

# Salute della donna e lattazione

RICCARDO DAVANZO, IRENE BRUNO

UO di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

*L'allattamento al seno è benefico non solo per il bambino ma anche per la donna. Una rivisitazione puntuale delle evidenze ci consente di rispondere ad alcuni dei quesiti quotidiani delle mamme: contraccezione, dieta, attività fisica, (false) controindicazioni e, più in generale, qualità di vita sociale e relazionale della donna.*

Numerosi sono i vantaggi che l'allattamento reca alla salute dell'individuo durante l'età pediatrica e più oltre in quella adulta. In aggiunta ad altri ben noti, la letteratura scientifica ultimamente si è focalizzata sulla migliorata intelligenza<sup>1,2</sup>, sulla prevenzione dell'obesità<sup>3</sup> e della celiachia<sup>4</sup> (problemi in realtà ancora aperti).

Invece, sull'esistenza di benefici per la stessa donna che allatta, manca una sintonia fra quanto sostiene, da un lato, la letteratura, che analizzeremo e che fornisce l'evidenza di questi benefici, e, dall'altro lato, certa opinione pubblica, che continua ad attribuire all'allattamento al seno un pesante peggioramento estetico e intellettuale<sup>5</sup>.

Negli ultimi anni, tuttavia, una serie di studi ha chiarito come l'allattamento naturale non scateni un reale conflitto di interessi fra la salute della donna e quella del bambino, dal momento che allattare al seno reca benefici a entrambi<sup>6,8</sup>.

Passeremo quindi in rassegna quali sono per la donna i vantaggi provati dell'allattamento al seno, e quali invece i tabù, i preconcetti che vi sono collegati, retaggio di un'epoca passata in cui le condizioni di vita difficili della donna e il precario equilibrio del suo stato di salute potevano spiegare come un ulteriore impegno riproduttivo, rappresentato da gravidanza con o senza suc-

## BREASTFEEDING AND WOMEN'S HEALTH (Medico e Bambino 2003;22:105-113)

### Key words

Breastfeeding, Cancer, Post partum depression, Osteoporosis

### Summary

The Authors carried out a literature review on the effects of breastfeeding (BF) on women's health to provide an overview of existing evidence. Established knowledge includes the following: exclusive BF for the first six months in the absence of menstrual cycles is a very effective contraceptive method; there is evidence suggesting some protective effect on osteoporosis, breast cancer and cancer of the cervix; there is no evidence of association between BF and post partum depression: on the contrary, BF seems capable to improve self-esteem and to reduce anxiety; BF has a regulatory effect on body weight and does not represent a contraindication to physical exercise; BF does not cause hair loss. In conclusion, BF brings no harm and many benefits to women's health.

cessivo allattamento al seno, potesse rappresentare un fardello biologico.

## LE REGOLE PER LA DONNA CHE ALLATTA

Comari, governanti di famiglia, illustri medici di tutti i tempi si sono premurati di individuare per la nutrice, a salvaguardia della salute sua e di quella del lattante, una serie di norme igieniche, di precetti, che nel loro insieme, pur dando alla malcapitata un certo grado di fiducia per la consapevolezza di fare le "cose giuste", aumentava al contempo nella stessa la sensazione di sacrificio, quasi di espiazione collegata all'allattamento.

In sintesi questa "regola" si è strutturata, con il passare dei secoli, in una serie di imposizioni dietetiche, di supplementazioni nutritive coatte (con divieto di mettersi a dieta in accettazione dell'inevitabile sovrappeso in corso di allattamento al seno), di rituali igienici, di rigida limitazione dell'attività motoria. Alla donna in allattamento era vietato migliorare la propria immagine, tingendosi, ad esempio, i capelli, o assumere un qualunque tipo di farmaco (compresi antibiotici e antidolorifici), nell'accettazione quindi del dolore e, a maggior ragione, di quello collegato alla suzione vorace di un bambino, magari mal ancorato al seno materno. Andavano poi messi in conto l'indebolimento dello scheletro, dei denti e dei

capelli, e un verosimile peggioramento di qualsivoglia patologia cronica persistente. Queste credenze del resto vengono da lontano, se il medico Sorano di Efeso (I-II secolo d.C.), nel suo trattato sulle patologie muliebri, già ammoniva sull'emaciazione connessa alla spesa per nutrire la prole. Molti secoli dopo anche Bernardino Ramazzini, medico italiano del Settecento, padre della medicina del lavoro, osservava che le donne che allattano e le balie sono comunemente afflitte da dimagrimento, cefalea, vertigine, disturbi respiratori e indebolimento della vista, ascesso mammario (incoraggiante davvero!).

Il tutto, *dulcis in fundo*, condito dall'astinenza sessuale. Quest'ultima milenaria prescrizione derivava addirittura dal medico Galeno di Pergamo (I-II secolo d.C.). Si riteneva infatti che i rapporti sessuali potessero in qualche modo indebolire, o addirittura avvelenare, il latte materno<sup>9</sup>; dato che quest'ultimo era ritenuto il risultato della purificazione del sangue dei flussi mestruali interrotti, sangue che dall'utero passava alle mammelle, vi era la convinzione che la donna potesse disporre di latte o sangue per un solo bambino alla volta e che il feto di una nuova gravidanza potesse distogliere il meglio del nutrimento, non lasciandone per il poppante.

Anche come conseguenza di questi spauracchi, di fatto in Europa, nelle classi sociali superiori che potevano permettersi il lusso di contrattare una buona balia, la pratica dell'allattamento al seno era l'eccezione più che la regola.

A partire dalla seconda metà del Settecento anche le donne delle classi privilegiate cominciarono ad allattare al seno, solitamente con il consiglio dato dai medici di farlo ad orario fisso, perché meglio compatibile con i loro impegni sociali. Il tabù dell'impiego di latte animale al posto di quello di donna venne a cadere a partire proprio dalla seconda metà del Settecento, per lasciar spazio nel Novecento alla sempre più disinvolta sostituzione delle balie con formule lattee sempre più raffinate.

Non mancava, tuttavia, nel corso dei secoli la consapevolezza del valore dell'allattamento al seno. Francesco Bar-

baro, nel *De re uxoria* (Venezia, 1416), esorta le donne di più alto lignaggio a nutrire il loro bambino con il proprio latte, perché comportamento che reca onore, quando condotto con amore e diligenza.

Tuttavia i periodici moniti di medici e moralisti diretti alle madri, soprattutto quelle delle classi abbienti, ad allattare al seno la propria prole, non trovavano fertile terreno, perché entravano in contraddizione con la cultura di quelle classi sociali. Non meraviglia quindi che Lady Essex, contessa di Manchester, si fosse meritata nella chiesa parrocchiale di Suffolk un bronzo alla memoria, che proclamava: «Mori il 28 settembre dell'A.D. 1658 e lasciò 8 figli, 6 maschi e 2 femmine, 7 dei quali allattò con le proprie mammelle. I suoi figli si leveranno a benedirlo».

