

**ALLATTAMENTO AL SE-
NO:
INFORMAZIONE E SENSI DI COLPA**

Che c'è di male nel senso di colpa? Come pediatri non esitiamo a far ricorso o ad evocare il senso di colpa nei genitori che non utilizzano un seggiolino di sicurezza in automobile, o non vaccinano il proprio figlio, o fumano in casa o in gravidanza.

F. Oski

La ricerca dell'ACP sulla prevalenza dell'allattamento al seno (AS) in Italia risale a nove anni fa¹. I dati di allora: all'età di 3 mesi solo il 46% dei bambini era allattato al seno, anche parzialmente (50% al Nord, 39% al Sud); all'età di 4 mesi la percentuale si riduceva al 39%.

In un decennio molta strada è stata fatta. È stato necessario ribadire l'importanza dei "10 passi per allattare al seno con successo" (UNICEF/OMS) per favorire l'AS. Passi ancora poco conosciuti da parte di molti operatori sanitari che, quando applicati (vedi Ospedali amici del bambino), hanno comportato dei cambiamenti, non solo in termini di aumento dei bambini allattati al seno, ma anche di atteggiamento complessivamente più "amichevole" nei confronti della donna (se le cose sono fatte bene, anche di coloro che scelgono di non allattare!). È stato in pratica necessario applicare un principio molto spesso non rispettato: quello di dare alla donna la possibilità di una scelta informata su come nutrire il proprio figlio.

I risultati raggiunti in termini di aumento della prevalenza di donne che allattano esclusivamente al seno sono stati incoraggianti, anche se siamo ancora lontani dai livelli raccomandati non solo dall'OMS e dall'UNICEF, ma da tutte le più importanti associazioni pediatriche.

Il recente rapporto del "Progetto 6+1" relativo allo sviluppo e alla conoscenza di alcuni interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile (tra cui quella dell'allattamento al seno) in tre Regioni italiane (Basilicata, Friuli-Venezia Giulia e Piemonte) evidenzia che all'età di 2-3 mesi il 58% dei bambini è allattato esclusivamente al seno, e che in un altro 20% dei casi l'AS è predominante (al seno + altri liquidi non nutritivi, tipo acqua, camomilla) o complementare (latte materno + latte artificiale) (www.salutedelbambino.it e www.epicentro.iss.it). Lo stesso studio, effettuato su un campione di 2000 interviste, segnala che almeno il 30% delle donne ha avuto qualche difficoltà ad allattare al seno nei primi 2-3 mesi di vita del bambino. Nella maggioranza dei casi si è trattato di problemi a insorgenza precoce, e che sono in gran parte attribuiti a un attacco inappropriato al seno e ai limiti posti al numero/durata delle poppate. Il 33% delle donne con queste difficoltà non ha trovato supporto e aiuto concreto da parte del personale sanitario per poter superare il problema. È noto che problemi quali ragadi, ingorgo e mastite sono quasi sempre le conseguenze di modalità non corrette di attacco, spesso fin dalle prime poppate; questo si verifica perché gli operatori in ospedale e nei primi giorni dopo la dimissione non sanno bene cosa sia un attacco corretto o sbagliato, né l'importanza che riveste per il successo dell'allattamento. Quando lo sanno, non sempre hanno gli strumenti (competenze pratiche e manuali, competenze di

counseling, ma anche tempo e pazienza) per consigliare la madre.

La "controversia" riportata su questo numero di *Medico e Bambino* è un ulteriore segnale di come, rispetto a un recente passato, si è andati decisamente avanti. Si discute infatti nel merito dei metodi della promozione dell'AS, e si argomenta sul fatto che possano a volta essere inappropriati "per eccesso", causando sensi di colpa nelle madri che non desiderano o non ce la fanno ad allattare. La questione è stata ampiamente dibattuta anche in altri Paesi. Un libro di Peggy Robin² sostiene che la gran parte delle donne che scelgono di non allattare la seno non si sentono affatto in colpa, le uniche eccezioni essendo rappresentate dalla generazione precedente, quando le figlie ora allattano. Mentre altri (vedi citazione) sostengono che, in fondo, l'attività preventiva degli operatori sanitari anche pediatrici si regge sul senso di colpa³.

