complementare sia individuale, si cerca comunque di identificare approcci condivisi a livello della popolazione generale, rappresentata dai lattanti nati a termine, normopeso e in buona salute.

I diversi Organismi e Società scientifiche internazionali si esprimono in modo abbastanza concorde sul momento di inizio dell'alimentazione complementare:

1. Le linee guida OMS raccomandano l'allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi di vita come pratica di salute pubblica per tutta la popolazione mondiale per raggiungere crescita e sviluppo ottimali e, conseguentemente, l'introduzione di alimenti diversi dal latte solo dopo i 6 mesi;
2. L'EFSA ritiene che il latte materno sia sufficiente a soddisfare le esigenze nutrizionali nella maggior parte dei lattanti fino ai 6 mesi. Solo una percentuale inferiore di lattanti richiede un divezzamento più precoce per garantire una crescita e uno sviluppo ottimali. Laddove non sia possibile attendere i 6 mesi, il divezzamento non dovrebbe avvenire prima della 17^ settimana e comunque non oltre la 26^;
3. La ESPGHAN considera l'allattamento esclusivo al seno un obiettivo desiderabile fino ai primi 6 mesi circa. In ogni caso, anche secondo l'ESPGHAN il divezzamento non dovrebbe essere avviato né prima della 17^ settimana di vita, né oltre la 26^;
4. L'AAP raccomanda l'introduzione di "alimenti complementari" non prima dei 4 mesi compiuti e indica comunque di proseguire l'allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi. In tale raccomandazione viene ricordata l'importanza dell 'allattamento al seno esclusivo nei primi 6 mesi per i benefici alla salute di mamma e bambino e si ricorda che un'adeguata valutazione della crescita e dello sviluppo neurofisiologico e anatomo-funzionale da parte del pediatra curante potrà suggerire il timing di avvio dell'alimentazione complementare.

La crescita del lattante va inoltre valutata in riferimento alle “Growth Chart” dell’OMS. Solo eventuali significative deflessioni, tra i 4 e i 6 mesi, previa esclusione di una possibile patologia da parte del pediatra, potrebbero comportare la necessità di anticipare l’avvio dell’alimentazione complementare.
Ci sono bambini che possono essere pronti prima dei 6 mesi o altri, come i bimbi nati prematuri, per i quali, oltre a considerare il numero dei mesi corretto, è importante valutare le abilità conquistate più che l’età raggiunta.
Per quanto riguarda il ferro, i nati a termine allattati esclusivamente al seno ne mantengono solitamente scorte sufficienti per i primi 6 mesi.
Nelle categorie a rischio di carenza (per esempio lattanti nati prematuri) è preferibile attuare una supplementazione individualizzata di ferro piuttosto che anticipare l’alimentazione complementare.

Conseguentemente a tali evidenze scientifiche sul timing più corretto, il menù al nido dovrebbe essere fruibile a partire dai 6 mesi, quando la maturazione intestinale si completa e lo sviluppo neurologico consente di afferrare, masticare e deglutire in maniera efficace.

Generalmente nei bambini con range di età compreso fra i 5 e i 7 mesi i segni da osservare sono i seguenti:

- sta seduto da solo o con minimo supporto;
- si mostra interessato al cibo che mangiano gli adulti;
- tiene la testa allineata con il tronco così da deglutire efficientemente il bolo alimentare;
- si porta in bocca le dita, i giochi, ecc.;
- apre la bocca, tenendo la lingua appiattita e bassa per accogliere il cucchiaio;
- stringe le labbra attorno al cucchiaio e ne asporta il contenuto;
- sposta cibo di consistenza soffice dalla parte anteriore a quella posteriore della bocca per deglutirlo;
- afferra con il palmo della mano e stringe nel pugno un alimento a forma di manico e mangia la parte che sporge dal pugno;
- tiene il cibo in bocca per masticare, anche in assenza di denti, invece di sputarlo fuori dalla bocca e farlo colare sul mento;
- scuote la testa per manifestare rifiuto.

La finestra d’età in cui il bambino raggiunge la capacità neuro-oro-motoria di assumere cibo solido verosimilmente coincide con il periodo in cui i sistemi immunitario, digestivo e renale sono sufficientemente maturi e in cui il latte materno (o quello formulato) da solo diventa gradualmente inadeguato per una crescita soddisfacente.
È verosimile che questa finestra si presenti nella maggioranza dei lattanti in grado di introdurre alimenti complementari semi-solidi sminuzzati a circa 6 mesi.
Se si rispettasse questa finestra temporale, senza anticipare il tempo soggettivo del bambino, non vi sarebbe alcun bisogno di proporre i baby food industriali (creme di cereali vari, omogeneizzati, liofilizzati, ecc.).

Il piccolo ad un certo punto è infatti molto più attivo, prende iniziative, fa valere il proprio punto di vista, è in grado di sputare il cibo, tenerlo in bocca, o serrare le labbra; ha ormai raggiunto la prensione e manda dei segnali verbali oltre che mimici, desidera alimentarsi da solo. La madre si trova quindi a fronteggiare una situazione più complessa nel favorire una progressiva accettazione dei nuovi cibi che il bambino vuole provare, sperimentare, toccare con le mani.

Il bimbo prima dei sei mesi sa effettuare la suzione e la deglutizione.
Tra i cinque ed i sette mesi comincia un primo “sgranocchiare”; aumenta la forza della suzione; ha uno spostamento del riflesso faringeo dal terzo medio al terzo posteriore della lingua. A circa 6 mesi può “pulire il cucchiaio” con il labbro superiore piuttosto che limitarsi a succhiare cibi semisolidi. Tra i sette ed i dodici mesi morde e mastica; riesce a fare movimenti laterali e della lingua e del cibo tra i denti (abilità motorie fini per iniziare a mangiare da soli). A circa 8 mesi sviluppa una flessibilità della lingua sufficiente a permettergli di masticare e ingerire cibi più solidi e densi in maggiore quantità. Dai 9 ai 12 mesi la maggior parte dei bambini possiede le abilità manuali per alimentarsi da solo, sa bere da una tazza afferrandola con due mani e sa mangiare il cibo preparato per il resto della famiglia, che, se tagliato in modo sicuro, può essere masticato, preso da un cucchiaio o afferrato con le dita.
Entro i 9-12 mesi il bambino dovrebbe aver provato un’ampia varietà di cibi e di sapori, abituandosi progressivamente a consumare oltre al latte, altri due pasti principali (pranzo e cena) e uno-due spuntini.
L’introduzione dei primi alimenti rappresenta pertanto un’importante tappa di crescita per il bambino: può stare seduto nel seggiolone e guardare in viso chi gli offre del cibo. Proseguendo con la crescita imparerà a manifestare il senso di fame, a riconoscere i cibi e a preferire sapori diversi.
È importante per ragioni nutritive e di sviluppo dare al bambino cibi appropriati per l’età, della giusta consistenza e dal taglio corretto, facendo attenzione che il cibo non si configuri come situazione di rischio per aspirazione e soffocamento.

Bibliografia

- Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l’Unione Europea - Ministero della Salute (2006)
- European Commission Directorate Public Health and Risk Assessment - Istituto per l’Infanzia IRCCS Burlo Garofalo Trieste, Italia- Karolinska Institutet Department of Biosciences at Novum Unit for Preventive Nutrition Huddinge, Sweden- Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale OMS Centro Collaboratore per la Salute Materno Infantile
- FAQ Corretta alimentazione ed educazione nutrizionale nella prima infanzia - Ministero della Salute (2017, 2021)
- Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition: Carlo Agostoni et all (2008)
- Complementary feeding: A Position Paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition: Mary Fewtwll et all (2017)
- Early-Life Nutrition: l’importanza di una corretta nutrizione dal concepimento al bambino Gruppo di lavoro della Società Italiana di Medicina Perinatale - ed. 2015 Irene Cetin Massimo Agosti Carlo Agostoni Nicola Chianchiano Mariarosaria Di Tommaso Gianpaolo Donzelli Vassilios Fanos Giuseppe Morino Luca Ramenghi
- Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants - EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2009)
- Appropriate age range for introduction of complementary feeding into a infant’s diet - EFSA (2019)

CAPITOLO 8 - SPOON FEEDING, BABY LED WEANING E RESPONSIVE FEEDING

8.1 PREMESSA

L'OMS raccomanda che l'aggiunta di alimenti complementari all'allattamento avvenga con prodotti nutrizionalmente adeguati e igienicamente sicuri fino a due anni e oltre, ma non si pronuncia in merito a quale sia il migliore approccio (*baby led weaning o baby food*) poiché se a casa la famiglia consuma pasti equilibrati in termini di quantità e qualità in realtà un modello nutrizionale vale l'altro.

Molti genitori sono orientati verso lo "svezzamento tradizionale" poiché ad oggi ricevono ancora queste indicazioni dal pediatra ma non tutti i bambini si approcciano positivamente alle "pappe" e questo crea tensione, e difficoltà a tal al punto da portare i genitori ad informarsi da fonti non scientifiche e pensare che l'auto-svezzamento preveda di offrire qualsiasi alimento il bambino desideri e in qualsiasi orario.

8.2 SPOON FEEDING E BABY LED WEANING: QUALI DIFFERENZE

Nell'alimentazione complementare classica il primo vero pasto completo ha forma di "pappa" ed è così composta:

- Base di brodo vegetale con delle verdure;
- Aggiunta di crema di cereali, come mais, riso o semolino;
- Olio extravergine d'oliva;
- Fonte proteica come carne, pesce, formaggi o legumi, ecc.

Un cambiamento importante rispetto al passato riguarda l'utilizzo di parmigiano e grana: questi non sono più considerati un condimento aggiuntivo ma una vera e propria sostituzione proteica. Date le alte quantità di sale, grana e parmigiano andrebbero usati il meno possibile, in quantità adeguate e mai in aggiunta ad altre fonti proteiche.