Ma torniamo alla "regola" della donna che allatta. Solo a una madre motivata da perfetto amore e devozione verso la propria creatura risultava indifferente l'aprirsi di un periodo della propria vita pieno di regole così rigide e di previsti sacrifici.

Il più delle volte gli elementi costitutivi di queste "regole" (visto che le accezioni popolari e le opinioni degli pseudoesperti si prestavano e si prestano a numerosi varianti) si basavano su erronee deduzioni o sulla volontà di controllo sulle fasi della vita riproduttiva della donna.

Facciamo alcuni brevi esempi.

□ La convinzione che il bere tanto aiuti a far produrre più latte, conseguenza erronea della constatazione che viceversa l'assetamento o la febbre, che induce sudorazione, riducono la produzione di latte.

□ L'attribuzione di un valore causale alla semplice associazione temporale riscontrata nel puerperio fra transitorio peggioramento della vista nella donna miope e lattazione.

□ Disconoscimento dell'effetto contraccettivo dell'allattamento al seno derivante dalla constatazione che molte donne durante l'allattamento restano gravide, senza distinguere fra allattamento veramente esclusivo (che protegge) e quello parziale (che non protegge) o senza distinguere ancora fra i

primi 6 mesi dopo il parto (periodo in cui l'effetto biologico è rilevante) e il periodo successivo (in cui l'effetto biologico mantiene ancora un valore antidemografico, ma non può più essere considerato un contraccettivo individuale sicuro).

□ Convinzione della capacità degli stili di vita materni di modificare con eccessiva facilità quantità e composizione del latte prodotto.

### EFFETTO CONTRACCETTIVO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

Questo è dovuto all'aumento di prolattina in corso di allattamento al seno, con conseguente inibizione ovulare. Un'apposita Consensus Conference, tenutasi a Bellagio nel 1988, ha sottolineato come l'allattamento al seno abbia un'efficace funzione di metodo addizionale per la pianificazione familiare, quando siano soddisfatte contemporaneamente tre condizioni:

1. non siano ancora passati 6 mesi dal parto;
2. non siano ancora tornate le mestruazioni (*spotting* dei primi 56 giorni a parte);
3. l'allattamento sia realmente esclusivo (solo latte materno, senza aggiunte di latte artificiale, succhi, camomille ecc.), con intervalli fra poppate successive mai superiori alle 6 ore.

Le conclusioni di questa conferenza sono state ribadite a un nuovo incontro, sempre a Bellagio, nel dicembre del 1995 e pubblicate nel giugno del 1996 dall'*International Journal Obstetrics and Gynecology*. A queste condizioni la sicurezza contraccettiva è pari o superiore al 98%, come risulta da studi condotti sia nei Paesi in via di sviluppo che in quelli industrializzati (*Tabella I*)<sup>10</sup>.

Si comprende come il metodo dell'amenorrea da lattazione (LAM) meriti di ricevere il supporto politico necessario per divenire disponibile universalmente. Se, da un lato, il LAM è alla base di un valido controllo demografico nei Paesi poveri di risorse, d'altro canto lo stesso LAM può essere utilizzato anche in Paesi come l'Italia, dalle donne, specialmente quelle appartenenti a certi gruppi di stretta osservan-

za religiosa, che vogliono limitarsi a metodi naturali di controllo delle nascite.

LAM a parte, i metodi meccanici (diaframma e preservativo) sono considerati la prima scelta nella pianificazione familiare per la donna che allatta. La minipillola (a base progestinica) è considerata di seconda scelta, l'associazione estro-progestinica infine di terza scelta. In questo ultimo caso è noto che la presenza dell'estrogeno non reca effetti nocivi sul poppante, ma può ridurre la produzione di latte materno.

#### VARIAZIONE DEL RISCHIO DI TUMORI DELLA SFERA RIPRODUTTIVA

Già Karl von Linné nel suo *Nutrix Noverca*, stampato a Uppsala nel 1752,

attribuiva alla consuetudine delle donne aristocratiche svedesi di allattare al seno meno frequentemente i loro figli («... una pericolosa abitudine, che addirittura ci nega ciò che la natura aveva previsto di darci, il latte materno...») il loro aumentato rischio di cancro del seno («Pertanto le donne nobili per nascita più spesso hanno il cancro al seno rispetto alle donne dei contadini»).

Questa osservazione da parte del famoso naturalista ci viene confermata più per il cancro al seno pre-menopausale, che non per quello della menopausa. Tuttavia, accanto a studi che documentano un rapporto fra durata dell'allattamento e protezione contro il cancro al seno, ve ne sono altri che lo negano (*Tabella II e III*). A permetterci di districarci nella rassegna di studi

che portano a risultati opposti è di recente intervenuta (come sempre) una meta-analisi della letteratura fatta su ben 47 studi epidemiologici effettuati in 30 Paesi diversi su oltre 147.000 donne. Questa analisi ha calcolato come la riduzione del rischio di cancro al seno sia del 4,3% per ogni 12 mesi di allattamento al seno in aggiunta a un calo del 7% per ogni nascita<sup>11</sup>.

Non è chiaro il perché di questa riduzione del rischio di cancro al seno nelle donne che hanno allattato, ma sono state formulate delle ipotesi: l'inibizione ovarica, l'aumentata resistenza da parte di un tessuto mammario attivatosi in corso di lattazione, la modifica dei fluidi mammari (ridotta escrezione del colesterolo  $\beta$ -ossidato; pH mammario maggiormente alcalino al di fuori dell'allattamento), la rimozione di agenti carcinogenici.

Inoltre la lattazione riduce in età premenopausale il rischio di un altro tumore della sfera riproduttiva, il cancro dell'epitelio ovarico<sup>12</sup>.

