

ALLATTAMENTO: SALUTE, PREVENZIONE E BIOSOSTENIBILITÀ

BREASTFEEDING: HEALTH, PREVENTION, AND ENVIRONMENT

Angela Giusti

Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto superiore di sanità, Roma

Corrispondenza: Angela Giusti, angela.giusti@iss.it

RIASSUNTO

Recentemente, numerose ricerche in ambito di neuroscienze e di microbioma umano indicano il periodo primale (dalla fase preconcezionale ai primi anni di vita del bambino) come di importanza fondamentale per il futuro dell'individuo, aprendo nuovi scenari per la comprensione dei processi alla base della salute umana. Negli ultimi trent'anni la rappresentazione sociale dell'alimentazione infantile si è spostata dalla normalità dell'allattamento alla normalità dell'uso di formule artificiali e del biberon. Anche il pensiero e la produzione scientifica ne sono stati influenzati: emerge, infatti, una netta dominanza di studi per dimostrare i vantaggi del latte materno rispetto alle formule artificiali piuttosto che i rischi di queste ultime rispetto alla norma biologica. Il latte materno condiziona la salute del bambino anche attraverso il suo microbioma. La colonizzazione microbica, già iniziata nella fase intrauterina, prosegue attraverso il canale vaginale al momento della nascita, durante il contatto pelle a pelle subito dopo la nascita, con le prime poppate di colostro e con l'allattamento. L'esposizione microbica dei neonati fornita dalla madre influenza lo sviluppo del microbiota del bambino, programmandone di fatto la salute futura. Tuttavia, riscrivere la normalità biologica implica anche un cambio di paradigma e una revisione di prassi consolidate come la separazione sistematica madre-bambino alla nascita, l'imposizione di orari e durata dell'allattamento, come avviene ancora in molti punti nascita. L'allattamento ha delle implicazioni economiche e all'aumento della sua prevalenza sono associati risparmi significativi di risorse, in termini di ricoveri ospedalieri e cure mediche evitabili, a carico sia del bambino sia della mamma. Allattare o meno è il risultato di interazioni sociali complesse e non il semplice esito di una scelta individuale. Tuttavia, qualsiasi strategia rivolta all'aumento della prevalenza dell'allattamento come obiettivo di salute pubblica deve essere orientata all'*empowerment* e al riconoscimento della competenza della madre e del bambino. Per questo, professionisti e attori della comunità devono apprendere il linguaggio della promozione della salute, che non si basa sulla prescrizione del comportamento adeguato, ma valorizza il bisogno espresso dalla persona, dalle sue preferenze e dal suo sistema di valori.

Parole chiave: allattamento, salute pubblica, promozione della salute, prevenzione, ambiente

ABSTRACT

Recently, a great deal of research in the field of neuroscience and human microbiome indicates the primal period (from preconceptional up to the early years of a child's life) as crucial to the future of the individual, opening new scenarios for the understanding of the processes underlying the human health. In recent decades, the social representation of infant feeding moved in fact from the normality of breastfeeding to the normal use of artificial formulas and bottle-feeding. Even the scientific thinking and the research production have been influenced by this phenomenon.

In fact, a clear dominance of studies aimed to show the benefits of breast milk compared to formula milk rather than the risks of the latter compared to the biological norm of breastfeeding. Mother milk affects infant health also through his/her microbiome. Microbial colonisation starts during intrauterine life and continues through the vaginal canal at birth, during skin to skin contact immediately after birth, with colostrum and breastfeeding. The microbial exposure of infants delivered by the mother influences the development of the child microbiota, by programming his/her future health. However, rewriting the biological normality implies also a health professional paradigm shift such as departing from the systematic separation mother-child at birth, sticking at fixed schedules for breastfeeding time and duration, as it still happens in many birth centres. Breastfeeding has economic implications and the increase of its prevalence is associated with significant reduction of avoidable hospital admissions and medical care costs, both for the child and for the mother. Success in breastfeeding is the result of complex social interactions and not simply of an individual choice. However, any successful strategy must be oriented to the mother empowerment. Therefore, health professionals and community stakeholders have to learn and practice the health promotion approach, particularly avoiding prescribing appropriate breastfeeding behaviours to the mothers, but emphasizing her needs and preferences and her values system.

