

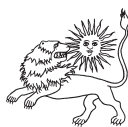
Paola Negri

# Tutte le mamme hanno il latte

*Quello che tutti dovrebbero sapere  
su allattamento e alimentazione artificiale*

Prefazione di Adriano Cattaneo

Seconda edizione ampliata e aggiornata



Il leone verde

Dedico questo libro a Paquito Ernesto, mio figlio primogenito: la persona che più di ogni altra ha cambiato la mia vita.

Desidero ringraziare tutte le persone che mi hanno incoraggiata e aiutata in vari modi nella stesura della prima edizione di questo libro e nel suo aggiornamento. Sono tante e nominarle tutte è impossibile. Un grazie in particolare a Sergio Conti Nibali, Angela Giusti, Adriano Cattaneo, Anita e Fabio, il mio compagno e tutta la mia famiglia, le fantastiche persone con cui condivido l'attività all'interno di IBFAN Italia, e infine (ma non ultime) le tante madri che hanno letto il libro e che mandandomi i loro feedback hanno contribuito a mantenerlo vivo, attuale e utile alle mamme future.

In copertina: "Mamella", fotografia di Amadeu Sanz.

ISBN: 978-88-6580-015-7

© 2011 Tutti i diritti riservati

Edizioni Il leone verde

Via della Consolata 7, Torino

Tel. 0115211790 fax 01109652658

leoneverde@leoneverde.it

www.leoneverde.it

www.bambinonaturale.it

## PREFAZIONE

di Adriano Cattaneo

Il procedimento per conservare il latte vaccino prodotto in eccesso, trasformandolo in latte in polvere, fu inventato dall'industria chimica tedesca nella seconda metà del XIX secolo.

Il latte così conservato fu utilizzato all'inizio come integratore nei mangimi per vacche, con il risultato di far loro produrre ancora più latte e di far crollare i prezzi. Qualcuno pensò allora di servirsi del latte in polvere per alimentare i bambini. Nacquero così, attorno al 1870, le prime farine lattee, e più tardi, agli inizi del XX secolo, le prime formule lattee, ossia le progenitrici delle formule per lattanti che noi conosciamo oggi.

Henri Nestlé usò la sua prima farina lattea per un neonato "con bisogni speciali", come diremmo ora: un prematuro che non poteva prendere il latte materno. Ma dal momento in cui, nel 1867, brevettò il suo prodotto per trarne dei profitti, fu costretto (e ciò vale per tutte le imprese che si lanciarono via via nel mercato degli alimenti per l'infanzia) a cercare di venderlo al maggior numero possibile di consumatori, e quindi anche ai bambini "normali". Nacque così il marketing delle formule lattee e, successivamente, degli altri alimenti per l'infanzia. Marketing acriticamente accettato dai medici, dapprima negli Stati Uniti e poi negli altri Paesi, che consideravano la "formula" più moderna e misurabile, in quantità e composizione, del latte materno. Marketing che iniziò a crescere, nonostante fossero pubblicati negli Stati Uniti, in Inghilterra e in Germania, nei primi venti anni del '900, studi che dimostravano come morte e malattie fossero più frequenti nei bambini alimentati artificialmente rispetto a quelli allattati al seno.

## 6 Tutte le mamme hanno il latte

Bisogna però aspettare la seconda guerra mondiale e il successivo *baby boom* per osservare una diffusione di massa del latte in polvere. Ciò fu dovuto in parte alle politiche di guerra. In Gran Bretagna, per esempio, a partire dal 1943 il governo produsse e distribuì gratuitamente, o quasi, latte in polvere (il famoso National Dried Milk, prodotto fino al 1976) per liberare le donne dall'incombenza di allattare e permettere loro di partecipare allo sforzo bellico. Non stupisce che la Gran Bretagna sia tuttora uno dei Paesi europei dove si allatta meno.

Intanto la pressione commerciale da parte delle società produttrici non smette di crescere, in pervasività e manipolazione. Attraverso campagne pubblicitarie rivolte alle mamme e un capillare sistema di "informazione" per gli operatori sanitari, le imprese inducono ad abbandonare l'allattamento al seno in favore dei loro prodotti.

Lo fanno:

- magnificando le caratteristiche del latte formulato;
- associandone l'immagine a quella di un bambino sano, roseo e paffuto;
- rappresentandolo come "facile", "sicuro" e "moderno";
- insinuando dubbi ("se non potete allattare...");
- e nascondendo tutti gli aspetti negativi (nutrizione meno che ideale, possibilità di contaminazione batterica, costo individuale e sociale).

Non dicono, per esempio, che una confezione di latte in polvere su 25 è contaminata, all'uscita dalla fabbrica, con batteri potenzialmente anche molto pericolosi per neonati con scarse difese e, più raramente, anche per neonati normali. Non dicono che i cosiddetti "latte speciali" non sono efficaci nel prevenire o trattare le condizioni per le quali sono pubblicizzati (coliche, rigurgiti, allergie, disturbi non meglio specificati). Non dicono che i latti a base di soia non hanno quasi nessuna indicazione e che, quando ce l'hanno, devono in ogni caso essere usati con particolare cautela dato il loro alto contenuto in ormoni vegetali potenzialmente dannosi per il bambino. Non dicono, soprattutto, che la qualità di tutti i latti di formula, nessuno escluso, è sempre anni-luce lontana dalla qualità del latte materno; lo dimostra il fatto che tutte le imprese immettono periodicamente sul mercato latti "migliorati", ammettendo implicitamente che il latte che avevano venduto per anni non era certo soddisfacente. Chi indennizzerà questi milioni di mamme, convinte dal sofisticato marketing a far uso di una formula latte, poi rivelatasi "superata", per l'alimentazione sub ottimale dei loro figli?

Una delle strategie più usate dai produttori per promuovere i loro lattini di formula fu (ed è) la penetrazione nel sistema e tra gli operatori sanitari. Fino agli anni '70 arrivavano addirittura a infiltrare il loro personale, vestito di bianco, nelle unità sanitarie per offrire direttamente alle neo-mamme il latte formulato. Ora questo modo sfacciato ed immorale di promuovere il latte in polvere è proibito. Ma ancor oggi:

- Acquistano, in qualità di inserzionisti, intere riviste per mamme e bambini influenzandone i contenuti, e premono sugli operatori sanitari per conquistare lettrici.

- Inondano gli operatori sanitari, pediatri soprattutto, di regali: dai gadget di poco valore ai viaggi per partecipare a congressi in località esotiche.

- Forniscono gratuitamente e a turno – affinché ogni compagnia abbia garanzia di una predeterminata quota di mercato – il latte in polvere ai reparti di maternità, ben sapendo che una volta somministrato in ospedale quel latte contribuirà non solo a rendere difficile l'allattamento al seno ma sarà anche con ogni probabilità usato (e spesso prescritto) alla dimissione. Questa pratica è ora vietata dalla legge ma tuttora diffusa.

Il marketing non è certo gratuito. Il suo costo, stimato a un 15% circa dei bilanci delle compagnie produttrici (ma nessuno conosce la percentuale esatta né il totale di denaro speso dalle compagnie, che si guardano bene dall'offrire quest'informazione al pubblico), è caricato sul prezzo del prodotto. In più, le società si accordano per mantenere alto il prezzo al pubblico. Poi, quando i consumatori denunciano la frode e l'Antitrust scopre il trucco, si mettono d'accordo con il governo per ridurre i prezzi. Ma chi restituirà alle famiglie l'eccedente speso per molti anni per finanziare il marketing delle compagnie, marketing che ha come obiettivo convincere le famiglie stesse ad acquistare il loro latte? Si tratta di molte centinaia di milioni di euro che le famiglie hanno sborsato e che le compagnie hanno incassato: non saranno mai restituiti. È d'altra parte vero che questo diabolico meccanismo (paghiamo una parte del prezzo di un prodotto affinché il produttore di quel prodotto ci persuada, mediante la pubblicità, ad acquistare il suo prodotto: non vi sembra irrazionale?) vale per tutte le merci.

Ma torniamo al mercato. Conquistato quello dei Paesi ricchi, le compagnie si rivolsero a quelli poveri – dove tra l'altro nascono sempre più bambini, mentre la fertilità diminuisce negli altri – e questo comportò un'impennata dei danni conseguenti all'alimentazione artificiale. Se i bambini dei Paesi oc-

## 8 Tutte le mamme hanno il latte

cidentalmente nutriti con formule lattee hanno, nei confronti di quelli allattati al seno, qualche episodio di diarrea e otite in più (ma anche molti altri danni permanenti per la loro salute), quelli dei Paesi poveri muoiono come mosche. E molti di più soffrono di denutrizione e delle sue conseguenze per tutta la vita.

Questa tragica situazione risvegliò la coscienza di un numero sempre maggiore di operatori sanitari; nacquero gruppi di protesta e di pressione che, nel 1981, riuscirono a far approvare dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno. Il Codice Internazionale pone dei limiti al marketing dell'alimentazione artificiale. Oltre al latte formulato, riguarda tutti gli alimenti che possono sostituire il latte materno nonché biberon e tettarelle, vieta tra l'altro:

- ogni tipo di pubblicità e promozione commerciale rivolte al pubblico;
- ogni tipo di contatto fra rappresentanti delle compagnie e donne o madri;
- doni alle madri e agli operatori sanitari;
- etichette e pubblicità che idealizzino i prodotti con termini come “umanizzato” o “maternizzato”, e con immagini di neonati e bambini.

I governi e le compagnie dovrebbero rispettare il Codice Internazionale nella lettera e nello spirito.

Purtroppo non succede. I governi dell'Unione Europea hanno adottato, nel 2006, una direttiva che non contempla il Codice Internazionale nella sua integrità. Le leggi nazionali formulate in conformità a questa direttiva sono pertanto più deboli del Codice Internazionale e permettono ai produttori di proseguire in parte con il loro marketing osceno. Le compagnie a loro volta hanno inventato e continuano a sviluppare, con le ingenti quantità di denaro investite, forme sempre nuove di promozione commerciale, per lo più indiretta, attraverso il sistema sanitario. Le spese di marketing, in ogni caso, sono comprese nel prezzo e sono pagate dal consumatore. La famiglia che acquista un latte formulato contribuisce così, senza saperlo e senza aver dato il suo assenso, a inviare il suo pediatra, a volte accompagnato da moglie e figli, a un congresso in una località marina o montana o, più benevolmente, ad attrezzare un po' meglio il suo ospedale o il suo ambulatorio (e contribuendo a rinforzare il legame tra compagnie e operatori sanitari).

A fronte di una situazione così seria è sempre mancato uno strumento informativo in grado di mettere le mamme nella condizione di fare una vera scelta – informata e soprattutto consapevole.

Questo libro parla di tutti questi aspetti e di moltissimi altri. Forse per la prima volta viene offerta al grande pubblico un'informazione oggettiva, dettagliata, scientificamente documentata su questo tema, di estrema delicatezza e gravità. Già dal titolo (*Tutte le mamme hanno il latte*) si evince una ferma presa di posizione: quante volte infatti si sente parlare di mancanza o insufficienza di latte, come se fosse una situazione quasi normale quando, al contrario, è un evento rarissimo e collegato a precise patologie?

Ad oggi, bisogna riconoscerlo, le madri non ricevono quell'informazione corretta, completa e indipendente, cioè non influenzata da interessi commerciali, che consentirebbe loro di fare una scelta cosciente. E la stragrande maggioranza delle mamme, se facesse una scelta in piena consapevolezza e avesse un sostegno adeguato, deciderebbe di allattare al seno i propri figli, in modo esclusivo per i primi sei mesi e il più a lungo possibile in seguito: fino a che mamma e bambino lo desiderano, e non fino a quando lo prescrive il pediatra.

