

Journal of Biomedical Practitioners

JBP

Periodico per le professioni biomediche a carattere tecnico - scientifico - professionale

Titolo articolo / Article title:

Indagine delle abitudini e dei comportamenti alimentari durante lo svezzamento di soggetti affetti da DCA

Survey of eating habits and behavior during weaning of subjects with ED

Autori / Authors: S. Forli, A. Barale, L. Pennacchi

Pagine / Pages: 1-21, N.1, Vol.2 - 2018

Submitted: 29 November 2017 – *Revised:* 1 December 2017 – *Accepted:* 18 January 2018 – *Published:* 2 May 2018

Contatto autori / Corresponding author: Sara FORLI, forli.sara@gmail.com

Open Access journal – www.ojs.unito.it/index.php/jbp – ISSN 2532-7925



Opera distribuita con Licenza Creative Commons.

Attribuzione – Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale.

Questa Rivista utilizza il [Font EasyReading®](http://www.easyreading.com), carattere ad alta leggibilità, anche per i dislessici.

Periodico per le professioni biomediche a carattere tecnico – scientifico – professionale

Direttore responsabile: Francesco Paolo SELLITTI

Direttore di redazione: Antonio ALEMANNO

Comitato di redazione:

Editors: Antonio ALEMANNO, Mario CORIASCO,
Simone URIETTI, Annamaria VERNONE,
Sergio RABELLINO, Francesco SCIACCA,
Alessandro CICERALE, Chiara MARTINI

Journal manager e ICT Admin: Simone URIETTI, Annamaria VERNONE

Book manager: Francesco P. SELLITTI, Mario CORIASCO

Graphic Design Editor Francesco P. SELLITTI, Mario CORIASCO,
Sergio RABELLINO

Comitato scientifico:

Prof. Roberto ALBERA	Dott. Federico D'AGATA	Dott. Grazia Anna NARDELLA
Dott. Alberto BALDO	Dott. Patrizio DI DENIA	Dott. Salvatore PIAZZA
Prof. Nello BALOSSINO	Dott. Chiara FERRARI	Prof. Lorenzo PRIANO
Prof. Paolo BENNA	Prof. Diego GARBOSSA	Ing. Sergio RABELLINO
Prof. Mauro BERGUI	Dott. Luciana GENNARI	Dott. Elisa RUBINO
Dott. Salvatore BONANNO	Dott. Gianfranco GRIPPI	Dott. Saverio STANZIALE
Prof. Gianni Boris BRADAC	Prof. Caterina GUIOT	Dott. Lorenzo TACCHINI
Dott. Gianfranco BRUSADIN	Dott. Chiara MARTINI	Dott. Ersilia TROIANO
Prof. Alessandro CICOLIN	Prof. Alessandro MAURO	Dott. Irene VERNERO
Dott. Mario Gino CORIASCO	Dott. Sergio MODONI	

SOMMARIO / TABLE OF CONTENTS Numero 1, Volume 2 - 2018

1	<i>Indagine delle abitudini e dei comportamenti alimentari durante lo svezzamento di soggetti affetti da DCA</i> <i>Survey of eating habits and behaviors during weaning of subjects with ED</i>	S. Forli, A. Barale, L. Pennacchi
22	<i>Indagine in merito alla gestione alimentare del paziente pediatrico</i> <i>Survey on the food management of pediatric patients</i>	B. M. Baldacci, A. Barale
39	<i>Misure elettrofisiologiche dell'efficacia della riabilitazione attraverso neurofeedback in una popolazione afasica</i> <i>Electrophysiological measures of efficacy in neurofeedback rehabilitation of aphasic patients</i>	S. Vighetti, A. Piedimonte, E. Carlino, E. Frisaldi, M. T. Molo
49	<i>Tecniche di Breath - Hold a confronto nel trattamento del carcinoma mammario</i> <i>Breath - Hold Techniques compared in the breast cancer treatment</i>	C. Macaudo, E. Infusino, D. Miccolis, A. Montagnoli, C. Dionisi

Periodico per le professioni biomediche a carattere tecnico - scientifico - professionale

SOMMARIO / TABLE OF CONTENTS Numero 1, Volume 2 - 2018

- 67 *Tecniche di radiologia convenzionale e TC nell'impingement di anca, guidate da uno studio biomeccanico applicato*
Conventional radiology and CT techniques in hip impingement, guided by an applied biomechanical study

T. Prioeschi, W. Abdullah, L. Della Sala

Indagine delle abitudini e dei comportamenti alimentari durante lo svezzamento di soggetti affetti da DCA

Survey of eating habits and behaviors during weaning of subjects with ED

Sara Forli¹, Alice Barale², Loretta Pennacchi³

¹ Dietista libero professionista - Rosignano Solvay (Livorno)

² Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

³ Centro "Arianna", Pisa

Abstract

Obiettivo dello studio

Lo svezzamento rappresenta, oltre agli aspetti più strettamente nutrizionali, una fase della crescita e dello sviluppo delicata e sensibile, in grado di influenzare la relazione del bambino con gli adulti che lo accudiscono e il suo comportamento alimentare, anche a lungo termine. L'obiettivo di questo studio è indagare le abitudini e i comportamenti alimentari durante la prima infanzia, di soggetti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), rilevandone in particolare le modalità di svezzamento. I risultati sono stati poi confrontati con un'indagine analoga condotta su un gruppo di individui che non presentavano una diagnosi di DCA (gruppo di controllo).

Metodi

L'indagine è stata condotta su due gruppi di adolescenti di genere femminile di età compresa tra i 12 e i 24 anni. Il gruppo casi è composto da 30 soggetti seguiti presso il centro "Arianna" di Pisa e la Fondazione "Stella Maris" di Calambrone (PI). Il gruppo controllo è costituito anch'esso da 30 soggetti reclutati presso il comune di Rosignano Marittimo.



Per entrambi i gruppi è stata valutata l'età, il peso alla nascita, l'età del menarca e in caso di DCA l'età di esordio del disturbo.

Questionario

Come metodo di indagine è stato utilizzato un questionario ricavato modificando in parte il Test ICAP - Individuazione Comportamenti Alimentari Problematici. Il questionario è composto da 35 domande divise in due parti, una alimentare e una comportamentale:

- **PARTE ALIMENTARE:** riguarda l'andamento del peso nei primi anni, il timing di allattamento al seno e svezzamento.
- **La PARTE COMPORTAMENTALE:** indaga l'atteggiamento del bambino a tavola (se stava seduto, se era distratto, se mangiava velocemente o lentamente) e i pasti della famiglia in generale (se venivano consumati tutti insieme e allo stesso orario).

Il questionario è stato somministrato alle madri e ai padri, o ad altri familiari, dei soggetti partecipanti allo studio.

Risultati

Una delle domande del questionario chiedeva se il bambino fino a 3 anni di vita risultava essere sovrappeso. I risultati hanno dimostrato una differenza significativa tra i due gruppi: il sovrappeso è associato al gruppo controllo.

Per quanto riguarda l'allattamento al seno, anche se non è presente una differenza significativa, circa il 40% di entrambi i gruppi non è stato allattato al seno nonostante l'Organizzazione Mondiale della Sanità lo raccomandi in modo esclusivo nei primi sei mesi di vita come pratica di salute pubblica per tutta la popolazione mondiale.

Un aspetto importante che emerge dall'indagine effettuata, anche se non presente la significatività, è che circa il 40% di entrambi i gruppi è stato svezzato prima dei sei mesi di vita nonostante l'European Food Safety Authority ritenga che il latte materno sia sufficiente a soddisfare le esigenze nutrizionali nella maggior parte dei lattanti sino ai 6 mesi.

È stato chiesto ai genitori se riproponevano gli alimenti non graditi alle figlie e, anche se i risultati non sono significativi, è importante notare come buona parte degli intervistati non hanno riproposto gli alimenti.