Keywords: breastfeeding, public health, health promotion, prevention, environment

COSA SI SAPEVA GIÀ

- I vantaggi che l'allattamento ha sulla salute e le strategie che si sono dimostrate efficaci per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento sono noti.
- I meccanismi che sono alla base degli effetti protettivi dell'allattamento sulla salute e dei rischi legati alla mancata esposizione al latte materno non sono ancora stati compresi a fondo.

COSA SI AGGIUNGE DI NUOVO

- Una rassegna narrativa dell'evoluzione della ricerca in materia di allattamento da un punto di vista concettuale e scientifico.
- La proposta di un nuovo modo di pensare la ricerca nell'ambito dell'alimentazione infantile e di un'assistenza centrata sulla salute primale.
- Una sintesi delle recenti acquisizioni sull'impatto dell'allattamento sulla salute individuale e di popolazione, dei rischi del non allattamento e dell'uso di latti formulati, anche alla luce della ricerca sul microbioma umano.
- Una disamina delle politiche esistenti in Italia e delle strategie efficaci per aumentare la prevalenza dell'allattamento, nel rispetto delle scelte individuali e secondo un approccio di promozione della salute.

La ricerca degli ultimi anni nell'ambito delle neuroscienze e del microbioma ha aperto nuovi scenari per la comprensione dei processi che sono alla base della salute e delle malattie delle popolazioni, in particolare nel periodo primale, dalla fase preconcezionale ai primi anni di vita del bambino. Sono noti gli effetti che la modalità di nascita e dell'allattamento ha sulla salute degli individui e delle popolazioni, ma solo ora si comincia a comprenderne i sofisticati meccanismi.¹

GLI ASSUNTI DI BASE E LE IMPLICAZIONI PER LA SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Per parlare di allattamento e di alimentazione infantile è necessario partire da alcuni assunti di base, grazie ai quali è possibile comprendere l'evoluzione nel tempo delle raccomandazioni su questo tema, dall'epoca della pubblicazione del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno e della prima Dichiarazione degli innocenti fino a oggi.^{2,3} Si tratta di un'evoluzione culturale, prima ancora che scientifica: l'allattamento è un fenomeno culturale.

L'ALLATTAMENTO È IL MODO NORMALE DI ALIMENTARE I NEONATI E I LAT-TANTI. Il concetto di normalità può essere soggetto a diverse interpretazioni. Dal punto di vista della rappresentazione sociale, è normale ciò che è percepito come tale. Senza approfondire l'analisi già oggetto di precedenti pubblicazioni, negli ultimi trent'anni la rappresentazione sociale dell'alimentazione infantile si è spostata dalla normalità dell'allattamento (fino agli anni Cinquanta) alla normalità dell'uso di formule artificiali e del biberon.⁴ A questo hanno contribuito le campagne massive di marketing, complici anche i servizi sanitari, l'evoluzione dei ruoli di genere e altri fenomeni sociali. Nel mondo occidentale, ci troviamo di fronte a intere generazioni di neo genitori che non sono stati esposti a modelli culturali di allattamento come pratica normale delle donne della propria famiglia e delle proprie comunità, e che sono, invece, cresciuti in una cultura che ha normalizzato l'alimentazione artificiale dei lattanti anche attraverso i media e i giocattoli per l'infanzia.⁵ L'allattamento e il latte materno sono la normalità biologica, espressione di un sofisticato meccanismo evolutivo che ha combinato il bisogno di imprinting neurobiologico, microbico, psicologico, affettivo-emozionale e il bisogno nutritivo del neonato nella pratica dell'allattamento, dell'accudimento e della relazione del neonato con la madre e con il nucleo genitoriale. Parlare quindi di allattamento dal solo punto di vista nutritivo è riduttivo e contribuisce al-

l'idea che il latte, in quanto semplice alimento, possa essere sostituito da prodotti industriali. Dal punto di vista biologico il latte è un tessuto vivo, come il sangue. E' specie-specifico e individuo-specifico: la sua composizione varia in base agli stadi della lattogenesi e dei bisogni del bambino. A titolo di esempio, la madre di un bambino prematuro produce un latte detto pretermine, che ha una composizione diversa rispetto al latte maturo e risponde alle esigenze del neonato fragile.^{6,7}