Io confido che la lettura di questo libro faccia aumentare sempre più il numero di mamme (e papà) consapevoli e autonome nelle loro decisioni.

*Adriano Cattaneo*

Epidemiologo

Responsabile dell'Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale

IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Coordinatore Progetto Europeo su

“Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno: un programma d'azione”

## INTRODUZIONE

Spesso si sente parlare di allattamento come di una pratica “straordinaria” che realizza il modo “ideale” di nutrire il bambino appena nato, fornendogli una protezione “extra” dalle malattie e garantendogli una salute “migliore”, anche se per la mamma costituisce un grande sacrificio, mina la sua salute, la costringe a una dieta speciale per mesi e la obbliga a rinunciare completamente o quasi alla sua vita sociale e coniugale... Forse questa descrizione farà sorridere qualcuno, eppure non è molto distante dall’idea di allattamento che molte persone hanno, né da ciò che si legge in molti libri di puericoltura, per non parlare dell’immagine di allattamento che ci viene offerta, in modo più o meno esplicito, dalla pubblicità.

Se le cose stessero davvero così, in effetti, sarebbe inevitabile pensare all’allattamento come a un obiettivo tanto nobile quanto fuori dalla portata comune, una pratica esclusiva riservata alle mamme fortunate (sia perché “hanno il latte” sia per il fatto di potersi permettere di affrontare un compito così impegnativo), e a quelle coraggiose, perché votate al sacrificio e alla debilitazione fisica per il bene del figlio. Tutte le altre, le donne “normali”, possono invece accontentarsi di alimentare i figli altrettanto “normalmente”, e cioè con biberon e latte artificiale, che se non rappresenta “la scelta migliore” rimane comunque “un alimento adeguato, bilanciato e sicuro”. Di fatto, questo è ciò che realmente avviene oggi nella maggior parte dei Paesi del mondo, Italia compresa. E non a caso, viene spontaneo aggiungere!

La realtà per fortuna è ben diversa, ma sebbene le maggiori istituzioni a livello mondiale, le associazioni che si occupano di tutela dell’allattamento, parecchi operatori sanitari e molti genitori se ne siano accorti da un



pezzo, resta ancora tanta strada da fare, e lo dimostra il fatto che la maggior parte delle madri ricorre prima o poi al latte artificiale.

Questo libro è stato scritto proprio per creare maggiore consapevolezza sui vari aspetti dell'allattamento e per capire perché, nonostante questa pratica sia accessibile e sana, oggi sono ancora troppo pochi i bambini allattati secondo le raccomandazioni vigenti, cioè *per sei mesi in maniera esclusiva e poi fino a due anni e oltre, finché mamma e bambino lo desiderano*<sup>1</sup>.

Verrete condotti per mano alla scoperta di una pratica naturale, alla portata di tutte le mamme quanto il camminare o il riuscire a leggere e a scrivere. Cercheremo di capire le implicazioni dell'alimentazione nei primi anni di vita, e qual è il prezzo che l'umanità sta pagando per la perdita dell'abitudine di allattare i bambini, che ne rappresentano il futuro e che subiscono le più gravi conseguenze dall'abbandono di questa pratica. Capiremo perché il recupero dell'allattamento è un passo necessario, insieme a molti altri, al benessere delle future generazioni e alla sopravvivenza del pianeta, e perché la sua promozione e difesa rappresentano una scelta di giustizia sociale. Sveleremo come l'organismo femminile produce il latte e perché è quasi impossibile che ciò non avvenga, e in pari tempo quanto sia fragile l'allattamento e come può essere facile interferire con un meccanismo biologico perfetto. Parleremo di come l'allattamento venga ostacolato nella nostra cultura, di come anche alcune procedure normalmente in vigore nei nostri sistemi sanitari siano nemiche dell'allattamento (e quindi delle mamme e dei bambini). Scopriremo le strette connessioni fra alcune consuetudini negli ospedali e negli ambulatori pediatrici e le azioni di marketing dei produttori di cibi per l'infanzia, e le loro conseguenze a livello sociale e politico. Inoltre, accenneremo al tema dell'alimentazione dei bambini oltre l'allattamento, argomento strettamente collegato al tema di questo libro, perché denutrizione, malnutrizione e obesità infantile sono problemi che, lungi dall'avanzare verso una soluzione, si aggravano di anno in anno, in tutti i Paesi del mondo, minando la salute del genere umano e richiedendo, per affrontarli, risorse economiche sempre maggiori. Verrà anche offerta una prospettiva di cambiamento di rotta, con esempi concreti di cosa si sta facendo, a livello collettivo e istituzionale, e di quello che ognuno può

<sup>1</sup> Risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità n. 54-2 del 2001.

## 12 Tutte le mamme hanno il latte

fare per contribuire in modo effettivo a ricreare una cultura più amica della salute, dei bambini e dell'ambiente.

Con questo libro si intende quindi offrire strumenti concreti per compiere scelte informate e consapevoli a chi è genitore e a chi prima o poi lo diventerà, come a chiunque ha a che fare per professione con genitori attuali e futuri e con bimbi piccoli.

Prima di lasciarvi alla lettura, vorrei aggiungere che questo libro si basa sulla mia esperienza e su una ricca bibliografia scientifica, e su documenti ufficiali di istituzioni quali l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), l'UNICEF (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia), WABA (*World Alliance for Breastfeeding Action*, o Alleanza Mondiale per l'Allattamento) e IBFAN (*International Baby Food Action Network*, Rete Internazionale per l'Alimentazione Infantile), del cui gruppo italiano faccio parte da anni.

*Paola Negri*

## INTRODUZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE

Dopo 12 anni di attività di consulenza alle mamme che allattano, e più o meno altrettanti di allattamento, ammetto che sono sempre più convinta che i cosiddetti “rischi dell'alimentazione artificiale” sono soltanto uno dei tanti motivi per cui vale la pena allattare, ma sicuramente non il solo né il principale.

Nondimeno, eccomi ancora qui, a distanza di sei anni dalla pubblicazione di questo libro, a presentarne un'edizione aggiornata e ampliata, offrendo ancora una volta una panoramica, per certi versi desolante ma tuttavia reale, di come ancora la nostra società non riesca a tutelare a sufficienza la salute psicofisica e il benessere dei suoi componenti più preziosi, i bambini e le loro mamme. Come leggerete, alcuni passi importanti sono stati compiuti in questi anni, e tuttavia pratiche sanitarie che ostacolano l'allattamento sono ancora oggi la norma, e l'aggressività del marketing dei sostituti è sempre forte. Alcuni dei motivi per cui il cambiamento è così lento sono difficili da comprendere, mentre altri sono chiarissimi, e mi riferisco agli enormi interessi economici che ruotano intorno all'uso di biberon e latte artificiale. Una civiltà che apparentemente non riesce a proteggere i propri bambini in un diritto così inalienabile come quello di ricevere il latte della propria madre, e che continua a ostacolare le donne nel buon avvio e nel proseguimento dell'allattamento, può dirsi evoluta o eticamente accettabile? La risposta appare ovvia, specie se si pensa ai milioni di vittime infantili che ogni anno produce l'alimentazione artificiale nei Paesi poveri, e a tutti quei bambini – molto più numerosi – che pur sopravvivendo subiranno danni alla loro salute.

## 14 Tutte le mamme hanno il latte

Ho deciso quindi di aggiornare questo libro, non solo per continuare a diffondere informazioni importanti, ma anche per mostrare il buon senso che sotto ogni punto di vista è sotteso nell'allattamento secondo natura, buon senso che spesso occorre ritrovare sotto strati di ignoranza, pregiudizi culturali e anni di assistenza sanitaria sfavorevole.

*Tutte le mamme hanno il latte* era e rimane un libro di denuncia a tutti gli effetti, non solo per il tema trattato ma anche perché intende dare voce alla rabbia, al dolore e alla frustrazione delle madri e dei bambini che sono stati derubati del loro diritto all'allattamento, e finché ce ne sarà anche uno soltanto, a mio parere saranno sempre troppi.

## PRIMA PARTE

# Allattare è naturale, ecologico, economico

In questa parte parleremo dell'importanza dell'allattamento,  
delle differenze fra latte umano e formule industriali,  
di come funziona l'allattamento naturale

# I

## ALLATTARE È IMPORTANTE

### *Il latte materno, risorsa naturale*

Così come l'organismo femminile riesce a iniziare e portare a termine una gravidanza, nonché a partorire, allo stesso modo è predisposto per nutrire per molti mesi uno, due e talvolta anche tre bambini. Molte donne riescono a produrre latte anche senza avere mai partorito, come hanno scoperto le sempre più numerose madri che nel mondo allattano i loro figli adottati, oppure a riavviare la lattazione dopo che questa era cessata, pratica quest'ultima comunemente proposta e messa in atto nei Paesi in via di sviluppo come migliore cura per i bambini affetti da diarrea<sup>1</sup>, e che lentamente si sta diffondendo anche da noi.

La capacità di allattare non veniva messa in dubbio dalla maggior parte degli esseri umani fino a poco tempo fa e infatti il latte della propria madre (o di altre donne) ha da sempre costituito il nutrimento dei neonati e dei bambini piccoli. I sostituti artificiali del latte umano hanno fatto la loro comparsa soltanto verso la fine del XIX secolo, per diffondersi dapprima in Inghilterra e in USA fra le donne appartenenti agli strati sociali più elevati, e poi in misura crescente anche nelle altre fasce della popolazione. In Italia una diffusione massiccia del latte artificiale è iniziata nell'immediato dopoguerra: fino ad allora, nessuna mamma temeva di non avere latte!

<sup>1</sup> *Relactation, A Review of experience and recommendations for practice*, OMS Ginevra 1998. [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/who\\_chs\\_cah\\_98\\_14/en/](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/who_chs_cah_98_14/en/)

Non è oggi sufficientemente chiaro che è proprio sull'allattamento che l'umanità ha sempre contato per l'alimentazione e l'accudimento dei più piccoli. In questo senso, possiamo definire il latte materno una risorsa naturale, accessibile, sicura e sostenibile che garantisce la sopravvivenza della nostra specie senza minare le risorse energetiche del pianeta, nel passato come anche nel presente e soprattutto nel futuro.

Gli ingredienti del latte artificiale non sono specie-specifici: provengono da varie fonti animali e vegetali che costringono il bambino a mangiare di più perché da una parte l'assorbimento dei nutrienti è minore, e dall'altra tutto il metabolismo viene alterato, compreso lo sviluppo del sistema gastro-intestinale e quello immunitario. Il latte artificiale in qualche modo costringe il lattante a un ritmo alterato di alimentazione, fatto di pasti abbondanti e poco frequenti. Il cervello del bambino raddoppia di volume nei primi due anni di vita. Oggi sappiamo che i bambini alimentati con latte artificiale hanno per alcuni tipi di tessuti, compresi quelli cerebrali, una composizione chimica diversa<sup>2</sup>. Davvero l'uso di latte artificiale costituisce il più grande esperimento alimentare che la specie umana abbia mai effettuato su se stessa.

