

Stefano Tasca



***Nutrizione
infantile e
svezzamento***

*Raccolta articoli dal blog
“Bambini, affini e varia umanità”
in tema di alimentazione infantile
(Novembre 2012/Maggio 2016)*

Pubblicato il 2/6/2016

Prefazione

Nel 2012 ho pensato di completare il mio sito con un blog (“Bambini, affini e varia umanità”) ritenendo che un contatto diretto (commenti, pensieri, domande e, perché no, confutazioni) con i lettori potesse essere più stimolante del semplice “pubblicare”. Il riscontro è stato molto buono dato che in breve tempo il numero di contatti si è incrementato e la quantità di articoli moltiplicata. Dividendo in sezioni il blog stesso mi sono accorto che la parte riguardante l’alimentazione infantile, dall’allattamento allo svezzamento, era quella più consistente ed in qualche modo completava ed aggiornava tutto ciò che avevo già scritto su questa materia a partire dai primi anni 90 del secolo scorso. Per rendere la fruizione più semplice mi è quindi venuto in mente di raccogliere quanto c’era di più rappresentativo del mio pensiero (esperienze, dibattiti e quant’altro utile) in un “libro”. Ecco quindi il risultato di questo progetto. Chi ha letto i miei libri “*Allattamento, svezzamento e nutrizione del bambino*” e “*Per i bambini, con i bambini*” potrà integrare quanto già appreso con le idee espresse in questa raccolta; chi non li ha letti...beh: forse sarà colto da una qualche curiosità e magari potrà farsi venire voglia di acquistarli. In ogni caso auguro il “benvenuto” a chiunque abbia scaricato questa mia piccola fatica che non è altro se non il condensato della mia esperienza ed aggiornamento.

Stefano Tasca

Dermatite atopica in corso di allattamento al seno esclusivo: caso clinico

18/1/2016

Brutta da vedere, fastidiosa da subire, apparentemente difficile da debellare: queste sono le connotazioni della dermatite atopica. Ogni genitore il cui figlio ne sia affetto deve fare i conti con dubbi terapeutici e soprattutto con decorsi lunghi, travagliati e spessissimo non felici. Moltissimi sono i prodotti in commercio che vengono pubblicizzati come risolutivi: la realtà è che i risultati sono piuttosto scarsi anche a lungo termine. Si tenta anche di modificare, nel caso di allattamento al seno esclusivo, la dieta materna a volte con restrizioni piuttosto spinte (prevalentemente latticini, cioccolato, frutta secca, marmellate e quant'altro) ma con esiti risibili o nulli.

Da svariati anni adotto una terapia specifica che prescinde dall'impiego dei dermoprodotti comunemente proposti. Ho messo a punto questo trattamento semplicemente basandomi sulle caratteristiche cliniche della dermatite che ha una componente infiammatoria come prima manifestazione e che successivamente evolve in ipercheratosi reattiva (croste più o meno spesse) in regioni cutanee tipiche (fronte, guance, plica auricolare posteriore e talvolta aree più o meno estese di braccia, gambe, tronco).

Lo schema terapeutico da me adottato ha sempre dato, negli anni, ottimi e rapidi risultati: l'ho pubblicato sul web (sito, forum di mammeonline, ecc.) ormai da tempo immemore. In questa sede, per corroborarne l'efficacia, riporterò un caso clinico emblematico: spero possa dare indicazioni al maggior

numero di persone possibile inclusi colleghi alle prese con la patologia ed in difficoltà nell'affrontarla.

Credo sia utile che io descriva dapprima il razionale della mia terapia. **Non ci sono restrizioni dietetiche per la madre in caso di allattamento al seno ne vi sono analoghe esclusioni alimentari in caso di bambini divezzi:** la dermatite atopica non ha origini allergiche specifiche nei riguardi di cibi o bevande. Ciò non toglie che una certa attenzione nei bilanci dietetici in relazione all'età del bambino sia benefica non per la dermatite in se ma per un più ampio controllo dei fabbisogni in relazione alle fasi di crescita. In poche parole non c'è rapporto ma una corretta nutrizione, a prescindere dalla dermatite, è assolutamente necessaria.

Per la componente infiammatoria (ma solo se in fase acuta) mi avvalgo del Clobetasone butirrato 0,05%. L'applicazione avviene dalle due alle quattro volte al giorno nelle zone interessate, **mescolato a Polienacido al 2%** dopo **impacco tiepido locale con acqua e bicarbonato**. Il clobetasone butirrato ha una quota di assorbimento transcutaneo ma data la grande efficacia non è necessario applicarne una quantità notevole ne occorre protrarre la terapia per tempi prolungati (in media in una settimana al massimo si può sospendere). Il polienacido (praticamente vitamina F) è un dermoprotettore dermorigenerante: si può continuare l'uso, dopo estinzione della fase acuta, come preventivo. **L'impacco col bicarbonato serve sia per abbattere l'acidità locale, sia per ammorbidire la cheratina e favorire l'assorbimento dei prodotti.** Una volta risolta, la dermatite atopica si previene normalizzando il tono grasso della cute mediante frequenti unzioni delle parti

affette con un olio neutro (va bene anche l'olio di vaselina): se la cute viene lubrificata, automaticamente diminuisce la secrezione sebacea cutanea quindi l'eccesso di attività delle ghiandole alla base dell'insorgenza della patologia.

Veniamo al caso clinico. Il piccolo S.C., nato il 23 ottobre 2015 ed allattato esclusivamente al seno, a circa un mese di vita ha manifestato i primi segni di dermatite a livello delle guance, della fronte e del cuoio capelluto. Tale situazione si è andata aggravando nei giorni tanto da indurre i genitori a consultare un pediatra che ha prescritto una terapia comunemente usata (matrice lipidica al 5%: nome commerciale Osmin) senza alcun esito apparente. A distanza di qualche tempo, visti gli scarsi risultati, tale terapia è stata sostituita da una crema a base di acido ialuronico, burro di karitè, acido glicirretico e vitamine E-C (nome commerciale: You Derm Sinatop) con un notevole peggioramento della situazione. La madre è stata inoltre consigliata di sospendere alcuni alimenti della propria dieta (latticini, noci, nocciole, cacao, confetture a base di pesche, albicocche, ecc.) ma ancora senza esito alcuno.

Il bambino è giunto alla mia osservazione dopo circa un mese e mezzo di terapie inutili esattamente il giorno 4/1/2016. L'immagine che segue è relativa alla situazione che ho constatato in quella data: **ipercheratosi reattiva massiccia con sanguinamenti localizzati, forte prurito, disturbi del sonno.**



La prescrizione della terapia è stata la seguente:

- 1) quattro impacchi al giorno con acqua e bicarbonato, seguiti dalla applicazione di un mix di Clobetasone butirato 0,02% e Polienacido al 5%.
- 2) Unzioni frequenti delle zone colpite con olio di vaselina (almeno 5-6 volte al giorno)
- 3) Nessuna restrizione dietetica materna

A distanza di 48 ore la situazione era quella riportata nell'immagine seguente:



Non credo ci sia bisogno di commentare il risultato: **dopo sole 48 ore di terapia locale l'ipercheratosi era pressochè del**

tutto scomparsa, l'infiammazione non più presente e la restituito ad integrum delle regioni più compromesse (ferite da grattamento) quasi completamente ottenuta.



Ecco il risultato a distanza di 4 mesi: la foto mi è stata inviata dai genitori in data 12/5/2016. La cura (fase acuta) si è protratta per soli 8 giorni nella sua completezza per poi essere modificata come segue:

- 1) sospensione del clobetasone butirrato e degli impacchi con bicarbonato
- 2) applicazione, due volte al giorno, del solo polienacido
- 3) prevenzione di recidive attraverso l'unzione quotidiana delle parti con olio di vaselina

Attualmente il bambino non ha avuto recidive di alcun genere.