#### TESSUTO OSSEO E OSTEOPOROSI

In corso di allattamento al seno si riscontrano una ridotta perdita urinaria di calcio<sup>13</sup> e una mobilitazione ossea finalizzata a mettere a disposizione della ghiandola mammaria il calcio per la produzione di latte (210 mg al giorno),

#### REVISIONE DELL'EFFETTO PROTETTIVO ANTICONCEZIONALE DELL'AMENORREA DA LATTAZIONE SECONDO LA REVISIONE DELLA LETTERATURA DI LABBOK

Paese	Efficacia (%)	Riferimento bibliografico
Cile	99,6	Perez, <i>Lancet</i> , 1992
Pakistan	99,4	Lazi, <i>Fertility and Sterility</i> , 1995
Filippine	99	Ramos, <i>BMJ</i> , 1996
Studio multicentrico*	98,5	Labbok, <i>Contraception</i> , 1997

\* Italia, Messico, Nigeria (2 centri), UK, Germania, Filippine, Egitto, USA, Svezia

Da voce bibliografica 8

Tabella I

#### STUDI SUI RAPPORTI FRA LATTAZIONE E RISCHIO DI CANCRO AL SENO DELLA PRE-MENOPAUSA

Autore	Rivista	Sede	Effetto protettivo
Mc Tiernam	<i>Am J Epidemiol</i> , 1986	Stato di WA (USA)	Dose-risposta
Yuan	<i>Cancer Res</i> , 1988	Shanghai	Se allattamento > 6 anni
Siskind	<i>Am J Epidemiol</i> , 1989	USA	Non sicuro
London	<i>Am J Epidemiol</i> , 1990	USA	Nessuno
Adami	<i>Br J Cancer</i> , 1990	Svezia e Norvegia	Nessuno
Jo	<i>Am J Epidemiol</i> , 1992	Giappone	Dose-risposta; protezione marginale
UK National Case-Control Study Group	<i>Br Med J</i> , 1993	UK	Dose-risposta; protezione netta
Thomas (Studio WHO)	<i>Int J Epidemiol</i> , 1993	10 Paesi	Protezione per allattamento > 12 mesi
Newcomb	<i>N Engl J Med</i> , 1994	4 Stati degli USA	Dose-risposta
Freudenheim	<i>Am J Epidemiol</i> , 1997	Stato di NY (USA)	Lieve protezione per allattamento al seno di lunga durata (> 20 mesi)
Weiss	<i>Epidemiology</i> , 1997	USA	Sì

Tabella II

**STUDI SUI RAPPORTI FRA LATTAZIONE E RISCHIO DI CANCRO AL SENO DELLA POST-MENOPAUSA**

Autore	Rivista	Sede	Effetto protettivo
Ing	<i>Lancet</i> , 1997	Cina	Sulla mammella usata
Freudenheim	<i>Am J Epidemiol</i> , 1997	Stato di NY (USA)	Solo se il primo allattamento è iniziato a un'età inferiore a 25 anni
Enger	<i>Cancer Epidemiol Biomarkers Prev</i> , 1998	Contea di Los Angeles (CA, USA)	Protezione significativa per una durata di allattamento superiore a 16 mesi
Magnusson	<i>Int J Cancer</i> , 1999	Svezia	Nessuno
Newcomb	<i>Am J Epidemiol</i> , 1999	3 Stati degli USA	Lieve effetto protettivo; dose-risposta

Tabella III

concomitante ad un aumento dei livelli serici di 1,25 (OH) vitamina D, che si mantengono elevati fino a un paio di mesi dopo la sospensione della lattazione<sup>4</sup>. Questa mobilitazione implica una fisiologica demineralizzazione ossea di circa il 3-7%<sup>15</sup>, recuperata dopo l'interruzione dell'allattamento al seno<sup>16,17</sup> o, addirittura, durante l'eventuale gravidanza successiva<sup>18</sup>. La percentuale e la misura del recupero sono influenzate dalla durata della lattazione e dall'amenorrea post-partum, differiscono in base alla sede scheletrica<sup>15</sup>, e sono almeno in parte dovute a un'attivazione al termine del periodo di lattazione dell'assorbimento intestinale del calcio<sup>19</sup>. Eppure gravidanze e allattamenti ripetuti non necessariamente implicano una significativa osteoporosi, come documentato dal confronto fra nullipare e donne multipare (con una media di 6 gravidanze), che hanno allattato a lungo (in media 49 mesi di allattamento)<sup>20</sup>.

Solo nella donna con gravissima osteoporosi l'allattamento al seno può essere considerato controindicato, perché il depauperamento osseo fisiologico in aggiunta all'osteoporosi di base potrebbe farle superare la soglia in cui si rischia uno schiacciamento vertebrale<sup>21</sup>.

La supplementazione materna di calcio (anche alla dose quotidiana di 1 grammo) in corso di allattamento al seno si rivela scarsamente utile, perché non è in grado di prevenire la fisiologica demineralizzazione ossea, né di modificare la concentrazione di calcio nel latte materno, dando solo un miglioramento minimo del processo di rimine-

ralizzazione allo svezzamento<sup>22</sup>.

Il dato scientifico più sorprendente è che le donne che hanno allattato al seno risultano in maniera inaspettata protette in età senile dall'osteoporosi e dalle sue relative complicanze, prima fra tutte la frattura dell'anca<sup>23-26</sup>, quasi che la lattazione attivi nell'osso giovane della donna mentre sta allattando dei meccanismi di omeostasi, che risulteranno preziosi a lungo termine.

**PREESISTENTE PATOLOGIA CRONICA MATERNA**

Ci limiteremo a portare alcuni particolari esempi.

*Otosclerosi.* Se da un lato l'uso della pillola estroprogestinica non aggrava l'otosclerosi<sup>27</sup>, vi è un documentato peggioramento dell'otosclerosi a seguito della maternità<sup>28</sup>. La responsabilità specifica dell'allattamento al seno, che ovviamente può o non può essere parte della maternità, non è invece in alcun modo dimostrata.

*Diabete materno.* Le donne con diabete insulino-dipendente possono incontrare qualche difficoltà con l'avvio dell'allattamento al seno a causa di una più lenta lattogenesi, con produzione di una quantità di latte nelle prime settimane dopo il parto transitoriamente inferiore anche del 20 % rispetto alle donne sane. Oltre alla quantità, anche la composizione del latte prodotto dalla donna diabetica può subire delle variazioni: una riduzione del contenuto in lattosio e di grassi (peraltro lieve e

transitoria), un aumento dell'azoto. La durata dell'allattamento al seno nelle diabetiche insulino-dipendenti non è sostanzialmente diversa rispetto alle donne sane, a meno che al diabete si associ il fumo di sigarette, che porta a un allattamento al seno più breve<sup>29</sup>.

Ciononostante è particolarmente vantaggioso che la donna diabetica allatti al seno, sia per ottenere nel figlio una riduzione del rischio di ammalarsi a sua volta di diabete (anche se questa riduzione del rischio è documentata incostantemente dagli studi scientifici)<sup>30,31</sup> sia per ridurre il suo fabbisogno insulinico, collegato alla produzione del latte umano.

*Sclerosi multipla.* Il fatto che nel periodo successivo al parto si riscontrino un aumento del numero di ricadute della sclerosi a placche ha indotto, e purtroppo induce ancor oggi, ad attribuire una responsabilità all'allattamento al seno. In realtà dallo studio di Confavreux si è avuta la conferma che questo aumento è dovuto al recupero delle ricadute risparmiate in corso di gravidanza (probabilmente per la cessazione del suo fisiologico effetto immunosoppressivo), ed è indipendente dal tipo di allattamento<sup>32</sup> (Tabella IV). L'allattamento al seno non condiziona quindi la progressione della disabilità collegata alla sclerosi a placche.