### *Il bambino allattato è lo standard biologico*

Sebbene si senta ancora parlare dei “vantaggi dell'allattamento” in questo libro abbiamo scelto, come del resto fa ormai anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), di cambiare prospettiva, ossia di considerare l'allattamento come il sistema normale di alimentazione del bambino, contro cui vanno misurate tutte le altre opzioni. Se si accetta questo punto di vista, allora non sono i bambini allattati a godere di salute migliore ma, all'opposto, quelli non allattati sono esposti al rischio di determinate conseguenze rispetto alla loro salute e al loro sviluppo. Questo mutamento di ottica determina non soltanto un diverso impatto psicologico sulle persone che devono compiere delle scelte, ma anche sulla lettura dei dati percentuali<sup>3</sup>. Ad esempio, in un articolo di qualche anno fa sugli effetti dell'allatta-

2 Cfr. Riordan, *Breastfeeding and Human Lactation*, 4° ed. pag. 125.

3 D. Wiessinger, *Watch your language!*, “J Hum Lact”, Vol. 12, No 1, 1996.

## 18 Tutte le mamme hanno il latte

mento a lungo termine<sup>4</sup>, si leggeva che i tassi di colesterolo LDL nel sangue di adolescenti che da neonati erano stati allattati risultavano sensibilmente inferiori rispetto a quelli di adolescenti che non avevano mai ricevuto latte materno. Secondo gli studiosi, questa differenza si traduceva in una riduzione del 25% del pericolo di contrarre malattie cardiovascolari, con conseguente diminuzione del 13-14% del rischio di mortalità dovuta a queste malattie.

Ma se ribaltiamo il punto di vista, cioè se consideriamo l'incremento del rischio per i bambini alimentati artificialmente, cosa si ottiene?

$$25 : (100-25) \times 100 = 33,3\%$$

$$14 : (100-14) \times 100 = 16,2\%$$

Come si vede, è sufficiente un semplice calcolo per poter affermare che, in base a questo studio, gli adolescenti che non sono stati allattati nei primi mesi di vita corrono un rischio superiore alla norma del 33,3% di contrarre malattie cardiovascolari, con un aumento del rischio di mortalità del 16,2%. È facile accorgersi di come l'impatto del dato sia nettamente diverso, e questo avviene allorché viene posto l'accento sui rischi legati a una alimentazione innaturale e inferiore all'originale, sotto tutti i punti di vista.

Allora, perché si continua invece a parlare dei vantaggi dell'allattamento?



Oggi tutte le più autorevoli istituzioni sanitarie, inclusa l'Accademia Americana di Pediatria, affermano che "L'allattamento esclusivo è la norma biologica contro cui va paragonato ogni altro metodo alternativo di alimentazione riguardo alla crescita, allo stato di salute, allo sviluppo, e a tutti gli altri effetti a breve o lungo termine"<sup>5</sup>.

4 Cfr. M. S. Fewtrell, *The long-term benefits of having been breast-fed*, "Current Pediatrics" 2004; 14:97-103.

5 Cfr. American Academy of Pediatrics, *Breastfeeding and the Use of Human Milk*, Policy Statement, "Pediatrics", Vol.115, No. 2, February 2005.



*Implicazioni del tipo di alimentazione nel primo periodo della vita*

Oggi sappiamo che le pratiche alimentari hanno effetti biologici importanti sull'organismo, effetti che si manifestano anche dopo anni. In questo senso è opinione ormai accettata dalla scienza medica che l'alimentazione nei primi anni di vita possa agire come vero e proprio **agente di programmazione**, ovvero "quel processo per cui uno stimolo, in positivo o negativo, quando agisce durante un intervallo critico nel primo periodo della vita, ha conseguenze a medio o lungo termine per la struttura o le funzioni dell'organismo"<sup>6</sup>. Questo principio è di immediata comprensione se si usa il buon senso, e oggi, via via che aumentano i problemi legati alle malattie derivate dagli stili di vita occidentali, si sta diffondendo sempre più. Oggi sappiamo che tale concetto è valido a maggior ragione per il primissimo periodo della vita, ovvero per l'allattamento, per ogni bambino che nasce, ricco o povero che sia.

Non solo il latte materno offre i nutrienti giusti, nelle giuste proporzioni e quantità, insieme ad anticorpi e altre sostanze che difendono il bambino dalle malattie, ma alcune sostanze contenute nel latte possono stimolare e regolare la flora intestinale del lattante e la sua attività, nonché il funzionamento e lo sviluppo del suo sistema immunitario (e non solo) con effetti a breve e lungo termine ancora in gran parte sconosciuti.

Sui principi dell'importanza dell'alimentazione all'inizio della vita e dell'allattamento come norma biologica, si basano le attuali linee guida ufficiali riguardanti l'allattamento: l'Organizzazione Mondiale della Sanità, come raccomandazione generale di salute pubblica, consiglia oggi l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita del bambino, seguiti dall'introduzione graduale di cibi complementari (il latte materno dovrebbe rimanere l'alimento principale per tutto il primo anno di vita), e il proseguimento dell'allattamento fino ad almeno i due anni di vita del bambino, sottintendendo che madre e bambino possono continuare l'allattamento finché mutualmente desiderato.

6 A. Lucas, *Role of nutritional programming in determining adult morbidity*, "Arch Dis Child" 1994; 71: 288-290.

## 20 Tutte le mamme hanno il latte



L'Organizzazione Mondiale della Salute con la risoluzione 54.2 del 2001 raccomanda, nell'interesse della salute di mamme e bambini, che i Governi si adoperino per sostenere e promuovere l'allattamento ESCLUSIVO per i primi sei mesi di vita, seguito dall'introduzione di cibi complementari appropriati, e il suo proseguimento fino al secondo anno di vita e oltre, secondo i desideri di mamma e bambino.

### *Difficoltà legate agli studi sugli effetti dell'allattamento (o della sua mancanza)*

Soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, ma anche nel mondo occidentale, è evidente già da oltre mezzo secolo che i bambini nutriti artificialmente sono soggetti in maggior misura a numerose malattie e a una più elevata mortalità. Tuttavia solo nell'ultimo ventennio si è assistito a un aumento dell'interesse da parte della ricerca nei confronti dell'allattamento: ormai ogni anno vengono pubblicati centinaia di studi che affrontano l'argomento nelle sue molteplici sfaccettature: dalle ricerche nei campi dell'anatomia e fisiologia della lattazione alle implicazioni di tipo psicologico o sociale, dall'impatto di interventi o pratiche culturali sulla durata dell'allattamento, ai costi del mancato allattamento e altro ancora.

Negli studi cosiddetti *randomizzati*, quelli considerati più attendibili, avviene una attribuzione di tipo casuale al gruppo di controllo o a quello su cui si interviene. È evidente che, nel caso di studi sull'allattamento, non sarebbe etico destinare a caso i neonati ad essere allattati o alimentati con latte artificiale, pertanto la maggioranza dei dati relativi alle conseguenze dell'allattamento sulla salute provengono da studi *osservazionali*, che possono dimostrare l'associazione fra l'essere allattati e conseguenze successive ma non provare un legame causale. Altre difficoltà relative a questi studi riguardano le definizioni di allattamento; infatti fino a poco tempo fa in molte ricerche veniva usato il termine generico di "allattamento", senza distinguere come il bambino veniva allattato: se in maniera *esclusiva* (cioè

senza assumere niente altro che latte materno), *predominante* (cioè quando oltre al latte materno il bambino riceve altri liquidi non nutritivi, come acqua o tisane), *complementare* o mista (quando il bambino riceve in qualche misura latte formulato o altri cibi).

| ALLATTAMENTO                                 | IL BAMBINO ASSUME:  | IL BAMBINO <b>NON</b> ASSUME:                                    |
|--|---|--|
| Esclusivo*                                   | Solo latte materno (eventualmente medicinali)   | Liquidi non nutritivi (acqua, tisane, succhi) latte artificiale, |
| Predominante*                                | Latte materno (eventualmente medicinali), Liquidi non nutritivi (acqua, tisane, succhi) | Latte artificiale  |
| Complementare o Misto                        | Latte materno, medicinali, liquidi non nutritivi, latte artificiale                     |  |
| Non allattamento (alimentazione artificiale) | Latte artificiale, eventualmente farmaci, liquidi non nutritivi                         | Latte materno  |

\* Allattamento completo= allattamento esclusivo + allattamento predominante

Sappiamo che in realtà c'è una grande differenza fra questi tipi di allattamento: ad esempio, l'allattamento di tipo misto fornisce una protezione inferiore, rispetto a quello esclusivo, contro le allergie e la diarrea.

I risultati degli studi vanno poi aggiustati per i potenziali *fattori di confusione* (o *Confounding Factors*), cioè tutti quegli elementi che, facendo aumentare o diminuire l'effetto studiato, possono influire sul risultato finale.

Facciamo un esempio. Il Quoziente Intellettivo (QI) di una persona a una data età sarà determinato da una serie di fattori diversi che interagiscono fra loro, tra cui l'ereditarietà e il tipo di ambiente socio-culturale, e ora sappiamo anche dal tipo di alimentazione e di cure avute nella primissima infanzia. Uno studio che volesse determinare se e quanto può influire l'allattamento sullo sviluppo del Quoziente Intellettivo, dovrebbe quindi tener conto di tutti gli altri fattori che possono incidere sul risultato finale.

Infine, nel valutare gli studi è necessario prendere in considerazione i cosiddetti *bias* (o distorsioni), più numerosi di quanto si potrebbe supporre. Di

## 22 Tutte le mamme hanno il latte

cosa si tratta? Poniamo il caso più frequente: quello in cui vi siano conflitti di interesse, che si possono verificare quando a commissionare e finanziare lo studio sia un ente con fini di lucro. Ad esempio, quanto sarebbe attendibile uno studio che dimostri come l'uso di un integratore da aggiungere a un alimento per lattanti sia utile, se chi lo finanzia è una ditta che produce e vende alimenti per lattanti? Le influenze di questo tipo sono numerosissime, a tutti i livelli, e non sempre palesi come nell'esempio citato.

Altri tipi di distorsione sono dati da campioni non rappresentativi. Per comprendere di cosa si tratta, immaginiamo che un istituto di ricerca decida di fare un'indagine sulla durata dell'allattamento distribuendo un certo numero di questionari alle mamme nei reparti maternità. Di questi questionari, soltanto la metà ritornano al mittente debitamente compilati. Saranno rappresentativi del campione originario oppure soltanto le mamme che hanno allattato più a lungo, o che ritenevano l'allattamento più importante, hanno risposto? In questo caso, generalizzando i risultati non si rischierrebbe di avere dati poco realistici?

Per fortuna esistono varie procedure statistiche volte a minimizzare gli effetti di queste interferenze potenziali, e il loro uso può contribuire insieme ad altri parametri a rendere gli studi più affidabili.

Con l'obiettivo di fornire dati reali e comprovati, ci siamo affidati agli studi e ai testi attualmente più accreditati e aggiornati, fornendo una panoramica sugli effetti dell'alimentazione nel primissimo periodo di vita che non ha la pretesa di essere esaustiva di tutto ciò che è stato e viene di continuo pubblicato sull'argomento, ma è fondata su studi verificati e verificabili, anche attraverso gli acclusi riferimenti bibliografici.