LA SCIENZA È ESPRESSIONE DELLA CULTURA. La normalizzazione dell'uso di formule artificiali nell'alimentazione dei lattanti ha influenzato il pensiero e la produzione scientifica, a partire dagli anni Cinquanta, più impostati a dimostrare i vantaggi del latte materno rispetto ai rischi del mancato allattamento o dell'esposizione alle formule artificiali.^{4,8} Smith et al.⁸ hanno analizzato gli articoli all'origine delle raccomandazioni dell'American Academy of Pediatrics, rilevando un "effetto Voldemort": l'uso del latte in formula è stato raramente nominato come fattore di rischio, al contrario, in un terzo dei casi l'uso ingannevole dei titoli (per esempio «allattamento al seno e SIDS», «allattamento al seno e rischio di morte post-natale») induceva a pensare che l'aumentato rischio fosse legato all'allattamento. Solo l'11% degli abstract identificava in maniera chiara l'uso di latte in formula come variabile di esposizione associata a rischi di salute.⁸ Ha poco valore scientifico dimostrare il vantaggio, già evolutivamente evidente, di una norma biologica, che si tratti di latte materno, di parto fisiologico, di attività fisica, di sana alimentazione o altri stili di vita salutari. Al contrario, gli studi scientifici dovrebbero essere orientati a dimostrare che

l'alternativa alla norma biologica non esponga a rischi, producendo risultati almeno equivalenti, e dovrebbero comunicarlo in modo adeguato. Negli ultimi anni si è posta maggiore attenzione anche al linguaggio utilizzato. Se l'allattamento è la norma biologica, non è necessario parlare di allattamento al seno. La stessa Organizzazione mondiale di sanità (OMS) ha riformulato le proprie raccomandazioni in questa direzione, definendo le modalità di alimentazione e gli indicatori in modo che lo standard di riferimento sia l'allattamento. Si parla quindi di allattamento esclusivo (solo latte umano), complementare (latte umano + sostituti del latte materno, l'ormai superato allattamento misto) e non allattamento, che sostituisce la vecchia dicitura allattamento artificiale.⁹ Si tratta di un passaggio importante verso il salto



L'allattamento al seno in una scultura di Piero Bosisi (*Maternità*, 1947, Civiche Raccolte d'Arte - Milano)

di paradigma che riporta il mondo della scienza e, di conseguenza, delle politiche e dell'assistenza a riallineare la normalità socialmente costruita e la normalità biologica, dall'idea di "umanizzare" le formule artificiali e "umanizzare" la nascita a considerare i processi fisiologici come standard di riferimento su cui costruire e ripensare i sistemi sanitari e sociali, incluse le politiche del lavoro femminile.

LA VISIONE D'INSIEME: L'ALLATTAMENTO NEL CONTESTO DELLA SALUTE PRIMALE

Dal punto di vista delle madri e dei neonati, l'allattamento si colloca su un continuum di processi fisiologici che iniziano prima della gravidanza e proseguono nel primo anno di vita, includendo la fase di endogestazione e di esogestazione, in quello che Odent definisce il periodo primale.¹⁰ Passo essenziale per comprendere in che modo l'allattamento abbia un impatto sulla salute delle popolazioni è ric collegare tra loro le varie parti del periodo primale.

MICROBIOMA E SALUTE. Oggi la ricerca sul microbioma sfida convinzioni e dogmi consolidati aprendo uno degli scenari di ricerca più promettenti degli ultimi decenni. La colonizzazione microbica inizia già nella fase intrauterina, prosegue attraverso il canale vaginale al momento della nascita, durante il contatto pelle a pelle subito dopo la nascita, con le prime poppate di colostro e con l'allattamento e il contatto fisico tra il bambino e la madre. La maggiore esposizione microbica dei neonati è quindi fornita dalla madre.¹¹ Anche se restano da chiarire i meccanismi specifici attraverso i quali il microbioma materno influenza lo sviluppo del microbioma del bambino, programmandone di fatto la salute futura, è ormai assodato che il processo di colonizzazione e lo sviluppo del microbiota intestinale ha un effetto sullo sviluppo metabolico e immunitario.¹² La diversità del microbiota intestinale individuale è un elemento chiave: il meccanismo alla base dello sviluppo della risposta immunitaria dipenderebbe, infatti, dalla ripetuta esposizione agli antigeni presenti nella comunità batterica intestinale del bambino.¹³ I fattori che sembrano portano a differenze interindividuali nella sua composizione sono l'età gestazionale (a termine *vs.* prematurità), il trattamento antibiotico in gravidanza e nei primi anni di vita, il taglio cesareo, il tipo di alimentazione (allattamento *vs.* uso di formula artificiale), la biodiversità nelle case (materassi, polvere, eccetera), nell'ambiente circostante e nei membri della famiglia (pelle, bocca e intestino), lo status nutrizionale della madre (malnutrizione e obesità) e l'uso di prodotti antisettici per la pulizia e l'igiene personale. Maggiore è l'esposizione alla diversità microbica, maggiore è la protezione dalle patologie allergiche.^{13,14} All'età di 3 anni nei bambini si è definita la maggior parte del microbioma che perdurerà per tutta la vita. Le patologie che sono state collegate alle alterazioni del microbioma includono la