Le linee guida più recenti raccomandano di usare tutte le verdure di stagione fin dall'inizio e non solo le classiche carote, patate, zucchine e bieta. Infatti, l'uso di verdure dal sapore forte e/o amaro è oggi raccomandato, proprio perché il bambino deve poter acquisire una varietà di gusti ed è dimostrato scientificamente da vari studi che ciò riduce il rischio di successivi rifiuti.
Gli unici alimenti che bisogna assolutamente evitare durante il primo anno di vita sono alcol, miele, zuccheri, sale, latte vaccino, funghi, prodotti industriali, carne cruda, pesce crudo e uova crude.
Il miele non puo' essere offerto in tale fase per il rischio legato a un batterio e alla sua tossina (Clostridium botulinum) come indicato da ISS. Nemmeno una goccia per dolcificare dei liquidi. Per lo stesso motivo i funghi non sono indicati e consigliati dal Ministero della Salute per il rischio tossicologico e l'immaturità del sistema enzimatico.
Gli alimenti crudi non vanno forniti per il rischio microbiologico legato al rischio di sviluppare tossinfezioni alimentari. I prodotti industriali non vanno utilizzati per la presenza di sale e zuccheri. Il latte vaccino non va somministrato in età inferiore ai 12 mesi per evitare un'eccessiva assunzione di proteine e anemia da carenza di ferro.
All'inizio è bene evitare i prodotti integrali e dare verdure in piccole quantità per non eccedere con la fibra alimentare data l'immaturità intestinale.
Inizialmente bastano 2-3 cucchiaini. Per le stesse motivazioni, è importante fornire solo i legumi decorticati e alimenti privi di buccia e semi.

Si ricorda l'importanza di offrire acqua con la tazza in concomitanza della riduzione dei pasti a base di latte.

Quali sono i vantaggi e gli svantaggi dei due metodi per cominciare l'alimentazione complementare?

I vantaggi dello "spoon feeding":

- omogeneizzati ed i baby food sono igienicamente sicuri e sottoposti a normative più stringenti in tema di contaminanti e inquinanti;
- le pappe omogenee creano un minor rischio di soffocamento;
- le grammature indicate negli schemi sembrano placare la preoccupazione degli adulti rispetto alla paura di una ipo-alimentazione nei bambini.

Gli svantaggi dello "spoon feeding":

- in caso di inappetenza vi è il rischio di una rapida sostituzione del pasto con il latte vaccino con il rischio di superare i 200-400 ml stabiliti come limite massimo dalle linee guida e si rischia di incorrere in un eccesso proteico giornaliero;
- il bambino è passivo e sviluppa poca autonomia;
- maggiore costo.

I vantaggi del "baby led weaning":

- cibi sempre freschi poiché non vanno mescolati e frullati e permettono al bimbo col tempo di riconoscere il sapore originale;
- il bimbo può stare in relazione, condividere il pasto;
- il bimbo può sviluppare l'autonomia e l'autostima futura.

Gli svantaggi del "baby led weaning":

- difficoltà di preparare tutto senza sale per aggiungerlo alla fine nel caso di condivisione del pasto in famiglia;
- impossibilità nel controllare le quantità assunte e la giusta qualità nutrizionale dei pasti in assenza di indicazioni fornite da dietisti;
- rischio di esporre il bimbo ad un maggior rischio di soffocamento a causa della somministrazione del pasto familiare senza precisa attenzione ai tagli sicuri

In tale confusione sul metodo nutrizionale più corretto da adottare, è necessario ricordare che è prioritario osservare i segni che possono indicare se il bambino può essere o meno pronto a mangiare il cibo solido.
Qualora il bambino mostri poco interesse alle prime introduzioni di cibo solido, occorrerebbe fermarsi ed aspettare qualche giorno per poi riprovare.
È importante permettere al bambino di esercitare all'età giusta le competenze raggiunte al fine di aiutarlo a sviluppare autostima e autonomia.
Nelle ultime linee guida ESPGHAN viene specificato che è importante osservare lo sviluppo neurologico del bambino tenendo presente che vi è un intervallo preciso all'interno del quale i bambini acquisiscono le capacità motorie necessarie ad affrontare in sicurezza i cibi solidi.

La capacità di deglutire consistenze a "purea", secondo gli studi analizzati da tale documento, compare tra i 4 e i 6 mesi di vita mentre quelle richieste per alimenti più consistenti o cibi semi-solidi a piccoli pezzetti compare ai 9 mesi e per autoalimentarsi con approccio "baby led" apparirà entro i 12 mesi.
Mancano, tuttavia, dei dati a testimoniare che i bambini auto alimentati con il metodo baby led weaning possano ricevere nutrienti sufficienti.

8.3 RESPONSIVE FEEDING

L'OMS ci dice che i bambini tra i 6 e i 23 mesi dovrebbero essere nutriti in modo responsivo e certamente fare in modo che il bambino mangi autonomamente in risposta ai propri bisogni fisiologici e di sviluppo ma con un'alimentazione responsiva che consiste nel prendersi cura di lui mentre mangia, e si basa su tre passaggi:

1. il bambino segnala la fame e la sazietà attraverso azioni motorie, facciali o vocalizzazioni;
2. il caregiver risponde in modo appropriato (nurturing care);
3. il bambino sperimenta così una risposta ai suoi segnali.

Le ultime linee guida ESPGHAN affermano che non vi sono sufficienti evidenze sul metodo nutrizionale più appropriato per cominciare l'alimentazione complementare, ma ricorda che l'approccio responsivo consiste nel:

1. nutrire sulla base della risposta del bambino;
2. riconoscere i segnali di fame e sazietà;
3. scoraggiare l'alimentazione data per conforto o ricompensa.

Gli alimenti dovrebbero avere una struttura e una consistenza adeguata allo stadio di sviluppo del bambino, garantendo un passaggio tempestivo al "finger food" e all'auto alimentazione. L'uso prolungato di alimenti frullati dovrebbe essere scoraggiato e i bambini dovrebbero mangiare cibi con una maggiore consistenza al massimo entro gli 8 e i 10 mesi di vita. Alcuni importanti studi longitudinali hanno evidenziato che se si ritarda fino a 9 mesi o più l'introduzione di cibo solido a pezzettini (come spesso accade nei bambini svezzati solo con baby food) puo' essere favorita negli anni successivi la comparsa di difficoltà nel rapporto con il cibo (comprese le difficoltà masticatorie) e risulta ridotta la varietà di alimenti accettati dal bambino, come ad esempio verdure e frutta (selettività alimentare).
Entro i 12 mesi dovrebbero bere principalmente da una tazza piuttosto che da un biberon.
È possibile cominciare con le consistenze cremose e morbide per dare inizialmente gli alimenti in sicurezza e verificare le competenze del bambino.
Grazie a questa importantissima accortezza, non solo si assicura un processo graduale di accompagnamento all'alimentazione solida, ma si evita il rischio di soffocamento, che a questa età – vista l'innata curiosità dei bambini e la modalità di conoscenza del mondo attraverso la bocca – è prevalente per gli oggetti di piccole dimensioni, come giocattoli, pile, bottoni eccetera (seppur "le evidenze finora disponibili suggeriscono che il Baby led weaning e il Bliss non hanno causato alcun rischio aumentato di choking (inalazione di cibo nelle vie aeree) e poi scegliere se proseguire con schemi forniti da pediatra o, dopo aver fatto un adeguato corso di disostruzione, procedere con il baby led weaning, con l'unica regola di predisporre pasti bilanciati, offrire cibo sano per Il principio della **semplicità nella qualità che** prevede che i caregiver e gli educatori abbiano una buona cultura alimentare.
La scelta degli alimenti dovrebbe infatti essere attenta alla **provenienza**, alla **stagionalità** e alla **varietà**, privilegiando i **prodotti locali**, freschi e non industrializzati.

L'alimentazione responsiva (nutrire sulla base della risposta del bambino) è indicata dall'OMS come lo standard relazionale a cui fare riferimento. (osserviamo le competenze individuali dei bambini).

Le modalità di alimentazione complementare devono privilegiare i fabbisogni nutrizionali del bambino (LARN 2014), favorendo l'interazione tra le preferenze della famiglia, le indicazioni della dietista e del pediatra ed il contesto socio-culturale e tradizionale, tale da aiutare il bambino a sviluppare il proprio gusto nell'ottica di un'alimentazione corretta.
La dieta del bambino sarà tanto migliore quanto più la famiglia seguirà un'alimentazione corretta e bilanciata e si adegueranno i pasti ai bambini riducendo la sapidità. Mangiare lo stesso cibo dei genitori è infatti l'obiettivo di crescita a cui tendere.
Le buone abitudini alimentari si sviluppano durante i primi anni di vita e sono intimamente immerse nel tessuto sociale vissuto dal bambino.

CAPITOLO 9 - ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE, ALLERGIE E CELIACHIA

9.1 ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE E ALLERGIE

È opportuno consultare uno specialista in caso di predisposizione genetica ad allergie alimentari ed è buona prassi introdurre un alimento alla volta con gradualità per poter osservare l'eventuale manifestazione di sintomi quali eczemi, vomito, diarrea, orticaria e poterne facilitare la diagnosi.
Esiste un numero crescente di prove scientifiche che vanno in contrasto con quanto veniva raccomandato in passato rispetto alla necessità di evitare o ritardare, con la gradualità del crono-inserimento, l'introduzione di alimenti potenzialmente allergenici in un tempo differente da altri alimenti complementari. Anche per il glutine non sussistono prove scientifiche a supporto della tesi di ritardarne l'introduzione per prevenire la malattia celiaca il cui rischio si verifica solo in caso di predisposizione genetica.
Già nel 2008 l'ESPGHAN evidenziava l'assenza di prove scientifiche convincenti a riguardo di ritardare o evitare l'introduzione di sostanze potenzialmente allergeniche (es. alimenti come pesce e uova). Nel 2017 ribadisce che gli alimenti allergenici possono essere introdotti in qualsiasi momento con l'inizio dell'alimentazione complementare. Lo stesso documento sottolinea che i neonati ad alto rischio di allergia alle arachidi (quelli con eczema grave) dovrebbero introdurre tale alimento allergenico prima degli 11 mesi (solo previa valutazione di specialista) così come non vi è alcuna evidenza di ritardare l'introduzione di alimenti allergenici quali (uova, pesce, glutine, arachidi, semi). In tale documento si sono analizzati alcuni studi che hanno riportato un aumento delle allergie nonostante le precedenti indicazioni di ritardare l'esposizione a cibi potenzialmente allergenici.
L'OMS ribadisce, con le ultime linee guida, che non c'è motivo di rimandare l'introduzione di alimenti potenzialmente allergenici (uova, cereali, pesce e arachidi) ad un'età più avanzata rispetto a quella di altri alimenti complementari per poter evitare il rischio di sviluppare malattie atopiche.
Una volta iniziata l'alimentazione complementare, non è raccomandato, per i bambini a rischio allergico, introdurre i cibi potenzialmente allergizzanti secondo modalità diverse dai bimbi non a rischio.
Nelle linee guida dell'EFSA del 2009 viene specificato che non vi sono prove scientifiche convincenti riguardo la necessità di evitare o introdurre in modo tardivo alimenti allergenici. Questo rapporto clinico aggiornava e sostituiva un'indicazione clinica del 2008 dell'AAP, che aveva affrontato il ruolo della dieta materna e infantile nella prevenzione della malattia atopica, tra cui la dermatite atopica, l'asma e l'allergia alimentare.
Nelle indicazioni dell'EFSA del 2019 è proprio indicato che l'introduzione di alimenti complementari con un esito correlato alla malattia atopica è una casualità legata alla presenza di una storia familiare per allergia per cui questi bambini potrebbero incorrere in un rischio di sviluppare la malattia indipendentemente dai tempi di introduzione degli alimenti complementari e che non vi è alcuna evidenza scientifica tra i tempi di introduzione degli alimenti complementari e le probabilità di sviluppare un'allergia alimentare nemmeno nei bambini allattati al seno.