Il dibattito è utile per riflettere "in proprio" su come proporsi per essere informativi nel modo giusto. Personalmente credo che la controversia sia estremamente utile per chi ha il dovere di aiutare la donna nella sua consapevole e naturale scelta, e questo per diversi motivi.

Il primo punto è che non si può rinunciare, magari con le braccia dietro la schiena, a informare la donna che esistono molti luoghi comuni sull'AS, che spesso sono sbagliati (vedi *Medico e Bambino* n. 2/2003, pag. 105, "Salute della donna e lattazione").

Il secondo punto è che, pur rispettando desideri e inclinazioni, sarebbe opportuno garantire alla donna un sostegno competente da parte degli operatori sanitari. Le esperienze prodotte recentemente in letteratura sembrano confermare questo principio. L'adozione di corsi strutturati sulla base dei manuali dell'UNICEF e dell'OMS (disponibili nell'adattamento italiano, presso il Gruppo di Lavoro sull'Allattamento al Seno) è capace di aumentare le conoscenze e migliorare la pratica per aiutare le madri che hanno difficoltà ad allattare, sia in ambito ospedaliero^{4,5} che di pediatria ambulatoriale⁶.

Una corretta e completa informazione, unita a una modalità comunicativa che tenga conto delle sensibilità e si ponga come obiettivo comunque quello di rafforzare le competenze e la fiducia della donna in se stessa, è quello che è necessario, e ogni operatore deve essere in grado di acquisire queste competenze e questa attitudine, visto che le occasioni di formazione non mancano. Sarà poi la donna a decidere, e a raccontare la sostanziale differenza che esiste tra un operatore che sa essere rispettosamente informativo e uno che nasconde dietro il rispetto delle scelte l'abdicazione a una informazione completa unita a un supporto pratico.

Federico Marchetti

1. Conti Nibali S, et al. La pratica dell'allattamento al seno in Italia. Quaderni acp 1997;6:10.

2. Robin P. Bottlefeeding without Guilt. Rocklin CA: Prima Publishing, 1996.

3. Oski F. In: Defense of Guilt, Editorial. Contemporary Pediatrics, 1995.

4. Cattaneo A, Buzzetti R. On behalf of the breastfeeding research and training working group. Effect on the rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2001; 323:1358.
5. Kramer MS, et al. Promotion of breastfeeding interventional trial (PROBIT): a randomised trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413.
6. Conti Nibali S. Il sostegno dell'allattamento al seno nell'ambulatorio del pediatra di base. *Quaderni acp* 2002;3:10.

CI SONO DIRITTI E DIRITTI

Nel numero scorso, la "Pagina gialla" riportava due osservazioni solo apparentemente intimistiche: la prima (due genitori è meglio di uno) riguardava l'aumentata mortalità e morbilità nei figli di famiglie uniparentali, specialmente, ma non soltanto, per patologia psichiatrica o sociale come suicidio, dipendenza, accidenti. Le conclusioni, nell'editoriale di *Lancet* da cui era tratta la prima notizia, erano che la famiglia sembra rimanere, almeno in termini di economia evolutivista (sopravvivenza della specie), la forma di organizzazione più "economica e conveniente". La seconda segnalazione (dal titolo "Morte del figlio, morte del genitore", che avrebbe potuto anche essere "Due figli sono meglio di uno") dimostrava come la morte di un figlio sia correlata a un significativo aumento di mortalità della madre e del padre, e che questo è più vero quando si tratta di un figlio unico.

In questo numero l'Osservatorio (Bambini all'Est senza salute, senza famiglia e senza scuola) sembra quasi voler banalizzare quei dati e quelle considerazioni con numeri di mortalità infantile (fino a 10 volte superiori alla media europea nell'area dell'ex Unione Sovietica, NIS), di AIDS (un milione di malati), di senzafamiglia (un milione e mezzo di bambini abbandonati nella comunità degli Stati Indipendenti, CSI), di bambini istituzionalizzati (900.000), di scolarità insufficiente, di esplosione della devianza e dell'alcolismo, il tutto associato a una natalità in crollo precipitoso. L'Africa e il Mondo povero in generale sono, nella loro disomogeneità, una realtà ancora diversa, forse imparagonabile, per alcuni aspetti molto più terribili (malnutrizione severa 10%, mortalità 100-200 per mille, AIDS non si sa quanto), ma forse per altri versi migliore, socialmente più coesa, con una famiglia certamente molto più numerosa, ed emotivamente più appagante.