Il questionario indagava l'utilizzo del succhiotto; risulta esserci una differenza significativa tra i due gruppi in particolare l'utilizzo del succhiotto è associato al gruppo controlli.

È stato osservato un trend di significatività che associa chi è stato forzato a mangiare al gruppo casi.

Dal questionario risulta inoltre in modo significativo come la non condivisione dei pasti in famiglia sia associata allo sviluppo di disturbi alimentari da parte delle pazienti. Infine abbiamo rilevato un'associazione tra chi non consumava i pasti insieme alla famiglia e chi è stato forzato

a mangiare, trascurando che il momento del pasto costituisce uno degli aspetti più significativi della vita.

Conclusioni

I risultati del presente studio indicano che alcuni comportamenti adottati dai genitori durante lo svezzamento sono significativamente presenti nei casi con diagnosi di DCA.

Parole chiave: DCA, Svezzamento, Disturbo del Comportamento Alimentare

English Abstract

Goals

Weaning is, in addition to the most strictly nutritional aspects, a delicate and "sensitive" phase of growth and development, able to influence the child's relationship with the adults who care for him and his eating behavior, even in the long term.

The aim of the study is to investigate the eating habits and behaviors during early childhood, of subjects affected by Eating Disorders (ED), noting particularly the weaning methods.

The results were then compared with a similar study conducted on a group of individuals who did not have a diagnosis of ED (control group).

Methods

The survey was conducted on two groups of adolescent females aged between 12 and 24 years. The case group consists of 30 subjects followed at the Centro Arianna of Pisa and the Fondazione Stella Maris of Calambrone. The control group is also made up of 30 people recruited in the seaside town of Rosignano Marittimo (Livorno, Italy). For both groups age, birth weight, age of menarche, and in the event of an Eating Disorder, age of onset of the disorder, were assessed.

Questionnaire

We modified the Test ICAP - (Detecting Problematic Eating Behaviour) "Individuazione Comportamenti Alimentari Problematici" and obtained a questionnaire that was used as a survey method. The questionnaire consists of 35 divided questions in two parts, one about food and one behavioral.

FOOD: it relates to the weight trend in the early years, the timing of breastfeeding and weaning.

BEHAVIOR: demonstrate the attitude of the child at the table (if he was sitting, if he was distracted, if he was eating fast or slowly) and family meals in general (if they were consumed all together and at the same time).

The questionnaire was given to mothers and fathers or other family members of the subjects of both groups.

Results

One of the questionnaire questions asked whether the child up to 3 years of life was overweight. The results showed a significant difference between the two groups: the overweight is associated with the control group. Regarding breastfeeding, even though there is no significance, about 40% of both groups have not been breastfed despite the fact that the World Health Organization recommends breastfeeding exclusively for the first six months of life as a public health practice for the entire world population. Although there is no significance, one important point to note is that about 40% of both groups have been weaned before six months of life, despite the fact that the European Food Safety Authority suggests that breast milk is sufficient to meet the needs nutrition in most infants up to 6 months. Parents were asked if they re-proposed to their daughter food previously refused, and although the results are not significant, it is important to note that most of the two groups have not re-proposed the foods. The questionnaire investigated the use of the pacifier and there is a significant difference between the two groups, in particular, the use of the pacifier is associated with the control group. A significance trend has been observed associating to the case group who has been forced to eat. In the questionnaire we also investigated the context of family meals, the non-sharing of family meals with patients with Eating Disorders was significant. Finally, we found an association between those who did not eat meals with the family and those who were forced to eat, neglecting that mealtime is one of the most significant aspects of life.

Conclusions

The results of this study indicate that some behaviours adopted by parents during weaning are significantly present in cases with Eating Disorder diagnosis.

Key words: ED, Eating Disorder, Weaning

Introduzione

Con il termine svezzamento (più propriamente avvio dell'alimentazione complementare) si intende il passaggio da un'alimentazione esclusivamente lattea ad un'alimentazione semi-solida e poi solida, caratterizzata dalla progressiva introduzione dei cosiddetti "alimenti complementari", cioè alimenti diversi dal latte. Questo passaggio deve avvenire 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 vitamine¹.

Lo svezzamento rappresenta, oltre agli aspetti più strettamente nutrizionali, una fase delicata e sensibile della crescita e dello sviluppo, in grado di influenzare la relazione del bambino con gli adulti che lo accudiscono e il suo comportamento alimentare, anche a lungo termine. È di importanza primaria permettere che il bambino metta in pratica le potenzialità di cui dispone affinché possa acquisire consapevolezza critica dei propri segnali interni e dei propri bisogni quali l'aver fame, l'essere sazio. Se le figure di accudimento hanno tenuto comportamenti adeguati e congrui, il piccolo imparerà a poco a poco a distinguere in maniera differenziata le sue

reali necessità (ad esempio, riconoscere la fame come bisogno di mangiare), a diventarne consapevole e a esprimerle, agendo in modo appropriato per ottenerne il soddisfacimento; egli riuscirà in tal modo a organizzare il proprio sistema fame/sazietà in modo efficace. Se il cibo viene usato invece indiscriminatamente come meccanismo consolatorio universale o strumento di premio-punizione, il bambino può sviluppare un'organizzazione alimentare confusa in cui i confini dei bisogni alimentari (fame, sazietà) si intersecano con altre richieste affettive che nulla hanno a che fare con il bisogno fisiologico di mangiare, portando alla "confusione" dei segnali e alla tendenza a rispondere con la richiesta di cibo a qualsiasi stato di disagio.

Il cibo ha un'importante valenza affettiva e di identificazione sociale con le figure significative per il piccolo: mangiare insieme e condividere lo stesso cibo con i genitori, i fratelli, i nonni, gratifica il bambino e contribuisce a confermarci la sua identità e il suo senso di appartenenza affettiva e sociale al gruppo familiare.

Compiti educativi dei genitori sono:

- riconoscere, rispettare e sostenere la capacità del piccolo di sapersi regolare da sé riguardo alla "quantità" di cibo che gli è necessaria (capacità innata di autoregolazione) e alle sue crescenti abilità psicomotorie che gli permettono di fruire in modo sempre più autonomo del cibo;
- indirizzarlo correttamente verso la scelta di una varietà sufficiente di alimenti "qualitativamente" salutari, attraverso l'esempio personale che rappresenta il più influente modello di riferimento per l'apprendimento di sane abitudini.

Le abitudini alimentari acquisite nei primi 2 anni di vita tendono a persistere successivamente e se correttamente orientate sul piano relazionale e nutrizionale, rappresentano un importante fattore di tutela e promozione della salute psicofisica dell'individuo anche nel lungo termine. La posta in gioco riguarda perciò aspetti fondamentali della salute psicofisica del bambino: l'esperienza/conoscenza di sé e dell'ambiente, le radici della fiducia in sé stesso e lo sviluppo dell'autonomia, lo sviluppo del comportamento alimentare e l'apprendimento delle abitudini alimentari familiari².

Il lavoro di ricerca di Melanie Klein è strettamente collegato alla lunga pratica analitica con i bambini e ha dato un grosso contributo alla conoscenza dello sviluppo psicologico dei primissimi tempi di vita del bambino. Particolare rilievo è stato dato al mondo interno del bambino, agli oggetti interni buoni (le esperienze gratificanti) e cattivi (le esperienze frustranti), alle fantasie inconsce, ai processi di proiezione e alle angosce, alle difese, al tipo di relazione oggettuale cioè al tipo di rapporto del bambino con l'oggetto emotivo che dapprima è costituito dalla madre e poi dalle altre persone.