9.2 INTRODUZIONE DI ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE E MALATTIA CELIACA

Già nel 2008 ESPGHAN riportava che il rischio di sviluppare malattia celiaca dipendeva da fattori genetici, immunologici e ambientali. Sulla base di alcuni studi solo osservazionali sembrava che l'introduzione di piccole quantità di glutine, se date in fase di allattamento materno, potesse ridurre il rischio di malattia di Chron, diabete e allergia al grano (così come viene tra l'altro riportato in uno studio fatto nel Regno Unito e pubblicato nel 2016 AAP).
L'ESPGHAN 2017 ci ricorda che la celiachia è una malattia autoimmune con predisposizione genetica (DQ2 e DQ8) e evidenzia che invece il latte materno offerto durante l'esposizione al glutine non ha alcun effetto protettivo sullo sviluppo dell'autoimmunità della malattia celiaca durante l'infanzia. Ribadisce che il glutine dovrebbe essere introdotto tra i 4 e i 12 mesi ma il consumo di grandi quantità dovrebbe essere evitato durante le prime settimane.
Nel 2008 EFSA riferiva che il glutine non doveva essere introdotto precocemente prima dei 4 mesi e non in modo tardivo (oltre i 7 mesi) ma dato gradualmente durante l'allattamento al seno per prevenzione celiachia, diabete di tipo 1 e allergia al grano.
Nei nuovi studi si evidenzia che l'età in cui il glutine viene introdotto non ha a che vedere con il rischio di sviluppare la malattia celiaca.

CAPITOLO 10 - ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE E LATTE VACCINO

Diverse società scientifiche si sono pronunciate in merito all'introduzione di latte vaccino durante l'alimentazione complementare:

- la SIPPS raccomanda di ritardare l'assunzione di latte vaccino fino ai 12 mesi e poi di limitarne l'assunzione a 200-400 ml al giorno poichè quantità superiori possono interferire con l'assunzione di alimenti ricchi in ferro;
- l'ESPGHAN raccomanda di ritardare l'assunzione di latte vaccino fino ai 12 mesi e poi di limitarne la quantità a 500 ml al giorno;
- l'OMS indica che il latte vaccino è una fonte povera di ferro ma eccessiva di proteine, pertanto non dovrebbe essere usato come principale bevanda per tutto il primo anno di vita.

Nel documento del "Ministero della Salute Corretta alimentazione ed educazione nutrizionale" nella prima infanzia del 2016 è specificato che l'eccesso di latte vaccino può inoltre limitare il consumo e la diversificazione di alimenti complementari. Un bambino che beve un litro di latte vaccino o artificiale al giorno soddisfa fino a due terzi dei suoi bisogni energetici e lascia ben poco spazio ed appetito per altri alimenti. Se un bimbo al nido risulta inappetente, è necessario verificare che la quantità di latte assunta durante il giorno non superi la quantità massima indicata.

Dopo l'anno di vita, ove non sia ancora in corso l'allattamento materno, può essere accettata l'introduzione di latte vaccino intero come componente lattea della dieta, che comunque non dovrebbe essere assunto in quantità superiori ai 200-400 ml/die, per evitare un'eccessiva assunzione di proteine e carenza di ferro. Quantità maggiori di latte vaccino potrebbero interferire con l'assunzione di alimenti ricchi di ferro.

Bibliografia

- Complementary feeding: a position paper by the european society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition_ Espghan 2017
- Effects on childhood body habitus of feeding large volumes of cow or formula milk compared with breastfeeding in the latter part of infancy _Am J Clin Nutr 2015 pag 17-18
- Alimentazione complementare (6-23 mesi): "marziale" ma vulnerabile della SIPPS

CAPITOLO 11 - ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE, ZUCCHERO E MIELE

L'AHA raccomanda di non somministrare zuccheri aggiunti nella prima infanzia fino almeno ai primi 2 anni al fine di prevenire non solo il sovrappeso e l'obesità infantile, ma anche lo sviluppo di malattie metaboliche correlate, come il diabete e l'insorgenza nel tempo di patologie cardiache.

L'ESPGHAN indica che il consumo di alimenti e bevande zuccherati e di zuccheri aggiunti (monosaccaridi e disaccaridi) nei bambini e negli adolescenti europei è troppo elevato. Raccomanda, inoltre, di non aggiungere zuccheri agli alimenti ed evitare bevande zuccherate durante l'alimentazione complementare.
Viene raccomandata l'assunzione di zuccheri aggiunti inferiore al 5% dell'energia totale giornaliera nei bambini e adolescenti di età compresa tra i 2 e i 18 anni. Da ciò si deduce che l'assunzione dovrebbe essere ancora più bassa nei bambini di età inferiore ai 2 anni. Le linee guida riferiscono che le bevande zuccherate e gli zuccheri in generale aumentano il rischio di carie dentale, sovrappeso, obesità e possono essere associati ad un aumento del rischio cardiovascolare.

Le linee guida OMS raccomandano di evitare il consumo di alimenti ad alto contenuto di zucchero, bevande zuccherate e quelle con dolcificanti artificiali e di limitare i succhi di frutta.

Il documento OMS "*Sugars intake for adults and children: Guideline 2015*" raccomanda a bambini e adulti di limitare gli apporti di zuccheri aggiunti a meno del 10% delle calorie totali (non più di 50 g pari a 10 cucchiaini da caffè) e, possibilmente, a meno del 5% (25 g pari a 5 cucchiaini da caffè).

I LARN IV revisione 2014 indicano di limitare l'assunzione di zucchero ad un massimo del 15% dell'energia totale giornaliera che nei bambini tra i 12 e i 36 mesi si traduce in un apporto massimo giornaliero di 40 g. Alla luce del fatto che tre porzioni di frutta giornaliere raccomandate dalle "Linee guida per una sana alimentazione" apportano quasi 30 g di zucchero, è necessario limitare altri alimenti dolci che, oltretutto, non hanno gli stessi effetti benefici della frutta.

	LARN	**Fabbisogni fascia 12-36 mesi**	**Zuccheri di una porzione di frutta in media**
Carboidrati totali	**45-60%** dell'energia. Prediligere **fonti amidacee** (cereali e derivati)	**127-170 g**	**9 g per 100 g**
Zuccheri	Limitare il consumo di zuccheri a **<15%** dell'energia	**<42 g**	

È pertanto consigliato di non aggiungere zucchero al cibo per lattanti e bambini e porre molta attenzione alla sua eventuale presenza in yogurt, omogeneizzati di frutta ed altri alimenti confezionati (fette biscottate, pane confezionato, ecc.).
L'assunzione di zuccheri nelle prime età influenza sia il livello di gradevolezza al palato del cibo e quindi l'assunzione dello stesso, che lo sviluppo del gusto e delle preferenze alimentari a lungo termine. Inoltre, l'introduzione di zucchero rappresenta il principale fattore di rischio per lo sviluppo di carie dentali.

11.1 YOGURT ALLA FRUTTA E BUDINO

Lo yogurt alla frutta e il budino sono alimenti ad alto contenuto di zuccheri, poiché apportano 10,5g/100g e 20g/100g di zucchero rispettivamente. Al fine di rispettare l'assunzione massima indicata dai LARN, è opportuno scegliere merende alternative come indicato nel capitolo 10.5.

11.2 IL MIELE

Il miele è uno zucchero ricco di fruttosio, pertanto dovrebbe essere utilizzato con estrema parsimonia. L'Istituto Superiore di Sanità si esprime sul divieto di dare miele nel primo anno per un rischio tossicologico legato ad un batterio e alla sua tossina (Clostridium botulinum). In merito indica anche che lo stomaco e l'intestino dei bambini non contengono acidi in misura sufficiente a distruggere le spore.

11.3 I SUCCHI DI FRUTTA

I succhi di frutta non sono sostitutivi della frutta fresca e non devono essere usati come alternative alla stessa. Inoltre non sono sostitutivi dell'acqua per soddisfare la sete.
I succhi di frutta contengono glucosio, fruttosio, saccarosio ed altri zuccheri che, seppur naturali, per la loro acidità, possono causare carie ed erosione dei denti. Il consumo di succhi di frutta diminuisce l'appetito del bambino per altri cibi e può aumentare la motilità intestinale. In caso di diarrea o disidratazione può peggiorare i sintomi.
È bene, altresì, evitare il consumo di succhi di frutta contenenti dolcificanti sia sintetici che naturali, compresa la stevia e i suoi derivati.