### *Allattamento e sopravvivenza infantile nei Paesi poveri*

La mortalità entro i primi 5 anni di vita<sup>7</sup> è uno dei problemi più gravi e vergognosi che il mondo si trova ad affrontare. È grave perché di entità enorme: si pensi che circa 8,1 milioni di bambini sotto i 5 anni sono morti

<sup>7</sup> *Child mortality* = mortalità entro i 5 anni di vita; *Infant mortality rate* = tasso di mortalità infantile, cioè il numero di bambini su mille che muoiono entro il primo anno di vita; *Neonatal mortality*: mortalità neonatale, cioè durante il primo mese di vita.

nel 2009 (erano 4 milioni di più nel 1990); è vergognoso perché la maggior parte di questi decessi sarebbero facilmente evitabili perché dovuti principalmente alla mancanza di acqua, cibo e cure di base, come ad esempio le soluzioni reidratanti per i bambini che soffrono di diarrea<sup>8</sup>. Il 70% delle morti riguarda i bambini di età inferiore all'anno di vita, e si concentra in 15 Paesi. Le aree del pianeta in cui la situazione è più grave sono l'Africa Sub-sahariana, e l'Asia meridionale; non solo, ma queste sono anche le regioni (insieme all'Oceania) dove i tassi di mortalità infantile sono calati di meno negli ultimi anni. Nell'Africa sub-sahariana nel 2009 sono morti 129 bambini per ogni 1000 nati vivi<sup>9</sup> e l'Africa da sola conta il 50% della mortalità sotto i 5 anni. La riduzione della mortalità infantile di almeno 2/3 è il 4° degli Obiettivi del Millennio dell'UNICEF<sup>10</sup>, obiettivo che ancora nonostante i passi avanti è ben lontano da essere raggiunto.

Significativo è anche il fatto che la maggior parte delle nascite avviene proprio nei Paesi a più alto tasso di mortalità infantile<sup>11</sup>. Le principali cause dirette dei decessi sono le infezioni respiratorie e intestinali, aggravate dalla malnutrizione cronica e dalla carenza di alcuni nutrienti importanti. La carenza di vitamina A, per esempio, provoca una malattia degli occhi denominata *xerofthalmia*, che può portare alla cecità ed è collegata a un aumento del rischio di morte per diarrea, morbillo e malaria del 20-24%<sup>12</sup>. Uno studio ha individuato gli interventi di tipo preventivo e i trattamenti

8 Dati tratti da *Levels and Trends in Child Mortality, Report 2010* by the UN Interagency Group for Child Mortality Estimation – UNICEF 2010.

9 Si pensi che nei Paesi cosiddetti sviluppati il tasso di mortalità infantile è al di sotto di 5 decessi per 1.000 nati vivi.

10 Questa campagna lanciata nel 2000 prevede il conseguimento per il 2015 di 7 obiettivi, collegati fra loro:

- Eradicare la povertà estrema e la fame.
- Conseguire l'istruzione primaria a livello universale.
- Promuovere l'uguaglianza di genere e l'*empowerment* delle donne.
- Ridurre la mortalità infantile.
- Migliorare la salute delle madri.
- Lottare contro HIV e AIDS, malaria e altre malattie.
- Assicurare la sostenibilità ambientale.

(Per maggiori informazioni, vedere sito UNICEF o *Millennium Development Goal*).

11 Cfr. L. A. Hanson, *Immunobiology of Human Milk: How breastfeeding protects infants*, Amarillo, Texas: Pharmasoft Publishing; 2004, pag. 123-129.

12 Cfr. R. E. Black, S.S. Morris, J. Bryce, *Where and why are 10 million children dying every year?*, op. cit.

## 24 Tutte le mamme hanno il latte

fondamentali che dovrebbero essere messi in atto: fra i primi l'allattamento al seno figura come il principale mezzo per salvare vite umane; è stimato che potrebbe infatti evitare la morte a circa 1,3 milioni di bambini<sup>13</sup>. La stessa OMS riconosce come una maggiore diffusione dell'allattamento, sia sotto il profilo dell'incidenza che della durata, sia imprescindibile se si vuole garantire la sopravvivenza di moltissimi bambini, e una salute migliore a un numero ancora maggiore, come ha avuto modo di affermare più volte nelle sue Risoluzioni, e nelle linee guida della Strategia Globale per l'Alimentazione dei Lattanti e dei Bambini<sup>14</sup>.

Come è possibile questo? Oltre agli effetti protettivi dell'allattamento, di cui parleremo più avanti, è fondamentale il suo *effetto contraccettivo*<sup>15</sup>.

Questo è un aspetto poco conosciuto e apprezzato nella nostra cultura, viceversa, nella maggior parte dei Paesi del mondo, il LAM (o Metodo dell'Amenorrea Lattazionale) è ancora il mezzo più usato per distanziare le nascite. Oltre ad essere affidabile, il LAM infatti è gratuito ed è accessibile a tutte le madri, nonché compatibile con le differenti fedi religiose e le varie norme socio-culturali. Il LAM è estremamente sicuro, potendo raggiungere un'efficacia del 98,4% durante i primi sei mesi di vita del bambino e fino al 92% nei successivi 6 mesi<sup>16</sup>. Questo era noto anche in Italia: le nostre bisnonne per posporre una nuova gravidanza allattavano per due o tre anni, facendo poppare frequentemente i bambini sia di giorno sia di notte, sapendo che questo avrebbe reso più improbabile la fecondazione<sup>17</sup>.

13 G. Jones et al., *How Many Child Deaths can we prevent this year? Summary of The Lancet Child Survival Series: BASICS II* (2003).

14 World Health Organization, UNICEF, *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, Geneva: World Health Organization; 2003. In rete: [http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global\\_strategy.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm)

15 Cfr. L. A. Hanson, *Immunobiology of Human Milk: How breastfeeding protects infants*, op. cit. Cfr. anche M. H. Labbok et al., *Multicenter Study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration and implications for clinical application*, "Contraception" 55:327-336, 1997.

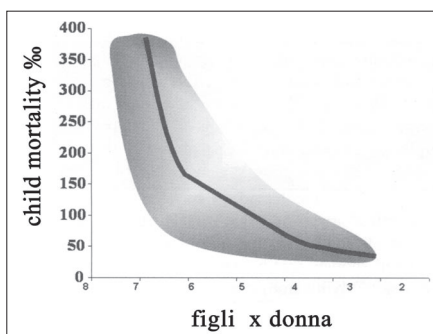
16 Ibidem.

17 Cfr. L. Braibanti, atti del convegno "Il latte materno, primo cibo dell'uomo", Parma 29/4/89. Cfr. anche Whitaker ED., *Measuring Mamma's Milk: Fascism and the Medicalization of Maternity in Italy*, University of Michigan Press; 2000.

Come funziona il LAM – Metodo dell'Amenorrea Lattazionale

**Per i primi sei mesi:** i requisiti che devono essere soddisfatti riguardano la frequenza delle poppate e l'esclusività dell'allattamento. La protezione è massima e raggiunge quella degli anticoncezionali orali se il bambino non riceve altro cibo che il latte materno, se alla mamma non è ricomparso il ciclo e se gli intervalli fra le poppate non superano le tre-quattro ore, anche la notte (numero delle poppate non inferiore a 8-10 nelle 24 ore).  
**Dopo i primi sei mesi:** dal momento in cui il bambino inizia ad assumere i cibi solidi, il metodo non è più al massimo livello di efficacia, ma molte madri che allattano frequentemente senza lunghe pause durante la notte hanno potuto constatare che il ciclo mestruale può ricomparire anche dopo un anno o due, e talvolta anche più.

Come risulta evidente dal grafico che segue, c'è un forte collegamento fra mortalità entro i primi 5 anni e numero di figli pro-capite. L'alimentazione artificiale o una breve durata dell'allattamento possono contribuire ad aumentare la mortalità dei bambini anche perché favoriscono nascite troppo ravvicinate.



Relazione fra child mortality e fertilità. Osservando questo grafico, adattato da UNICEF and UN Population division, diventa chiaro come nei Paesi poveri il numero di figli per donna sia strettamente collegato al tasso di mortalità dei bambini entro i primi 5 anni di vita.

(Unicef and UN Population Division-adapted, in Immunobiology of Human Milk – L. A. Hanson Pharmasoft Publishing 2004)

Riguardo agli effetti protettivi dell'allattamento, risultati addirittura sorprendenti sono quelli emersi da uno studio pubblicato nel 2006<sup>18</sup> in cui si

18 Edmond et al., *Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality*, "Pediatrics" 2006; 117; 380-386. I risultati eclatanti di questo studio sono stati ripresi come tema della SAM – Settimana Mondiale dell'Allattamento – del 2007 che era:

## 26 Tutte le mamme hanno il latte

è deciso di valutare l'impatto del momento di inizio allattamento e tipo allattamento – esclusivo, predominante o parziale – sul rischio di mortalità neonatale in una zona rurale del Ghana. La mortalità neonatale è quella che riguarda i bambini nel primo mese di vita, e comprende attualmente il 41% della mortalità infantile annua, circa quindi 3 milioni e 200 mila neonati ogni anno.

Questo studio ha preso in esame 10.947 neonati sopravvissuti al secondo giorno, mediante interviste alle madri durante una campagna di supplementazione di vitamina A.

Il 71% dei neonati iniziavano l'allattamento entro il primo giorno, quasi tutti gli altri entro il terzo giorno, e solo 1,3% iniziavano l'allattamento dopo. Il 30% di questi neonati riceveva allattamento misto: questi bambini avevano un rischio di mortalità quattro volte superiore a quelli allattati in modo esclusivo; ma non solo. L'inizio ritardato dell'allattamento era collegato in modo proporzionale con l'aumento della mortalità, anche tenendo conto dei fattori di confusione (bambini ad alto rischio perché prematuri o malati, bambini morti nella prima settimana).

Secondo gli autori di questo studio, la promozione dell'inizio dell'allattamento nel primo giorno di vita ha il potenziale ridurre il 16% delle morti neonatali; tale percentuale salirebbe al 22% se l'allattamento iniziasse entro la prima ora. Pertanto, secondo questa ricerca, i programmi di promozione dell'allattamento dovrebbero sottolineare l'importanza vitale del suo inizio tempestivo, come fanno per l'allattamento esclusivo. Questo ha particolare rilevanza per l'Africa sub-sahariana, e per le altre zone con alti tassi di mortalità neonatale e infantile, ma è vero per tutti i bambini del mondo. La mortalità dovuta alla mancanza o alla non esclusività dell'allattamento è soltanto purtroppo la classica punta di un *iceberg* ben più grande fatto di malnutrizione, malattie acute e croniche e deficienze nello sviluppo che si sarebbero potute evitare se tante coppie madre-bambino non fossero state private del loro diritto all'allattamento.

“Allattamento, la prima ora salva un milione di bambini!”, il materiale si può consultare sul sito [www.mami.org](http://www.mami.org)



Latte in polvere, malnutrizione  
e mortalità nei Paesi in via di sviluppo

*L'esperienza della dr.ssa Chiara Castellani, ginecologa, responsabile di programmi di assistenza materno-infantile in Nicaragua (1983-89) attualmente in servizio presso Kimbau – Kenge (Congo).*

Roma, 10-11-2002

Benché fin dall'inizio della mia esperienza in Nicaragua dovetti immediatamente constatare gli effetti deleteri dell'allattamento artificiale sullo stato di nutrizione e sulla morbi-mortalità per diarrea dei bambini minori di un anno, fu solamente quando mi trovai in una realtà marginale rurale, con una popolazione estremamente povera, che disposi di termini di confronto concreti quasi paradossali: nei villaggi più poveri e isolati, dove la guerra condizionava situazioni di miseria e di mancato accesso all'assistenza sanitaria, la malnutrizione aveva una prevalenza superiore al 50% nei bambini minori di 6 anni, ma i lattanti (regolarmente allattati al seno perché non c'era altro alimento disponibile a causa della guerra) erano degli stupendi bambini grassocci e sveglissimi, talora a scapito delle madri, denutrite esse stesse per l'incapacità economica di procurarsi degli alimenti nutritivi. La malnutrizione infantile era una conseguenza immediata dello svezzamento, non esistendo alternative alimentari di buon tenore proteico. Viceversa nel centro urbano in cui si trovava l'ospedale, vi erano alcune famiglie che non potei definire ricche ma che potevano permettersi la spesa del latte artificiale: era fra i loro figli che riscontravo i casi di diarrea cronica e di marasma infantile precoce. Nel 1987, l'anno in cui la guerra fu più dura, la principale causa di morte ospedaliera fu la diarrea. Su 27 decessi per diarrea, 26 furono in minori di 1 anno. Tutti meno uno erano allattati artificialmente e con un deficit nutrizionale moderato o grave associato. L'allattamento artificiale favoriva anche gravidanze ravvicinate, favorendo ulteriori circoli viziosi di povertà e malnutrizione.