Spero che questo case report possa essere di qualche utilità a chi è alle prese con questo problema, sia esso genitore o collega prescrittore.

I miei ringraziamenti vanno ai genitori del piccolo S. che mi

hanno autorizzato verbalmente a pubblicare le foto da loro stessi fornitemi: col loro gesto, hanno contribuito a questo mio tentativo di aiutare chi ha difficoltà a risolvere un problema tanto comune quanto fastidioso se affrontato con modalità imperfette.

Sarà mai possibile eliminare del tutto l'uso del latte artificiale?

24 Settembre 2015

La risposta è un netto “no”, almeno per come le cose stanno allo stato attuale. Certo sarebbe l'optimum se si potesse contare su tassi di allattamento al seno del 100% come auspicano le associazioni pro-seno tipo LLL o MAMI o OMS e UNICEF.

A fronte di eventuali carenze (ipogalattie, agalattie o necessità di aggiunte) **c'è chi ottimisticamente spinge per l'uso di latte di donna donato alle banche del latte come fonte di supplementazione nel caso di donne che non potessero averne quantità sufficienti o, peggio, non averne proprio.**

Questo argomento è stato al centro di un interessante dibattito sul portale allattamento della Società Italiana di Pediatria a seguito di un mio articolo in cui parlavo di aggiunte in caso di ritardo della montata. Il discorso mi ha stimolato a fare due conti dai quali è risultato che un supporto dalle banche del latte per evenienze diverse da prematurità, patologie gastroenteriche o altro, è praticamente impossibile (<http://allattamento.sip.it/la-parola-ai-lettori/per-un-efficace-e-duraturo-allattamento-al-seno-occorrono-razionalita-e-motivazione-ma/>).

La benedizione a questi miei conti è venuta nientemeno che dal Prof. Enrico Bertino (Torino) che fa parte del direttivo nazionale

banche del latte e che è responsabile della più antica banca del latte d'Italia. Penso sia utile che io riporti qui quanto discusso. Gli interventi sui quali si è impiantato il discorso sono numerati e provengono da colleghi "breast-addicted" convinti che il latte di banca sia utilizzabile sempre e comunque

1)*Perché si citano sempre le aggiunte di latte artificiale e mai quelle di latte di banca donato? se proprio dobbiamo supplementare.....*

2)*Creare una rete di sostegno e protezione per le donne che allattano è imperativo, creare una rete di solidarietà per fornire latte materno donato (e controllato) ai piccoli con mamme in temporanea o duratura difficoltà nell'allattamento al seno è un fondamentale progetto di salute pubblica.....*

3)*L'autosufficienza del latte di donna donato è ancora lontana ma se si procede con una onesta sensibilizzazione come si è raggiunta l'autosufficienza per il sangue si potrà fare la stessa cosa per il latte materno.....*

La mia risposta:

E' abbastanza ovvio che il latte materno donato è il gold standard ma è altrettanto ovvio che i volumi necessari non sono certamente congrui nel caso in cui si usi il prezioso materiale oltre che per i casi patologici (per i quali già è sufficiente a malapena) anche per le integrazioni di neonati perfettamente sani in semplice attesa della montata. Non parlo di fumo ma di arrosto. In tutti i centri di raccolta è specificato che il latte (il cui cumulo annuale per centro non supera o supera di poco i 1000 litri l'anno nei casi più favorevoli) è necessario ed appena sufficiente praticamente solo per prematuri e neonati patologici

nati nel centro medesimo e quindi soltanto una piccola quota (di norma non superiore al 15-20%) è usato per esterni patologici (di altri centri) e per neonati fisiologici (aggiunte). Se a questo si aggiungono alcune considerazioni (le donatrici non sono produttrici di latte esclusive ma donano quanto eccede rispetto al nutrimento del proprio piccolo, la raccolta e lo stoccaggio richiedono procedure estremamente specifiche e complesse, non tutte le donne potenzialmente donatrici lo sono poi di fatto per motivi personali e di salute, la durata del prodotto dopo scongelamento e pastorizzazione non supera le 24 ore, i volumi da erogare vanno stabiliti con estrema parsimonia data la rarità e la preziosità del prodotto, ecc.) risulta abbastanza chiaro che dire “usiamo per le aggiunte il latte di donna donato o di banca” è una magnifica utopia allo stato attuale delle cose. Inoltre ricordo che in caso di agalattia reale ed insormontabile, il latte donato è impossibile da usare per motivi pratici. La media di assunzione per un neonato sano a termine (calcolo approssimativo stimato verso il basso...e di molto) è di circa 700-800 ml/die almeno per i primi 6 mesi. Questo significa, sempre approssimativamente, 21-24 litri al mese: in un semestre, dunque, (e parlo di semestre e non di anno) un neonato si “cala” (come amano dire in Sicilia) circa 126-144 litri di prezioso “oro bianco”. In uno dei centri più efficienti d’Italia come BLUD (Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni – Milano) si raccolgono una media di 1000 litri l’anno....come la mettiamo? Tutto il latte raccolto basterebbe a malapena per 7-8 neonati e per soli 6 mesi. E’ quindi abbastanza intuibile che l’uso del latte artificiale diviene “mandatory” (come amano dire i nostri colleghi anglosassoni). E’ giusto scagliarsi contro chi usa il latte artificiale troppo facilmente e troppo

sconsideratamente. Si ammetterà però che senza il latte artificiale (usato quando c'è bisogno ed in modo congruo) il numero di malnutriti (per non voler dire altro) sarebbe piuttosto alto.

Commento del Prof. E. Bertino a nome dell'AIBLUD (Associazione Italiana Banche Latte Umano Donato):

Il direttivo dell'AIBLUD concorda sostanzialmente con le osservazioni del dott. Tasca.

Precisiamo che una recente indagine dell'AIBLUD (Survey of italian human milk banks. DeNisi et al, J Hum Lact 2015 May; 31(2) 294-300) ha rilevato che il volume di latte donato in Italia nel 2012 è di circa 10.000 litri (ancora notevolmente insufficiente a soddisfare i fabbisogni di tutti i neonati pretermine), infatti va evidenziato che in una precedente indagine sempre condotta dall'AIBLUD e pubblicata nel Journal of Perinatal Medicine nel 2012, risulta che solo il 30% dei neonati accolti nelle TIN in Italia hanno accesso all'alimentazione con latte donato. Sono descritte altre situazioni cliniche in cui viene utilizzato il latte di Banca quali la rialimentazione dopo interventi chirurgici gastrointestinali, alcune malattie metaboliche, l'insufficienza renale cronica; sono anche da segnalare esperienze dell'utilizzo del latte donato in casi selezionati di neonati, in particolare i "late preterm" in attesa della montata lattea, fermo restando l'attuazione di tutte le misure volte alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno. Per questo motivo riteniamo che attualmente la priorità sia quella di implementare la pratica della donazione con l'obiettivo di assicurare la disponibilità di latte umano donato a tutti i neonati delle TIN.