*Artrite reumatoide.* Anche l'artrite reumatoide, altra malattia su base disreattiva, si aggrava nel periodo successivo al parto, così come la sclerosi a placche. Anche per l'artrite reumatoide i sospetti che l'allattamento al seno sia

### FREQUENZA DI RICADUTE\* IN PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI MULTIPLA IN RAPPORTO AL TIPO DI ALLATTAMENTO DEL LORO BAMBINO

Periodo	Allattamento al seno (n. 122)	Non allattamento al seno (n. 87)
Anno precedente alla gravidanza	0,6 (0,5-0,7)	0,8 (0,6-1,0)
Gravidanza	0,3 (0,2-0,4)	0,5 (0,3-0,7)
Anno successivo alla gravidanza		
< 3 mesi	1,2 (0,9-1,4)	1,3 (1,0-1,6)
4-6 mesi	0,9 (0,6-1,1)	1,0 (0,7-1,3)
7-9 mesi	0,8 (0,6-1,1)	1,0 (0,7-1,3)
10-12 mesi	0,6 (0,4-0,8)	0,8 (0,5-1,0)

\*N°/donne/anno con intervallo di confidenza del 95%

Da voce bibliografica 32, modificata

Tabella IV

responsabile di un peggioramento<sup>33</sup> sono probabilmente infondati, ma manca uno studio assessorio con metodologia simile a quella applicata da Confavreux nel caso della sclerosi a placche.

#### PERDITA DI CAPELLI

Ricca è l'aneddotica popolare, che collega la perdita di capelli (non un'alopecia vera e propria) all'allattamento al seno. Nella letteratura scientifica invece c'è poco. Il rapporto fra allattamento al seno e perdita di capelli è ignorato dall'ultima edizione del Lawrence<sup>34</sup>, dall'*Answer Book* de La Leche League International<sup>35</sup>, dal Riordan<sup>36</sup>, dal Minchin<sup>37</sup>, ossia dai testi disponibili più accreditati.

In Medline si trovano poco più di una decina di articoli con parole chiave "lactation & hair loss": 2 di questi si riferiscono in realtà al deficit di zinco in lattanti, e uno solo agli effetti sulla salute materna con esplicito riferimento alla perdita di capelli<sup>38</sup>. Quindi questa panoramica non conferma, e neppure nega il dato che la perdita di capelli sia collegata a un aumentato telagen del capello in lattazione. Né va del resto dimenticato che nel periodo post-partum può svilupparsi una forma minore della sindrome di Sheehan (panipopituitarismo), fra i cui sintomi si ritrova anche la perdita di capelli, ma associata a un corteo sintomatologico ben più complesso, in cui rientrano anche perdita dei peli pubici e ascellari, ipogalattia,

fatica, insonnia, apatia, secchezza della vagina.

#### LATTAZIONE, DIETA MATERNA ED ESERCIZIO FISICO

Grande attenzione in tutti i tempi è stata attribuita all'alimentazione della donna che allatta. L'effetto dimagrante conseguente alla lattazione è sempre stato evidente e in epoche in cui il modello di bellezza femminile contemplava una generosa presenza di massa grassa, questo dimagrimento non era verosimilmente ben visto. Il consiglio alla nutrice di mangiare per due poteva allora essere finalizzato non solo al mantenimento della salute materna e a un'adeguata composizione del latte, ma probabilmente anche a mantenere attraente la donna secondo i canoni del tempo.

In realtà la donna che allatta, secondo stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha un extrafabbisogno energetico quotidiano limitato a 700 kcal/die<sup>39</sup>. A questo fabbisogno teorico corrisponde poi un fabbisogno reale misurato ancora inferiore, pari a 650 kcal/die attorno al 2° mese dal parto (per una produzione quotidiana media di latte materno di 745 grammi), e a 500 kcal/die a 6 mesi dal parto (per 573 grammi in media di latte)<sup>40</sup>.

Non è ben chiaro il perché di questa discrepanza fra fabbisogno energetico delle RDA (*Recommended Dietary Allowances*) e fabbisogno reale. Sono

state fatte in particolare due ipotesi: che la lattazione implichi una riduzione dell'attività fisica globale della donna o in alternativa che l'efficienza metabolica risulti aumentata per effetto dell'equilibrio ormonale in corso di lattazione<sup>41</sup>. Il fatto che alcune donne, contrariamente alle loro aspettative, non calino di peso in allattamento, ma anzi possano vederlo incrementare considerevolmente<sup>42</sup>, potrebbe quindi essere dovuto anche a uno stile di vita mutato, in cui il livello di attività fisica precedente al parto sia stato significativamente ridotto. L'interesse della donna moderna, con modelli di bellezza differenti dal passato, è di veder mantenuta la promessa dell'effetto dimagrante dell'allattamento al seno. Non può quindi stupire la focalizzazione recente della donna che allatta sui due elementi che possono favorire il recupero della linea dopo il parto: un corretto regime dietetico e il mantenimento di un'adeguata attività fisica.

È noto che lo sforzo fisico implica il passaggio di acido lattico anche nel latte materno, con ipotizzata riduzione dell'accettazione da parte del bambino. Per avere tuttavia questi effetti sul comportamento del poppante lo sforzo dovrebbe in realtà essere realmente massimale<sup>43</sup>, anche se di recente è stato negato che un'attività fisica tanto intensa da portare a un'aumentata concentrazione di acido lattico nel latte materno sia in grado di determinare una differenza di gradimento nel bambino<sup>44</sup>. Si tratta comunque di un "non problema", perché l'acido lattico va inteso per quello che realmente è: un semplice metabolita, normalmente riutilizzato dall'organismo, la cui presenza nel latte materno non nuoce al bambino<sup>45</sup>.

Quando l'attività fisica materna risulti invece moderata (circa 45 minuti al giorno, 5 volte alla settimana), nell'ambito di usuali attività sportive quali corsa, bicicletta, nuoto, la qualità (composizione generale) del latte materno non viene modificata, mentre si può assistere addirittura a un modesto incremento nella quantità media di latte prodotto (da 775 ml a 838 ml/die)<sup>46</sup>, senza inoltre pregiudicare la crescita del bambino<sup>47</sup>.