11.4 IDEE MERENDE AL NIDO

Merenda al alto contenuto di zuccheri	Merenda alternativa
Yogurt alla frutta/vaniglia/nocciola, ecc.	Yogurt bianco intero e frutta fresca
Pane e marmellata	Pane e mousse di frutta senza zuccheri aggiunti
Biscotti	Pane tostato e frutta fresca
Pane e nocciolata	Pane e crema di nocciole al 100% (in alternativa anche creme 100% di altra frutta secca a guscio)*

*si raccomanda di prestare attenzione alla presenza di allergeni

Bibliografia

- LARN IV revisione (2014)
- Sugars intake for adults and children: Guideline 2015 - WHO
- Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children - American Heart Association (2017)
- Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea - Ministero della Salute (2006)
- Complementary feeding: A Position Paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition: Mary Fewtwll et all (2017)

CAPITOLO 12 - ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE E SALE

L'ESPGHAN e l'OMS raccomandano di evitare l'aggiunta di sale agli alimenti durante l'alimentazione complementare. Un eccessivo consumo di sale infatti, oltre a favorire l'instaurarsi di alterazioni a carico delle pareti vasali, alla lunga, favorisce conclamate patologie cardiovascolari. Inoltre l'assunzione di cibi troppo sapidi acquisita in tenera età sarà poi difficile da eliminare.
È importante sapere che la principale fonte di assunzione del sodio nella dieta italiana è data dal cloruro di sodio (sale) aggiunto nei prodotti trasformati di tipo artigianale, industriale (almeno il 50% dell'assunzione totale) e poi da quello aggiunto in cucina e/o a tavola (circa il 35%). I cereali e derivati, tra cui il pane, rappresentano una delle fonti più rilevanti di sodio aggiunto nei prodotti trasformati. Elevate quote derivano anche dai gruppi carne, uova, pesce (31%) e latte e derivati (21%), a causa del sale aggiunto rispettivamente nelle carni e pesci conservati e nei formaggi. I contributi sia della frutta (3%) che delle verdure e ortaggi (2%) sono invece molto bassi.
Le indicazioni dei LARN IV revisione 2014 per i primi 12 mesi di vita sono di 1 g di sale al giorno e di 1,5 g tra i 12 e i 36 mesi. Per tale motivo è consigliato non aggiungere sale al cibo per lattanti e bambini fino al compimento dei 2 anni di età.

Si raccomanda di evitare anche i cibi naturalmente salati come:

- prosciutto cotto (naturale o sotto forma di omogeneizzato);
- salumi e insaccati;
- carne e pesce conservati;
- preparati per brodi (dadi e granulato);
- salse;
- salamoie;
- sottaceti;
- cibi pronti e confezionati;
- chips e snacks salati.

Nel caso la famiglia utilizzi abitualmente il formaggio grana per le proprie preparazioni ed il bambino consumi lo stesso cibo dei genitori, sarebbe comunque consigliabile non aggiungere il formaggio per il piccolo al momento del consumo del piatto e fornire il formaggio solo come fonte proteica.
Si ricorda inoltre che il Grana Padano contiene lisozima derivato da uovo e pertanto non dovrà essere utilizzato per bambini con allergia o intolleranza all'uovo.

Al nido se il pasto di educatori/educatrici è preparato insieme a quello dei bambini è opportuno che le maestre aggiungano il sale solo al termine della cottura nel proprio piatto.

12.1 Aumentare il gusto degli alimenti senza aggiungere sale

Esistono alcuni semplici accorgimenti che in cucina aiutano ad evitare l'aggiunta di sale senza però togliere gusto e sapore ai piatti. Si suggerisce, pertanto, di utilizzare cotture semplici come quella al vapore che permettono di mantenere il gusto naturale degli alimenti senza disperderlo in acqua, oppure utilizzare spezie, erbe aromatiche, limone, aceto di mele.

CAPITOLO 13 - ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE E FUNGHI

I funghi non vengono inseriti nei menù scolastici poiché Il Ministero della Salute nei suoi decaloghi ha sempre indicato di vietare il consumo di funghi in età prescolare per il rischio tossicologico di funghi non sicuri
Ci sono state varie versioni di tale decalogo e nella versione del 2015 veniva specificato che i funghi erano da evitare fino ai 12 anni.
Nel 2020 è uscita una versione nuova dello stesso opuscolo nel quale il Ministero della Salute si pronuncia con un generico "non somministrare i funghi ai bambini" proprio per l'aspetto tossicologico dovuto alla presenza delle micotossine non idonee al sistema enzimatico immaturo.

CAPITOLO 14 - ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE E TAGLI SICURI DEGLI ALIMENTI

14.1 IL PERICOLO DI SOFFOCAMENTO NEI BAMBINI CON ETÁ INFERIORE AI TRE ANNI

Le ostruzioni delle vie respiratorie da corpo estraneo non avvengono solo in età adulta ma le evidenze scientifiche dimostrano un aumento dei casi soprattutto nei bambini con età inferiore ai 3 anni. Il soffocamento rappresenta, tra gli incidenti non intenzionali, la principale causa di morte in tale fascia d'età. Gli incidenti da soffocamento accadono con una frequenza allarmante.
Le notizie sulle casistiche di incidenti per ingestione di corpi estranei in ambiente extraospedaliero sono preoccupanti e le possiamo trovare nel registro internazionale online di raccolta dati provenienti da tutti i Paesi denominato SUSY SAFE (Surveillance System on Foreign Body Injuries in Children) creato con il fine fornire un profilo di analisi del rischio per tutti i prodotti che possono causare il soffocamento, allo scopo di creare un sistema di controllo.
I casi sono riportati in forma anonima da medici ospedalieri, otorinolaringoiatri, pneumologi, medici di medicina generale, ecc. utilizzando un modulo standard online.
All'interno del sito è altresì presente un questionario per segnalare un incidente da corpo estraneo che può essere compilato da qualsiasi cittadino.
Va fatta una distinzione tra gli alimenti che più frequentemente sono causa di episodi di soffocamento e gli alimenti che causano più spesso esiti fatali o complicanze gravi nei bambini piccoli.
I dati del registro SUSY SAFE indicano, infatti, che gli incidenti più gravi sono causati dalla carne, mentre uno studio su dati canadesi e statunitensi ha rivelato come i wurstel siano associati più frequentemente a episodi fatali.

I motivi che spiegano la maggiore incidenza di tali episodi nei bambini piccoli sono diversi ma la ragione principale che porta il bambino ad essere più a rischio di ostruzione respiratoria è legata ad un aspetto anatomico.
Nell'adulto laringe e trachea presentano una forma cilindrica mentre nel bambino, oltre ad avere un diametro più piccolo, posseggono una forma conica.
Tale forma a imbuto, come si può immaginare, condiziona una maggiore probabilità che in caso di inalazione, qualsiasi corpo estraneo ne rimanga bloccato.
Nel bambino vi è inoltre una immaturità dei riflessi di protezione delle vie aeree: la lingua è più grossa rispetto all'orofaringe, la trachea è più corta, la cartilagine più sottile e il riflesso della tosse, indispensabile in caso di ostruzione solo parziale, è più flebile. Il bambino piccolo ha inoltre assenza di dentizione posteriore e dentizione decidua e capacità masticatoria inadeguata, esplora il mondo attraverso la bocca ed è incapace di distinguere cibi commestibili e non. Il bambino piccolo ha altresì spesso l'abitudine a fare più cose contemporaneamente come giocare, parlare e mangiare.

La consapevolezza di tutti questi fattori deve rappresentare la base di partenza per la prevenzione. Emerge la necessità di un approccio più ampio alla prevenzione del fenomeno del soffocamento da cibo che preveda interventi coordinati di programmazione sanitaria, finalizzati a ridurre l'incidenza dei casi. In questo senso, l'American Academy of Pediatrics e la Canadian Paediatric Society forniscono delle linee di indirizzo che prevedono l'implementazione di attività educative su ampia scala, l'adozione di una normativa, di standard ad hoc e la promozione della ricerca sul fenomeno.
Serve da parte delle istituzioni un impegno in termini di azioni coordinate rivolte a tutti i soggetti che gravitano intorno al bambino e agli alimenti e che, pertanto, devono svolgere un ruolo attivo nella prevenzione primaria e secondaria. Tali soggetti sono:

- Industria alimentare e ristorazione;
- Popolazione generale, famiglie e adulti responsabili della cura dei bambini;
- Operatori del settore sanitario ed esperti di salute pubblica;
- Istituzioni.

Da parte dell'Industria alimentare è auspicabile l'emanazione di provvedimenti legislativi volti a modificare le regole di progettazione e packaging dei prodotti alimentari (per esempio, etichette informative su modalità di taglio e somministrazione) e rivolti alla ristorazione collettiva commerciale e assistenziale.
Dovrebbe essere prevista l'apposizione di "alert" riconoscibili dal consumatore, che segnalino il pericolo sugli alimenti associati a rischio di soffocamento, oltreché di adottare tutte le metodologie che permettano di eliminare, in fase di progettazione dei prodotti alimentari, le caratteristiche di pericolosità.
In tal modo, le indicazioni per il taglio e la somministrazione rientrerebbero maggiormente nei disciplinari, nei capitolati d'appalto e nelle corrette prassi presenti nei luoghi dove si preparano pasti per i bambini. Il personale operante in tali strutture dovrà essere altresì adeguatamente formato sulle manovre di primo soccorso e disostruzione pediatrica, per intervenire in caso di evento avverso.
Alla popolazione generale, alle famiglie adulti responsabili della supervisione e della cura dei bambini è raccomandato che conoscano le regole di preparazione degli alimenti e di comportamento a tavola per la prevenzione del soffocamento da cibo (per esempio nel caso di posate in plastica prevedere che queste siano dure e resistenti) ed è altresì raccomandabile che acquisiscano conoscenze e competenze sulle manovre di disostruzione e rianimazione CP.
Per quanto riguarda le attitudini e le conoscenze dei professionisti sanitari e del personale educativo e docente dei servizi per l'infanzia sul rischio da soffocamento, ancora pochi sono gli studi a disposizione.
Le politiche di prevenzione primaria e secondaria dell'ostruzione delle vie aeree dovrebbero basarsi su programmi di informazione e formazione dei genitori e di tutti i caregiver (insegnanti, familiari, personale di assistenza), in tutti gli ambienti in cui i bambini vivono (casa, scuola, luoghi di sport e tempo libero eccetera), sulle regole della prevenzione primaria (taglio, manipolazione e somministrazione degli alimenti) e secondaria (manovre di disostruzione e rianimazione cardiopolmonare).