Mia risposta al Professore con calcoli delle quantità di latte teoricamente necessarie in caso di eliminazione del latte artificiale:

Credo fermamente che lei, Prof. Bertino, sia il primo della fila tra coloro che invocano un'autosufficienza nelle donazioni di latte umano (e nella fila ci sono anch'io) ma i conti non credo sia facile farli tornare. E' da tempo che quello della donazione di latte forma, per me, argomento di riflessione e da quest'ultima non ho potuto fare a meno di far scaturire alcuni conti che mi hanno non poco lasciato perplesso rispetto al raggiungimento del goal dell'autosufficienza. *Nell'ipotesi che si volesse, infatti, eliminare totalmente il ruolo terapeutico e palliativo del latte artificiale occorrerebbe pensare di utilizzare il latte di banca anche per i neonati fisiologici e per tutto il periodo (minimo) che OMS, UNICEF, e LLL auspicano come irrinunciabile, cioè sei mesi.* Stante una media di nuovi nati di circa 500.000 unità all'anno (qui in Italia) quindi 250.000 in un semestre e augurandosi (l'ipotesi più rosea, ottimistica e "assurdamente utopistica" in assoluto) che il 99% delle donne allatti, rimane un 1% di neonati (2500) che abbisognano di approvvigionamento di latte umano per la loro alimentazione. Un calcolo approssimativo ci dice che, mediamente, un neonato, in un semestre, necessita di circa 120 litri di latte (stima molto verso il basso). Questo significa che occorrono circa 300.000 litri di latte a semestre (50.000 litri al mese). Dalle fonti che ho consultato, un calcolo rapido mi ha mostrato che ogni donatrice riesce, in tutto il periodo di produzione (che spesso è superiore ai sei mesi ma che per comodità e per buon auspicio voglio considerare come semestrale), a fornire in media circa 9 litri di latte. Per soddisfare il fabbisogno e garantire l'autosufficienza

(ponendo solo l'1% di neonati come target, 9 litri di latte a semestre donato da ogni donna e sempre nell'ipotesi che il 99% delle donne fosse nutrice) occorrerebbero 33.300 donatrici a semestre che rappresentano il 13-14% di tutte le nutrici. Ora: tutto è possibile a questo mondo, per carità, ma questi numeri non sono da banca del latte: sono da CENTRALE del latte. Lei pensa che l'autosufficienza, da questo punto di vista, possa finalmente togliere di mezzo totalmente l'uso del latte artificiale? Credo sia questa la domanda che si pongono tutte le associazioni pro-allattamento e tutti coloro che vedono il latte artificiale come un elemento potenzialmente esiziale nella vita di un individuo. E un'altra domanda: lei pensa che l'autosufficienza raggiunta con la donazione di sangue (circa 800.000 litri all'anno garantiti da 1.600.000 donatori pari al 4,5% di tutta la popolazione nazionale tra i 18 e i 65 anni) possa essere paragonabile a quella potenzialmente ottenibile per il latte umano? Questa domanda non la rivolgo solo a lei ma a tutti coloro che in merito possono avere un'opinione o un pensiero. Io mi auguro senz'altro che la cosa, in un futuro non troppo lontano, possa essere realizzata ma stiamo parlando di volontarietà, di una popolazione limitata (anche dal calo delle nascite), di un servizio sanitario sempre più avaro (per l'elaborazione, lo stoccaggio, la conservazione e la distribuzione del latte umano i costi sono enormi e non c'è alcun rientro economico a ripianare le spese).

Riflettiamo su questo versante della cultura pro-allattamento al seno: **chi usa congruamente il latte artificiale non fa altro che adoperare un presidio farmacologico (tale va considerato) che ha le sue indicazioni, le sue dosi (da adeguare ai singoli fabbisogni) e che è da impiegare solo nei casi in cui non ci**

sia alternativa.

Fa danno, invece:

- 1) **chi alla prima difficoltà col seno vira all'artificiale**
- 2) **chi indica la sospensione del latte di donna in favore del latte in polvere**
- 3) **chi prescrive la somministrazione “a richiesta” del latte artificiale e non adegua dosi e concentrazioni ai fabbisogni, lasciando le madri alle prese con le indicazioni riportare sulle confezioni (grande rischio di obesità e disturbi gastroenterici: vedi mio articolo <http://stefanotasca.altervista.org/blog/per-un-uso-accorto-ed-efficace-del-latte-artificiale-nei-primi-mesi/>)**
- 4) **chi spinge per i passaggi da latte 1 a latte 2 e poi proseguimenti, latti di crescita e quant'altro (omogeneizzati, liofilizzati, farine...), totalmente inutili e destituiti di ogni significato pratico (vedi mio articolo su Wired Magazine <http://www.wired.it/lifestyle/food/2014/03/18/latte-vaccino-e-bambini-quando-introdurlo/>)**
- 5) **chi “ci guadagna” in bonus e favori.....**

Per un efficace e duraturo allattamento al seno occorrono razionalità e motivazione ma.....

23/6/2015

.....occorrono anche molte altre cose. Una delle più importanti, per la mia esperienza, è **la salvaguardia di madre e bambino sul fronte sia fisico che emotivo**. Ho scritto parecchie cose sul tema e talvolta (anzi: spesso) sono stato criticato aspramente quando ho detto che gli attacchi al seno andrebbero gestiti in modo congruo, che gli attacchi notturni non necessari andrebbero evitati per tutelare il sonno della madre, che attaccare il bambino solo per pacificazione espone ad una dipendenza madre/figlio alla lunga deleteria e stancante oltre che a possibili sintomi da iperalimentazione, che il bambino oltre che nutrito andrebbe anche idratato, che rimandare il divezzo a dopo il 6° mese è potenzialmente dannoso, e via dicendo.

Gli attacchi e le critiche non mi spaventano di certo. Sono molto attento a questo aspetto dell'allattamento e dell'alimentazione in generale e mi curo principalmente del benessere materno, dato che quello del bambino viene di conseguenza ed automaticamente. Potrei riportare le vive voci di donne che si sono rivolte a me per allattamenti "selvaggi" insostenibili ed imposti da regole "inderogabili" provenienti da protocolli stilati da enti sovranazionali o da associazioni pro-allattamento: mi chiedevano di smettere per esaurimento ma è bastato regolarizzare gli attacchi e farle riposare per convincerle a

continuare e con soddisfazione. Non riporterò quelle voci: non serve (ma se servisse sono pronto a farlo: in alcuni casi si tratta di donne famose a livello nazionale/internazionale per i loro eccellenti risultati sportivi...). **Qui vorrei piuttosto affrontare un tema che riguarda più da vicino l'atteggiamento di molti (non tutti ovviamente) colleghi pediatri nei confronti del sostegno all'allattamento al seno.**

Di recente ho scritto, sul portale allattamento della Società Italiana di Pediatria, alcuni articoli riguardanti il controllo del calo fisiologico (mediante piccole supplementazioni di formula in attesa della montata per evitare eccessi di perdite idriche e per scongiurare la disidratazione ipernatremica...vera e propria minaccia alla salute e talora alla sopravvivenza del neonato), l'evitamento di stress sulla donna esercitato da pressioni emotive in ordine alla precocità della montata ed in relazione al calo medesimo (fonte di tensione che non è certo un fattore favorente la produzione di latte) ed altro. Questi scritti sono stati commentati e la lettura di quelle righe mi ha fatto riflettere. La ricerca bibliografica (è una mia regola ferrea quella di verificare) che ha seguito queste riflessioni, associata alle mie personali evidenze, mi ha fatto accorgere di numerose incongruenze, talora innocenti, talora rischiose, nel comportamento dei colleghi medesimi di fronte alla diade madre/bambino in relazione, si badi, NON al loro benessere ma alla sorveglianza sulla corretta applicazione di norme e dettami, a prescindere dai risultati.

Le regole dovrebbero essere adattate: non basta che siano applicate tout court dato che quel che conta non è svolgere bene il compito (per ripulirsi la coscienza e per scaricare

sulla madre un eventuale fallimento) ma è che funzionino e riescano a portare a dei risultati. Se non funzionano o se non sono adeguate, semplicemente si cambiano o si ignorano.