Alcune donne che allattano possono trovarsi nella condizione di voler/dover seguire una dieta dimagrante perché francamente sovrappeso e/o obesa a fine gravidanza. Un interessante studio statunitense, effettuato su 40 donne con indice di massa corporea elevato (BMI compreso fra 25 e 30) e peso assoluto medio di 76 kg, in allattamento al seno esclusivo ha documentato come una dieta dimagrante iniziata dopo il primo mese dal parto, condotta per 10 settimane, associata a modesta attività fisica (45 minuti al giorno, 4 volte alla settimana) e tale da far perdere circa 0,5 kg alla settimana, non influenzi la crescita (in termini di peso e lunghezza) del bambino<sup>48</sup>, che tuttavia è sempre ragionevole controllare<sup>49</sup>.

### PROTESI MAMMARIE

È sempre più frequente il riscontro di donne che si accingono (e vogliono) allattare e che hanno protesi mammarie al silicone. Queste donne possono allattare al seno serenamente e con discrete aspettative di successo<sup>71</sup>, sempre che il motivo per cui queste protesi erano state inserite non fosse quello di una vera grave ipoplasia della ghiandola mammaria implicante ipo- o agalattia (evenienza peraltro molto rara). È infondato invece il timore della presenza di particelle di silicone nel latte materno essenzialmente per due motivi: a) l'eventuale concentrazione del silicone (con tutti i limiti della sua misurazione)<sup>50</sup> risulterebbe inferiore addirittura a quella delle formule latte che verrebbero somministrate in alternativa al lattante (Tabella V)<sup>51</sup>; b) il sospetto un tempo sollevato di una "siliconatura" esofagea nell'allattato al seno<sup>52</sup> non è stato in seguito confermato.

### AFFERMAZIONE VS DEPRESSIONE MATERNA

Il fatto che una percentuale di donne comprese fra il 7 e 14%<sup>53,54</sup> sperimenti una crisi di depressione vera e propria nel periodo post-partum, quando è in corso la lattazione, ha indotto ad attribuire all'allattamento al seno una re-

#### CONTENUTO IN SILICE DEI VARI LATTI PER L'ALIMENTAZIONE DELL'INFANZIA (TORONTO, CANADA)

Liquido esaminato	Concentrazione di silice (ng/ml)
Latte materno di donne con protesi al silicone	55.4 *
Latte materno di donne di controllo	51.0 *
Latte di latteria	708.9 **
Formula latte	4402.5 **

\*Nessuna differenza significativa

\*\*I livelli di silice del latte di latteria o delle formule è almeno 10 volte maggiore rispetto a quello del latte umano!

Da voce bibliografica 51

Tabella V

sponsabilità causale, che è stata tuttavia smentita<sup>55</sup>.

Anzi, al contrario, la buona riuscita dell'allattamento al seno è per la donna una maniera di affermare le proprie competenze riproduttive, il proprio ruolo, anche sociale, di nutrice; questa affermazione è nota col termine inglese *empowerment*, ed è sicuramente un processo che va in direzione opposta alla depressione post-partum e che può contrastarla<sup>56</sup>. L'allattamento al seno sembra quindi addirittura proteggere la donna che allatta dall'insorgenza di depressione anche per un motivo squisitamente ormonale: il livello più elevato di prolattina serica<sup>57</sup>.

È un dato di fatto, tuttavia, che l'allattamento al seno rappresenti per alcune donne un fattore più che causale, scatenante la depressione post-partum, spesso collegato a difficoltà fisiche del seno (storia di ragadi, scarsa produzione del latte, ingorgo), o a difficoltà legate alla relazione alimentare precoce con il bambino (rifiuto del seno, pianto, calo di peso del bambino). Inoltre, come osserva Romito, «non solo i bambini allattati al seno mangiano più spesso, ma la loro madre non può condividere questo compito con altri...», rendendo «le madri più dipendenti e meno libere»<sup>58</sup>. Secondo alcuni Autori quindi la depressione post-partum sarebbe condizionata, oltre che da fattori psicoanalitici e ormonali, da un cattivo adattamento ai precisi obblighi culturali derivanti dalla maternità, allattamento al seno compreso. Viceversa, proponendo la questione in altri termini, il condizionamento dipenderebbe

da un lato da un substrato sociale inadeguato, poco attento o addirittura avversante la nuova condizione di maternità e dall'altro da un disadattamento psichico della donna alla maternità, fatto di regressione e riemersione di conflitti precedentemente non risolti<sup>59</sup>. Si spiegherebbe così la scarsa prevalenza della depressione post-partum in ambienti socio-culturali in cui non esiste (o quasi) alternativa all'allattamento al seno e in cui la madre nel puerperio ha il solo compito di stare con il suo bambino<sup>60</sup>.

La depressione post-partum inoltre porta spesso interruzione dell'allattamento al seno. Secondo alcuni psichiatri canadesi che hanno studiato retrospettivamente un gruppo di donne depresse, che avevano appunto smesso di allattare al seno, l'insorgere della depressione post-partum aveva in realtà preceduto la cessazione dell'allattamento al seno nella maggioranza dei casi (83%); solo nel restante 17% (8 pazienti su un totale di 51) la depressione aveva seguito la cessazione dell'allattamento<sup>61</sup>.

Si ritiene che il brusco calo ormonale dopo il parto favorisca lo sviluppo della depressione in individui predisposti, che possono aver sofferto anche in passato di altri episodi. Naturalmente la depressione post-partum non va confusa con i *baby blues* dei primissimi giorni (per definizione 10 giorni), presenti nella maggioranza delle donne<sup>62</sup>, in una percentuale variabile a seconda degli studi dal 30 all'8%<sup>63</sup>. Il termine *baby blues* designa uno stato di instabilità emotiva, ansia, irritabilità, ten-

**SINTOMI E DEFINIZIONE DI DEPRESSIONE POST-PARTUM\***

È definita **depressione** post-partum quella che inizia entro 4 settimane dal parto.

È caratterizzata da almeno 5 dei seguenti **sintomi**, per maggior parte della giornata quasi ogni giorno per 2 o più settimane di seguito.

- Umore depresso, spesso accompagnato o sovrastato da grave ansia
- Interesse o piacere nelle attività marcatamente ridotti
- Disturbi dell'appetito - di solito perdita di appetito con calo ponderale
- Disturbi del sonno - più spesso insonnia o sonno discontinuo, anche quando il bambino dorme
- Agitazione motoria (più comune) o rallentamento psicomotorio
- Fatica, riduzione dell'energia
- Senso di autosvalutazione o di eccessiva o inappropriata colpa
- Riduzione della concentrazione o dell'abilità di prendere decisioni
- Pensieri ricorrenti di morte o idee suicide

\*Da: *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed.: DSM-IV, Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994

Tabella VI

denza al pianto, tristezza, sbadataggi, dimenticanze, confusione.