malattia infiammatoria intestinale, l'obesità, il diabete, l'artrite reumatoide, le allergie alimentari, l'asma, le infezioni, modelli animali di sclerosi multipla e l'autismo.¹⁵ Il microbiota del bambino sano, nato a termine da parto vaginale, allattato da subito senza interferenze, che rimane sano al follow-up è considerato il *gold standard*.¹¹

RIDEFINIRE GLI STANDARD. Riscrivere la normalità per ottenere migliori condizioni di salute di popolazione significa andare oltre le prassi consolidate basate sulla consuetudine, come la separazione sistematica madre-bambino alla nascita, l'imposizione di orari dell'allattamento ogni 3 ore o una durata prestabilita della poppata (i tradizionali 10 minuti per seno). E' necessario ripensare l'assistenza alla gravidanza e al percorso nascita in generale, ridurre gli interventi inappropriati e l'uso di antibiotici, ridefinire i parametri fisiologici della madre, del feto, del neonato e del lattante adottando come standard di riferimento la normalità biologica e passare da un approccio medicalizzato, eccessivamente orientato alla prevenzione e allo screening del rischio, a un approccio che vada nella direzione della promozione della salute.¹⁶

ALLATTAMENTO, PREVENZIONE, IMPATTO ECONOMICO E AMBIENTALE

E' disponibile molta letteratura che documenta la riduzione del rischio di malattia grazie all'allattamento,¹⁷⁻¹⁹ in misura nettamente inferiore si trovano studi che hanno misurato il rischio di malattia legato al non allattamento e all'uso di formule artificiali in termini di aumentata incidenza di malattia.²⁰⁻²² Quest'ultima informazione è di gran lunga più utile nel momento in cui i genitori debbano fare una scelta informata sulla modalità di alimentazione del proprio bambino. Una revisione della letteratura condotta nel Regno Unito ha dimostrato che ipotizzando un aumento moderato del tasso di allattamento (cioè se il 45% delle donne allattasse esclusivamente al seno per 4 mesi e il 75% dei bambini fossero dimessi dalle neonatologie allattati) ogni anno si eviterebbero, rispettivamente, 5.916 ricoveri ospedalieri e 22.248 consulenze mediche per infezioni delle basse vie respiratorie, con un risparmio annuale di 6,7 milioni di sterline. Il risparmio economico è stato calcolato anche per altri esiti, come le infezioni gastrointestinali (3,6 milioni di sterline), le otiti medie acute (750 mila sterline annue) e l'enterocolite necrotizzante (oltre 6 milioni di sterline).²³ L'impatto economico è stato confermato anche da studi statunitensi e da uno studio italiano.^{17,24}

Rispetto alla salute della madre, utilizzando come outcome per l'analisi economica solo il cancro del seno, se la metà delle madri non allattanti allattassero per 18 mesi complessivi durante la propria vita, per ogni coorte annuale di 313.000 primipare ci sarebbero 865 casi in meno di cancro

del seno, con un risparmio economico per il sistema sanitario di oltre 21 milioni di sterline.²³

Due studi italiani risalenti alla fine degli anni Novanta hanno stimato i costi dell'uso di latte in formula.^{24,25} L'impatto economico diretto sulle famiglie meriterebbe ulteriore ricerca, anche alla luce dell'eccesso di costo dei latti artificiali documentato nel nostro Paese rispetto a Spagna, Francia, Gran Bretagna e Germania.²⁶