Ci sarebbe da scrivere un volume ma mi limiterò ad un solo, emblematico esempio: **la valutazione del calo fisiologico neonatale in situazioni di ritardo della montata del latte.**

Storicamente (e sperimentalmente) si è valutato prudente un calo massimo del 10% del peso alla nascita entro le prime 72 ore (3 giorni). Un calo maggiore esporrebbe a fenomeni correlati alla disidratazione ed alla diselettrolitemia (soprattutto per quanto riguarda il sodio). Spesso (anzi: molto spesso) accade che questo limite, in tentativi di allattamento al seno reiterati ma inefficienti (ed anche questo va tenuto in conto), rischi di venire superato. Ho segnalato che la possibilità di intervenire positivamente esiste: basta supplementare il bambino con piccole quantità di latte artificiale o di liquidi, da offrire sempre dopo il capezzolo, che hanno lo scopo di: a) restituire una piccola quantità di acqua e di energia; b) rassicurare la madre che, anche nel caso di ritardo della montata, non si generano squilibri nel bambino (e questo spesso è il fattore chiave per l'innescò della montata attraverso un sollievo dell'ansia ed un'attenuazione di sensi di colpa); c) allungamento dei tempi utili per avere una efficiente produzione di latte materno: in attesa della tanto sospirata alluvione di nutrimento naturale il bambino non rischia di andare incontro a pericolose disidratazioni o a itteri di intensità minacciosa (ricordo che ittero e calo sono spesso associati).

Le risposte? Dal Policlinico Umberto I arriva una nota che dice di non dare eccessiva importanza al calo del 10%: la situazione

obiettiva è quella che detta la regola. Se il bambino richiama, succhia avidamente, è sveglio e vivace si può tollerare anche un calo maggiore e quindi si può procedere col solo seno, senza alcun reintegro, fino ad insorgenza della montata. Si aggiunge che spesso le supplementazioni vengono date più per attenuare l'ansia dei medici in ordine ai tempi di montata, che per effettiva necessità.

Dal Burlo Garofolo (Trieste) si sottolinea quanto la clinica sia importante e quindi si avvalora l'ipotesi che sì, il calo del 10% va guardato con sospetto, ma sempre con disincanto. In pratica solo quei bambini che manifestano inerzia e segni di scarsa collaborazione alla suzione ed al richiamo per fame (cioè quelli già disidratati, in pratica) vanno aiutati con supplementi, mentre gli altri, anche se perdono più del 10% del peso nascita, possono essere solo sorvegliati.

Quando mi sono azzardato a dire che una permanenza in post partum di sole 48 ore per uno spontaneo e di 72 per un cesareo sono poche per la montata, dal Federico II di Napoli mi è giunta una nota che dice che in Svezia la dimissione avviene entro le 12 ore e che si supplisce ad eventuali problemi di allattamento mediante una rete domiciliare di persone che assistono la donna. Il problema è che questa è l'Italia: non ci sono risorse per gli ospedali, figuriamoci per una rete domiciliare. Qui al massimo ci sono associazioni di volontariato gratuite oppure le IBCLC che però sono a pagamento (e non tutti si possono permettere di pagare per avere assistenza all'allattamento al seno).

In tutti e tre i casi quello che si nota è una sorta di sfida alla fisiologia associata ad una notevole dose di fatalismo: la regola è quella di NON DARE NULLA DI DIVERSO DAL SENO,

attaccare spessissimo, spremere e succhiare le mammelle con un tiralatte ed intervenire solo quando ci siano segni di squilibrio.

La logica direbbe invece che l'intervento debba esserci prima che gli squilibri si manifestino, anche perché il neonato mostra i segni della disidratazione quando questa è andata molto avanti (dopo 8-10, anche 15 giorni e con dei cali che qualche volta raggiungono il 15-25%) e quindi, per la correzione, richieda non più la semplice aggiuntina di latte artificiale o di liquidi ma un vero trattamento ospedaliero fatto di fleboclisi, fototerapie (in caso di ittero intenso) e comunque di mezzi tutt'altro che naturali.

Quello che a Roma si chiama "intignarsi" (insistere anche quando le evidenze sono contro) è abbastanza chiaramente configurato in questi comportamenti.

Ritengo una macroscopica incongruenza questo atteggiamento di conservazione di una regola che talvolta non funziona, cioè quella di dare al solo seno l'onore e l'onere di salvaguardare il benessere del bambino. Si circonda l'allattamento di un'aura angosciata ("Attacca, attacca, sempre e comunque, se no....") che certo non giova all'innesco della cascata ormonale alla base della produzione di latte; si assiste senza far nulla, davanti agli occhi di una madre in ambasce, ad un calo progressivo di cui la madre stessa si sente l'unica responsabile; si fermano tutti i possibili sistemi di contenimento del calo e della disidratazione intervenendo solo quando ci sia testimoniata ipersodiemia che va rilevata attraverso un prelievo di sangue (quanto di meno auspicabile per un bambino nato sano a termine che si deve beccare un ago in vena solo per poter dire al mondo che c'è bisogno di un supplemento....quando questo bisogno lo grida la

clinica: “Caro pediatra, se continuo a calare e la mia disperazione mi fa ciucciare come un forsennato una mammella ancora vuota, magari è il caso che tu mi dia qualcosa per calmare questo impellente bisogno e non aspetti di aggiungere un buco con l’ago a questa mia già abbastanza disagiata situazioneoppure che io svenga o vada in coma”).

Parliamo di un evento naturale quando nominiamo l’allattamento, no? Bene: allora vorrei mi fosse spiegato perché la letteratura internazionale insiste sui pericoli della disidratazione ipernatremica (statisticamente incidente per il 3-4% di tutti i nati sani a termine o presso il termine e caratteristica degli allattati al seno nei primi 8-10 giorni), sui pericoli degli itteri patologici (percentuale altrettanto rilevante sempre in neonati allattati esclusivamente al seno), sul fatto che i cali eccessivi incidono pesantemente sul benessere di madre e figlio (e questi cali sono tipici nel 10% dei parti spontanei e circa nel 25% dei cesarei di elezione in assenza di travaglio, tutti verificati in neonati allattati esclusivamente al seno).

In un interessantissimo articolo su Pediatrics, Moritz (già nel 2005), diceva che disidratazione ipernatremica ed ittero patologico sono aumentati di incidenza dal momento in cui è iniziata la campagna di spinta sull’allattamento naturale propugnata dalla American Academy of Pediatrics sulla falsariga delle indicazioni OMS/UNICEF per l’Ospedale Amico del Bambino: l’ha addirittura denominata “breastfeeding-associated Hypernatremia” (ipersodiemia da allattamento materno).

Vogliamo allattare al seno? Certo: allora, dato che siamo nel 2015 (e non nel Medioevo o nelle Grotte di Postumia con una

clava in mano) ed abbiamo i mezzi per controbilanciare quella quota (irrinunciabile) di soggetti che non vengono benedetti da una montata in tempi canonici (e che in altri tempi sarebbero probabilmente stati malissimo per non dire che sarebbero deceduti), usiamoli. Non possiamo, in nome di una naturalità che è tutta da vedere e da verificare, ridurci ad intervenire quando il bambino sta già male. Stare male NON E' NATURALE. La montata viene comunque se alla donna si dà il tempo di averla, se non si carica l'atto di allattare di significati mistici ed esoterici, se la si smette di dire che i bambini allattati al seno sono più belli ed intelligenti di quelli allattati con l'artificiale (cosa ASSOLUTAMENTE NON VERA) col risultato che la donna si sente ancora più gravata di responsabilità e di ansia, se la si finisce di dire (o di sottintendere) che la donna che non vuole o non può allattare condanna suo figlio a malattie e danni futuri, se finalmente si restituisce logica ad un atto tanto naturale quanto il respirare. Dare un supplemento quando serve e sospenderlo quando non è più necessario non interferisce con la montata: la aiuta! Ed insistere a vuoto facendo sentire la madre sempre più frustrata ed il bambino sempre più insoddisfatto (e disidratato) non è il sistema migliore per risolvere problemi che, anzi, a volte si acquisiscono al punto da portare molte donne alla decisione di rinunciare ad attaccare il figlio al seno virando verso l'alimentazione artificiale.