La depressione post-partum ormai viene definita non tanto come una forma atipica di depressione<sup>64</sup>, ma come una vera e propria depressione, con la caratteristica temporale di manifestarsi nel periodo puerperale (*Tabella VI*); vera malattia mentale, quindi, che non si presta a essere banalmente giudicata malattia mentale minore<sup>64</sup>.

È importante che il pediatra sviluppi la capacità di sospettare la presenza nella madre del bambino, che ha in carico, della depressione post-partum, anche se il suo riconoscimento non è agevole<sup>65</sup>. Del resto proprio il pediatra può rivestire nel periodo puerperale il ruolo di medico di riferimento della coppia madre-bambino; anzi, per una donna depressa, che non esce di casa e che cerca di trovare soluzione agli eventuali associati disturbi del proprio bambino (pianto, *in primis*), il pediatra può essere il riferimento medico transitoriamente esclusivo. Da ciò ne deriva un'accresciuta responsabilità, non solo per indirizzare la donna e la sua famiglia a un aiuto medico competente (medico di famiglia e/o psichiatra), ma anche perché la malattia materna, oltre al notevole disagio materno, può avere ripercussioni negative emotive e cognitive<sup>66</sup> oltre che sociali future<sup>67</sup> sul figlio. Una volta diagnosticata<sup>62,68</sup>, questa patologia mentale non deve ad ogni

modo rappresentare un'inconsistente giustificazione medica per non far allattare, anzi deve rappresentare una sfida per operatori sanitari, familiari e amici della donna a sostenerla nel riuscire col proprio allattamento al seno. Così facendo, anche l'autostima della donna potrà essere migliorata.

Nemmeno l'assunzione di farmaci antidepressivi controindica l'allattamento al seno, visto che gli inibitori del reuptake della serotonina (SSRI) sono in genere sicuri per il lattante<sup>69</sup>, con una netta preferenza per la sertralina.

**OSTACOLI, CONTROINDICAZIONI, SCELTE PERSONALI**

Di fronte a una condizione che si presenti come impedimento ad allattare al seno, nel counselling alla donna ci potremo trovare da un punto di vista pratico in 4 diversi casi:

**1.** Viene presentata come controindicazione ad allattare quella che in realtà è piuttosto un ostacolo, magari di difficile superamento (mastite, ad esempio), ma un semplice ostacolo. Si comprende come tenere distinto ostacolo da controindicazione sia fondamentale da un punto di vista concettuale. Un ostacolo infatti può essere superato utilizzando corrette conoscenze e validi aiuti pratici. La controindicazione va evitata, perché sarebbe invece di signifi-

ficativo svantaggio alla salute materna.

**2.** La controindicazione ipotizzata è in realtà falsa, e va quindi chiarita, letteratura alla mano, come è avvenuto per lo stato materno di portatrice da HCV o, come per la miopia materna elevata, per assenza di letteratura specifica che supporti la controindicazione. Quando questo chiarimento viene a contrapporsi all'opinione del medico specialista che segue la donna (endocrinologo, oculista ecc.), è comprensibile un certo imbarazzo, che non dovrebbe tuttavia indurci a riformulare il consiglio dato, se corretto.

**3.** La controindicazione è vera<sup>70</sup>. Si tratta in verità di una percentuale limitata di casi (per esempio cancro al seno materno, AIDS, tubercolosi con emaciazione e in generale ogni grave compromissione dello stato di salute della madre, di qualunque origine esso sia a evitare alla donna malata un impegno metabolico supplementare collegato alla lattazione).

**4.** Scelta personale. Evidentemente, se si tratta di mancanza di desiderio, ogni insistenza ad allattare al seno è fuori luogo, spesso persino controproducente. Il problema reale, tuttavia, è capire se è frutto di una scelta consapevole (e allora il problema si chiude lì), o invece è il risultato di una mancanza di informazioni corrette (che cercheremo di fornire).

**CONCLUSIONI**

Sulla base della presente revisione possiamo fare alcune considerazioni:

- l'allattamento al seno raramente ha effetti negativi sulla salute della donna, mentre viceversa sono ben documentati i suoi benefici;
- l'allattamento al seno è compatibile con l'aspirazione della donna moderna di evitare eccessivi condizionamenti e rigide limitazioni su dieta, attività fisica, attività sessuale e più in generale su qualità della vita sociale e di relazione.

**Bibliografia**

1. Mortensen EL, et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 2002; 287(18):2365-71.
2. Jain A, Concato J, Leventhal JM. How good

**MESSAGGI CHIAVE**

**Cosa conosciamo sull'argomento**

- L'allattamento al seno (AS) ha effetti benefici sulla salute del bambino, sia a breve che a lungo termine.
- Sull'esistenza di benefici per la stessa donna che allatta vi è una discrepanza tra le evidenze prodotte in letteratura e l'opinione pubblica.

**Cosa aggiunge questo articolo**

Le evidenze prodotte in letteratura consentono di affermare che:

- L'AS esclusivo per i primi 6 mesi, in assenza di mestruazioni, è un ottimo metodo contraccettivo (efficacia del 98%).
- Vi sono alcune deboli evidenze di un effetto protettivo dell'AS sulla prevenzione dell'osteoporosi, del cancro al seno e dell'utero.
- Non vi è alcuna relazione negativa tra allattamento al seno e depressione post-partum. L'AS sembra, al contrario, ridurre l'ansietà materna e migliorare l'autostima.
- L'AS può consentire di recuperare più facilmente il peso forma. Non vi sono controindicazioni all'esercizio fisico. L'AS non è responsabile della perdita di capelli.

is the evidence linking breastfeeding and intelligence? *Pediatrics* 2002;109:1044-53.

3. Armstrong J and the Child Health Information Team. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet* 2002;359:2003-4.

4. Ivarson A, et al. Breastfeeding protects against celiac disease. *Am J Clin Nutr* 2002;75(5):914-21.

5. Celi L. Son tutte belle le mamme del mondo. *La balia forzata*. Specchio de La Stampa, 27 marzo 1999;N° 166:30.

6. Kennedy KI. Effects of breastfeeding on women's health. *Int J Gynecol Obstet* 1994;47(Suppl):S11-S21.

7. Lawrence RA, Howard CR. Given the benefits of breastfeeding, are there any contraindications? *Clinics in Perinatology* 1999;26(2):491-503.

8. Labbok MH. Health sequelae of breastfeeding for the mother. *Clinics in Perinatology* 1999;26(2):491-503.

9. Breastfeeding and sexual relations. In: Matthews Grieco SF, Corsini CA. *Historical Perspectives on Breastfeeding*. Firenze: Istituto degli Innocenti e UNICEF, Ottobre 1991:18.

10. Kennedy KI. Efficacy and effectiveness of lam. In: *Integrating populations outcomes, biological mechanisms and research methods in the study of human milk and lactation*. Kluwer Academic/Plenum Publishers 2002: 207-16.

11. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *Lancet* 2002;360:187-95.

12. Siskind V, et al. Breastfeeding, menopause and epithelial ovarian cancer. *Epidemiology* 1997;8:188-91.

13. Specker BL, et al. Calcium kinetics in lactating women with low and high calcium intakes. *Am J Clin Nutr* 1994;59(3):593-9.

14. Kalkwarf HJ, Specker BL, Ho M. Effects of calcium supplementation on calcium homeostasis and bone turnover in lactating women. *J Clin Endocrinol Metab* 1999;84(2):464-70.

15. Kalkwarf HJ, Specker BL. Bone mineral changes during pregnancy and lactation. *Endocrine* 2002;17(1):49-53.

16. Affinito P, et al. Changes in bone mineral density and calcium metabolism in breastfeeding women: a one year follow-up study. *J Clin Endocrinol Metab* 1996;81:2314-18.

17. Specker BL, Tsang RC, Ho M. Changes in calcium homeostasis over the first year postpartum: effect of lactation and weaning. *Obstet Gynecol* 1991;78(1):56-62.

18. Laskey MA, Prentice A. Effect of pregnancy on recovery of lactational bone loss. *Lancet* 1997;349:1518-9.

19. Kalkwarf HJ, et al. Intestinal calcium absorption of women during lactation and after weaning. *Am J Clin Nutr* 1996;63(4):526-31.

20. Henderson PH, et al. Bone mineral density in grand multiparous women with extended lactation. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1371-7.

21. Anai T, et al. Pregnancy-associated osteoporosis with elevated levels of circulating parathyroid hormone related protein: a report of 2 cases. *J Obstet Gynecol Res* 1999;25(1):63-7.

22. Kalkwarf HJ, et al. The effect of calcium supplementation on bone density during lactation and after weaning. *N Engl J Med* 1997;337:523-8.

23. Kreiger N, et al. An epidemiologic study of hip fracture in postmenopausal women. *Am J Epidemiol* 1982;116:141-8.

24. Alderman BW, et al. Reproductive history and postmenopausal risk of hip and forearm fracture. *Am J Epidemiol* 1986;124:262-7.

25. Cumming RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women. *Int J Epidemiol* 1993;22:684-91.

26. Boonyaratavei N, et al. Physical activity and risk factors for hip fractures. In: *Thai women. Osteoporosis Int* 2001;12(3):244-8.

27. Podoshin ET, et al. Oral contraceptive pills and clinical otosclerosis. *Int J Gynecol Obstet* 1978;15(6):554-5.

28. Gristwood RD, Venables WN. Pregnancy and otosclerosis. *Clin Otorinolaryngol* 1983; 8(3):205-10.

29. Knudsen A, Pedersen H, Klebe JG. Impact of smoking on the duration of breastfeeding in mothers with insulin-dependent diabetes mellitus. *Acta Paediatr* 2001;90:926-30.

30. McKinney PA, et al. Perinatal and neonatal determinants of childhood type 1 diabetes. A case-controlled study in Yorkshire, UK. *Diabetes Care* 1999;22(6):928-32.

31. Meloni T, et al. IDDM and early infant feeding. Sardinian case-control study. *Diabetes Care* 1997;20(3):340-2.

32. Confavreux C, et al. Rate of pregnancy-related relapse in multiple sclerosis. *N Engl J Med* 1998;339:285-91.

33. Silman AJ, Pearson JE. Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. *Arthritis Res* 2002;4(suppl 3):S265-S272.

34. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 5th Edition. St. Louis: Mosby, 1999.

35. La Leche League International. *The breastfeeding answer book*. Revised Edition, 1997.

36. Riordan J, Auerbach KG. *Breastfeeding and human lactation*. Jones & Bartlett Publishers, 1999.

37. Minchin M. *Breastfeeding matters*. 4th Ed. Alma Publication, 1998.

38. Gjerdingen DK, et al. Changes in women's physical health during the first postpartum year. *Arch Fam Med* 1993;2(3):227-83.

39. World Health Organization. *Energy and protein requirements*. Geneva: WHO, 1985 (WHO technical report series 724).

40. Van Raaij JM, et al. Energy cost of lactation, and energy balances of well-nourished Dutch lactating women: reappraisal of the extra energy requirements of lactation. *Am J Clin Nutr* 1991;53:612-9.

41. Illingworth PJ, et al. Diminution in energy expenditure during lactation. *Br Med J* 1986; 292:437-40.

42. Butte NF, et al. Body composition changes during lactation are highly variable among women. *J Nutr* 1998;128(Suppl):381S-385S.

43. Wallace JP, et al. Infant acceptance of postexercise breast milk. *Pediatrics* 1992;89: 12245-7.

44. Wright KS, et al. Infant acceptance of breast milk after maternal exercise. *Pediatrics* 2002;109(4):585-9.

45. McCrory MA. Aerobic exercise during lactation: safe, healthful and compatible. *J Human Lact* 2000;16(2):95-8.

46. Lovelady CA, et al. Lactation performances of exercising women. *Am J Clin Nutr* 1990; 52:103-9.

47. Dewey KG, et al. A randomized study of the effects of anaerobic exercise by lactating women on breast milk volume and composition. *N Engl J Med* 1994;330:449-53.

48. Loveday JA, et al. The effect of weight loss in overweight, lactating women on the growth of their infants. *N Engl J Med* 2000;342:449-53.

49. Butte NF. Dieting and exercise in overweight, lactating women (Editoriale). *N Engl J Med* 2000;342(7):502-3.

50. Peters W, Smith D, Lugowski S. Silicon assays in women with and without silicone gel breast implants: a review. *Ann Plast Surg* 1999;43(3):324-30.

51. Semple JL, et al. Breast-feeding contamination and silicone implants: preliminary results using silicon as a proxy measurement for silicone. *Plast Reconstr Surg* 1998;102(2): 528-33.

52. Levine JJ, Ilowite NT. Scleroderma-like esophageal disease in children breast-fed by mothers with silicone breast implants. *JAMA* 1994;271:213.

53. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37-54.