LA PREVALENZA DELL'ALLATTAMENTO IN ITALIA. La misura della prevalenza dell'allattamento in Italia è stata condotta nello scorso decennio in modo disomogeneo e con metodologie non sempre in linea con gli standard internazionali, rendendo impossibile fare una stima di prevalenza a livello nazionale. L'Istituto superiore di sanità ha realizzato alcune indagini campionarie, e dal 2013 anche l'ISTAT ha iniziato la raccolta del dato di prevalenza dell'allattamento secondo quanto indicato dall'OMS.²⁷⁻²⁹ Il *report* pubblicato nel 2014 descrive un quadro di percorso nascita ancora medicalizzato e un alto ricorso al taglio cesareo. Il numero medio di mesi di allattamento è in aumento, passando da 6,2 nel 2000, a 7,3 nel 2005, a 8,3 nel 2013. Il numero medio di mesi di allattamento esclusivo è, però, di 4,1, contro i 6 raccomandati. L'indicatore di avvio precoce dell'allattamento prevede che il neonato sia stato attaccato al seno entro la prima ora dalla nascita, e colpisce il fatto che per il 60% dei bambini nati in Italia, con un forte gradiente nord-sud, ciò non avvenga ancora.

NON ALLATTAMENTO E DISUGUAGLIANZE. I rischi associati al non allattamento e i vantaggi di salute per i bambini e per le madri allattanti sollevano la questione delle disuguaglianze, se consideriamo che in Italia, come nei Paesi ad alto reddito, l'allattamento esclusivo a 3 e a 6 mesi è associato a un livello d'istruzione più elevato e che la ragione principale per cui al bambino viene somministrato latte artificiale è la percezione della madre, italiana o straniera che sia, di avere poco latte, una forma di ipogalattia culturalmente indotta, spesso iatrogena, legata ai fenomeni già descritti.^{4,23,27-29}

LE RACCOMANDAZIONI SULL'ALLATTAMENTO. Le raccomandazioni che si sono susseguite da parte dell'OMS e dell'UNICEF dagli anni Novanta in poi sono una dimostrazione di quanto sia necessario e possibile ridefinire la normalità. La raccomandazione di aiutare le madri ad avviare l'allattamento entro mezz'ora/un'ora dalla nascita risale al 1993 e solo recentemente è stata modificata in «mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario».^{30,31} Anche le raccomandazioni sull'esclusività e sulla durata dell'allattamento sono cambiate nel corso degli anni, passando da 4 a 4-6 fino a 6 mesi com-

piuti. Quanto alla durata, ci sono invece differenze tra la raccomandazione OMS (due anni e oltre) e quella dell'American Academy of Pediatrics (un anno e oltre secondo il desiderio della madre e del bambino) e del Ministero della salute italiano (fino a che la madre e il bambino lo desiderino, anche dopo l'anno di vita).^{17,31,32}

RACCOMANDAZIONI DI SALUTE PUBBLICA VS. SCELTE INDIVIDUALI. Le raccomandazioni sull'allattamento suscitano tuttora dibattito per il fatto che produrrebbero sensi di colpa nelle donne che non allattano o non hanno allattato. L'allattamento esclusivo fino a 6 mesi compiuti è la pratica raccomandata, che deve tuttavia essere applicata alla luce delle scelte individuali. La comunicazione è orientata all'*empowerment* e al riconoscimento della competenza della madre e del bambino. L'accesso a informazioni adeguate e coerenti, offerte da diverse fonti all'interno dei servizi sanitari e nella comunità, fa sì che la madre si senta rinforzata nella propria capacità di accompagnare il bambino, riconoscendone e assecondandone i bisogni. Una strategia comunicativa centrata sulla persona evita anche l'attribuzione di valore alle scelte individuali, che è all'origine del senso di colpa. Il rischio dell'applicare vecchie modalità direttive alle nuove raccomandazioni è di scivolare nel determinismo biologico, per cui la donna, in quanto unica in grado di produrre il nutrimento per il proprio bambino, è tenuta ad allattare. Un moderno sistema di salute pubblica è, al contrario, in grado di offrire attivamente informazione buona, fattuale, accessibile, che renda le persone libere di scegliere il proprio percorso. Esiste, poi, la possibilità di rilattare e sono sempre più numerose le donne che riprendono la lattazione dopo periodi più o meno lunghi di sospensione, per esempio nei rari casi di malattia o trattamenti farmacologici non compatibili con l'allattamento.³³ Resta irrisolto il problema del disallineamento tra le politiche del lavoro femminile, la retribuzione dei congedi parentali, l'offerta di servizi per l'infanzia e le raccomandazioni sull'alimentazione infantile.