Svezzamento a 4 mesi e.... “Vox clamantis in deserto: preparate la pappa ai bambini

17/6/2015

Di cosa parlo? Naturalmente dello svezzamento. E perché ho citato la Bibbia dicendo: “Voce di colui che grida nel deserto”? Semplicemente perché, totalmente solo (e inascoltato se non dai genitori che si rivolgono a me per la cura dei loro figli) e spesso aspramente criticato, dal lontano 1997 (18 anni fa) insisto nel dire che **svezzare è necessario intorno al 4° mese e non dopo il sesto, che introdurre gli alimenti potenzialmente allergizzanti entro i primi 6-7 mesi previene le allergie sviluppando la tolleranza immunitaria, che allattare esclusivamente al seno per i primi 6 mesi espone ad anemizzazioni nelle epoche successive, che l’uso di prodotti freschi preparati in casa aiuta non solo nutrizionalmente ma anche dal punto di vista dell’accettazione dei pasti in epoche successive, che il latte vaccino opportunamente modificato in casa è meglio dei latti formulati di proseguimento, ecc, ecc. (ho pubblicato un libro sull’alimentazione infantile nel 2006)**. Ma tant’è: comunque 18 anni di martirio (per dirlo alla Verdone) hanno avuto un significato se finalmente si è arrivati (ovviamente non per merito mio, sia chiaro) a capire che tutto quanto sopra detto è vero e testimoniato da numerosi studi a livello internazionale. In realtà i sospetti che avevo avuto nel 1997 non hanno avuto grossi riscontri fino al 2004, quando hanno iniziato ad essere pubblicati lavori che insistevano su questi versanti, soprattutto quello delle allergie potenziali e dello sviluppo delle tolleranze. Ma si tratta pur sempre di 11

anni fa e come questi studi li ho trovati io (dal 2005 in poi ne sono stati pubblicati una vera pletora) **potavano trovarli e digerirli anche tutti coloro che, stilando linee guida, hanno bellamente e incurantemente continuato ad insistere sul versante classico: svezzamento dopo i 6 mesi, solo latte fino ad allora, introduzione di uovo, latte Vaccino dopo l'anno,** ecc. col bellissimo risultato che si è creata una folta e corposa schiera di allergici, riottosi al cibo, problematici dal punto di vista nutrizionale e di crescita, il cui destino, probabilmente, poteva essere cambiato da semplici norme alimentari. Questo discorso non lo faccio per gloria personale. Non voglio dire al mondo: “Anvedi quanto so forte che ce so arivato prima dell’artri”. No, non è questo il senso di questo scritto. Vorrei soltanto riflettere sul fatto **che qui in Italia invece che prendere iniziative e studiare dopo essersi posti domande, aspettiamo che sia qualcun altro a raccontarci cosa succede per seguirlo a volte acriticamente quando modifica trattamenti e linee guida.** Ma, mi chiedo: il ragionamento che ho fatto io semplicemente osservando con attenzione quanto accade e congetturando rispetto ad evidenze personali su una platea di piccoli in cura, non poteva essere fatto da chi magari è a capo e dirige enti nazionali e sovranazionali che si occupano di nutrizione infantile? Io non sono un genio: sono semplicemente curioso ed attento, disponibile a mettermi in gioco basandomi su quel che vedo e non su indicazioni generiche. Se ci sono arrivato io (mettendomi in gioco direttamente con l’adozione di uno schema alimentare adeguato alle mie osservazioni) ci potevano arrivare anche loro risparmiando a genitori, bambini e SSN un bel numero di problemi sia di tipo clinico sia di tipo psicologico. Qui, nel

nostro meraviglioso Paese pieno di materie prime alimentari eccezionali e di tradizioni che sono divenute patrimonio dell'UNESCO (la dieta mediterranea) **siamo andati avanti per anni dicendo che omogeneizzati e liofilizzati sono meglio di un prodotto fresco e che il latte vaccino è un “veleno” senza pensare (o magari pensandoci ma con noncuranza perché il dettame viene dai “grandi”) che i latti formulati di proseguimento (e sottolineo “di proseguimento”) non sono altro che latte vaccino liofilizzato; siamo andati avanti a far diventare anemici i bambini per poi mollare loro ferro farmacologico o alimenti (più che altro “mangimi”) fortificati (non tenendo conto che il ferro, sotto questa forma, è utile anche ai batteri che se ne nutrono e lo usano per incrementare la propria virulenza); siamo andati avanti cercando di convincere i genitori che i prodotti industriali sono “più sicuri” di quelli naturali comperati al mercato, scelti da mamma e cucinati in casa con amore ed attenzione. Che tristezza lavorare così. I ricercatori Italiani che vanno all'estero e trovano il successo non sono più bravi degli altri: semplicemente vanno in Paesi disposti ad ascoltare le loro idee, a dar loro fiducia, ad investire sui loro progetti. Qui no: chi ha un'idea da quasi fastidio.**

Beh: comunque **grazie a Badina, Barbi e colleghi del Burlo Garofolo che nel 2012 hanno avuto il “coraggio” di dire “*La tempistica con cui si espone l'organismo agli allergeni determina se il bambino sarà tollerante o allergico. L'allattamento prolungato, il ritardo di introduzione dei solidi, ecc. NON SONO RIUSCITI ad evitare l'allergia. D'altro canto potrebbe esserci una stretta finestra temporale di opportunità immunologica per esporre il bambino agli***

allergeni ed ottenere la tolleranza naturale”..... e grazie anche al Prof. Agostoni ed al gruppo che lo supporta per aver pubblicato su “Area Pediatrica” nel Marzo 2015 un articolo dal titolo “Indicazioni congiunte SIGENP-SIAIP Emilia Romagna sull’alimentazione complementare del lattante” nel quale (con molta diplomazia e molta circospezione) si consiglia di anticipare lo svezzamento rispetto ai 6 mesi, l’introduzione dei cibi a potenziale allergizzante entro il 6° mese ed in cui, citando l’EFSA (ti pare che non si doveva citare qualche ente di turno?) si riconosce che “il latte materno è nutrizionalmente adeguato fino a 6 mesi nella maggioranza dei casi ma talvolta è necessaria l’introduzione dei cibi solidi prima dei 6 mesi in supporto al latte materno per garantire un adeguato sviluppo ed un’adeguata crescita” (in pratica: allattare esclusivamente fino a 6 mesi fa bene? No: non fa male”. Si capisce la differenza?).

Quanto influisce l'uso di ciucci e tettarelle sulla durata dell'allattamento al seno?

5 Maggio 2015

Credo debba essere riconosciuto il fatto che il seno richieda una tecnica di suzione differente rispetto a quella della tettarella o del ciuccio. Il sospetto che l'abitudine a mezzi differenti dal seno porti a quella che da più parti viene definita "confusione" (la cui conseguenza sarebbe una precoce sospensione dell'allattamento naturale) risale a moltissimi anni fa (fine '90), quando l'UNICEF, in sintonia con l'OMS, stilò i 10 passi per caratterizzare quello che viene definito "Ospedale Amico del Bambino", propugnando l'eliminazione totale, dalle nursery, di ogni ciuccio o tettarella a favore di attacchi frequenti al seno per ottenere, oltre alla montata, anche la pacificazione del bambino. Probabilmente in totale buona fede coloro che hanno insistito ed ancora insistono su questo versante hanno sospeso ogni volontà di aggiornamento sul tema e forse non hanno preso in considerazione il fatto che nelle linee guida per la prevenzione della morte in culla (stilate dalla AAP e recepite da tutte le altre associazioni internazionali pediatriche/neonatologiche) l'uso del ciuccio, insieme ad altri accorgimenti, viene fortemente raccomandato.