54. Pop CJM, et al. Prevalence of post-partum depression - or is it post-partum depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:354-8.
55. Wisner KL, et al. Psychobiology of post-partum mood disorders. *Semin Reprod Endocrinol* 1997;15:777-89.
56. Locklin MP, Naber SJ. Does breastfeeding empower women? Insights from a select group of educated, low-income, minority women. *Birth* 1999;20(1):30-5.
57. Abou-Saleh MT, et al. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology* 1998;23(5):465-75.
58. Romito P. Postpartum depression and the experience of motherhood. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990;69(Suppl):154.
59. Pazzagli E, Benvenuti P, Rossi Monti M. Maternità come crisi. Il Pensiero Scientifico Editore, 1981.
60. Romito P. La depressione dopo il parto. Nascita di un figlio e disagio delle madri. Il Mulino, 1992.
61. Misri S, Sinclair DA, Kuan AJ. Breast-feeding and post-partum depression: is there a relationship? *Can J Psychiatry* 1997;42(10):1061-5.
62. Wisner KL, et al. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002;347(3):194-9.
63. Psychologic problems while breastfeeding. In: Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 5th Edition. St. Louis Mosby, 1999.
64. Hopkins J, Marcus M, Campbell S. Postpartum depression: a critical review. *Psychological Bulletin* 1984;95(3):498-515.
65. Heneghan AM, et al. Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? *Pediatrics* 2000;106(6):1367-73.
66. Murray L, Cooper PJ, Stein A. Postnatal depression and infant development. *Br Med J* 1991;302:978-9.
67. Schwartz CE, et al. Maternal expressed emotion and parental affective disorder: risk for childhood depressive disorder, substance abuse or conduct disorder. *J Psychiatr Res* 1990;24:231-50.
68. Peveler R, Carson A, Rodin G. Depression in medical patients. *Br Med J* 2002;325:149-52.
69. Roncoroni I, Davanzo R. Farmaci ed allattamento al seno (pag 199-231). In: *La farmacoterapia 2002 nell'era della evidenza based medicine*. A cura di Stefano Govoni. Pavia: Ed. Selecta Medica, 2002.
70. Davanzo R, et al. Raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia sull'allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani. *Bollettino della Società Italiana di Medicina Perinatale* 2002;4(2):15-23.
71. Johanson AS, et al. Breastfeeding after reduction mammoplasty and augmentation mammoplasty. *Epidemiology* 2003;14(1):127-9.



Regione Campania; Comune di Napoli; ASL Napoli 1  
 Centro Studi Interistituzionale per l'Integrazione Socio-Sanitaria, Comune di Napoli, ASL Na 1; ASL Caserta 2  
 Università Federico II di Napoli; Associazione Culturale Pediatri; Centro per la Salute del Bambino

## DAL CONVEGNO DI NAPOLI: "IL BAMBINO A RISCHIO SOCIALE" (1995) AI PROGRAMMI INTEGRATI DI SOSTEGNO PRECOCE E PROMOZIONE DELLA SALUTE DEI BAMBINI E DELLE LORO FAMIGLIE

Napoli, 30 e 31 maggio 2003 - S. Maria La Nova - Sala del Chiostro

### Venerdì 30 maggio

#### Prologo Associazione Culturale Pediatri Campania

Il Welfare di Comunità; Lo sviluppo locale e la salute; La promozione della salute e i diritti di cittadinanza - Salvatore Esposito (Napoli)

#### I SESSIONE LE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE

Moderatore: Luigi Greco (Napoli)

Le disuguaglianze nella salute e le strategie per il loro superamento  
 I determinanti della salute e le reti causali

I modelli di vulnerabilità-fattori di amplificazione e fattori di protezione  
 Dante Baronciani (Modena), Carlo Corchia (Cosenza)

Le disuguaglianze interregionali nella salute - Maurizio Bonati (Milano)

#### Discussione

L'ospedalizzazione infantile a Napoli - Enrico de Campora (Napoli)

#### II SESSIONE I PROGRAMMI INTERNAZIONALI - NAZIONALI E REGIONALI DI SOSTEGNO E PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE FAMIGLIE E DEI BAMBINI

Moderatore: Mario Petrella (Napoli)

I Programmi Internazionali di Sostegno Integrato ai Genitori

Giorgio Tamburlini (Trieste)

L'Integrazione Socio-Sanitaria nei Paesi del bacino del Mediterraneo  
 Angelo Righetti (Caserta)

L'Integrazione Socio-Sanitaria (istituzionale, gestionale, professionale) nelle politiche della Regione Campania per la Famiglia e l'Infanzia  
 M. Grazia Falciatore, Rosanna Romano (Napoli)

#### Discussione

#### III SESSIONE POSTER Moderatore: Paolo Siani (Napoli)

### Sabato 31 maggio

#### IV SESSIONE LE POLITICHE LOCALI - I MODELLI DI INTERVENTO - LE ESPERIENZE - Moderatore: Giancarlo Biasini (Cesena)

Il Progetto "Adozione Sociale": dalla sperimentazione a Secondigliano del 1993 al programma integrato: Sostegno Precoce Genitoriale - "Adozione Sociale" - Paolo Siani, Lina Di Maio (Napoli)

Il Comune di Napoli - l'ASL Na 1, i programmi e le azioni integrate del Piano di Zona per la famiglia e i bambini: il presente e il futuro  
 Gianni Attademo, Giuseppe Cirillo (Napoli)

Discussione Moderatore: Alfredo Pisacane (Napoli)

L'Integrazione degli operatori nella rete comunitaria - "Il Pediatra e gli altri" - La Formazione - L'Integrazione Professionale  
 Massimo Grimaldi, Raffaele D'Errico (Napoli)

Il Programma Sole (Programma di interventi socio-sanitari contro l'esclusione sociale dei bambini con disabilità e le loro famiglie) da Napoli a Gafsa - Silvana Madia (Napoli)

Il Programma di promozione della Lettura precoce (Nati per Leggere)  
 Giancarlo Biasini, Stefania Manetti (Napoli)

#### Discussione

#### CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Moderatore: Franco Rotelli (Caserta)

Mario Petrella - Salvatore Esposito - Luciano de Seta - Giorgio Tamburlini - Giuseppe Cirillo

**Segreteria scientifica:** Centro Studi Interistituzionale per l'Integrazione Socio-Sanitaria, Comune di Napoli - ASL Napoli 1: Gennaro Aurelio, Adriana Boiani, Giuseppe Cirillo, Antonio Meglio, Rita Sepe  
 Dipartimento Socio-Sanitario ASL Na 1: Giovanna Butti, Cira Lisi  
 Servizio Formazione e Aggiornamento Professionale ASL Na 1:  
 Renato Montella, Ciro Barbato

Consiglio Direttivo ACP Campania: Paolo Siani, Anna Esposito, Iride dello Iacono, Aldo Filosa, Nicoletta Gasparini, Luigi Greco, Massimo Grimaldi, Lorenzo Mottola, Francesco Napolano, Aurelio Occhinegro  
 Centro per la Salute del Bambino Trieste-Napoli-Palermo:  
 Giancarlo Biasini, Giorgio Tamburlini, Pasquale Causa, Stefania Manetti

**Segreteria organizzativa:** Deffa: via dei Mille 16 - Napoli  
 Tel./fax 081 402093 e-mail:acpcampania@tin.it