Doveva esserci una relazione intima tra le reazioni di tipo psicotico e depressivo dello sviluppo normale del bambino e la malattia psichica vera e propria dell'adulto. Infatti, ella afferma l'esistenza di tratti psicotici "fisiologici" nel neonato e ne studia la possibilità di fissazione ed il potenziale evolvere verso una struttura di personalità con caratteri patologici. Nel descrivere lo sviluppo del bambino nel primo anno di vita la Klein distingue la posizione schizoparanoide e

la posizione depressiva; non parla di stadi o fasi proprio per indicare il carattere di mobilità e non un semplice stadio di passaggio (l'individuo può oscillare continuamente tra le due posizioni).

POSIZIONE SCHIZOPARANOIDE (primi 3-4 mesi di vita)

Il bambino vive la madre come "oggetto parziale" cioè quando la madre soddisfa i suoi bisogni primari, quando è presente e lo allatta, ella è sentita come oggetto buono; è invece oggetto cattivo quando è assente e lo frustra nei suoi desideri. In questa fase non ci sono i sensi di colpa per le pulsioni aggressive contro la madre quando lo frustra. Infatti, per il bambino la madre non è ancora riconosciuta come "oggetto totale", cioè come colei che somma aspetti frustranti e aspetti gratificanti.

Il bambino, fin dall'inizio della vita, è dominato da due istinti:

- una pulsione aggressiva, distruttiva (istinto di morte)
- una pulsione d'amore o libido.

POSIZIONE DEPRESSIVA (dai 3-4 ai 6 mesi)

Il bambino inizia a percepire la madre come "oggetto totale" che unifica in sé sia aspetti buoni che cattivi. Ora che la madre buona e cattiva non sono più separate, il bambino percepisce i suoi impulsi distruttivi come pericolosi, in quanto danneggiano la madre. Da ciò derivano il senso di colpa e l'angoscia depressiva che si risolvono con la riparazione e la sublimazione dell'aggressività.

Nella riparazione l'istinto di vita prevale su quello di morte. La Klein ci insegna che è fondamentale per la "struttura" della personalità il raggiungimento della posizione depressiva che si ha nella misura in cui le pulsioni libidiche e l'amore prevalgono sulle pulsioni distruttive e di annientamento.

La strutturazione psicotica avviene secondo la Klein quando il bambino non riesce a passare dalla posizione schizoparanoide alla posizione depressiva. Infatti, la capacità di fronteggiare il senso di colpa è condizionata dalla fase precedente, dal fatto che il bambino sia riuscito a mantenere dentro di sé le qualità buone della madre.

Se l'ambiente non è stato sufficientemente gratificante, ciò non accade ³.

Secondo le Linee Guida ¹, lo svezzamento inteso come integrazione di cibi solidi e semisolidi (biscotti, frutta, pappe, minestrine) all'alimentazione con solo latte (materno o formula adattata per il primo semestre) si può iniziare dai 6 mesi di vita.

Normalmente fino all'età di sei mesi circa, i bambini non sono in grado di assumere cibi diversi dal latte. La ragione sta nel fatto che i meccanismi di assunzione del latte, alimento liquido, con la suzione sono del tutto diversi da quelli necessari per l'assunzione di cibi semisolidi o solidi con un cucchiaino. Volendo ad ogni costo forzare i tempi, le difficoltà che si incontrano nell'avviare e mantenere la somministrazione di cibi solidi, sono tali e tante da favorire nei bambini la comparsa di vere e proprie patologie del comportamento alimentare e, nella famiglia nel suo

insieme, seri disturbi relazionali. Inoltre, anche l'introduzione della sola frutta non è affatto innocua, in quanto assimilabile ad uno svezzamento improprio, perché, sostituendosi comunque ad una parte di latte, sottrae una quota di nutrimento di qualità più elevata ⁴.

Un team di ricerca formato da due donne nel Regno Unito ha scoperto che dare ai bambini cibi solidi per svezzarli offre due benefici: uno, questi bambini hanno maggiori probabilità di sviluppare preferenze più sane per quanto riguarda il cibo e due, hanno minori probabilità di diventare bambini sovrappeso rispetto a quelli che consumano cibi omogeneizzati con il cucchiaino. Presentato sul *British Medical Journal (BMJ) Open*, lo studio fornisce nuove notizie su come uno specifico metodo di svezzamento possa influenzare le preferenze per gli alimenti e l'indice di massa corporea (IMC) nella prima infanzia. Le ricercatrici dell'Università di Nottingham hanno esaminato 155 bambini di età compresa tra i 20 mesi e i 6,5 anni. I loro genitori, che si sono offerti volontari a partecipare allo studio, hanno completato un questionario riguardante la loro esperienza di alimentazione dei bambini e il metodo di svezzamento da loro usato. In tutto, 92 genitori hanno usato lo svezzamento guidato dal bambino, nel quale al bambino si permette di scegliere da una varietà di cibi solidi da mangiare con le mani a partire dai 6 mesi di età; 63 genitori hanno usato la tradizionale alimentazione con il cucchiaino, che prevede che i bambini mangino puree morbide. Le due ricercatrici hanno identificato differenze significative nelle preferenze per una sola categoria di alimenti: il gruppo dello svezzamento guidato dal bambino preferiva i carboidrati rispetto ai bambini nutriti con il cucchiaino. Ai primi piacevano di più i carboidrati mentre ai secondi piacevano di più le pietanze dolci. Le ricercatrici hanno scoperto più bambini sottopeso nel gruppo guidato dal bambino e più bambini obesi nell'altro gruppo. Sulla base di questi risultati, i bambini svezzati con il metodo guidato dal bambino imparano a regolare la propria assunzione di cibo in un modo che risulta in un più basso IMC e una preferenza per i cibi sani ⁵.

Una ricerca clinica condotta su 56 bambini in età prescolare con sintomatologia riconducibile ad un DCA, ha messo in evidenza che sono tendenzialmente bambini che crescono:

- in un ambiente familiare iperprotettivo
- in un clima di preoccupazione circa il loro stato fisico e la loro salute
- con scarsi contatti extra-familiari.

Fattori potenzialmente predisponenti l'insorgenza del sintomo DCA:

- lo sviluppo neuro-psicomotorio in ritardo non sostenuto da una patologia neurologica;
- la familiarità per patologia psichiatrica;
- le problematiche all'allattamento;
- le problematiche allo svezzamento;
- la preoccupazione per le condizioni di salute nel primo anno di vita;
- l'insorgenza di altre patologie nel primo anno di vita.

Tali dati sembrano essere accumulati da un clima di preoccupazione per la salute. Le problematiche all'allattamento ed allo svezzamento sembrano già essere una precoce manifestazione della patologia ⁶.

Materiali e Metodi

Partecipanti

L'indagine è stata condotta su due gruppi di adolescenti/giovani adulti di genere femminile di età compresa tra 12 e i 24 anni. Il gruppo di studio, affetto da DCA, è costituito da utenti afferenti al Centro Arianna di Pisa e al reparto dedicato presso la Fondazione Stella Maris di Calambrone (PI) e il gruppo di controllo è stato reclutato tra ragazze residenti nel comune di Rosignano Marittimo. Il *gruppo Casi* è composto da n.30 soggetti, con età media di $17,3 \pm 2,4$ anni, peso alla nascita medio $3,3 \pm 0,4$ kg, età del menarca media $12,3 \pm 1,2$ anni, con età dell'esordio di DCA media $14,8 \pm 0,4$ seguiti presso il Centro Arianna di Pisa e la Fondazione Stella Maris di Calambrone (PI). Il *gruppo Controlli* è formato da n.30 soggetti, con età media di $16,6 \pm 2,6$ anni, peso alla nascita medio $3,3 \pm 0,6$ kg, età del menarca media $12,6 \pm 1,5$ anni reclutati presso il Comune di Rosignano Marittimo.