La norma UNICEF/OMS è ancora in vigore e viene propugnata con calore a dispetto di numerosi studi che non dimostrano una

associazione diretta tra ciuccio e svezzamento precoce. Premettendo che la mia esperienza personale può non avere un valore assoluto, mi permetto sommamente di confermare che la durata dell'allattamento al seno è proporzionale soltanto alla volontà della madre di proseguirlo ed alla motivazione che la spinge. L'uso del ciuccio, reiterato e costante, si è dimostrato infatti non la causa di sospensioni precoci del seno ma la conseguenza di una motivazione ad allattare non eccessivamente forte. Non è ovviamente mia intenzione caldeggiare l'uso del ciuccio che, per tanti versi, è un mezzo il cui uso indiscriminato alla lunga può determinare problemi (non ultima la deformazione del palato, le malocclusioni dentali, la dipendenza, ecc.). Ciuccio e tettarelle sono mezzi di "emergenza" e certamente, come in tutti gli aspetti della vita, andrebbero adoperati con giudizio. Ritengo però che criminalizzarne l'uso tout court sulla base di supposizioni che non hanno reale riscontro sposti l'attenzione da quello che è il vero e sostanzioso problema alla base delle sospensioni precoci dell'allattamento naturale e cioè la motivazione, che deve essere accompagnata dal sostegno sia a livello familiare sia, soprattutto, sociale. È intuitivo che, specie nelle prime due settimane di vita, sostituire troppo spesso il seno materno con pacifiers interferisca con l'insorgenza della montata diradando gli attacchi che dovrebbero invece essere frequentissimi. La riflessione più profonda, a mio parere, va fatta piuttosto sui punti che seguono: una madre che deve riprendere presto il lavoro, un partner stanco di pianti continui, il logorio fisico che i continui attacchi determinano sulla donna, la mancanza di sonno, le nonne che col loro "consiglio" qualche volta condizionano decisioni affrettate, datori di lavoro che premono

per rientri precoci, timore di sospensioni dei contratti....nella mia esperienza sono questi i principali punti sui quali lavorare e che rappresentano la mia preoccupazione principale in merito alla durata dell'allattamento naturale. Stabilire come regola la sospensione del ciuccio illudendosi che questo sia garanzia di maggior durata del "breastfeeding" credo sia fortemente riduttivo. Mi fa venire in mente l'immagine di coloro che quando il dito indica la luna guardano il dito. Mi rendo conto che questo discorso può spiazzare o irritare quanti hanno fede nelle indicazioni OMS/UNICEF quindi mi faccio da parte e lascio la parola, su questo tema, ad autori certamente più accreditati di me. Ne riporterò le conclusioni insieme al riferimento bibliografico.

Jafaar SH su Cochrane Database Syst Rev 2012 Jul 11;7
"Pacifier use in healthy term breastfeeding infants, started from birth or after lactation is established, did not significantly affect the prevalence or duration of exclusive and partial breastfeeding up to four months of age"

Kair LR su Paediatr Child Health. 2013 Nov; 18(9): 473-474.
"The current highest-quality evidence on the subject of pacifier use in term breastfeeding newborns, although limited, does not support the claim that pacifiers lead to decreased breastfeeding duration. The Canadian Paediatric Society, in its position statement on pacifier use, recommends that health care providers recognize pacifier use as a parent's choice determined by their individual child's needs."

MunsterJM su Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157(8):A5568. in merito alla prevenzione della SIDS "The new recommendations include: (a) pre-term neonates born after 32

weeks should be placed in a supine position; (b) twins should not sleep in the same bed ('co-bedding'); (c) use of a pacifier is recommended once breastfeeding is well underway; and (d) use of stabilization pillows is not recommended.”

Goldman RD su Can Fam Physician. 2013 May; 59(5): 499-500. “Most recently, a retrospective before-and-after study attempting to determine the association between removing routine distribution of pacifiers in a mother-baby unit and breastfeeding initiation was conducted in Oregon.⁶ Restricting pacifiers (while not restricting access to formula) actually decreased exclusive breastfeeding, increased supplemental formula feeding, and increased exclusive formula feeding.” (questo la dice lunga sulla motivazione materna e non sull'uso dei ciucci)

O'Connor NR su Arch Pediatr Adolesc Med. 2009 Apr;163(4):378-82. “The highest level of evidence does not support an adverse relationship between pacifier use and breastfeeding duration or exclusivity. The association between shortened duration of breastfeeding and pacifier use in observational studies likely reflects a number of other complex factors, such as breastfeeding difficulties or intent to wean.”

Si potrebbe continuare dato che di studi sul tema ne esistono numerosissimi. Un commento sorge abbastanza spontaneo: spostando l'attenzione sul ciuccio si delega il problema esclusivamente al mezzo e si trascura la responsabilità collettiva (medici, ostetriche, persone vicine alla madre, ambiente sociale, protezione sociale, sostegno psicologico, ecc.) che è invece la vera ed unica causa di allattamenti mal condotti e di durata breve.

Cortocircuiti e paradossi nella “soluzione” del problema obesità

Ottobre 2014 .

L'obesità, sorella “cattiva” del sovrappeso, è un bel punto di domanda. Comporta altissimi costi sociali in termini di malattie acute/croniche da essa dipendenti e qui in Italia sta iniziando a divenire un problema. Tra i 6 e i 17 anni il 25% circa dei ragazzi è in eccesso ponderale ma quel che mette pensiero è che se si analizza in dettaglio la statistica si nota come tra i 6 ed i 10 anni ci sia il picco massimo col 36% (fonte: Ministero della Salute Aprile 2014). Sono Dati che stanno eguagliando se non superando quelli riferiti dagli USA. Dappertutto non si fa altro che chiedersi come mai questa tendenza allarmante: deregolazione nell'alimentazione? Scarsa propensione al movimento? Troppa televisione? Troppi video giochi? Beh: non c'è da farsi tante domande. Grassi non si nasce o anche se si nasce “robusti” la crescita segue altre vie e riporta l'organismo al suo equilibrio. Ma dov'è l'equilibrio (e questo non lo dice la scienza ma il semplice buonsenso)? Semplicemente nel bilanciare attività fisica ed apporti e nello stabilire col cibo un rapporto corretto (quindi non usarlo come un equivalente affettivo o una gratificazione tout court). La preoccupazione che da più parti si percepisce, con allarmi di grande impatto, non si coniuga con provvedimenti efficienti per la prevenzione. A mio giudizio è perfettamente inutile mostrare meraviglia per la piega