Il dato meno comprensibile di questa situazione era che chi utilizzava il latte artificiale lo faceva convinta di spendere i suoi pochi risparmi per meglio nutrire il proprio bambino, "come fanno in Europa", mentre le madri che non avevano la possibilità materiale di acquistare il latte in polvere si sentivano quasi in colpa del fatto che la povertà impedisse loro di garantire il meglio ai propri figli: quando mi sinceravo con loro se stavano allattando al seno, mi sentivo rispondere con rammarico: "non ho altro". Eppure in quegli anni il governo Sandinista stava portando avanti delle campagne di promozione dell'allattamento al seno, utilizzando anche media (come la radio) diffusi nelle zone rurali; la pubblicità al latte in polvere come ai biberon era severamente proibita. Ciononostante

## 28 Tutte le mamme hanno il latte

persino alcuni miei colleghi, in perfetta buona fede, prescrivevano il latte artificiale in situazioni in cui non sussistevano reali controindicazioni all'allattamento materno.

Anche nella zona in cui attualmente opero, in Congo, la guerra e l'isolamento stanno minando le poche risorse economiche della popolazione; la malnutrizione è diffusissima, ma non nel minore di un anno, perché la sola forma possibile di alimentarlo è l'allattamento materno. Persino il piccolo rimasto orfano viene allattato da una "mama mbuta", normalmente un'altra madre presente nella famiglia allargata, di solito già nutrice di un altro bambino. Le poche volte che ho dovuto ricorrere a un complemento di latte vaccino anche se modificato (per esempio nel caso di madre affetta da ipogalattia per tubercolosi o AIDS), pur evitando il biberon e utilizzando tutte le precauzioni igieniche ho avuto risultati scoraggianti.

\* \* \*

Una testimonianza da Bangui, Repubblica Centrafricana, rilasciata dal dottor Massimo Serventi, in servizio presso l'ospedale pediatrico di Emergency:

Sono pediatra, non conto i bambini che mi sono morti "sotto gli occhi" nei 29 anni in cui ho lavorato, in ospedali governativi, in città, in periferia. Moltissimi di essi erano malnutriti, magri, senza difese contro le malattie infettive. Mi sono dedicato molto a combattere/prevenire la grave malnutrizione infantile: un punto cardine è che un bambino africano, o comunque di famiglia povera, rischia davvero di morire se non è allattato per i primi 2 anni di vita. È molto semplice: una famiglia afflitta da grave povertà ha limitato accesso a cibo nutriente e vario, che costa, che va acquistato. Comunemente si usano i cibi tradizionali, di solito farine di tuberi e radici, che vanno bene... ma che da soli non forniscono adeguate calorie e proteine per la crescita. Con questa "dieta" si capisce subito quanto sia importante mantenere il latte materno, che fornisce appunto calorie e proteine mancanti. Fino almeno a due anni: da qui in poi il bimbo riuscirà a farcela, allungherà le mani nel piatto comune assicurandosi cibi solidi nutrienti a sufficienza. L'anno critico del bambino africano è il secondo di vita, quando ha un peso che richiede calorie e proteine aggiuntive che il cibo classico non fornisce, solo il latte materno lo tiene in vita...

Non va dimenticato l'aspetto protettivo del latte materno. Un neonato orfano alimentato con latte di formula ha poche speranze di farcela: ne ho visti tanti morire. Anche qui è semplice capirlo: la preparazione del latte in polvere in ambienti poco puliti (quali possono essere quelli di una capanna), l'uso di un biberon lavato male, gli errori di preparazione... tutto contribuisce all'insorgenza di diarrea, che si ripete, che si mantiene nel tempo e che porta alla malnutrizione e poi alla morte. Per i bambini

orfani l'unica speranza è di trovare una zia che già allatta e che accetta di fare da balia.

L'UNICEF incoraggia da anni due comportamenti: non aggiungere niente al latte materno nei primi sei mesi (*exclusive breast feeding*) e mantenere l'allattamento almeno fino a 2 anni di età del bambino. Si dà per inteso che introdurre anche semplice acqua comporterebbe una riduzione della suzione e di conseguenza della produzione di latte. Si immagina cosa provoca l'introduzione di latte di formula a fianco di quello materno: le mammelle si prosciugano nel giro di alcuni giorni.

Da noi sono importanti i tiralatte, soprattutto per le madri con figli prematuri che non si attaccano bene. Ce ne sono di elettrici, funzionano bene in contesti ospedalieri: un prematuro ha qualche possibilità di farcela solo se assume latte materno, di sua madre o di qualunque madre che non sia HIV positiva.

Ecco, esiste il problema dell'allattamento materno da parte di madri sieropositive. La possibilità di trasmissione attraverso il latte esiste, documentata. Esiste molta letteratura in proposito, si fa strada il concetto che senza il latte materno il bimbo morirebbe comunque di malnutrizione e infezioni (evenienza quasi certa) per cui vale la pena rischiare e permettere l'allattamento al seno.

Latte materno, caldo, sano, nutriente, sterile, digeribile... se ogni bambino africano potesse urlarlo dovremmo sentire un boato: non privatemi del diritto a due anni di latte di donna, non datemi il latte di una vacca, datelo ai piccoli della vacca, non a me.

E ancora: se mia mamma mi allatta avrà una nuova gravidanza più tardi, quando io sarò cresciuto e fuori pericolo.

Eppure... eppure il pericolo è in agguato. Sì, il mercato si fa strada, come sta succedendo per i farmaci. Nelle farmacie (ce ne sono a centinaia nelle città) oggi si trova di tutto, farmaci occidentali anche sofisticati, che la gente compera anche perché erroneamente prescritti dai medici. Ai farmaci si accompagnano i latti in polvere, che fanno bella vista sulle mensole delle farmacie e dei supermercati. Avverto un senso di pericolo: se le donne africane vorranno imitare le colleghe dei Paesi ricchi che danno latte in polvere ai loro figli sani e paffuti sarà un disastro. E già l'ho visto iniziare in Afghanistan, dove donne magrine e piccole di statura partoriscono bimbi di basso peso, spesso alimentati da latte in polvere. Prescritto con scandalosa libertà dai medici/pediatri stessi, che non incoraggiano adeguatamente il mantenimento del latte materno. Che dire dei Paesi emergenti, neo-ricchi o comunque in crescita: temo che il ricorso ai latti di formula si faccia strada, ogni giorno che passa.

Alcune raccomandazioni:

- 1) non inviare mai, per nessun motivo, latti in polvere in Africa. Anzi, non inviare mai cibo in Africa... provoca confusione, dipendenza, aspettative.
- 2) imparare a conoscere i meccanismi, la fisiologia di un buon allattamento al seno, troppe donne lo abbandonano senza aver messo in atto

### 30 Tutte le mamme hanno il latte

le manovre correttive per mantenerlo.

3) farsi convinte/i che non “avere latte” equivale a non “avere sudore” o “lacrime”... il latte è prodotto da ghiandole come lo sono il sudore e le lacrime, la vera assenza di latte (agalattia) è un evento eccezionale, rarissimo. In 35 anni di lavoro ho visto un solo caso.

Gli esseri umani sono gli unici mammiferi a usare il latte di altri animali per allattare i propri piccoli: anche a un profano non “sembra” essere questa una conquista della conoscenza umana.

(Bangui, aprile 2011)



Dalla Risoluzione AMS 55.25 del 2002: “...Conscia che ogni anno almeno il 55% delle morti infantili per diarrea e infezioni respiratorie acute possono essere il risultato di pratiche alimentari improprie, che meno del 35% di bambini nel mondo sono allattati in maniera esclusiva per almeno 4 mesi...”. L’Assemblea Mondiale della Sanità da anni richiama l’attenzione dei Governi sulla promozione dell’allattamento come mezzo per migliorare la

salute e assicurare la sopravvivenza di molti bambini, a fronte di dati allarmanti sull’incidenza e la durata dell’allattamento nel mondo.

#### *E nei Paesi ricchi?*

Uno dei motivi per cui nei Paesi sviluppati sono meno evidenti e meno catastrofici gli effetti del mancato allattamento, è dovuto al fatto che altri fattori importanti hanno contribuito in larga misura a ridurre mortalità infantile e malattie, quali ad esempio la crescita del reddito medio, l’aumento dell’istruzione, il miglioramento delle condizioni igieniche, l’accesso all’acqua pulita, le reti fognarie, la disponibilità di farmaci e le vaccinazioni.

Eppure i rischi dovuti all’uso di latte artificiale esistono anche per i bambini che possono ricevere latte ricostituito con acqua pulita, in biberon puliti, e nelle giuste quantità, come vedremo più avanti.

Per quanto riguarda la mortalità, già uno studio americano del 2004<sup>19</sup>

19 A.Chen, W. J. Rogan, *Breastfeeding and the risk of postneonatal death in United States*, “Pediatrics” 113: 435-439, 2004.

rivelava che i bambini non allattati negli Stati Uniti avevano un rischio di mortalità post-natale (cioè dopo il primo mese fino al compimento del primo anno) superiore rispetto ai bambini allattati, calcolando in circa 700/anno il numero di vite infantili perse a causa dell'uso di latte artificiale. In uno studio più recente<sup>20</sup>, si afferma che sarebbero circa 900 le morti infantili dovute all'uso di latte artificiale, causate da malattie che si sarebbero potute evitare se questi bambini fossero stati allattati in modo esclusivo, secondo le raccomandazioni. Questi decessi riguardano soprattutto prematuri e neonati deceduti per Sindrome della Morte Improvvisa del lattante, o SIDS.

È oggi infatti ormai riconosciuto che la mancanza di latte materno è un fattore di rischio per la SIDS<sup>21</sup>, con la conseguenza che i bambini allattati in modo esclusivo, secondo un recente studio, hanno un rischio dimezzato di morire per SIDS all'età di un mese, rispetto ai bambini non allattati. Anche una meta-analisi di 18 studi, recentemente pubblicata su "Lancet", conferma un forte effetto protettivo dell'allattamento sulla SIDS, effetto maggiore in caso di allattamento esclusivo. Secondo questo studio, i motivi sono dovuti sia al fatto che i bambini non allattati hanno un sonno più pesante, sia perché non ricevono i fattori immunologici presenti nel latte materno<sup>22</sup>. Il meccanismo per cui questo avviene non è del tutto chiaro: sarà perché il latte artificiale, essendo difficile da digerire, provoca un sonno più pesante, oppure per via del fatto che i bambini allattati si svegliano più spesso durante la notte? È noto che si è riscontrata una diminuzione sensibile delle morti in culla da quando si suggerisce ai genitori di non far dormire i figli nella posizione prona: sarà un caso che i bambini che dormono con le loro mamme di solito stanno sdraiati sulla schiena (o rivolti verso di esse per la durata della poppata).