Lo studio è stato condotto nel periodo di maggio 2017 – ottobre 2017

Questionario

Ai fini della rilevazione dei dati è stato redatto un questionario ad hoc (riportato in Appendice) e somministrato a madri, padri o altri familiari di soggetti partecipanti allo studio. Il questionario utilizzato in questo studio è stato ricavato da un questionario per l'età evolutiva (ICAP individuazione comportamenti alimentari problematici) ⁷, validato su un campione di 955 soggetti e modificato in parte, in particolare sono state aggiunte domande specifiche sullo svezzamento. Il questionario è diviso in due parti, una *alimentare* e una *comportamentale*.

Nella parte alimentare si indaga l'andamento del peso nei primi anni, il timing di allattamento al seno e svezzamento, i comportamenti del bambino verso il cibo (se accettava tutti gli alimenti, e finiva le porzioni) e il comportamento dei genitori qualora il bambino non accettasse determinati cibi (se venivano riproposti oppure venivano usati altri alimenti pur di far mangiare il bambino). Nella parte comportamentale si indaga l'atteggiamento del bambino a tavola (se stava seduto, se era distratto, se mangiava velocemente o lentamente) e i pasti della famiglia in generale (se venivano consumati tutti insieme).

Analisi statistica

I dati categorici sono stati riassunti con misure di frequenza, quelli quantitativi con media e deviazione standard. Per valutare la normalità delle distribuzioni delle variabili quantitative (età, peso alla nascita e età del menarca) è stato utilizzato il test di Kolmogorov-Smirnov. È stata effettuata un'analisi univariata dei fattori di rischio di DCA attraverso il test 't' di Student (a due code) per le variabili quantitative e il test 'Chi Quadrato' per quelle categoriali. Tutte le variabili risultate significative ai test univariati sono state analizzate insieme in un modello multivariato di regressione logistica binaria per valutare l'impatto di ciascuna variabile nello sviluppo di DCA. La significatività è stata fissata con una P-value < 0.05. Tutte le analisi, descrittive e inferenziali, sono state effettuate con il software SPSS v.24 per Windows.

Risultati

Alla domanda "allattamento esclusivo al seno" risulta che il 56% dei CASI e il 60% dei CONTROLLI è stato allattato esclusivamente al seno, pertanto non è presente una differenza significativa. Inoltre veniva chiesta la durata in mesi dell'allattamento: il gruppo CASI è stato allattato una media di 9,2 mesi, mentre il gruppo CONTROLLI è stato allattato una media di 7,5 mesi.

Nella domanda n° 9 viene chiesto se lo svezzamento è stato iniziato prima dei 6 mesi di vita della bambina. Il 41% dei CASI e il 40% dei CONTROLLI hanno risposto SI, in questo caso non c'è una differenza significativa. La maggior parte dei soggetti di entrambi i gruppi che ha risposto in maniera affermativa ha dichiarato che lo svezzamento è stato introdotto intorno al quarto mese.

Nella domanda n° 13 viene chiesto se i genitori riproponevano gli alimenti non accettati dalla bambina. Il 56% dei casi ha risposto SI, il 44% NO. Il 37% dei controlli ha risposto SI, il 63% NO, quindi non c'è una differenza significativa tra i due gruppi.

Alla domanda "il bambino ha utilizzato il succhiotto" il 53% dei CASI ha risposto SI, il 47% NO. L'83% dei CONTROLLI ha risposto SI, il 17% NO. Risulta quindi una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi (p-value 0,014), ovvero il non utilizzo del succhiotto è associato al gruppo CASI.

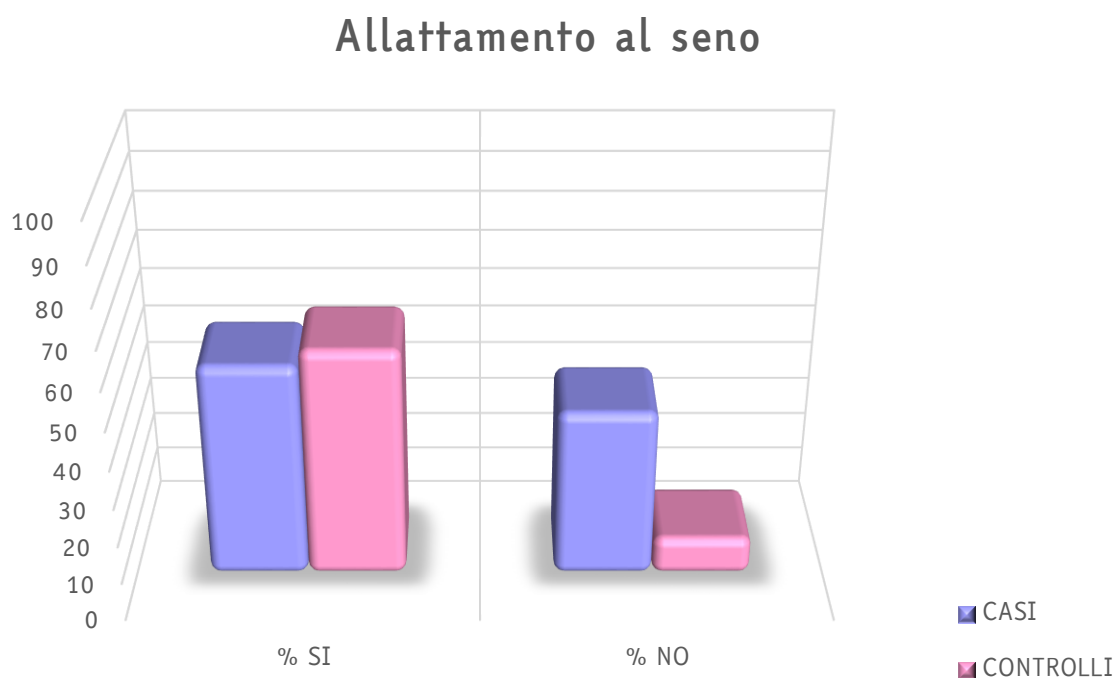


Grafico 1: rappresentazione a istogramma delle percentuali rilevate sul gruppo dei casi e sul gruppo di controllo sull'allattamento esclusivo al seno. Non è risultata una differenza significativa tra i casi (56%, durata media allattamento 9,2 mesi) ed il gruppo di controllo (60%, durata media 7,5 mesi).

Svezzamento antecedente ai 6 mesi

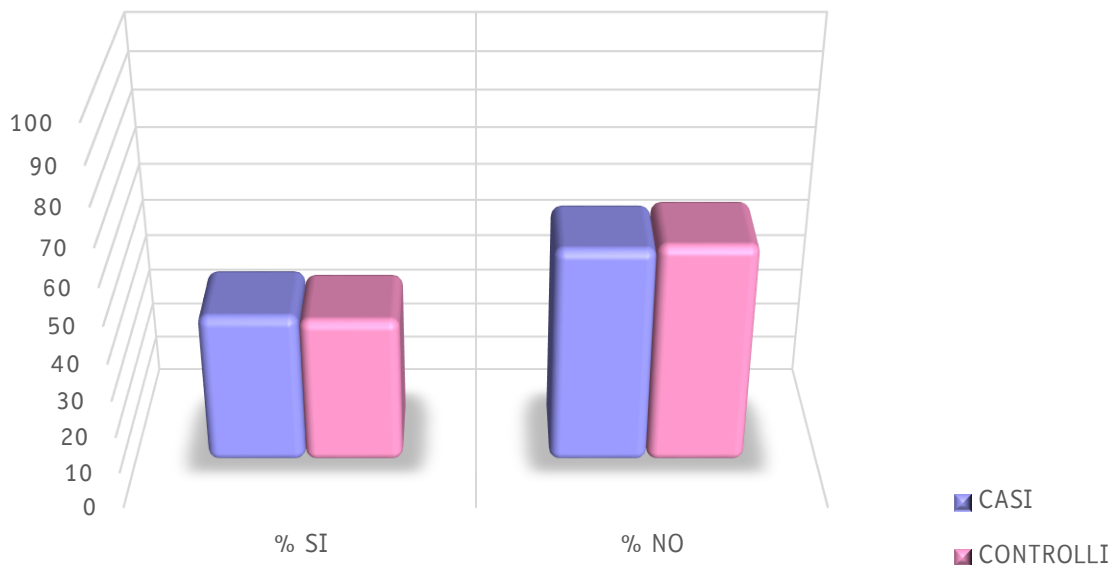


Grafico 2: rappresentazione a istogramma delle percentuali rilevate sullo svezzamento avvenuto prima del compimento del 6° mese di età. Non emerge una differenza significativa tra il gruppo CASI (41% SI, 59% NO) ed il gruppo di CONTROLLO (40% SI, 60% NO).