che le cose stanno prendendo senza dire, e con molta chiarezza, che **a livello preventivo non solo non si fa nulla ma addirittura ogni media, ogni pubblicità, ogni stile di vita, ogni modello proposto non fa altro che incentivare errati consumi di cibo o disincentivare un aumento dell'attività fisica.** La cosa che ritengo grave è che tutto accade subliminarmente attraverso canali che con l'alimentazione non hanno quasi nulla a che fare. Pubblicizzare prodotti alimentari industriali spacciandoli come migliori dei cibi freschi (senza sapere che additivi, esaltatori di sapidità, ecc. portano a dipendenze e ad incremento dei consumi esattamente come le droghe), spacciare come moderni ed intelligenti i sistemi di comunicazione interumana (facebook, twitter, chat-lines e quant'altro) senza mettere in guardia sul loro potere "immobilizzante" sull'uomo (che non è più incentivato a muoversi, incontrare, agire fisicamente), rendere i videogiochi sempre più accattivanti (col risultato che aumenta il numero di ore passate ad usarli), ecc. sono tutti sistemi che, apportando enormi profitti ai produttori, contemporaneamente generano un aumento sproporzionato del consumo di alimenti e una diminuzione sostanziale dell'attività motoria. **Siamo proprio certi che l'obesità non sia "voluta"?** Se ci si pensa attentamente **l'obesità è una miniera d'oro.** Il conto è presto fatto. I fronti su cui speculare sono molteplici: dapprima quello che comporta **spese per l'approvvigionamento dei cibi "junk"** (o spazzatura, se si preferisce) che sono a bassissimo costo sia di produzione che di vendita e quindi, per la convenienza merceologica, richiedono di essere consumati in enormi quantità (e in quest'ambito non vanno esclusi tutti i prodotti "per l'infanzia" come latti artificiali, farine, omogeneizzati,

liofilizzati usati per il divezzo); In secondo luogo quello che comporta il **continuo aggiornamento dei mezzi di svago e comunicazione a livello telematico, sempre più invischiati** (apparecchiature elettroniche, computer, console, telefoni smart); In terzo luogo, una volta instaurata l'obesità, tutti i fronti di lotta (apparente, dato che una volta instaurata la patologia ed i danni ad essa conseguenti non c'è molto che funzioni come deterrente o correttore) come ad esempio **diete le più fantasiose e strane (tutte a costi elevati e caratterizzate dal consumo di prodotti alimentari industriali, polveri, integratori, surrogati di pasti, ecc.)** spacciate da personaggi che si improvvisano dietologi senza esserne competenti a livello strettamente nutrizionale (occorre una particolare specializzazione/laurea per sapere cosa fare veramente), apparecchi ginnici, ecc.; Infine, ed è certamente più grave, **l'indotto di cui beneficiano le case farmaceutiche produttrici di farmaci anoressanti** con un giro di affari spaventoso.

Qualcuno dirà che sto esagerando e che sono affetto dalla "sindrome del complotto". Non è così e lo dimostrerò. Proprio oggi mi è arrivato l'ultimo numero di "Medscape Family Medicine" (aggiornamento medico) in cui compare un articolo il cui titolo è: "Possiamo medicalizzare la nostra via d'uscita dall'epidemia di obesità?". In questo articolo si parla in toni angosciati del problema come di una piaga sociale ma si dice che le diete non bastano, l'aumento del movimento non è sufficiente (per motivi riguardanti la compliance degli obesi che dopo anni di stravizi e pigrizia non riescono a mantenere il peso forma anche quando lo raggiungono) e quindi propongono tutta una serie di anoressanti farmacologici (moltissimi derivati amfetamici che, guanda caso, generano dipendenza).

Nell'articolo non si fa la minima menzione del fatto che l'obesità è una conseguenza dell'ignoranza e della cattiva educazione alimentare: semplicemente si guarda al problema una volta sorto, quando ormai è troppo tardi per tutto e quando ogni soluzione è di difficile applicazione per le ormai inveterate cattive abitudini. Non si dice che la soluzione non sta soltanto nel curare gli obesi mediante farmaci, supporti psicologici, cambiamenti di stile di vita ma che è esclusivamente preventiva, **iniziando da neonati/bambini/adolescenti a mangiare le cose giuste, in quantità corrette ed in base alle necessità, usando materie prime di buona qualità.** Leggendo l'articolo ho provato una vera e propria rabbia impotente. **Siamo in mano a persone che con una mano ci offrono, blandendoci, edonismi inutili e pericolosi spacciandoli come preziosi e con l'altra ci puniscono per averne fruito una volta che si siano creati danni.** Iniziamo a scoprire il trucco per salvarci. **Non dobbiamo smettere di consumare: dobbiamo farlo con criterio.** A questo articolo americano ho inviato un commento che riporto qui di seguito (l'ho scritto in Inglese, dato che si tratta di rivista internazionale):

Il link è il seguente:

http://www.medscape.com/viewarticle/832835?nlid=67838_430&src=wnl_edit_medp_fmied&uac=64863AK&spon=34

Dr. Stefano Tasca/ Pediatrics, General

I'm Italian and my endless fight, since I was a young pediatrician, has always been teaching families about the relevance of a nutritional education, starting from birth (human milk), going on with a correct weaning (starting from 4 months), using fresh home-cooked foods, balancing the diet in

relation to the different steps of growth, keeping in mind that eating is not only filling our stomach with anything at hand, showing the children that eating correctly is more valuable than a life insurance. And It works. When you're young and begin your approach to food with consciousness is more likely for you to achieve a self regulation in eating when you're older. We must keep in mind that an exclusive long lasting breastfeeding, a late weaning, the use of industrial products (baby foods in general), the use of ready meals (rich in sugar and fats that induce dependence) and bad parental examples (fat and lazy mothers and fathers can't grow active and thin sons) are the main causes of obesity. And more important: some very popular TV series dealing with food pass a bad message: eating is a fight and man must win showing his strenght by eating fat, salty, spicy foods in monstrous amounts. Is this the American way of life? You solve every problem with drugs when it's too late? Anything must be done without measure only because you're alive? The measure of power is consuming without limits (not only foods)? Before using drugs to achieve a regulation of weight I think it's fundamental to teach from childhood that eating is not only a pleasure or a refueling but a real and magical art

Lo traduco: “Sono Italiano e la mia infinita lotta, fin da giovane peditra, è sempre stata quella di insegnare alle famiglie l'importanza di una educazione alimentare, iniziando dalla nascita (latte al seno), continuando con lo svezzamento (a partire dai 4 mesi), usando cibi freschi cucinati in casa, bilanciando la dieta in base alle differenti fasi di crescita, tenendo presente che mangiare non è semplicemente riempirsi lo stomaco con qualsiasi cosa a portata di mano, mostrando ai

bambini che mangiare correttamente ha più valore di una assicurazione sulla vita. E funziona. Quando sei giovane ed inizi il tuo rapporto col cibo con consapevolezza è più probabile che si raggiunga l'autoregolamentazione nell'assunzione di cibo quando sarai adulto. Dobbiamo ricordare che un allattamento esclusivo al seno troppo prolungato, uno svezzamento ritardato, l'uso di prodotti industriali (cibi per l'infanzia in generale), l'uso di "pasti pronti" e fast foods (ricchi in zuccheri e grassi che generano dipendenza) e cattivi esempi familiari (padri e madri grassi e pigri non possono crescere figli magri e attivi) sono le cause principali di obesità. E più importante: alcune (molte) serie TV che parlano di cibo fanno passare un cattivo messaggio: mangiare è una competizione e l'uomo deve vincere mostrando la sua forza con l'ingerire cibi grassi, speziati e salati in quantità mostruose. E' questo lo stile di vita americano? Risolvete ogni problema coi farmaci quando è troppo tardi? Ogni cosa deve essere fatta senza regole solo per dimostrare di essere vivi? La misura della propria potenza sta nel consumare senza limiti (e non solo cibo)? Prima di usare farmaci per acquisire una regolamentazione del peso penso proprio che sia fondamentale insegnare sin dall'infanzia che mangiare non è solo un piacere o una ricarica ma una vera e magica arte.

Chi vuole ascoltare ascolti: **padroni di noi stessi significa padroni di scegliere per il nostro meglio. Solo questa si può chiamare libertà.**

Latte artificiale (ma solo se indispensabile) nei primi 2-3 mesi di vita: è importante non commettere errori

Giugno 2014.