20 M. Bartick, A. Reinhold, *The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis*, "Pediatrics published online" Apr 5, 2010.

21 M. M. Vennemann, T. Bajanowski et al., *Does Breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome?*, Published online March 2, 2009 "Pediatrics" Vol. 123 No. 3 March 2009, pp. e406-e410 (doi:10.1542/peds.2008-2145).

22 Fern R. Hauck et al., *Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis*, "Pediatrics" vol 128, n.1, July 2011.

## BIBLIOGRAFIA

### Parte Prima

“Breastfeeding Briefs”, a cura di IBFAN-GIFA Numeri: da 38 (maggio 2004) a 48-49 (dicembre 2010).

“L’Allattamento Moderno”, pubblicato a cura della Leche League Italia, numeri: da 90 a 98.

“Quaderni ACP”, rivista dell’Associazione Culturale Pediatri. N.ri vari anni 2007-2011.

*14 Risks of Formula Feeding – A brief annotated bibliography*, maggio 2006 a cura di INFACT Canada.

*Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*, revised 2009 WHO/NMH/NHD/09.01.

Akobeng A. K., Heller R. F., *Assessing the population impact of low rates of breast feeding on asthma, coeliac disease and obesity: the use of a new statistical method*, Published Online First 13 July 2006 “Arch Dis Child” 2007;92:483–485.

American Academy of Pediatrics, *Breastfeeding and the Use of Human Milk, Policy Statement*, “Pediatrics”, Vol.115, No. 2, February 2005.

Bartick M., Reinhold A., *The burden of suboptimal Breastfeeding in the united States: A Pediatric Cost Analysis*, “Pediatrics” Vol 125, number 5 May 2010.

Boyd C. A., Quigley M. A, Brocklehurst P., *Donor breast milk versus infant formula for preterm infants: systematic review and meta-analysis*, “Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed” 2007;92:169-75.

Carletti C., Cattaneo A., Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale, Istituto per l’Infanzia IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, *La preparazione casalinga del latte in polvere: si rispettano le regole di sicurezza?*, “Quaderni ACP” 2008; 15(1): 15-19.

Cattaneo A., Ronfani L., Burmaz T., Quintero-Romero S., Macaluso M., Di Mario S., *Infant feeding and cost of health care: a cohort study*, “Acta Paediatr” 2006;95:540.

Chantry C. J., Howard C. R., Auinger P., *Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children*, “Pediatrics” 2006;117:425-32.

Chen A. , Rogan W. J., *Breastfeeding and the risk of postneonatal death in United States*, “Pediatrics” 113: 435-439, 2004.

Conti Nibali S., *Come preparare in casa il latte in polvere*, “Quaderni acp” 2008; 15(1): 40.

## 236 Tutte le mamme hanno il latte

Crawley H. e Westland S., *Infant milk in the UK*, The Caroline Walker Trust, il testo è disponibile in rete su [www.cwt.org.uk](http://www.cwt.org.uk)

*Data Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses* Bernardo L. Horta... [et al.] WHO Library Cataloguing-in-Publication ISBN 978 92 4 159523 0 (NLM classification: WS 125) World Health Organization 2007.

Donovan S. M., *Role of Human Milk Components in Gastrointestinal Development: Current knowledge and Future Needs*, "The Journal of Pediatrics", November 2006.

Duijts L., Ramadhani M. K., Moll H. A., *Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review*, "Matern Child Nutr" 2009 Jul;5(3):199-210.

Edmond et al., *Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality* "Pediatrics" 2006; 117; 380-386.

*Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, Geneva: World Health Organization; 2003. In rete: [http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global\\_strategy.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm)

Goldman A. S., *The Immune System in Human Milk and the Developing Infant*, Breastfeeding Medicine Volume 2, N4, 2007.

Hanson L. A., *Immunobiology of Human Milk: How breastfeeding protects infants*, Amarillo, Texas: Pharmasoft Publishing; 2004.

Hoddinott P., Tappin D., Wright C., *Breast Feeding*, "BMJ" 2008;336;881-887.

Knoll Rajaratnam J., Marcus Jake R. et al., *Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4*, "Lancet" 2010; 375: 1988–2008 Published Online May 24, 2010 DOI:10.1016/S0140- 6736(10)60703-9.

Kramer M. S., Aboud F., Mironova E. et al. for the Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group, *Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial*, "Arch Gen Psychiatry" 2008;65:578-84.

Kramer M. S., Fombonne E., Igumnov S. et al. for the Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group, *Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial*, "Pediatrics" 2008;121:e435-40.

Kramer M. S., Matush L., Vanilovic L. et al., *Effect of prolonged and exclusive Breastfeeding on risk of allergy and asthma: cluster randomized trial*, "BMJ" 2007;335:815-20.

Kusunoki T., Morimoto T. et al., *Breastfeeding and the prevalence of allergic disease in schoolchildren: Does reverse causation matter?*, "Pediatr Allergy Immunol" 2010;21(1 Pt 1):60-6.

Labbok M. H., Clark D., Goldman A. S., *Perspectives – Breastfeeding: maintaining an irreplaceable immunological resource*, “Nature Reviews Immunology” Volume 4 July 2004 565.

Labiner-Wolfe J., S. B. Fein, K. R. Shealy, *Infant Formula–Handling Education and Safety*, “Pediatrics” 2008;122:S85–S90.

Langer-Gould A. et al., *Exclusive BF and the risk of postpartum relapses in women with multiple sclerosis*, “Arch Neurol” 2009;66(8):958-963.

*Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva*. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 2008.

Liu B., Jorm L., Banks E., *Parity, breastfeeding and the subsequent risk of maternal type 2 diabetes*, “Diabetes Care” 2010;33(6):1239-41.

MacArthur A. C, McBride M. L., Spinelli J. J. et al., *Risk of childhood leukemia associated with vaccination, infection, and medication use in childhood: the Cross-Canada Childhood Leukemia Study*, “Am J Epidemiol” 2008;167:598-606.

Moffatt D. C., Illyckyj A., Bernstein C. N., *A population-based study of BF in Inflammatory Bowel Disease: initiation, duration and effect on disease in the postpartum period*, “Am J Gastroenterol” 2009; 104(10):2157-23.

Owen C. G., Martin R. M., Whincup C. H., Smith G. D., Cook D. G., *Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence*, “Am J Clin Nutr” 2006;84:1043–54 BB.

Palmer B., *DDS Apnea Ostruttiva e Russamento: come prevenirli nell'infanzia*, www.brianpalmerdds.com

Pickwer M., Bergstrom U. et al., *Breast-feeding, but not use of oral contraceptives, is associated with a reduced risk of rheumatoid arthritis*, “Ann Rheum Dis” 2009;68(4):526-30.

Quigley M. A, Cumberland P., Cowden J. M., Rodrigues L. C., *How protective is breast feeding against diarrhoeal disease in infants in 1990s England? A case-control study*, “Arch Dis Child” 2006;91;245-50.

Quigley M. A., Kelly Y. J, Sacker A., *Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study*, “Pediatrics” 2007;119:e837-e842 BB42-43.

Riordan J., *Breastfeeding and Human Lactation*, Jones and Bartlett Publishers IVrd edition 2010; cap. IV.

Sacker A., Quigley M. A., Kelly Y. J., *Breastfeeding and developmental delay: findings from the Millennium Cohort Study*, “Pediatrics” 2006;118;682-9.

*Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula. Guidelines* [http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf)



## 238 Tutte le mamme hanno il latte

Singhal A., Cole T. J., Lucas A., *Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials*, "Lancet" 2001;357:413-9.

Vennemann M. M., Bajanowski T. et al., *Does Breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome?* Published online March 2, 2009 "Pediatrics" Vol. 123 No. 3 March 2009, pp. e406-e410 (doi:10.1542/peds.2008-2145).

Viggiano D. et al, *Breast feeding, bottle-feeding and non nutritive sucking; effect on occlusion in deciduous dentition*, "Arch Dis Child" 89:1121-1123, 2004.

Walker M., *Supplementation of the Breastfed Baby "Just one bottle won't hurt – or will it?"* <http://www.naba-breastfeeding.org/images/Just%20one.pdf>

### Parte Seconda

AA.VV. *L'epidurale*, "Donna & Donna", il giornale delle ostetriche, settembre 2006.

AA.VV. *Mani sul parto, Mani nel parto*, Atti del Convegno IRIS 2004.

AAIMHI – Australian Association for Infant Mental Health, *Controlled Crying: AAIMHI Position Paper* novembre 2002.

Academy of Breastfeeding Medicine *Linee guida ABM su sonno condiviso e allattamento al seno*, "Breastfeeding Medicine" volume 3, n. 1, 2008 traduzione Elena Dal Prà <http://alibablog.wordpress.com/2009/06/30/posso-dormire-con-il-mio-bambino/>

Armeni M. E., *Allattamento Prolungato: implicazioni nutrizionali e sociali*, intervento al convegno a Bolzano 2004.

Ball H. L., *Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep*, "Birth" 2003; 30(3):181-188.

Binns C. W., Scott J. A., *Breastfeeding: Reasons. for starting, reasons for stopping and problems along the way*, "Breastfeeding Review" 2002; 10 (2): 13-19.

Binns C. W., Scott J. A., *Using pacifiers: what are breastfeeding mothers doing?*, "Breastfeed Rev" 2002; 10(2) 21-25.

Blair P., Sidlebothan P., *Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case control study of SIDS in south west England*, "BMJ" 2009; 339:b3666

Buckley K. M., *Long-Term Breastfeeding: Nourishment or Nurture?*, "J Hum Lact" 17(4), 2001.

Bystrova K., Ivanova V., Edhborg M., Matthiesen A. S., Ransjo-Arvidson A. B., Mukhamedrakhimov R., Uvnas-Moberg K., Widstrom A. M., *Early contact versus separation: effects on mother infant interaction one year later*, "Birth" 2009;36:97-109.

Colson S. D., Meek J. H., Hawdon J. M., *Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding*, "Early Human Development" 2008;84:441-9.

D.M. 10 SETTEMBRE 1998 – Aggiornamento del d.m. 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del d.m. 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità. (*Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 20 ottobre 1998, n. 245*).

Del Santo M., Davanzo R., Quintero Romero S., Ruiz L., Centuori S., Burmaz T., Cattaneo A., *Le conoscenze dei pediatri sull'allattamento al seno*, "Quaderni ACP" 1998;4:10-2.

Dewey K. G., Nommsen-Rivers L. A., Heinig M. J., Cohen R. J., *Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss*, "Pediatrics" 2003; 112(3 Pt 1):607-619.

Di Napoli A., Di Lallo D., Fortes C., Franceschelli C., Armeni E., Guasticchi G., *Home breastfeeding support by health professionals: findings of a randomized controlled trial in a population of Italian women*, "Acta Paediatr" 2004; 93(8):1108-1114.

Donati S., Giusti A. *Taglio cesareo, rischio di mortalità infantile e le raccomandazioni del National Institute of Health*, – Cnesps (Iss) [http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/giusti\\_donati.asp](http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/giusti_donati.asp)

Edmond K. M. et al., *Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality*, "Pediatrics" 2006 117 380/386.