LATTE MATERNO: STANDARD DI BIOSOSTENIBILITÀ. La questione dell'impatto ambientale dell'allattamento è intuitiva. Anche in questo caso, è più appropriato parlare di impatto ambientale dell'uso di sostituti del latte materno. Le materie prime necessarie a produrre le formule artificiali dei primi 6 mesi, i cosiddetti latti di tipo 1, sono prevalentemente proteine del latte vaccino, oli vegetali (palma, colza, cocco, semi di girasole, pesce), lattosio, vitamine e altri oligoelementi, e altri ingredienti che negli anni sono stati aggiunti parallelamente alle scoperte sulla composizione del latte materno (per esempio, la taurina a partire dagli anni Ottanta). All'impatto legato alla produzione, trasporto e trattamento degli ingredienti, si aggiunge quello dell'imballaggio, della commercializzazione e dell'utilizzo di ausili per l'alimenta-

zione artificiale, come biberon e tettarelle. In Italia, non esistono studi recenti su questo tema e sarebbe opportuno fare una valutazione aggiornata di impatto economico e ambientale.

Da un punto di vista di qualità e di ricadute sull'ambiente, il latte materno è l'unico prodotto sostenibile. Per il consumatore il prodotto è a costo e a chilometro zero, immediatamente disponibile senza necessità di produrre, reperire, trasportare e assemblare le materie prime in quanto tutto il processo avviene in loco. Non c'è spreco di acqua durante la lavorazione del prodotto. È privo di agenti patogeni (al contrario dei lattini formulati), sempre alla giusta temperatura, in contenitori riutilizzabili, soffici e naturalmente profumati. E non si spreca: ogni goccia viene utilizzata dal consumatore. Non richiede riciclo dei materiali, è una risorsa rinnovabile e biodegradabile al 100%. In linea con la filosofia del movimento Slow Food, il latte materno preserva la biodiversità microbionica e non solo: non esistono, infatti, due lattini materni che abbiano le stesse caratteristiche. Anche il tema centrale di EXPO 2015 «Nutrire il pianeta, energia per la vita», si applica pienamente all'allattamento.

LE STRATEGIE: COME TRADURRE LE RACCOMANDAZIONI IN REALTÀ

A livello internazionale le politiche per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento sono diffuse dagli anni Novanta. La «Strategia globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini» di OMS e UNICEF si spinge oltre i confini dei servizi sanitari e dà indicazioni ai governi e a tutti gli attori della società per l'implementazione di pratiche che consentano di creare contesti di vita e di lavoro facilitanti.³⁴ I tre assi su cui si articola riguardano le misure di protezione (rendere possibile l'allattamento per le donne che lavorano e regolamentare il marketing dei lattini formulati), promozione (coinvolgimento dei diversi sistemi, tra cui la scuola e i media) e sostegno (creazione di condizioni facilitanti a livello di sistema sanitario e di comunità).

In Italia, già dal 2000 le politiche nazionali prevedevano l'adozione di strategie efficaci, tra cui le iniziative UNICEF Amiche del bambino (oggi Insieme per l'allattamento).³⁵ L'allattamento è presente tra le strategie d'intervento del Piano nazionale di prevenzione fin dalla sua prima stesura (2005-2007), è stato ripreso nell'ultima edizione (2014-2018). Esiste poi un importante documento d'indirizzo del Ministero della salute, la cui parte relativa alla commercializzazione dei sostituti del latte materno e le relative sanzioni è stata tradotta in legge.^{32,36} Le linee d'indirizzo prevedono, tra l'altro, che venga definito un sistema di indicatori sull'adozione di protocolli scritti secondo il modello OMS/UNICEF e sulle strutture certificate Ospedali amici dei bambini. Nel 2009, è stato istituito il Comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento materno, oggi presente

come Tavolo tecnico operativo sull'allattamento al seno, che ha la funzione di promuovere, facilitare e monitorare l'applicazione delle linee d'indirizzo e di elaborare proposte tecnico-scientifiche. L'Istituto superiore di sanità – CNESPS è presente sul tema dell'allattamento da molti anni. Sono state condotte indagini campionarie, validati modelli operativi e prodotte linee guida nazionali sul percorso nascita.^{27,28,37} A livello nazionale è stata promossa la formazione delle ostetriche secondo i recenti standard OMS/UNICEF, in *partnership* con la Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche, per garantire l'aggiornamento dei corsi e dei curricula sia all'interno dei collegi provinciali sia nei corsi di laurea.³⁸ L'ISS-CNESPS continua a essere presente nella formazione dei professionisti sul tema dell'alimentazione infantile in generale e sull'alimentazione infantile nelle emergenze. Si è recentemente conclusa una formazione a distanza nazionale che ha visto la partecipazione di oltre 26 mila professionisti e mamme di gruppi di sostegno.³⁹