Negli ultimi anni, la percezione e la consapevolezza della necessità di un'adeguata formazione stanno indubbiamente aumentando, anche in termini normativi in alcune Regioni italiane soprattutto a seguito di tristi episodi di cronaca.
Ad oggi tuttavia non vi è una legge che preveda l'obbligo di formazione continua di tutti i professionisti e degli operatori che, a diverso titolo, si occupano di bambini.
A differenza degli Stati Uniti, del Canada, della Nuova Zelanda e della Svezia per la loro formazione obbligatoria su rianimazione cardio polmonare anche nelle scuole, in Italia mancano completamente politiche strutturate volte alla gestione complessiva del fenomeno.
In Italia al momento l'unico impegno governativo è rappresentato dalla stesura delle Linee di indirizzo per la prevenzione del soffocamento redatte nel 2017 dal Ministero della Salute stilate dopo uno studio durato molti mesi in collaborazione con il registro internazionale SUSY SAFE (http://www.susysafe.org/).
Seppur il lavoro del Ministero della Salute sia pregevole, le linee di indirizzo non rappresentano una normativa; trattandosi di un documento di riferimento che non prevede obblighi e relative sanzioni.
Tali linee guida sono rivolte alle famiglie e agli operatori dei settori della ristorazione collettiva (pubblica e privata) e rappresentano un documento unico a livello europeo che, partendo dagli studi internazionali e dalla revisione delle proposte di linee guida di altre istituzioni (Nuova Zelanda, Canada, Stati Uniti, Australia meridionale) pubblicate tra il 2000 e il 2012.
All'interno di tali Linee guida vi sono riportate tutte le indicazioni per ridurre il soffocamento a tavola e le modalità di preparazione degli alimenti pericolosi. Inoltre, vi sono una serie di raccomandazioni che auspicano che, in tutti i luoghi dove ci sia un bambino, siano presenti persone (insegnanti, genitori, operatori delle mense, istruttori ed allenatori) adeguatamente formate attraverso corsi qualificati, accreditati presso le Regioni di riferimento ed il SIS-118, sulle manovre di disostruzione e rianimazione cardiopolmonare pediatriche. Purtroppo queste raccomandazioni non rappresentano un vero e proprio obbligo di legge (anche se in realtà rappresentano prima di tutto un dovere di natura etica per tutti coloro che si occupano di bambini) ma è anche vero che, dopo questa direttiva, possiamo affermare senza remore di smentita che il Ministero della Salute ha invitato tutti alla consapevolezza e all'azione. È utile ricordare che alcune regioni (Lombardia e Piemonte ad esempio), prima ancora che questo documento fosse pubblicato, hanno deliberato leggi regionali che impongono questo tipo di formazione e rappresentano dunque i precursori di quella che dovrebbe essere una legge nazionale che permetta di applicare tutte le indicazioni di prevenzione primaria e secondaria che possono ridurre l'incidenza dei casi e portare a zero il numero di morti per soffocamento da cibo. Basti pensare che nei paesi, come il Canada appunto, dove queste direttive vengono applicate, il rischio di soffocamento da cibo ha ormai raggiunto percentuali pari quasi allo zero.
È possibile minimizzare il rischio di soffocamento da cibo adottando semplici regole di preparazione, che modificano forma, consistenza e dimensione degli alimenti potenzialmente pericolosi. Fanno eccezione frutta a guscio e semi oleosi, caramelle e gomme da masticare, tutti alimenti sconsigliati fino ai quattro-cinque anni di età.
Oltre a tali indicazioni, è importante osservare semplici regole comportamentali durante il momento del pasto.

14.2 PREVENZIONE PRIMARIA: I TAGLI SICURI AL NIDO

Dall'inizio dell'alimentazione complementare il taglio, la manipolazione e la somministrazione degli alimenti rappresentano un aspetto delicato, al quale è necessario prestare un'attenzione giusta e consapevole, sia a casa che in tutti gli ambienti frequentati dai bambini.
È pertanto necessario assicurarsi che le regole per la sicurezza del pasto vengano osservate da tutti, a casa come a scuola, dai nonni come alle feste, al centro estivo come in vacanza e in tutte le occasioni in cui il bambino mangia.

Accorgimenti
Senza cadere in esagerazioni, impiegando il giusto livello di consapevolezza, è importante fare in modo che gli alimenti pericolosi – ovvero quelli con particolari caratteristiche di forma, consistenza e dimensioni – siano resi innocui con piccoli e fondamentali accorgimenti di taglio, manipolazione e somministrazione.
I pericoli riguardano cibi:

- troppo piccoli, come semi e arachidi;
- troppo grandi, come grossi pezzi di carne, frutta e verdura crude;
- molli o scivolosi e dalla forma tonda, come l'uva, le ciliegie, i pomodorini e le olive;
- molli o scivolosi e dalla forma cilindrica, come i wurstel (che, tra l'altro, bisognerebbe evitare di somministrare in tutti i bambini in tale fascia d'età, considerato il loro valore nutrizionale, in molti casi piuttosto dubbio), le salsicce e le carote;
- duri o secchi, come le verdure crude di consistenza fibrosa (carote, finocchio, sedano), le noci e la frutta a guscio;
- di consistenza appiccicosa, come la mollica di pane o la mozzarella filante.

Tutti questi alimenti possono essere offerti al bambino in sicurezza, purché, in base al tipo di pericolo, siano preparati in modo da modificarne:

- forma: per esempio, rimuovendo i semi dal chicco d'uva e tagliando gli acini nel senso della lunghezza; tagliando le carote nel senso della lunghezza e poi in pezzetti più piccoli; snocciolando le ciliegie e tagliandole poi in piccoli pezzettini;
- consistenza: per esempio, cuocendo i cibi fin quando non siano morbidi;
- dimensioni: per esempio, tagliando in piccolissimi pezzi prosciutto, carne e frutta e con un diametro non superiore ai 5 mm.

Fanno eccezione la frutta a guscio (in particolare, le arachidi) e i semi, che sono sconsigliati da tutte le linee guida nazionali e internazionali fino ai quattro-cinque anni, a causa dell'elevato rischio di aspirazione. A questi si aggiungono le gomme da masticare, le caramelle (gelatinose, dure e gommose) i marshmallow ecc..
Infine, è bene ricordare che la cottura modifica la consistenza di alcuni alimenti: il classico esempio degli gnocchi con la mozzarella e il pomodoro fa comprendere facilmente come, anche se tagliata in pezzetti piccoli, la mozzarella sia comunque pericolosa; infatti, a causa dell'alta temperatura, si scioglie e crea un effetto colloso.
Di seguito si riportano una tabella e un poster con le indicazioni del Ministero della Salute per la preparazione degli alimenti pericolosi.


Ministero della Salute
LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DEL SOFFOCAMENTO DA CIBO
in età pediatrica
Con il Patrocinio di
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
Consigli su taglio, manipolazione e somministrazione degli alimenti pericolosi per bambini (0-5 anni)
„Chi salva un bambino, salva il mondo intero"
ALIMENTI MOLLI O SCIVOLOSI
UVA
Rimuovere i semi e tagliare gli acini nel senso della lunghezza
CILIEGIA
Rimuovere il nocciolo e tagliare in quattro parti
WURSTEL
Tagliare in quattro parti nel senso dlla lunghezza e poi in pezzetti piu piccoli. Evitare il taglio trasversale (a rondella)
MOZZARELLA
Tagliare in piccoli pezzetti, evitare di aggiungerla come ingrediente a piatti caldi (con il calore può generare un pericoloso "effetto colla", come gli altri formaggi a pasta filata)
POMODORINI E OLIVE
Tagliare in quattro parti ed eventualmente in pezzetti piu piccoli
KIWI
Tagliare il frutto nel senso della lunghezza e poi ricavarne pezzetti più piccoli (evitare il taglio a rondella)
ALIMENTI SOLIDI E SEMISOLIDI
GNOCCHI
Evitare l'abbinamento a formaggi che possono sciogliersi e creare l'"effetto colla"
PASTA
Scegliere i formati piu' piccoli
ALIMENTI DURI E SECCHI
CAROTE
Tagliare nel senso della lunghezza e poi in pezzetti più piccoli.
Evitare il taglio trasversale (a rondella)
FINOCCHIO CRUDO, SEDANO
Eliminare i filamenti e tagliare in piccoli pezzi
ARACHIDI, NOCI E FRUTTA A GUSCIO
Sminuzzare in piccoli pezzi o tritare finemente
ALIMENTI APPICCICOSI O COLLOSI
CARNE O PEZZI DI FORMAGGIO
Tagliare in piccoli pezzetti
PROSCIUTTO CRUDO
Rimuovere il grasso ed evitare sempre la fetta intera. Ridurre in piccoli pezzi
BURRO, FORMAGGI DENSI
Spalmare sul pane (evitare il cucchiaino)
MELA, PERA
Tagliare in pezzetti piccoli.
Nel primo anno di vita del bambino, grattuggiare
PESCA, PRUGNA, SUSINA
Rimuovere il nocciolo e tagliare in piccoli pezzi. Nel primo anno di vita del bambino, omogeneizzare o frullare
FORMAGGIO
Somministrare a piccoli pezzettini
BANANA
Sorvegliare il bambino affinché non faccia bocconi grandi, in grado di chiudere le vie aeree se inalati
UVETTA E FRUTTA SECCA
Tagliare in pezzetti piccoli
SALVA UNA VITA
COME INTERVENIRE ASPETTANDO I SOCCORSI
SAI COSA FARE IN CASO DI EMERGENZA?
Salva una vita è un progetto che aiuta le persone ad affrontare in modo corretto un'emergenza sanitaria di primo soccorso. Consulta la sezione Pronto soccorso con le schede emergenze per adulto e bambino, e la sezione Video gallery per imparare le principali manovre.
DOWNLOAD DELL'APP
Consulta il sito e scarica gratuitamente l'app per smartphone.
per sapere come intervenire mentre sei in attesa dei soccorsi
Google play
App Store
Le linee di indirizzo del Ministero della Salute sconsigliano fortemente fino all'età di 4/5 anni il consumo di caramelle dure e gommose, gelatine, marshmallow, gomme da masticare, popcorn, sfoglie di patate fritte croccanti e snack simili (Rif. Principali regole per un pasto sicuro – preparazione degli alimenti)
Da un'idea del Dott. Marco Squicciarini
Medico Volontario - Esperto in Rianimazione Cardiopolmonare di Base e Manovre Disostruzione Pediatriche
OMCEO
ANDID ASSOCIAZIONE NAZIONALE DIETISTI

Regole comportamentali

Altrettanto importanti per una corretta educazione sulla prevenzione del soffocamento da cibo sull'alimentazione sono le regole comportamentali.
La tabella che segue elenca le principali indicazioni del Ministero della Salute.