Enkin M. W., McMaster University Hamilton, Ontario, Canada, *La necessità di una ostetricia basata su prove di efficacia*, 1996. Disponibile su [www.ceveas.it](http://www.ceveas.it)

Enkin M.W., McMaster University Hamilton, Ontario, Canada, *Mezzo secolo di assistenza alla maternità*, 2006. Disponibile su [www.ceveas.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.../BLOB%3AID%3D98](http://www.ceveas.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.../BLOB%3AID%3D98)

Gathwala G., Singh B., Singh J., *Effect of kangaroo mother care on physical growth, breastfeeding and its acceptability*, "Tropical Doctor" 2010;40:199-202.

*Insieme per l'allattamento* – Ospedali&Comunità Amici dei Bambini; uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno – Standard per le Buone Pratiche per gli Ospedali Edizione 2010 Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus.

Kennell J., McGrath S., *Beneficial effects of postnatal skin-to-skin contact*, "Acta Paediatr" 2003; 92(3):272-273.

Klaus M., *Madre e Figlio: legami emozionali precoci*, "Pediatrics" 1998.

Kronborg H., Væth M., *How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration?*, "Birth" 2009;36:34-42 BB 46-47. Pacifier use had an independent negative impact on the duration of breastfeeding.

## 240 Tutte le mamme hanno il latte

La Leche League Italia. *Pratiche Ospedaliere che sostengono l'allattamento materno*, "L'Allattamento Moderno", numero 90 inverno 2008-09

*La Nascita di Pinga*, Illustrazioni Tony Wolf, testo originale Sibylle Von Flüe The Pygos Group 2002, per l'edizione italiana Dami Editore, Firenze.

Mari P., *Il mestiere del parto, le ostetriche dell'Umbria si raccontano*, Blu Edizioni.

McKenna J., *Di notte con tuo figlio*, Il leone verde 2011.

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali CEDAP – Analisi dell'evento nascita, anno 2006, 2007 e 2008 (disponibile in rete vedi sito [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)).

Mizuno K. et al., *Mother-Infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour*, "Acta Paediatrica" 2004; 93:1640-1645.

Moore E. R., Anderson G. C., *Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status*, "J Midwifery Women's Health" 2007;52:116-25.

Moschetti A. M., Tortorella M.L., *Ossitocina e Attaccamento*, "Quaderni ACP" 2007; 14(6):254-260.

Negri P., *Sapore di Mamma*, Leone Verde 2009

Nommsen-Rivers L. A., Chantry C. J., Cohen R. J., Dewey K. G., *Comfort with the idea of formula feeding* "Breastfeeding Med" 2010;5:25-33.

Odent M., *L'agricoltore e il ginecologo*, Il leone verde 2006.

Odent M., *La scientificazione dell'amore*, Urra 2008.

Palda A. et al., *Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice*, "JAMC" 16 mars 2004, 170/6.

Porter R. H., *The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours*, "Acta Paediatr" 2004; 93:1560-1562.

Post J. C., Goessier M. C., *Is pacifier use a risk factor for otitis media?*, "Lancet" 2001; 357(9259):823-824.

Prashant Gangal et al *Breast Crawl Initiation of Breastfeeding by breast crawl*, , UNICEF India 2007.

Santos I. S., Mota D. M et al., *Bed-sharing at 3 months and breastfeeding at 1 year in Southern Brazil*, "J Pediatr" 2009;155:505-9

Schanler R. J., O'Connor K. G., Lawrence R. A., *Pediatricians Practices and Attitudes regarding Breastfeeding Promotion*, "Pediatrics" Vol 103 No 3 march 1999.

Sikorski J., Renfrew M. J., Pindoria S., Wade A., *Support for breastfeeding mothers: a systematic review*, "Paediatr Perinat Epidemiol" 2003; 17(4):407-417.

Sikorski J., *Support for breastfeeding mothers: a systematic review*, "Paediatric and Perinatal Epidemiology", 17, 407-417, 2003.

Smith L. J., Kroeger M., *Impact of Birthing Practice on Breastfeeding*, Jones and Bartlett Publishers ed 2010.

Taveras E. M. et al., *Clinician Support and Psychosocial Risk Factors associated with Continuation of Exclusive Breastfeeding*, "Pediatrics" Vol 112 No 1 July 2003.

Taveras E. M. et al., *Mothers' and Clinicians' Perspectives on Breastfeeding Counseling during Routine Preventive Visits*, "Pediatrics" Vol 113 No 5 May 2004.

Taveras E. M. et al., *Opinions and Practices of Clinician associated with Breastfeeding Discontinuation*, "Pediatrics" Vol 113 No 4 April 2004.

Tortorella M. L., Moschetti A. M., *Il sonno condiviso aumenta il rischio di SIDS nel lattante? Un dibattito sempre aperto*, "Medico e Bambino" pagine elettroniche, febbraio 2011.

Torvaldsen S., Roberts C. L., Simpson J. M., Thompson J. F., Ellwood D. A., *Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study*, "Int Breastfeed J" 2006;1:24.

Unicef Uk Baby Friendly Initiative, *Bambini che condividono con la madre il letto d'ospedale – Esempio di protocollo* (tradotto da AICPAM).

Unicef Uk Baby Friendly Initiative, *Statement on dummy use* [www.babyfriendly.org.uk/pdfs/dummy\\_statement\\_08.pdf](http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/dummy_statement_08.pdf)

Ward L., *The benefits of staying home longer*, "The Guardian" March 16, 2005 [http://www.salon.com/mwt/feature/2005/03/16/maternity\\_leave/index.html](http://www.salon.com/mwt/feature/2005/03/16/maternity_leave/index.html)

Whitmarsh J., *The good, the bad and the pacifier. Unsettling accounts of early years practice* "Journal of early childhood research" Copyright © 2008, 6(2) 145–162 SAGE Publications ([www.sagepublications.com](http://www.sagepublications.com)).

### Parte Terza

Aguiayo V. M., Ross J. S., Kanon S., Ouedraogo A.N., *Monitoring Compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk substitutes in west Africa: multisite cross sectional survey in Togo and Burkina Faso*, "BMJ" 2003; 326:127 (18 January).

*Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: Raccomandazioni standard per l'Unione Europea*, 2006 [http://www.ilca.org/files/resources/international\\_regional\\_documents/EUPolicy06Italian.pdf](http://www.ilca.org/files/resources/international_regional_documents/EUPolicy06Italian.pdf)

Allain A., *Fighting an Old Battle in a New World –How IBFAN Monitors the baby food market*, offprint from Development Dialogue - Motala Sweden 2005.

Allain A., Sokol E., *Guida al Rispetto del Codice internazionale OMS*, IBFAN

## 242 Tutte le mamme hanno il latte

Penang 1998 (traduzione a cura di IBFAN Italia).

Chopra M., Rollins N., *Infant feeding at the time of HIV: Assessment of infant Feeding policy and programmes in four African countries scaling up prevention of mother to child transmission programmes*, "Arch Dis Child" published online 8 aug 2007.

*Codice Internazionale Sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e successive Risoluzioni*, OMS, Ginevra – traduzione a cura di IBFAN Italia.

Coovadia H. M. et al., *Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study*, "Lancet", 2007, 369(9567):1107–1116.

Dana J., Loewenstein G., *A Social Science Perspective on Gifts to Physicians from Industries*, "JAMA", July 9 2003, vol 290 n. 2.

Dichiarazione congiunta OMS - UNICEF (1989), L'allattamento al seno – Protezione, incoraggiamento e sostegno; L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità, A cura del Comitato Italiano per l'UNICEF Collana di Pedagogia Sanitaria, Volume primo 1991.

Doherty T., Sanders D., Goga A., Jackson D., *Implications of the new WHO guidelines on HIV and infant feeding for child survival in south Africa*, *Policy and Practice Bull World Health Organ* 2011; 89:62-67.

Fava G. A., *Conflict of Interests and Special Interest Groups – The making of a counter culture*, editorial "Psycoter Psycosom" 2001; 70: 1-5.

Gentilini P., Bolognini M., Burgio E., Cattaneo A., Moschetti A., Raccanelli S. *Xenobiotici nel latte materno, il caso delle diossine*, pubblicato su "CESALPINO" (Rivista medico-scientifica dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Arezzo, 2010 n. 26, pag. 15-22).

Gentilini P., *Diossina nel latte delle madri in Europa, in Italia e a Taranto: quali sono i rischi e come possiamo difenderci dalla contaminazione? Consigli per la popolazione*, intervento della dott.ssa P. Gentilini presentato a Taranto il 22 gennaio 2011 in occasione della 1° Giornata Studio su Inquinamento e Salute.

Gonzalez C., *Il ruolo del personale sanitario e il Codice*, Atti del Convegno: Allattamento & Politiche per l'Infanzia, Dieci anni dopo la dichiarazione degli Innocenti, Firenze 16-17 marzo 2000 (MAMI).

Greiner T., *The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes: is it still relevant?* (MAMI) Atti del Convegno: Allattamento & Politiche per l'Infanzia, Dieci anni dopo la dichiarazione degli Innocenti, Firenze 16-17 marzo 2000.

*Guidance on global scale-up of the prevention of mother to child transmission of HIV: towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children* / Inter-Agency Task Team on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children. WHO 2007.

*Guidelines on HIV and infant feeding*. 2010. WHO, UNAIDS, UNFPA, UNI-

CEF. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. (WHO document online).

Hillenbrand K. M., Larsen P., *Effect of Educational Intervention about Breast-feeding on the Knowledge, Confidence, Behaviors of Pediatric Resident Physicians*, "Pediatrics" Vol. 110 No 5 November 2002.

IBFAN Italia, *Il Codice Violato*, edizione 2008.

IBFAN Penang, *Breaking the Rules, Stretching the Rules*, ed. 2007 e 2010.

IBFAN Penang, International Code Documentation Centre, State of the Code by Country, ed. 2009.

IBFAN *Protecting infant health, health worker's guide to the International Code of breastmilk substitutes* 11° edition 2010 IBFAN Malaysia.

IFE, *Infant Feeding in Emergencies*, 2010.

Kesho Bora Study, *Preventing mother-to-child transmission of HIV during breastfeeding*, WHO Department of reproductive health and research 2010.

Kuhn et al., *Effects of Early, abrupt Weaning for HIV-free survival of Children in Zambia*, "New England Journal of Medicine" www.nejm.org June 4 2008.

Maggiori L., Gentilini P., Cattaneo A. *Allattare in un mondo inquinato*, su www.ibfanitalia.org

*Pesticidi: gravi effetti sulla salute dei bambini*, www.bambinonaturale.it

Piwoz E. G. et al., *The impact of Safer Breastfeeding Practices on Postnatal HIV-1 Transmission in Zimbabwe*, "Am Journ of Public Health" July 2007 vol 97 No. 7.

Proposta per un Codice Internazionale sulla Commercializzazione ai bambini di alimenti e bibite analcoliche, a cura di IASO (International Association for the Study of Obesity) IOTF (International Obesity Task Force), CI (Consumers International).

Riordan J., *Breastfeeding and Human Lactation*, 4rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2010.

Stettler et al., *Weight Gain in the First Week of Life and Overweight in Adulthood – A cohort study of European American subjects fed infant formula*, Circulation www.circulationaha.org, 2005; 111:1897-1903.

Taylor A., *Violations of the International Code of Marketing of breastmilk substitutes: prevalence in four countries*, "BMJ" 11 April 1998; 316: 1117-22.