Riproposizione alimenti non graditi

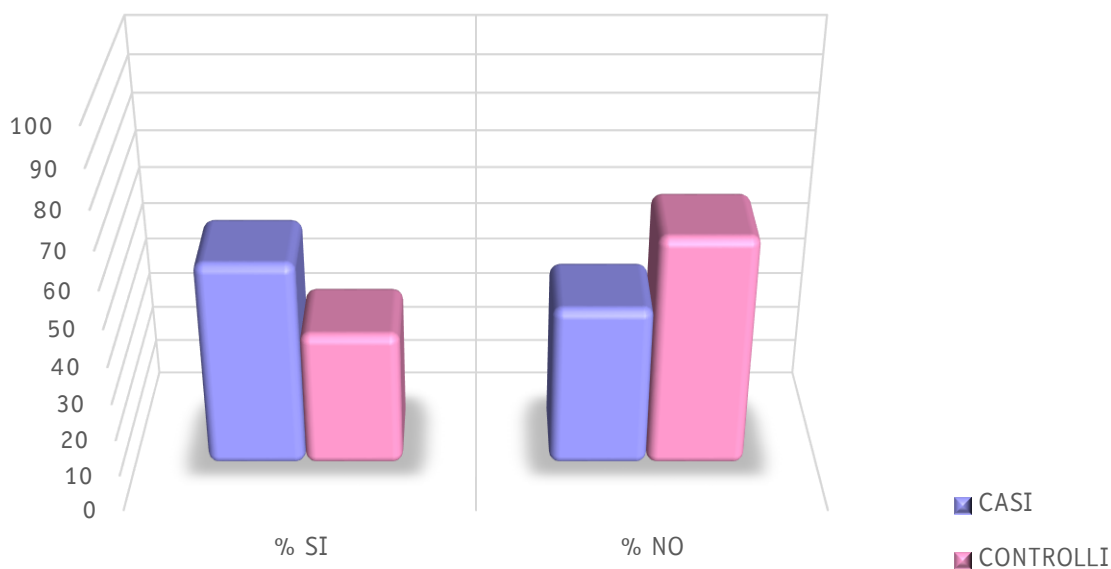


Grafico 3: rappresentazione delle percentuali di coloro a cui durante lo svezzamento venivano riproposti alimenti che non erano accettati. Non vi sono significative differenze tra gruppo dei CASI (56% SI, 44% NO) ed il gruppo di CONTROLLO (37% SI, 63% NO)

Utilizzo di succhiotto / biberon

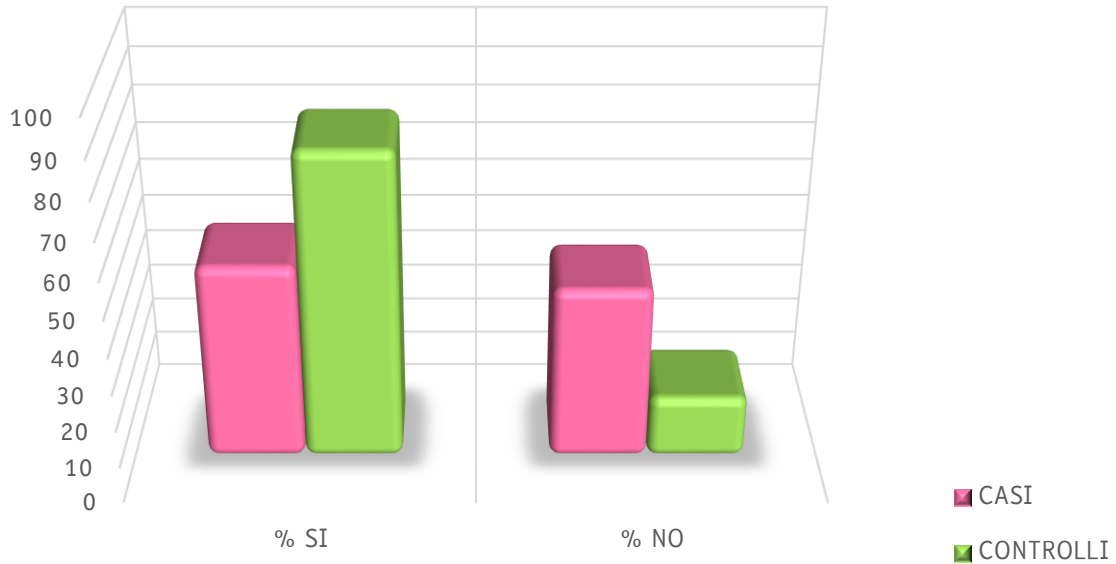


Grafico 4: Percentuali di l'utilizzo del succhiotto. Il 53% dei CASI ha risposto SI, il 47% NO. L'83% dei CONTROLLI ha risposto SI, il 17% NO. La differenza tra i due gruppi (p-value 0,014) è statisticamente significativa, ovvero il non utilizzo del succhiotto è associato al gruppo CASI

Forzati a mangiare

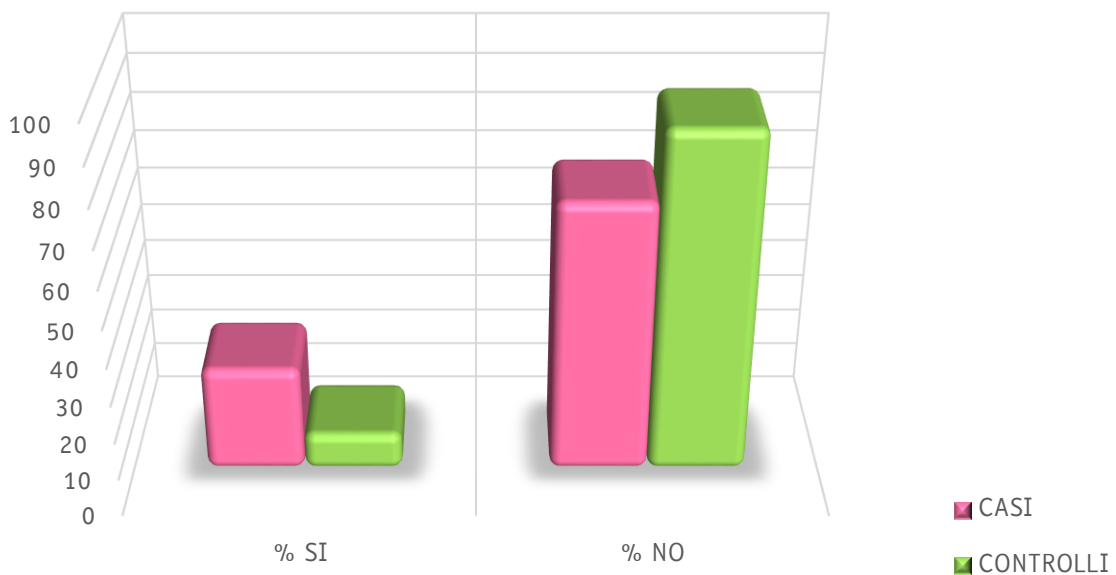


Grafico 5: rappresentazione a istogramma delle percentuali rilevate sul gruppo dei casi e sul gruppo di controllo di chi veniva forzato a mangiare (p-value = 0,071). Gruppo CASI, 28% di risposte "SI", 72% di risposte "NO". Gruppo CONTROLLI, 10% di risposte "SI", 90% di risposte "NO"