Comportamenti da tenere	Comportamenti da evitare
Far mangiare il bambino a tavola, seduto e con la schiena dritta	Il bambino non deve mangiare mentre gioca, è distratto dalla tv o dai videogiochi, corre o si trova in un veicolo in movimento (per esempio, automobile)
Creare un ambiente rilassato e tranquillo	Evitare distrazioni e non dare alimenti al bambino mentre sta piangendo o ridendo
Provvedere alla sorveglianza o supervisione del bambino mentre mangia	Mai lasciare il bambino da solo mentre sta mangiando
Incoraggiare il bambino a mangiare lentamente, a fare bocconi piccoli e a masticare bene prima di deglutire	Non forzare il bambino a mangiare
Dare al bambino alimenti appropriati al suo livello di sviluppo	Non dare alimenti difficili da masticare o inappropriati al grado di maturazione del bambino

Prevenzione Secondaria

In Europa, ancora oggi, come già detto, oltre cinquecento bambini all'anno muoiono per ostruzione delle vie aeree: nel 58% circa dei casi avviene nonostante la supervisione di un adulto, mentre nel 42% dei casi i bambini sono soli. Il soffocamento causato da corpi estranei è una delle cause principali di decesso nei bambini da zero a tre anni. Questo dato impone una riflessione sull'assenza di una cultura della prevenzione primaria (non si conoscono gli oggetti e gli alimenti pericolosi per i bambini da zero a quattro anni) e secondaria (in caso di incidente, non si conoscono le manovre salvavita, come il Pediatric Basic Life Support and Defibrillation, PBLSD).
Nel caso dei neonati (da zero a trenta giorni di vita) e dei lattanti (da uno a dodici mesi di vita), è fondamentale che genitori, nonni, assistenti all'infanzia e caregiver acquisiscano le competenze necessarie attraverso un corso certificativo di PBLSD della durata di poche ore presso un centro di formazione accreditato, così da essere in grado di intervenire. L'elenco dei centri è facilmente rintracciabile sul portale del 118 regionale.
Il soffocamento può verificarsi anche quando il neonato o il lattante non riesce (autonomamente o con l'aiuto di chi lo assiste) a espellere completamente un rigurgito alimentare liquido o semiliquido. È ancora molto diffusa la credenza popolare secondo la quale il rigurgito può causare la morte per soffocamento, ma in realtà si tratta di una credenza senza fondamento. Infatti, quasi sempre il neonato o il lattante riesce a liberare le vie aeree da solo, girando il capo di lato e tossendo; quando ciò non avviene, è perché qualcosa lo impedisce e, in questi casi, senza un pronto intervento e le manovre appropriate, le speranze di salvarlo sono poche.

In un caso di cronaca, per esempio, il lattante non è riuscito a liberare le vie aeree perché legato dietro la schiena della madre, avvolto in una fascia artigianale per tenerlo sulle spalle. Oppure, può succedere che chi tiene in braccio il neonato o il lattante, spaventato da un rigurgito cospicuo, sposti inavvertitamente il capo del bambino indietro, impedendo così la liberazione e la disostruzione autonoma delle vie aeree.
Anche nel bambino, così come nell'adulto, l'ostruzione delle vie respiratorie può essere parziale (il bambino piange o parla, tossisce, reagisce) o totale (il bambino non parla, non piange, non respira, diventa scuro in volto, porta le mani al collo). In caso di perdita di coscienza, si devono eseguire le manovre di rianimazione. Il bambino, in caso di ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo, diventa subito scuro in volto ed effettua il segno delle mani intorno al collo, come accade nell'adulto.
Il neonato e il lattante invece, in caso di ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo, diventano subito scuri in volto, ma, naturalmente, non presentano il segno delle mani intorno al collo (questo riflesso appare di solito dopo l'anno di età).
Le differenze tra le manovre di disostruzione per il lattante, il bambino e l'adulto sono dettate dall'anatomia e dalla fisiologia. Le manovre devono essere sempre effettuate in maniera attenta e appropriata. Infatti, nel caso del bambino, si eseguono anche i colpi interscapolari, oltre alla manovra di Heimlich. Nel caso del lattante, bisogna eseguire i colpi interscapolari e le compressioni toraciche.
È di cruciale importanza conoscere l'intero protocollo di soccorso, poiché, se le prime manovre di disostruzione non dovessero essere efficaci (anche se in una percentuale bassissima, può accadere che tali manovre non siano sufficienti; nel 90-95% dei casi, tuttavia, hanno successo) e il bambino o il lattante dovesse perdere conoscenza a causa del corpo estraneo, si dovranno iniziare immediatamente le manovre di rianimazione cardiopolmonare, che sono in grado di mantenere la perfusione cerebrale e in molti casi permettono anche la fuoriuscita del corpo estraneo.
Vi sono delle guide rapide che mostrano le manovre da poter eseguire in sicurezza nel bambino e nel lattante in caso di ostruzione parziale e totale delle vie aeree da corpo estraneo. Si tratta di un protocollo approvato dall'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), l'associazione che emana le raccomandazioni per linee guida delle società scientifiche internazionali. Nel 2023 è stato pubblicato infatti il settimo riassunto annuale dell'International Liaison Committee on Resuscitation, International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Questo riassunto affronta le prove di rianimazione pubblicate più di recente esaminate dagli esperti scientifici dell'International Liaison Committee on Resuscitation Task Force
L'emergenza pediatrica è un evento clinicamente raro e ad alto rischio, associato a un'elevata componente emotiva, sia per gli operatori che la gestiscono, sia per chi assiste (per esempio, genitori o insegnanti). Essere preparati alle manovre di PBLSD è indispensabile per aiutare il bambino a riprendersi o, comunque, per limitare le conseguenze nefaste dell'arresto respiratorio e/o cardiaco.
Il bambino non può essere considerato un piccolo adulto, ma un organismo con differenze anatomiche e fisiologiche tali da imporre tecniche diverse di BLS.

Innanzitutto, il soccorritore deve assicurarsi di effettuare le tre S della catena di sopravvivenza (SICUREZZA, STIMOLAZIONE e SOCCORSO) ed effettuare pertanto in primis una rapida valutazione del rischio ambientale: deve, cioè, escludere che ci siano pericoli che possano mettere a rischio la sicurezza propria e del bambino. Se la scena è sicura, bisogna avvicinarsi al bambino e stimolarlo, dapprima verbalmente, chiamandolo ad alta voce, poi, se non risponde, con lo stimolo doloroso, pizzicando il muscolo trapezio sulla parte superiore della spalla. Se non si osserva alcuna risposta, si deve chiamare aiuto e chiedere di attivare il sistema d'emergenza sanitario e di cercare e portare un DAE. Poi, è necessario proseguire immediatamente con le manovre.
L'ILCOR aggiorna le sue raccomandazioni ogni cinque anni e, sulla loro base, vengono redatte le linee guida delle varie società scientifiche internazionali. Vi sono, tra le altre, due grandi società, l'European Resuscitation Council (ERC) e l'American Heart Association (AHA), che presentano due approcci lievemente diversi, ma ugualmente validi, per la respirazione durante i soccorsi.
L'ERC, in questa fase, indica di valutare il respiro attraverso l'acronimo GAS (guardo, se il torace si alza e si abbassa; ascolto, se ci sono rumori respiratori; sento, se si avverte il flusso dell'aria espirata), per un massimo di dieci secondi. Se c'è assenza di respiro, è necessario eseguire immediatamente le prime cinque ventilazioni, insufflando l'aria in modo lento e progressivo e cercando di adattare forza e volume alla taglia del bambino (bocca a bocca nel bambino conosciuto; bocca a bocca o naso nel lattante conosciuto; maschera facciale tascabile "pocket mask" o pallone autoespandibile AMBU se disponibile).
L'AHA ha esemplificato il passaggio del controllo della respirazione. Il soccorritore non sanitario deve solo osservare l'area tra testa e vita (per almeno cinque secondi e non più di dieci) per capire se il bambino respira e, nel caso di assenza di segni di circolo e respiro, iniziare immediatamente le compressioni cardiache (alternate alla ventilazione), per non perdere tempo prezioso.
Entrambe queste modalità sono accettate, quel che conta è seguire uno schema preciso, professionale e rapido.

Le linee di indirizzo rappresentano la pietra angolare di un impegno istituzionale che non deve fermarsi e che deve proseguire con l'emanazione di normative chiare e stringenti.
A livello nazionale, però oggi non esiste ancora una regolamentazione.
Esistono, tuttavia, alcune iniziative regionali.
Le Regioni Lombardia e Piemonte sono state le precorritrici, rispettivamente con la Legge regionale 1° aprile 2015, n. 7 sul primo soccorso pediatrico, e la Legge regionale 26 aprile 2017, n. 7 sulle disposizioni in materia di disostruzione pediatrica e di rianimazione cardiopolmonare. Con tali norme si sono impegnate a promuovere percorsi informativi e formativi tenuti da centri di formazione accreditati e rivolti a personale docente e non docente alle famiglie e agli studenti.
Inoltre, sono previste specifiche premialità nei criteri dei bandi e nell'erogazione di contributi a favore delle scuole dell'infanzia che realizzano percorsi informativi e formativi sulle tecniche salvavita, sulla prevenzione primaria, sulla disostruzione delle vie aeree in ambito pediatrico, sulla rianimazione cardiopolmonare e sugli elementi di primo soccorso.