Taylor B. P. et al., for the BHIVA CHIVA Guidelines Writing Group, British HIV Association and Children's HIV Association position statement on infant feeding in the UK 2011 BHIVA Secretariat, Mediscript Ltd, London, UK DOI: 10.1111/j.1468-1293.2011.00918.xr 2011 British HIV Association HIV Medicine (2011).

UNICEF, Organizzazione Mondiale della Sanità, *Dichiarazione degli Innocenti*, Ginevra: UNICEF/WHO; 1990.

## 244 Tutte le mamme hanno il latte

Van Esterick P., *Ambienti più sani per i bambini – Domande frequenti sull'allattamento materno in un mondo contaminato* WABA 2004, consultabili in rete su [www.ibfanitalia.org/Documenti/FAQ\\_contaminantiLM.pdf](http://www.ibfanitalia.org/Documenti/FAQ_contaminantiLM.pdf)

WHO *Children and AIDS: fifth stochtaking report* 2010, UNAIDS-WHO-UNICEF ISBN: 978-92-806-4552-1 Sales No.: E.10.XX.9.

WHO *HIV and infant feeding – Revised Principles and Recommendations* Rapid Advice, novembre 2009.

WHO *New HIV recommendations to improve health, reduce infections and save lives*, World AIDS Day 2009. [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world\\_aids\\_20091130/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world_aids_20091130/en/index.html)

World Health Assembly, *Global Strategy on diet, physical activity and health*, Geneva, 22 May 2004.

World Health Organization, *Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere*. Statement 15 January 2011.

World Health Organization, UNICEF, *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, Geneva: World Health Organization; 2003. Disponibile su: [http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global\\_strategy.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm)

## INDICE

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| PREFAZIONE, di Adriano Cattaneo    | 5  |
| INTRODUZIONE                       | 10 |
| INTRODUZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE | 13 |

### PARTE PRIMA

*Allattare è naturale, ecologico, economico*

|  |    |
|--|----|
| I. ALLATTARE È IMPORTANTE  | 16 |
| <i>Il latte materno, risorsa naturale</i>  | 16 |
| <i>Il bambino allattato è lo standard biologico</i>  | 17 |
| <i>Implicazioni del tipo di alimentazione nel primo periodo della vita</i>                         | 19 |
| <i>Difficoltà legate agli studi sugli effetti dell'allattamento<br/>    (o della sua mancanza)</i> | 20 |
| <i>Allattamento e sopravvivenza infantile nei Paesi poveri</i>                                     | 22 |
| - Come funziona il LAM – Metodo dell'Amenorrea Lattazionale  | 25 |
| - Latte in polvere, malnutrizione e mortalità nei Paesi<br>in via di sviluppo                      | 27 |
| <i>E nei Paesi ricchi?</i>   | 30 |
| II. COSA RENDE IL LATTE MATERNO COSÌ SPECIALE  | 32 |
| <i>Il latte materno è un tessuto biologico vivo</i>  | 32 |
| <i>Le proteine del latte materno</i>   | 33 |
| <i>Gli zuccheri del latte materno</i>  | 34 |
| <i>I grassi del latte materno</i>  | 34 |
| <i>I Fattori Immunologici del latte materno</i>  | 35 |
| <i>Altri ingredienti</i>   | 39 |



## 246 Tutte le mamme hanno il latte

|  |    |
|--|----|
| III. COSA C'È NEL LATTE ARTIFICIALE                            | 40 |
| <i>Il latte artificiale è solo un alimento</i>                 | 40 |
| - Formule a base di soya                                       | 47 |
| <i>Metabolismo alterato</i>                                    | 47 |
| <i>Altri inconvenienti</i>                                     | 48 |
| - L'INRAN mette in guardia le madri                            | 50 |
| <i>Possibilità di contaminazione estrinseca e intrinseca</i>   | 52 |
| - Preparazione sicura del latte in polvere                     | 54 |
| <i>Implicazioni legate all'uso del biberon</i>                 | 55 |
| IV. RISCHI PER LA SALUTE LEGATI ALL'ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE: |    |
| QUELLO CHE TUTTI DOVREBBERO SAPERE                             | 59 |
| <i>Salute del bambino</i>                                      | 59 |
| - A breve termine  | 59 |
| - A lungo termine  | 62 |
| <i>Salute materna</i>  | 67 |
| <i>Impatto economico dell'alimentazione artificiale</i>        | 69 |
| - Il valore economico dell'allattamento                        | 73 |
| <i>Ecologia e sostenibilità</i>                                | 74 |
| - Fame, agricoltura e consumo di cibi animali                  | 74 |
| <i>Allattamento: una relazione complessa</i>                   | 76 |
| V. QUALCHE DATO  | 79 |
| <i>Il declino dell'allattamento</i>                            | 79 |
| <i>Quanto e come si allatta oggi in Italia</i>                 | 81 |
| VI. MA È PROPRIO VERO CHE CE L'HANNO TUTTE?                    | 84 |
| <i>Cosa occorre per la riuscita dell'allattamento</i>          | 84 |
| <i>Il processo della lattazione in pillole</i>                 | 85 |
| <i>Iniziare bene l'allattamento</i>                            | 88 |
| <i>E proseguirlo nel migliore dei modi</i>                     | 90 |
| - La rilattazione  | 91 |

## PARTE SECONDA

*Può una cultura essere nemica dell'allattamento?*

|   |     |
|---|-----|
| VII. L'INFLUENZA DELL'AMBIENTE CHE CIRCONDA LA MAMMA  | 96  |
| <i>La mamma "incompetente"</i>  | 97  |
| <i>Una coppia molto affiatata</i>   | 100 |
| <i>L'importanza delle cure prossimali</i>   | 101 |
| - Il succhiotto   | 103 |
| <i>Le aspettative culturali sul sonno dei bambini piccoli:<br/>    una barriera all'allattamento?</i> | 106 |
| <i>Sonno condiviso</i>  | 107 |
| <i>Allattamento e vita sociale</i>  | 110 |
| <i>Il biberon nell'immaginario comune</i>   | 112 |
| VIII. DALLA NASCITA IN POI: PRATICHE SANITARIE<br>E ASPETTATIVE SOCIO-CULTURALI                       | 115 |
| <i>Interventi medici: pro e contro</i>  | 115 |
| <i>Influenza sull'allattamento del tipo di assistenza ricevuta<br/>    durante il parto</i>           | 117 |
| <i>"Effetto domino"</i>   | 128 |
| <i>Il contatto pelle-a-pelle fra la mamma e il neonato<br/>    e la prima poppata</i>                 | 129 |
| <i>Il diritto a una assistenza basata sulle evidenze scientifiche</i>                                 | 133 |
| <i>L'empowerment della mamma</i>  | 134 |
| <i>Quando il bambino è nato</i>   | 136 |
| <i>L'iniziativa "Ospedale Amico dei bambini"</i>  | 139 |
| IX. FINO A DUE ANNI E OLTRE, SECONDO I DESIDERI DI MAMMA E LATTANTE                                   | 141 |
| <i>A casa con il bambino</i>  | 141 |
| <i>Chi può aiutare la mamma che allatta</i>   | 143 |
| - La Leche League   | 145 |
| <i>Tre mesi: il latte scarseggia?</i>   | 145 |
| <i>Allattare a richiesta nei primi mesi e oltre</i>   | 148 |
| <i>Alimentazione complementare o "svezzamento"?</i>   | 149 |
| <i>Il bambino cresce... "poppa ancora?"</i>   | 150 |
| <i>10 regole per allattare felicemente, o almeno provarci</i>   | 152 |

PARTE TERZA

*Pratiche commerciali che ostacolano l'allattamento*

|   |     |
|---|-----|
| X. IL CODICE INTERNAZIONALE                                 | 157 |
| <i>Una storia che parte da lontano</i>                      | 157 |
| - Latte e omicidio  | 159 |
| <i>Portata e attuazione del Codice</i>                      | 160 |
| <i>A quali prodotti si applica il Codice Internazionale</i> | 163 |
| <i>I punti importanti del Codice Internazionale</i>         | 163 |
| <i>L'applicazione del Codice Internazionale oggi</i>        | 169 |
| <i>L'Italia e il Codice Internazionale</i>                  | 170 |
| - La rete IBFAN in Italia e nel mondo                       | 175 |
| <i>Il Monitoraggio</i>                                      | 177 |
| XI. IL CODICE INTERNAZIONALE                                | 178 |
| <i>Le ditte idealizzano l'alimentazione artificiale</i>     | 179 |
| - Vantaggi-svantaggi  | 180 |
| <i>Diversificazione dei prodotti</i>                        | 180 |
| <i>A cosa servono i latti di proseguimento...</i>           | 181 |
| ...e quelli di crescita                                     | 184 |
| <i>Indicazioni nutrizionali o sulla salute</i>              | 185 |
| <i>Dis-informare le mamme</i>                               | 189 |
| <i>Le violazioni attraverso i sistemi sanitari</i>          | 190 |
| <i>Il ruolo chiave degli operatori sanitari</i>             | 191 |
| <i>Le ditte non rispettano né il Codice né la Legge</i>     | 193 |
| <i>Perché le aziende sono tanto riluttanti ad adeguarsi</i> | 193 |
| - Salute o profitto, l'eterno dilemma                       | 194 |
| XII. LO SVEZZAMENTO SECONDO L'INDUSTRIA                     | 195 |
| <i>I cibi industriali per l'alimentazione complementare</i> | 195 |
| <i>Oltre la prima infanzia: la promozione di cibi</i>       |     |
| <i>e bevande industriali per bambini e ragazzi</i>          | 198 |
| <i>Carota o bastone?</i>                                    | 202 |
| XIII. DISASTRI E DONAZIONI DI LATTE ARTIFICIALE             | 204 |
| - Proteggere i lattanti in caso di emergenza                | 206 |

|   |     |
|---|-----|
| XIV. ALLATTAMENTO E HIV   | 208 |
| <i>Allattamento e HIV nei Paesi poveri</i>  | 208 |
| - Trasmissione da madre a figlio del virus HIV  | 212 |
| <i>Allattamento e HIV nei Paesi ricchi</i>  | 213 |
| XV. ALLATTAMENTO E CONTAMINANTI AMBIENTALI  | 214 |
| <i>Esposizione alle sostanze inquinanti presenti nell'ambiente</i>                              | 214 |
| <i>Latte materno "inquinato"?</i>   | 215 |
| <i>Diossine e PCB</i>   | 216 |
| <i>Tossicità di diossine e PCB</i>  | 218 |
| <i>Il latte artificiale è peggio anche in caso di inquinamento</i>                              | 219 |
| <i>Prospettive future</i>   | 221 |
| <i>Come minimizzare i rischi di contaminazione durante la gravidanza e l'allattamento</i>       | 222 |
| XVI. INIZIATIVE A FAVORE DELL'ALLATTAMENTO  | 224 |
| <i>La Strategia Globale per l'Alimentazione dei neonati e dei bambini e il Progetto Europeo</i> | 224 |
| - I punti essenziali della Strategia Globale  | 225 |
| <i>La policy italiana e il Comitato Nazionale Multisetoriale per l'allattamento</i>             | 227 |
| <i>Iniziative a livello locale</i>  | 227 |
| <i>Far valere i diritti dei più deboli: la campagna di boicottaggio contro Nestlé</i>           | 228 |
| <i>Quando l'allattamento non funziona</i>   | 230 |
| <i>Conclusioni</i>  | 232 |
| RISORSE UTILI   | 233 |
| BIBLIOGRAFIA  | 235 |

Finito di stampare  
nel mese di Ottobre 2011 presso  
Fotolito Graphicolor, Città di Castello (PG)