Pasti a orario fisso e con la famiglia

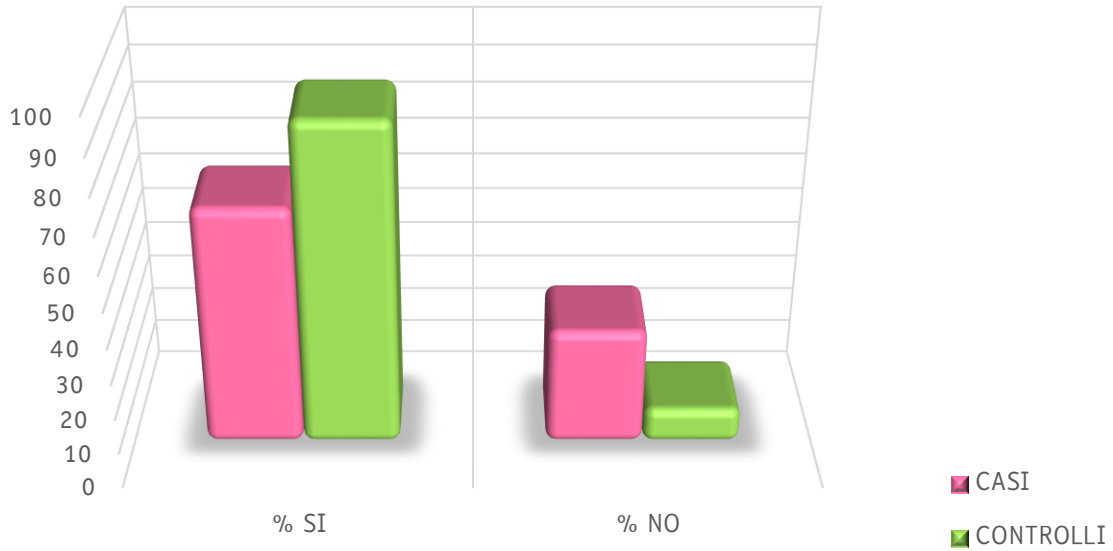


Grafico 6: rappresentazione a istogramma delle percentuali rilevate sul gruppo dei casi e sul gruppo di controllo di chi prendeva il pasto ad orari regolari ed insieme alla famiglia (p -value = 0,038). Gruppo CASI, 67% di risposte "SI", 33% di risposte "NO". Gruppo CONTROLLI, 90% "SI", 10% "NO".

Bambino forzato a mangiare

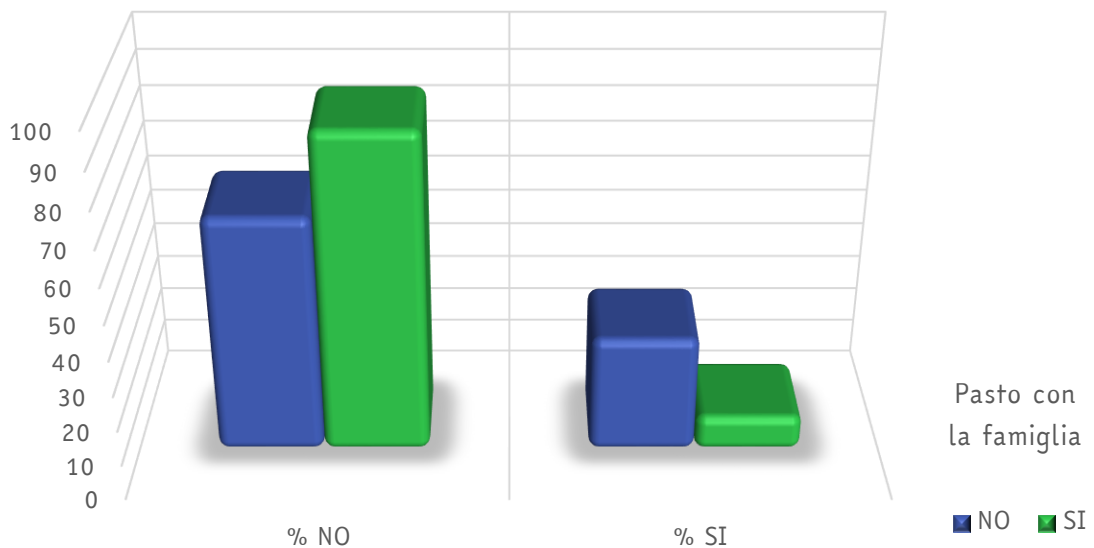


Grafico 7: percentuali rilevate circa l'associazione tra il pasto con la famiglia e l'essere stato forzato a mangiare (p -value = 0,024). Appare emergere un'associazione tra il mancato consumo dei pasti ad orari regolari e con la famiglia e l'essere stati forzati a mangiare.

Infine sembra esserci un'associazione tra chi non consumava i pasti insieme alla famiglia e allo stesso orario e chi è stato forzato a mangiare (p-value = 0,024).

L'analisi dei risultati del questionario ha messo in evidenza che in generale non ci sono differenze significative tra i due gruppi nella parte alimentare.

Un risultato da prendere in considerazione è che solo poco più della metà (63% CASI e 57% CONTROLLI) delle mamme di entrambi i gruppi ha allattato esclusivamente al seno, a differenza di quanto raccomandato nelle linee guida del Ministero della Salute, *Corretta alimentazione ed educazione nutrizionale nella prima infanzia*¹.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda infatti l'allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi di vita (OMS, 2008) 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 mesi⁸.

È stato dimostrato che i neonati allattati al seno per sei mesi o più, a 16 anni hanno una probabilità del 36% inferiore di essere in sovrappeso, e del 49% inferiore di essere obesi, rispetto ai coetanei allattati con il biberon, un'ulteriore prova che i benefici dell'allattamento al seno si estendono ben oltre l'infanzia.

Una spiegazione probabile, è che l'allattamento al seno è guidato dal neonato, mentre quello con il biberon è guidato dalla madre.

Nel primo caso, se il bebè non ha più fame smette, mentre con il latte in formula le madri insistono finché il piccolo non finisce il biberon⁹.

La European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) considera l'allattamento esclusivo al seno un obiettivo desiderabile fino ai primi 6 mesi circa¹⁰.

In entrambi i gruppi è emerso inoltre che circa nella metà dei casi lo svezzamento è stato iniziato intorno al quarto mese, non seguendo quindi i consigli delle linee guida internazionali.

Non esiste un momento preciso e uguale per tutti i lattanti in cui iniziare il divezzamento: 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 anatomico-funzionale, la crescita staturo-ponderale, il rapporto mamma-bambino, le esigenze specifiche della mamma e il contesto socio-culturale.

L'European Food Safety Authority (EFSA) ritiene che il latte materno sia sufficiente a soddisfare le esigenze nutrizionali nella maggior parte dei lattanti sino 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^a e comunque non oltre la 26^a settimana^{10 - 11}.

L'American Academy of Pediatrics 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 ¹².

Un'altra osservazione da rilevare è che i risultati sul peso alla nascita nei due gruppi, si sovrappongono, così come l'età del menarca ($12,3 \pm 1,2$ anni CASI e $12,6 \pm 1,5$ anni CONTROLLI).

Risulta che, in generale, la maggior parte delle bambine accettava tutti gli alimenti, quelli meno graditi sono stati la carne ed il pesce.

È stato riscontrato, inoltre, che il 60% dei CASI e il 70% dei CONTROLLI finivano le porzioni.

È da considerare il fatto che una buona parte dei genitori di entrambi i gruppi non ha riproposto gli alimenti non graditi alle bambine.