Beati noi, comunque, viene da dire, che possiamo permetterci confronti sofisticati tra salute fisica e mentale di figli perbene di famiglie uni o biparentali e di genitori perbene di figli unici o di figli numerosi, quando in un mondo vicino e disgregato dalla povertà recente e in un mondo più lontano, immerso in una povertà antica, i problemi della vita, della morte, e degli affetti hanno dimensioni incommensurabilmente maggiori.

È questo il pensiero che, su questi temi o su temi molto vicini, esprime Brazelton, sul cui metodo di allevamento-educazione trovate in questo numero l'articolo di Rapisardi e Davidson (pag. 171-176), e dal cui ultimo libro, *I bisogni irrinunciabili del bambino*, abbiamo estratto, sempre per questo numero, molte "parole rubate". Ma Brazelton, non

appena enunciato questo pensiero, lo completa, tornando subito a casa sua: «Ma è comparsa, sia negli Stati Uniti che nel resto del mondo, un'altra tendenza di accudimento istituzionale (allude all'asilo nido), (...) uno spostamento in direzione di altre tipologie di accudimento sempre più impersonali (allude alla televisione, al computer) (...)». E più oltre: «Uno di noi si è chiesto se non stiamo creando un nuovo modello di concepire la natura umana, concreto e materialistico, che si rispecchia nei meccanismi di interazione». Ecco che le problematiche dei Paesi ricchi si aggiungono a quelle dei Paesi poveri: «Gli esseri umani devono saper lavorare in maniera cooperativa, con passione ed empatia verso gli altri membri di un gruppo in tutti gli aspetti della vita (...). Le nuove generazioni riusciranno a portare avanti questi compiti solo se cresceranno in famiglie empatiche».

Certamente, in questa lettura evolutivista e in parte riduttiva del problema delle disuguaglianze e nella ricerca di un punto fermo nei problemi dell'allevamento, c'è una forzatura, se non una deformazione professionale. Ma in tutto questo crediamo di doverci riconoscere un poco, almeno in quanto persone "alla ricerca".

Medico e Bambino, soprattutto nei suoi editoriali, ha da una parte difeso la "miopia" dei medici: i medici non si possono permettere di guardare troppo lontano, perché sono chiamati a curare (o a prevenire) le cose vicine (il medico deve occuparsi dei problemi che gli arrivano, delle cose che trova, degli affari di casa sua, dell'oggi prima che del domani). Nel caso nostro, sono chiamati a occuparsi (anche) della genitorialità nel mondo ricco, il che è per definizione un problema di lusso. Con questo assunto di fondo, *Medico e Bambino* (come anche altre riviste molto più illustri, pediatriche e non) ha però rivolto negli ultimi anni un'attenzione sempre maggiore a quello che succede "al di là dei monti e al di là dei mari" (ricordi dell'era fascista).

È che il mondo è sempre più piccolo, i monti sempre meno alti e i mari sempre meno oceanici. È che il Mondo povero arriva impetuosamente da noi, con i suoi braccianti clandestini e con i suoi Premi Nobel. E che noi andiamo sempre più numerosi a lavorare nel Mondo povero (per colonialismo? per interesse? per curiosità? per avventura? per dovere?) e che i problemi degli altri difficilmente possono essere separati dai nostri.

Il sesto dei sette bisogni irrinunciabili dei "nostri" bambini che Brazelton ha creduto di individuare si chiama "il bisogno di comunità stabili e di supporto, e di comunità culturale", e il settimo è "salvaguardare il futuro". Non può troppo sorprendere che un medico della persona, come è Brazelton, il cui oggetto di ricerca e di applicazione è il bambino piccolo, cioè "il seme della vita", consideri inevitabile guardare oltre, passare dall'attenzione ai legami familiari, a quelli sociali, e da questi a quelli globali (o anzi, considerarli come un assieme, come un'unità difficilmente scomponibile): «Provvedere ai bisogni irrinunciabili dei neonati, dei bambini piccoli e delle loro famiglie è il primo passo per formare cittadini in grado di ampliare il proprio senso di umanità al punto di gestire la nuova interdipendenza del mondo».