LE INIZIATIVE BABY-FRIENDLY IN ITALIA. Nel nostro Paese, l'iniziativa Baby-Friendly è stata applicata agli ospedali, alle comunità e ai corsi di laurea in ostetricia e infermieristica pediatrica. Si tratta di un'iniziativa *evidence-based*, diffusa a livello mondiale dal 1991, dimostratasi efficace per aumentare i tassi di esclusività e di durata dell'allattamento. In Italia, il maggior numero di strutture accreditate si concentra nelle regioni del Nord, seguite dal Centro, mentre per il momento sono assenti al Sud e Isole.³⁵ Per ovviare all'inaccettabile svantaggio di salute per i neonati prematuri che non ricevono latte umano, recentemente la strategia OMS/UNICEF è stata estesa ai reparti di neonatologia.⁴⁰

CONCLUSIONI

I recenti progressi della ricerca sulla salute primale e l'allattamento richiamano a un atteggiamento prudente e rispettoso ogni volta che si interviene su processi biologici normali per la nostra specie che sono il risultato di un'evoluzione durata milioni di anni. L'allattamento è una delle strategie di salute pubblica più promettenti per l'impatto dimostrato sulla salute della popolazione a breve, medio e lungo termine. La forte evidenza dei rischi per la salute della madre e del bambino connessi al non allattamento ne fa una priorità, che richiede una risposta urgente se si vuole andare nella direzione della riduzione dell'incidenza delle patologie acute e della compressione della morbosità di quelle croniche.

Le strategie *evidence-based* sono a portata di mano, a costi accessibili e di sicuro impatto sulla prevalenza dell'allattamento, nel rispetto delle preferenze e dei valori delle donne e delle persone coinvolte; richiedono, però, uno sforzo maggiore per essere diffuse in modo capillare, rimuovere le barriere e creare ambienti facilitanti. Ciò necessita di un cambiamento di rotta che coinvolge anche il mondo scien-

tifico, i sistemi di assistenza e l'organizzazione stessa della società per promuovere e rispettare i normali processi fisiologici e rendere facili le scelte salutari, cambiando profondamente il modo di accompagnare le donne nel percorso nascita e i bambini nel loro venire al mondo. I costi sono limitati, i vantaggi di salute incommensurabili, lo sforzo legato al cambiamento necessario. Come riportava un famoso editoriale pubblicato su *Lancet* nel 1994, «se si rendesse disponibile un nuovo vaccino che prevenisse un milione o più di morti infantili all'anno, e che fosse oltretutto poco costoso, sicuro, somministrabile per bocca, e non richiedesse

catena del freddo, diventerebbe immediatamente un imperativo di salute pubblica. L'allattamento può fare questo e altro, ma richiede una sua «catena calda» di sostegno – e cioè assistenza competente alle madri perché possano avere fiducia in se stesse e per mostrare loro cosa fare, e protezione da pratiche dannose. Se nella nostra cultura questa catena calda si è persa oppure ha dei difetti, è giunto il tempo di farla funzionare».⁴¹