Un'importante indagine sull'alimentazione selettiva dei bambini ha portato a concludere che i bambini tendono a richiedere circa 15 esposizioni ad un cibo prima che si fidino ad assaggiarlo ed un'altra decina di esposizioni per sviluppare una vera e propria preferenza¹³. Una ragione di ciò è legata all'espressione della neofobia, che è una risposta evolutiva normale che tutti i bambini presentano intorno ai 2 anni, sviluppata per assicurare l'evitamento di cibi potenzialmente pericolosi o tossici ¹⁴.

La maggior parte dei genitori ha utilizzato prodotti confezionati durante lo svezzamento, e in buona parte dei casi, non sono state fatte attività di gioco con il cibo durante i pasti.

I bambini modificano i loro atteggiamenti di chiusura verso i nuovi ingredienti attraverso il gioco di preparare ed assaggiare ricette, che facilita enormemente l'accettazione di nuovi cibi.

Manipolare in modo giocoso e creativo il cibo, gustarlo assieme agli altri, valorizzando lo scambio sociale, attiva un processo di trasformazione: il cibo estraneo e sconosciuto diventa familiare e gradito¹⁵.

È da considerare inoltre che la maggior parte dei soggetti di entrambi i gruppi erano concentrati sul piatto durante i pasti (70% dei CASI e il 66% dei CONTROLLI), stavano seduti a tavola (86% dei CASI e il 96% dei CONTROLLI) e mostravano curiosità verso i nuovi cibi (68% dei CASI e il 76% dei CONTROLLI).

Un aspetto su cui porre l'accento è che circa la metà di entrambi i gruppi veniva imboccata dopo il primo anno.

Sulla base di uno studio condotto da due ricercatrici dell'Università di Nottingham su 155 bambini risulta che, i bambini svezzati con il metodo "guidato dal bambino" imparano a regolare la propria assunzione di cibo e preferiscono cibi più sani, con il risultato di un IMC più basso rispetto ai bambini nutriti con il cucchiaino risultati maggiormente obesi ⁵.

È risultato statisticamente significativo l'uso del succhiotto, infatti nella maggior parte dei CONTROLLI è stato usato mentre nel gruppo CASI circa la metà non lo ha utilizzato, probabilmente perché ci sono opinioni contrastanti sulla sua utilità.

L'*American Academy of Pediatrics* ha emanato nel 2006 delle linee guida per l'utilizzo del succhiotto.

Vediamo i suoi contenuti rispetto a pro e contro:

- calma il bambino quando piange
- rappresenta un fattore protettivo per ridurre l'incidenza di SIDS, ovvero la sindrome della morte in culla
- favorisce le malocclusioni e il disallineamento dei denti, ovvero problemi dentali a lungo termine
- favorisce lo sviluppo di otiti medie, che però si determinano soprattutto tra i 6 e i 12 mesi, periodo di massimo rischio per la SIDS. Si può agire quindi togliendo il ciuccio intorno all'anno di vita, in quanto a questa età il rischio di SIDS è terminato, mentre aumenta il rischio di otite media
- favorisce le infezioni gastrointestinali ¹⁶

È risultato significativo che solo una piccola parte dei Controlli, solo tre, non facesse il pasto allo stesso orario ed insieme alla famiglia.

I pasti in famiglia sono stati associati a un miglioramento dell'alimentazione e forniscono ai genitori l'opportunità di modellare il comportamento dei figli.

Una frequenza più elevata di pasti in famiglia è associata con il miglioramento della qualità alimentare, come evidenziato dall'aumento del consumo di frutta, verdura, cereali e alimenti ricchi di calcio e fibre, insieme al ridotto consumo di bevande gassate.

Il consumo di pasti insieme in famiglia risulta protettivo anche rispetto all'assunzione di comportamenti alimentari disturbati.

Un recente studio prospettico su più di 13.000 preadolescenti e adolescenti ha rivelato che l'aver consumato la cena insieme in famiglia tutti o la maggior parte dei giorni dell'anno precedente è risultato protettivo rispetto a comportamenti purgativi e/o compulsioni alimentari.

Le ragazze che considerano piacevoli i pasti consumati assieme sono meno soggette a comportamenti estremi di controllo del peso. Inoltre è evidente un trend per quanto riguarda l'essere stati forzati a mangiare ¹⁷.

Altro aspetto su cui porre l'attenzione è che esiste un'associazione tra l'essere stato forzato a mangiare e il non aver fatto i pasti allo stesso orario ed insieme alla famiglia.

Il momento del pranzo costituisce uno degli aspetti più significativi della vita, non solo per la salute e il benessere del bambino, ma anche da un punto di vista educativo.

Nel corso degli anni è stata raggiunta una sempre maggior consapevolezza di come il pasto sia un momento di relazione privilegiata, di scoperta e conquista dell'autonomia, di conoscenza di sé, dei propri bisogni e del proprio corpo.

Momento di socializzazione tra adulti e bambini e tra i bambini stessi: il pasto consumato insieme, in famiglia, con i genitori, i fratelli o le sorelle rappresenta un aiuto potente; vedere gli altri favorisce l'imitazione, l'interazione, porta a scambi ed aiuti reciproci carichi di piacere, di affettuosità e di divertimento.

Per i piccolissimi, l'alimentazione è soprattutto un momento di intimità tra adulto e bambino dove diventa fondamentale il rispetto di tempi e ritmi individuali, dei cambiamenti che avvengono di giorno in giorno, soprattutto nella fase delicata dello svezzamento.

Il momento del pasto rappresenta anche un'importante esperienza sensoriale: è con la manipolazione ed il "pasticciamento" del cibo che il bambino impara prima con le mani e poi con il cucchiaino, a nutrirsi da solo ¹⁸.

Conclusioni

I risultati del presente lavoro, sebbene eseguito su un piccolo campione di soggetti, indicano che alcuni comportamenti adottati dai genitori durante lo svezzamento (come il non fare i pasti insieme alla famiglia o forzare i figli a mangiare) sono significativamente presenti nei casi con diagnosi di Disturbo Alimentare.

Questa conclusione richiederebbe ulteriori indagini per approfondire quanto il ruolo tenuto dai genitori sulle dinamiche alimentari possa influire sull'insorgenza futura di un DCA.

Questa ricerca deve rappresentare uno stimolo per la promozione nelle famiglie, di una corretta e sana alimentazione e per incentivare le madri ad allattare esclusivamente al seno per almeno 6 mesi e iniziare lo svezzamento solo dopo i 6 mesi di vita.

È importante incoraggiare i genitori a riproporre gli alimenti non graditi e a fare attività di gioco con il cibo durante i pasti così da non dover forzare i bambini a mangiare.

È importante sviluppare un'educazione alimentare nei genitori promuovendo soprattutto l'importanza dei pasti in famiglia come momento di condivisione, confronto, conoscenza di sé e delle emozioni legate al cibo che non è solo un'esigenza biologica ma rappresenta anche un elemento di piacere.