La Regione Campania con la Legge regionale 11 aprile 2018, n. 17 sulla diffusione dei concetti di prevenzione primaria quali la disostruzione delle vie aeree e la rianimazione cardiopolmonare, ha voluto promuovere la massima diffusione al maggior numero di persone delle tecniche salvavita di disostruzione delle vie aeree, RCP e primo soccorso in ambiente extraospedaliero oltre a opportune campagne di sensibilizzazione presso le istituzioni scolastiche rivolte a personale docente e non docente, educatori, genitori e studenti.
La diffusione delle informazioni tra i futuri genitori, con l'inserimento nei corsi di preparazione al parto di percorsi informativi e formativi, della conoscenza di tecniche salvavita, disostruzione delle vie aeree con rianimazione cardiopolmonare ed elementi di primo soccorso, con particolare riferimento alle funzioni vitali.
Più recente è la Legge regionale 5 dicembre 2019, n. 27 della Regione Lazio sulle disposizioni per promuovere la conoscenza delle tecniche salvavita della disostruzione delle vie aeree e della rianimazione cardiopolmonare anche con l'impiego del defibrillatore, nonché delle tecniche di primo soccorso. Tra gli interventi vi è l'impegno a promuovere e sostenere la formazione e l'aggiornamento sulle manovre e sulle tecniche di rianimazione cardiopolmonare, con l'uso del defibrillatore semiautomatico esterno, per le persone adulte e in età pediatrica e delle tecniche di primo soccorso; tutto ciò in ambito scolastico, sportivo e ricreativo, nonché per medie e grandi strutture di vendita, esercizi di somministrazione di bevande e alimenti, mercati con elevato flusso di persone, educatori, personale docente, istruttori, genitori, familiari e studenti che frequentano la scuola secondaria di secondo grado, istituti di formazione professionale e operatori di vari settori.
La formazione sulla prevenzione del soffocamento alimentare è attualmente effettuata su base volontaria e i costi sono a carico delle famiglie. Il costo della formazione può rappresentare un onere economico considerevole per le famiglie italiane a basso reddito, e questo crea disuguaglianze nella capacità di accedere alla formazione per la prevenzione del soffocamento. La tempistica dell'erogazione dell'intervento educativo sul soffocamento alimentare è fondamentale e le famiglie dovrebbero essere formate prima che i cibi solidi vengano introdotti nella dieta dei loro figli (di solito intorno ai 6 mesi di età). Idealmente, un po' di formazione dovrebbe essere fornita prima della nascita dei bambini (ad esempio, durante i corsi prenatali). Tuttavia, in Italia, un intervento scolastico rappresenta attualmente il modo più fattibile e realistico per raggiungere il maggior numero possibile di famiglie perché la frequenza scolastica è obbligatoria, mentre non sono obbligatorie altre occasioni di incontro tra genitori futuri e genitori esistenti (ad esempio, il corso prenatale).

Un progetto creato in Italia per riempire il vuoto esistente in quest'area della sicurezza alimentare per contrastare ogni azione che possa provocare incidenti dovuti alla mancata conoscenza o all'assenza di informazione e formazione sull'argomento è stato il Manuale "Zer04uattro: bambini a tavola in sicurezza, nessuno escluso", realizzato nel 2018 con il patrocinio dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il primo lavoro editoriale a livello mondiale che raccoglie, in un'ottica multidisciplinare e complementare, l'impegno dei professionisti protagonisti della prevenzione primaria e secondaria del soffocamento da cibo. Il Manuale è stato presentato a novembre del 2018 a Roma. Gli Autori hanno rinunciato ai diritti di autore ed alla vendita della guida per poterne garantire una distribuzione etica e promuovere la

consapevolezza e la sensibilizzazione sull'importanza della prevenzione primaria e secondaria del soffocamento da cibo. Da questo libro è nato un progetto di formazione promosso dagli Autori, rivolto agli operatori del settore della ristorazione commerciale e collettiva, ai genitori ed a tutti coloro che si occupano dei bambini (insegnanti, operatori sanitari, baby sitter, personale di assistenza, nonni, ecc.), per la riduzione della mortalità attraverso la prevenzione primaria (taglio, manipolazione e somministrazione degli alimenti) e secondaria (manovre di disostruzione e rianimazione cardiopolmonare.
Tale manuale intende lanciare un importante "call to action" verso tutti i soggetti (industria alimentare, ristorazione collettiva, professionisti di sanità pubblica, istituzioni) coinvolti nell'assistenza ai bambini, andando "oltre gli alimenti", per costruire intorno ai più piccoli una dimensione concreta di promozione e tutela della salute, in tutti i luoghi in cui vivono e crescono.

Bibliografia

- Policy Statment: Prevention of Choking Among Childreen - American Academy of Pediatrics (2021)
- *S*usy Safe (Surveillance System on Foreign Body Injuries in Children)
- The Susy Safe project overview after the first four years of activity - International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology (2012)
- Epidemiology and trends of foreign body injuries in the pediatric Emergency Department - Children (2021)
- La sicurezza a Tavola" della SIPPS di Salari, Pastore, Squicciarini (2016)
- Il Manuale "Zer04uattro: bambini a tavola in sicurezza, nessuno escluso" - Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2018)
- Linee di indirizzo per la prevenzione del soffocamento - Ministero della Salute (2017)
- International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces (2023)
- Linee guida RCP - ILCOR (2023)
- Increasing awareness of food choking and nutrition in children through education of caregivers: the CHOP community intervention trial study protocol - BMC Public Health (2019)

CAPITOLO 15 - ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE E MENÙ AL NIDO

Il cibo proposto nei menù per i bambini tra i 12 e i 36 mesi deve essere preparato con alcune attenzioni in più al fine di:

- garantire la sicurezza nutrizionale dei pasti proposti (obbligo documentazione allergeni);
- agevolare la masticazione degli alimenti e prevenire il rischio di soffocamento attraverso il taglio sicuro;
- abituare ai gusti di una sana alimentazione;
- non incentivare il gusto per cibi dolci e salati;
- educare i bimbi alla condivisione del pasto poiché ha un altissimo valore educativo: il cibo è relazione e nutrimento affettivo.

Le "**Linee d'indirizzo per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica**" della regione Veneto (rev. 2022) indicano dei criteri di base per strutturare un menù adeguato:

1. proporre preparazioni che apportino la quota energetica adatta alle diverse fasce d'età;
2. rotazione su 4-5 settimane (con allergeni allegati) sulla base della stagionalità di frutta e verdura;
3. diversificazione delle pietanze attraverso un menù articolato per abituare i bambini ai vari tipi di sapori.

Le esigenze nutrizionali dei bambini in fase di avvio dell'alimentazione complementare, secondo i LARN IV revisione 2014, indicano che tra 1 e 3 anni che la composizione dei pasti principali deve essere così strutturata:

- 50% di carboidrati,
- 40% di grassi nel primo anno di vita e 35% da 1 a 3 anni;
- 10 % di proteine (variazioni tra 8 e 12%) pari a 1,1 g/kg/die.

Al fine di garantire tali fabbisogni nutrizionali al momento del pranzo al nido, che corrisponde a circa il 40% dell'energia giornaliera, proponiamo le grammature degli alimenti adeguate per le fasce 6-12 mesi, 12-24 mesi.

Tabella 2. Grammature e frequenze degli alimenti fascia 7-12 mesi

Alimenti	Grammature 7-12 mesi	Frequenza settimanale delle proteine
Cereali in farina	20-25 g	
Pastina piccola	20-25 g	
Cereali in chicco	20-25 g	
Farina di mais	20-25 g	
Patate (purea)	40-70 g	
Legumi freschi decorticati	20-30 g	3 volte
Legumi secchi decorticati	5-10 g	
Formaggi freschi	20 g	3 volte
Formaggi stagionati	10-15 g	
Yogurt bianco intero	60 g (½ vasetto)	
Pesce fresco	10-30 g	3 volte
Carne fresca	10-30 g	3 volte
Uova	n. 1/2	2 volte
Olio extravergine di oliva	10 g (2 cucchiaini al giorno)	
Frutta fresca	50-80 g	
Verdura cotta (grammatura intesa a crudo)	20-40 g	

Tabella 3. Grammature e frequenze degli alimenti fascia 12-24 mesi

Grammature 12-24 mesi		**Frequenza settimanale delle proteine**
Pasta, riso, farro, orzo	30-40 g	
Pane senza sale	20-30 g	
Prodotti da forno (grissini, crackers non salati)	10-15 g	
Patate	70-80 g	
Legumi freschi decorticati	30-40 g	3 volte
Legumi secchi decorticati	10-20 g	
Formaggi freschi	20-40 g	3 volte
Formaggi stagionati	15-20 g	
Yogurt bianco intero	60 g	
Pesce fresco	30-50 g	3 volte
Carne fresca	30-40 g	3 volte
Uova	n. 1/2	2 volte
Olio extravergine di oliva	10 g	
Frutta fresca	40-80 g	
Verdura cruda	15 g	
Verdura cotta	70 g	

Per quanto riguarda i grassi, 2-3 porzioni di pesce azzurro (trota, sardine, ecc.) alla settimana consentono di raggiungere le assunzioni raccomandate (EFSA) di **grassi n-3 a lunga catena** (pari a 250 mg /die, di cui almeno 100 di DHA).

Analogamente l'utilizzo di olio extravergine di oliva (EVO) risulta avere un effetto positivo sulla pressione arteriosa nelle età successive.

Bibliografia

- Linee d'indirizzo per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica - rev. 2022 - regione Veneto
- LARN IV revisione (2014)

CAPITOLO 16. ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE E PROTEINE

I LARN IV revisione 2014 indicano il fabbisogno proteico per l'età evolutiva in g proteine/kg peso corporeo al giorno. Nella tabella 4. sono stati riportati i fabbisogni di proteine nella fascia di età 6-24 mesi.

Tabella 4. Fabbisogno di proteine - LARN IV revisione 2014

Età (mesi)	Fabbisogno per il mantenimento	Fabbisogno per la crescita	AR	PRI
6	0,66	0,46	1,21	1,41
12	0,66	0,29	1,02	1,23
24	0,66	0,13	0,85	1,05

Ci sono sempre più evidenze scientifiche che riportano il rischio di sviluppare sovrappeso e/o obesità nell'età adulta se vi è un **eccesso di proteine** durante l'allattamento, l'alimentazione complementare e nei primi due anni di vita dei bambini.

I dati della letteratura suggeriscono che tra i 6 e i 24 mesi un apporto proteico al di sopra del limite del 14% di energia (3,5 g/100 kcal) possa favorire lo sviluppo di "**early adiposity rebound"** (sviluppo di obesità).