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA

- Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatr Clin North Am* 2013;60(1):49-74.
- WHO. *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneva 1981.
- WHO/UNICEF. *Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*. Florence, Italy, Spedale degli Innocenti, 1990.
- Giusti A. Lo strano caso della comunicazione scientifica sull'alimentazione dei lattanti. *Medico e Bambino* 2013;32:42-6.
- Brunelli PR, Antonelli S. La rappresentazione della nascita: simboli e colori. "Cos'è indispensabile a un bambino subito dopo la nascita?". *Quaderni ACP* 2004;11(1):15-8.
- Keunen K, van Elburg RM, van Bel F, Benders MJ. Impact of nutrition on brain development and its neuroprotective implications following preterm birth. *Pediatr Res* 2015;77(1-2):148-55.
- Underwood MA. Human milk for the premature infant. *Pediatr Clin North Am* 2013;60(1):189-207.
- Smith JP, Dunstone MD, Elliott-Rudder ME. "Voldemort2 and health professional knowledge of breastfeeding: do journal titles and abstracts accurately convey findings on differential health outcomes for formula fed infants? Australian Centre for Economic Research on Health, Working paper No. 4, 2008.
- WHO, USAID, UNICEF, AED, FANTA, UC Davis. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 1: indicators*. Geneva, WHO, 2008.
- Odent M. Primal health: history of a concept. *Midwifery Today Int Midwife* 2007;(81):11,62.
- Collado MC, Rautava S, Isolauri E, Salminen S. Gut microbiota: a source of novel tools to reduce the risk of human disease? *Pediatr Res* 2015;77(1-2):182-8.
- Hooper LV, Littman DR, Macpherson AJ. Interactions between the microbiota and the immune system. *Science* 2012;336(6086):1268-73.
- Abrahamsson TR, Wu RY, Jenmalm MC. Gut microbiota and allergy: the importance of the pregnancy period. *Pediatr Res* 2015;77(1-2):214-9.
- Yatsunenkov T, Rey FE, Manary MJ et al. Human gut microbiome viewed across age and geography. *Nature* 2012;486(7402):222-7.
- Agostoni C, Kim KS. Nutrition and the microbiome 2015. *Pediatr Res* 2015;77(1-2):113-4.
- Enkin M. *Mezzo secolo di assistenza alla maternità*. McMaster University Hamilton, Ontario, Canada, 2006.
- American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129(3):e827-41.
- Horta BL, Victora CG. *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*. World Health Organization, Geneva, 2013.
- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Syst Rev* 2012;8:003517.
- Cattaneo A. The benefits of breastfeeding or the harm of formula feeding? *J Paediatr Child Health* 2008;44(1-2):1-2.
- McNeil ME, Labbok MH, Abrahams SW. What are the risks associated with formula feeding? A re-analysis and review. *Birth* 2010;37(1):50-8.
- Stuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Rev Obstet Gynecol* 2009;2(4):222-31.
- Renfrew MJ, Pokhrel S, Quigley M et al. *Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK*. UNICEF UK 2012.
- Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paediatr* 2006;95(5):540-6.
- Bonati M, Vivarelli P, Brunetti M. Il costo economico del non allattamento al seno. *Quaderni ACP* 1998;5(6):10-3.
- Bonati M. *Perché non armonizzare anche i prezzi del latte in polvere per neonati in Europa?* Disponibile all'indirizzo: http://www.marionegri.it/Perch%C3%A9+non+armonizzare+anche+i+prezzi+del+latte+in+polvere+per+neonati+in+Europa_/17301,Comunicati.html (ultima consultazione: 24.06.2015).
- Grandolfo M, Donati S, Giusti A. *Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali*. Istituto superiore di sanità 2002.
- Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S (eds). *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Istituto superiore di sanità 2012.
- ISTAT. *Gravidanza, parto e allattamento al seno. Anno 2013*. ISTAT 2014.
- WHO/UNICEF. *Breastfeeding counselling: a training course*. 1993.
- WHO/UNICEF. *Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care*. 2009.
- Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno. *GU n. 32 del 07.02.2008*.
- WHO/UNICEF. *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*. 2009.
- WHO/UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. 2003.
- Ospedali e comunità amici dei bambini. Disponibile all'indirizzo: <http://www.unicef.it/doc/148/ospedali-amici-dei-bambini.htm>
- Decreto Legislativo 19.05.2011, n. 84. *GU n.136 del 14.06.2011*.
- <http://www.snlg-iss.it> (ultima consultazione: 24.06.2015).
- Giusti A, Conti S, Di Lorenzo G, Donati S, Perra A, Grandolfo M. How Italian midwives contribute to breastfeeding promotion: a national experience of "cascade" training. *Ig Sanita Pubbl* 2006;62(1):53-67.
- Giusti A, Bettinelli ME, De Mei B. La formazione a distanza per l'allattamento al seno nel programma "Guadagnare Salute". *Notiziario ISS* 2014;27(1):3-7.
- Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN et al. *Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards*. Nordic and Quebec Working Group 2015.
- A warm chain for breastfeeding. *Lancet* 1994;344(8932):1239-41.