Appendice

QUESTIONARIO**INDAGINE SULLO SVEZZAMENTO FINO ALL'ETÀ DI 3 ANNI**DATA ___/___/_____ QUESTIONARIO CODICE N° _____ DIAGNOSI DCA INTERVISTA A: MADRE PADRE ALTRO

PARTE ANAGRAFICA	
Età (anni/mesi)	
Età esordio DCA (anni/mesi)	
Tipo di parto	parto naturale
	parto cesareo
Peso alla nascita (Kg)	
Menarca (Anni/Mesi)	
Tempo gestazione	pretermine
	normale
	+ 41 sett

PARTE ALIMENTARE

1	Il bambino fino a 3 anni aveva un peso superiore a quanto atteso per la sua età, altezza, corporatura ?	SI	
		NO	
2	Il bambino fino a 3 anni aveva un peso inferiore a quanto atteso per la sua età, altezza, corporatura ?	SI	
		NO	
3	Ha avuto una perdita di peso significativa e repentina (almeno 5 kg) nel giro di qualche mese ?	SI	
		NO	
4	Ha avuto un aumento di peso significativo e repentino (almeno 5 kg) nel giro di qualche mese ?	SI	
		NO	
5	Allattamento esclusivo al seno ?	SI	Durata:
		NO	Motivo:
6	È stato possibile allattare a richiesta, cioè attaccare il bambino tutte le volte che piangeva ?	SI	
		NO	Motivo:
7	Intolleranze alimentari nel primo anno ?	SI	A che cosa:
		NO	
8	Il bambino ha avuto problemi ad accettare il biberon ?	SI	
		NO	
9	Svezzamento prima dei 6 mesi ?	SI	Mese :
		NO	
10	Latte vaccino non formulato nel primo anno ?	SI	
		NO	
11	Durante lo svezzamento il bambino accettava tutti gli alimenti proposti ?	SI	Alimenti più problematici:
		NO	
12	Durante lo svezzamento il bambino finiva tutte le porzioni date	SI	Commenti :
		NO	
13	Durante lo svezzamento sono stati riproposti gli alimenti che non accettava	SI	Se sì, come ?
		NO	
14	Durante lo svezzamento venivano proposti altri alimenti pur di far mangiare il bambino	SI	Se sì, quali ?
		NO	
15	Venivano usati prodotti confezionati durante lo svezzamento	SI	
		NO	
16	Sono state fatte attività di gioco con il cibo durante i pasti	SI	
		NO	
17	Il bambino mostrava curiosità verso i nuovi cibi	SI	
		NO	
18	Il bambino aveva l'abitudine di mettersi tutto in bocca	SI	
		NO	

PARTE COMPORTAMENTALE

19	Ha frequentato il nido ?	SI	
		NO	
20	Se sì, aveva un comportamento alimentare diverso da quello di casa ?	SI	Commenti:
		NO	
21	Il bambino ha utilizzato il ciuccio/biberon ?	SI	Se sì, fino a che età ?
		NO	
22	Il bambino dimostrava di riconoscere il momento del pasto ?	SI	
		NO	
23	Il bambino veniva imboccato dopo il primo anno	SI	Commenti:
		NO	
24	Durante i pasti il bambino stava seduto a tavola	SI	Commenti:
		NO	
25	Rispettava i tempi dei pasti	SI	
		NO	
26	Durante il pasto il bambino era concentrato sul piatto	SI	Se no, racconta:
		NO	
27	Il bambino veniva forzato a mangiare	SI	Se sì, perché ?
		NO	
28	Il bambino aveva spesso richieste di cibo (chiedeva spesso di mangiare fuori dai pasti)	SI	
		NO	
29	Il bambino mangiava molto lentamente	SI	Alimenti più problematici:
		NO	
30	Il bambino mangiava molto velocemente	SI	Commenti :
		NO	
31	Il bambino aveva l'abitudine di mangiare senza masticare	SI	
		NO	
32	Il bambino aveva l'abitudine di masticare e sputare il cibo	SI	Se sì, racconta:
		NO	
33	A casa i pasti venivano consumati sempre allo stesso orario e insieme alla famiglia	SI	
		NO	
34	Il bambino ha dimostrato avversione al tatto con la madre (abbracci, carezze...)	SI	
		NO	
35	Ci sono stati episodi di vomito dopo aver mangiato un cibo non gradito	SI	Se sì, racconta:
		NO	

RISPOSTE QUESTIONARIO

	CASI (% SI)	CASI (% NO)	CONTROLLI (% SI)	CONTROLLI (% NO)	P-value
Quesito 1	10	90	57	43	0.007
Quesito 2	7	93	10	90	NS
Quesito 3	40	60	3	97	NS
Quesito 4	10	90	3	97	NS
Quesito 5	56	44	60	40	NS
Quesito 6	63	37	57	43	NS
Quesito 7	10	90	3	97	NS
Quesito 8	3	97	13	87	NS
Quesito 9	41	59	40	60	NS
Quesito 10	17	83	23	77	NS
Quesito 11	70	30	76	24	NS
Quesito 12	60	40	70	30	NS
Quesito 13	56	44	37	63	NS
Quesito 14	16	84	6	94	NS
Quesito 15	53	47	70	30	NS
Quesito 16	60	40	53	47	NS
Quesito 17	68	32	76	24	NS
Quesito 18	48	52	40	60	NS
Quesito 19	43	57	40	60	NS
Quesito 20	10	90	16	84	NS
Quesito 21	53	47	83	17	NS
Quesito 22	86	14	90	10	NS
Quesito 23	50	50	41	59	NS
Quesito 24	86	14	96	4	NS
Quesito 25	89	11	90	10	NS
Quesito 26	70	30	66	34	NS
Quesito 27	28	72	10	90	0.071
Quesito 28	18	82	16	84	NS
Quesito 29	25	75	30	70	NS
Quesito 30	25	75	16	84	NS
Quesito 31	4	96	10	90	NS
Quesito 32	11	89	13	87	NS
Quesito 33	67	33	90	10	0.038
Quesito 34	7	93	0	100	NS
Quesito 35	18	82	6	94	NS

Riferimenti bibliografici

- [1] Ministero della Salute, Corretta alimentazione ed educazione nutrizionale nella prima infanzia, Roma, 18/07/2016
- [2] Iaia M. Lo svezzamento e oltre, secondo natura: gli attori, la posta in gioco, gli strumenti. Quaderni acp, AUSL Cesena. 2008;15(5):216-217
- [3] Fanara G, Mezzatesta E, Cavallari B. Le relazioni oggettuali: aspetti teorici, psicopatologici e psicodiagnostici. Aracne editore. 2007
- [4] Piermarini L. Io mi svezzo da solo! Dialoghi sullo svezzamento. Bonomi Editore. 2010
- [5] Townsend E, Pitchford N. Baby know best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open*. 2012
- [6] Bechis D, Gandione M, Tocchet A. I Disturbi del comportamento Alimentare (DCA) in età pre-adolescenziale. Parte prima: età pre-scolare (Risultati di una ricerca clinica). XXII Congresso SIPPS, Taormina, 27-29 maggio 2010
- [7] De Meo T, Corbellini P, Vio C et al. ICAP individuazione comportamenti alimentari problematici, questionario per l'età evolutiva. Erickson. 2012
- [8] Nakajima H, Grant JP. L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità. Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF. OMS - Ginevra. 1989
- [9] Scott JA, Ng SY, Cobiac L. The relationship between breastfeeding and weight status in a national sample of Australian children and adolescents. *BMC Public Health*. 2012;12:107
- [10] Cattaneo A, Williams C, Pallas-Alonso CR et al. Recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence? *Matern Child Nutr*. 2011;(4):335-343
- [11] Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. EFSA, Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies. *The EFSA Journal*. 2009;7:1-38
- [12] American Academy of Pediatrics. Policy Statement, Organizational Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improve the Health of All Children. *Pediatrics*. 2004;(5 Suppl):1545-7.
- [13] Wardle, J, Cooke LJ, Gibson EL et al. Increasing children's acceptance of vegetables: A randomised trial of parent-led exposure. *Appetite* 2003;40(2):155-162
- [14] <http://www.stateofmind.it/2016/01/alimentazione-selettiva-infanzia/>
- [15] Barzanò C. Il gusto di mangiare sano. Slow Food Editore. 2017
- [16] American Academy of Pediatrics, Pediatric clinical practice guidelines & policies: a compendium of evidence-based research for pediatric practice. Elk Grove Village, IL. 2006.
- [17] Luxardi GL. Disturbi alimentari, prevenzione dell'obesità e dei disturbi alimentari nei bambini ed adolescenti, i Quaderni di ADAO Friuli ONLUS. 2017;2
- [18] <http://www.centromama.it/importanza-educativa-pasto/>