Bibliografia

- Nutrient Intakes in Early Life and Risk of Obesity - International Journal of Environmental Research and Public Health (2016)
- Protein intake from 0 to 18 years of age and its relation to health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations - Food & Nutrition Research (2013)
- Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: follow-up of a randomized trial - Am J Clin Nutr (2014)

CAPITOLO 17 - ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE E FIBRA ALIMENTARE

La fibra alimentare ha un ruolo indispensabile nella regolazione della funzione intestinale poiché aumenta la massa fecale e accelera il tempo di transito intestinale. I LARN IV revisione 2014 indicano il fabbisogno di fibra alimentare per l'età evolutiva pari a 8,4 g/1000 kcal al giorno.

È auspicabile pertanto proporre quotidianamente frutta fresca e verdura nella fascia d'età 1-3 anni, ma è necessario porre attenzione alle grammature poiché elevati consumi di fibra alimentare possono causare **insufficiente assorbimento di micronutrienti** (calcio, ferro, zinco, vitamine) necessari per un normale sviluppo del bambino. Inoltre i bambini tra i 12 e i 36 mesi presentano una **immaturità intestinale** che rende difficoltosa la gestione di eccessive quantità di fibra.
Le "Linee d'indirizzo per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica" suggeriscono delle grammature per verdura cotta, verdura cruda e frutta fresca (tabella 5.).

Tabella 5. Grammature alimenti ricchi di fibra alimentare.

Alimenti	Grammature 12-24 mesi
Verdura cruda	20
Verdura cotta	60
Frutta fresca	100

Cosa dicono i LARN?	**Esempi di verdura**	**Esempi di frutta**
Età evolutiva: **8,4 g/1000 kcal** Il fabbisogno energetico tra 12 e 36 mesi è di 1000-1100 kcal al giorno **Quantitativo adeguato di fibra ai pasti principali è circa 3 - 4 g.**	60 g di zucchine cotte apportano 0,7 g di fibra 20 g di pomodori apportano 0,4 g di fibra	100 g di mela apportano circa 2 g di fibra 100 di banana apportano 1,8 g di fibra

Si raccomanda, pertanto, di rispettare tali quantità al fine di non superare il fabbisogno di fibra alimentare del pranzo (3,5-4 g), garantire una crescita adeguata e il benessere intestinale dei bambini.

Bibliografia

- LARN IV revisione (2014)

CAPITOLO 18 - MENÙ AL NIDO E DIETE SPECIALI

18.1 ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

L'allergia alimentare è "una reazione avversa che si sviluppa per una risposta immune specifica e riproducibile all'esposizione ad un determinato alimento" e per tale motivo non deve essere confusa con una intolleranza. In questa definizione sono comprese le reazioni immunologiche IgE-mediate e non IgE-mediate. L'allergia alle proteine del latte vaccino (APLV), ad esempio, è in Italia la forma più comune di allergia alimentare in età pediatrica e interessa sino al 3% dei bambini di età inferiore ai 3 anni: una percentuale quindi ridotta rispetto a quella che è la realtà percepita a livello sociale. La diagnosi di supposizione va confermata con il test di provocazione orale (TPO).
L'intolleranza alimentare è, invece, una reazione negativa che dipende da una difficoltà dell'organismo a digerire o metabolizzare un alimento e non coinvolge il sistema immunitario. La causa più comune responsabile di un'intolleranza alimentare è ad oggi il lattosio riscontrabile con il breath test.

Il menù del nido deve avere un elenco di allergeni poiché è necessario avere un'idonea documentazione sanitaria che possa essere messa a disposizione sia delle autorità competenti che dei genitori che lo richiedono (Normativa Reg CE 1169/2011 del Ministero della Salute).
Il menù speciale deve essere fornito ai bambini che presentano una reazione avversa a specifici alimenti o sostanze al loro interno.
Per poter richiedere una Dieta speciale è necessario che i genitori compilino il Modulo B presente nelle "Linee d'indirizzo per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica" e che il certificato medico venga presentato alla scuola solo per reali motivi sanitari.

Bibliografia

- Section on Allergy and Immunology. The Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Hydrolyzed Formulas, and Timing of Introduction of Allergenic Complementary Food - Pediatrics (2019)

CAPITOLO 19 - DIETE PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI

Il Ministero della Salute ha dichiarato che nella mensa scolastica vanno assicurate varianti del menù anche per utenti con particolari esigenze etico-religiose.
Le varianti non sanitarie dei menù (ad es. vegane) possono essere ammesse solo previa richiesta sottoscritta dai genitori.
I genitori potranno tuttavia rapportarsi solo direttamente con l'Ente committente (Comune o Scuola paritaria) o il Gestore del servizio di ristorazione e non è pertanto previsto un parere specifico da parte dell'ULSS per quanto concerne i menù particolari per motivi etico religiosi o culturali.
Le diete vegane possono fornire insufficienti quantità di alcuni nutrienti e risultare sbilanciate e ripetitive nella scelta dei secondi piatti per la difficoltà delle mense scolastiche di garantire e preparare altre fonti proteiche oltre ai legumi.
Sarebbe utile che i genitori richiedenti siano assistiti da professionisti della nutrizione al fine di integrare i nutrienti mancanti negli altri pasti della giornata con il fine ultimo di dare maggior garanzia alla scuola.

CAPITOLO 20 - COME BILANCIARE IL PASTO SERALE IN BASE AL MENÙ DEL NIDO

Il pasto della sera consumato a casa è di fondamentale importanza per la continuità educativa tra la collettività frequentata dal bambino e la famiglia e per rinforzare messaggi salutari appresi al nido. Le incombenze organizzative in una famiglia sono sempre moltissime e tante sono le cose da ricordare quotidianamente. Arrivare alla sera, verificare cosa si ha in casa, decidere cosa cucinare di appetitoso e sano, non è sempre banale e scontato.
Pertanto diventa necessario programmare quanto più possibile il pasto serale così da garantire ai bambini un'alimentazione complessivamente varia ed equilibrata e al contempo facilitare l'organizzazione e la preparazione dei pasti per la famiglia. A questo scopo si suggerisce di valutare il menù scolastico al nido e, sulla base dei pranzi proposti, impostare un **menù settimanale** cercando di rispettare le frequenze dei secondi piatti descritte nella tabella 6. Cereali, frutta, verdura, olio extravergine di oliva vanno proposti tutti i giorni sia a pranzo che a cena.

Tabella 6. Frequenza settimanale dei secondi piatti

Secondi piatti	Frequenza settimanale
Formaggio	2
Carne	3
Pesce	3
Legumi	4
Uova 1/2	2

I genitori al momento della cena dovrebbero ricordare che sta a loro decidere cosa proporre, ma spetta al bambino quanto mangiare prestando attenzione al suo segnali di fame e sazietà.

CAPITOLO 21 - EDUCAZIONE A TAVOLA: UNA PALESTRA PER IL GUSTO

Durante la transizione dall'alimentazione lattea esclusiva all'alimentazione complementare i bambini apprendono moltissime cose sul cibo. Infatti l'alimentazione complementare rappresenta una fase sensibile e strategica per favorire l'accettazione e il gradimento di nuovi sapori e consistenze a breve e lungo termine e, di conseguenza, l'instaurarsi di buone abitudini alimentari che avranno un ruolo protettivo nei confronti delle malattie cronico-degenerative.
I bambini hanno una preferenza per il gusto dolce e salato innata e dovuta all'evoluzione. Questa loro caratteristica ha rappresentato un vantaggio quando cibi ad alta densità energetica e minerale erano scarsi, ma tende ad essere uno svantaggio nell'attuale ambiente obesogenico.
Ad ogni modo le **preferenze dei bambini** per la maggioranza dei cibi sono fortemente influenzate dall'**apprendimento** e dall'**esperienza.**
Genitori e caregiver giocano un ruolo fondamentale nello stabilire buone abitudini alimentari, inizialmente modificando la preferenza innata dei bambini e poi continuando a proporre gli alimenti con il fine ultimo di accrescere l'accettabilità di sapori differenti. È perciò importante **non offrire zucchero** in forma concentrata (es. dolci, gelati) **fino a che il bambino non abbia avuto la possibilità di sperimentare altri sapori**, in particolare verdura e frutta, e di sviluppare una preferenza per gli stessi.
Le preferenze per gli alimenti sani sviluppate persistono anche negli anni successivi. Infatti, i bambini che sono stati esposti ad una maggiore varietà di vegetali durante l'alimentazione complementare introducono una più ampia varietà di alimenti fino ai 6 anni successivi. Tale evidenza scientifica sottolinea l'importanza di ottimizzare la varietà alimentare durante l'alimentazione complementare.

21.1 I BAMBINI E I CIBI NUOVI: COME AFFRONTARE I RIFIUTI ED EDUCARE AL NUOVO SAPORE

La neofobia alimentare è il rifiuto di cibi nuovi o non familiari, sia in termini visivi che di sapore ed ha un picco tra i 2 e i 6 anni di vita. Rappresenta una fase fisiologica che si risolve grazie ad efficaci atti educativi.
È importante che i bambini, per i quali tutti i cibi sono inizialmente sconosciuti, siano esposti ripetutamente a nuovi alimenti per stabilire uno schema di accettazione di cibi salutari.

È stato ripetutamente dimostrato che per raggiungere tale scopo con un'elevata percentuale di successo possono essere necessari da 8 a 10 assaggi (talora fino a 15) di ciascun nuovo singolo alimento, ripetuti a distanza di pochi giorni in un ambiente positivo, senza esercitare pressioni sul bambino. Se il rifiuto iniziale viene interpretato come definitivo, probabilmente quel cibo non sarà offerto di nuovo e si perderà l'occasione per sperimentare un'ampia gamma di esposizione ed accettazione di nuovi alimenti e sapori.

Il contesto del nido offre grandi opportunità per contribuire al raggiungimento di tale obiettivo, considerata la minore ricaduta degli aspetti emozionalmente coinvolgenti sugli educatori e l'elevata componente socio educativa del loro operato.

Bibliografia

- Complementary feeding: A Position Paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition: Mary Fewtwll et all (2017)
- LARN IV revisione (2014)