Il latte artificiale andrebbe definito come segue: **SURROGATO di derivazione vaccina o vegetale, più o meno modificato e processato, che sostituisce o integra il latte materno in situazioni di effettiva ed inderogabile necessità. In pratica il latte artificiale (in polvere o liquido) andrebbe paragonato ad un prodotto farmacologico e come tale adoperato: DOSI corrette, QUANTITA' misurata in base ai fabbisogni, SOMMINISTRAZIONE AD ORARIO e REGOLAZIONE DELLE CALORIE** in relazione non solo al peso ma anche alla velocità di crescita nel suo complesso. Oltre a questo, seppure nei primi mesi il latte disponibile sia adattato chimicamente (modificato) alle peculiarità dell'intestino del neonato (**LATTE TIPO 1**), occorre tenere presente che ogni bambino è diverso e che quindi **la standardizzazione delle dosi è un errore grave**. Sulle confezioni ci sono indicazioni che spesso le madri usano senza consultare il pediatra (o il buonsenso): bene, **è stato calcolato, dall'INRAN, che il rispetto di tali dosi porta invariabilmente ad un eccesso calorico compreso tra il 17 ed il 24% rispetto al reale fabbisogno**. Sarà vero? Nel prosieguo dell'articolo cercherò di dimostrare che è vero attraverso qualche semplice calcolo.
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09637480903183495>

Prima di tutto è importante una piccola introduzione: **quali sono i problemi più comuni che si presentano con l'uso di latte in polvere o comunque artificiale?** Ne farò un piccolo elenco:

1) **Rischio di coliche gassose** per fermentazione intestinale. Accade per eccessi di concentrazione o per **erronee somministrazioni la più comune delle quali è la poppata a richiesta**

2) **Rischio (anzi: certezza) di stipsi** con evacuazioni spesso dure e comunque meno frequenti che col latte naturale

3) **Maggiore esposizione al rischio di dermatite seborroica** (antiestetiche bollicine che compaiono sulla fronte e sulle guance) che spesso da molti colleghi viene interpretata come "intolleranza" col ricorso a latti speciali (costosissimi e nutrizionalmente inadeguati)

4) **Reale rischio di obesità per errori di dosaggio o per autogestione poco ragionata** del latte da parte di madri che hanno sempre il dubbio che il bambino "non mangi abbastanza"

In base alla mia esperienza ormai lunga posso dare delle risposte ai quattro punti sopra elencati in modo che l'uso del latte artificiale, per lo stretto tempo necessario, sia congruo e scevro da problemi. La premessa che farò è essenziale: **NON ESISTE** un latte tipo 1 migliore di un altro, dato che per legge la composizione è stabilita da enti sovranazionali (ESPGHAN). La scelta, dunque, visto che l'unico discrimine è il costo (sul quale non incide la qualità ma il mero e puro marketing), è devoluta alle finanze di chi lo acquista. Non è vero che se un latte costa di più è migliore. In merito alle soluzioni che adotto e che propongo:

1) La fermentazione intestinale avviene per accumulo di sostanza indigerita a livello del tratto terminale dell'intestino. Per ovviare al problema occorre prima di tutto **commisurare le quantità per poppata ai reali fabbisogni** (quindi è necessario regolarsi sulla velocità di crescita del singolo bambino e sul suo peculiare metabolismo piuttosto che su tabelle). Inoltre, qualora anche la concentrazione fosse eccessiva, il problema si attenua o si **risolve semplicemente programmando una quantità di liquidi aggiuntivi utili all'idratazione ed alla dispersione del contenuto intestinale** (miglioramento dell'assorbimento e minore residuo indigerito). Su questo punto, qui nel blog e nel sito, ci sono numerosi articoli circa l'idratazione del neonato/lattante. **In alternativa è sufficiente aumentare la diluizione del latte artificiale nel corso della sua preparazione.** Più sotto c'è la spiegazione di come fare ed il rationale che uso personalmente per contenere i problemi. Molto importante è ricordare che **il latte artificiale non si usa come quello materno quindi occorre dare i pasti ad orario preciso e non a richiesta**, evitando accuratamente i pasti notturni.

2) Per la stipsi la soluzione è automatica adottando le accortezze indicate al punto 1. **Se aumento i liquidi e diminuisco il residuo fermentescibile, automaticamente aumento anche la frequenza di evacuazione e il contenuto idrico delle feci** (che quindi risultano morbide e non compatte)

3) La soluzione al problema dermatite seborroica si ottiene **aumentando la diluizione del latte artificiale: se si diminuisce il ristagno e il ricircolo di sostanze indigerite e di metaboliti la dermatite non si manifesta.** In ogni caso NON

C'E' BISOGNO DI CAMBIARE LATTE AD OGNI PIE' SOSPINTO: basta misurare quello che si sta già usando.

4) Seguire con attenzione la velocità di crescita, il ritmo e la qualità delle evacuazioni, la frequenza e l'entità delle minzioni e la soddisfazione generale del bambino per decidere quando e se aumentare le razioni per pasto. **In ogni caso, nei primi due-tre mesi di vita vale la regola di aumentare la diluizione del latte** (ritorniamo a questo elemento come risolutore di ogni cosa). A questo punto, visto che ho parlato diffusamente (e caldeggiato) **della necessità di NON rispettare le indicazioni sulle confezioni del latte ma di provvedere ad una diluizione differente**, darò conto, anche usando numeri e tabelle, di quanto nella mia esperienza ho efficacemente constatato: spero possa essere utile universalmente. Un latte artificiale è completamente rigenerato al 13,5%. Ciò significa che in ogni 100 ml ci sono 13,5 grammi di polvere (cioè 3 misurini). Questo dovrebbe garantire che i soluti siano in equilibrio ottimale fra loro fornendo calorie ed apporti in modo prevedibile e commisurabile ai fabbisogni. Sulle confezioni viene consigliato di usare un misurino ogni 30 ml di acqua **ma sarà congruo rispetto ai fabbisogni tenendo presente che nei primi 2-3 mesi questi sono di 100-110 cal/Kg?** Calcolando che per ogni misurino ci sono 4,5 grammi di polvere e che sulla confezione viene consigliato 1 misurino per 30 ml di acqua, significa che con 3 misurini faremo aumentare il volume del prodotto finale di 10 ml, cioè di 3,3 ml per ogni misurino aggiunto all'acqua. **La progressione (le cifre sono arrotondate) è dunque la seguente:**

misurini	acqua	totale latte rigenerato	calorie per biberon
1	30	33,3	22
2	60	66,6	45
3	90	99,9	67
4	120	132	89
5	150	165	111
6	180	198	133
7	210	231	155

Questo nell'ipotesi di rigenerare il latte al 13,5%, cioè come consigliato dalle Case produttrici (con un quantitativo di calorie/100 ml di circa 67)

Vediamo cosa accade diminuendo la concentrazione al 10,5% cioè usando 1 misurino per 40 ml di acqua. La progressione è la seguente (sempre con arrotondamento):

<u>misurini</u>	<u>acqua</u>	<u>totale latte rigenerato</u>	<u>calorie/bibe</u>
1	40	43,3	22
1,5	60	64,95	33
2	80	86,6	44
2,5	100	108,25	56
3	120	129,9	67
3,5	140	151,55	78
4	160	173,2	89
4,5	180	194,85	100
5	200	216,5	111

In questo caso il quantitativo di **calorie/100 ml è di circa 52.**

Le calorie giornaliere, su 6 poppate, sono inferiori rispetto alla rigenerazione completa consigliata sulla confezione **ma facciamo un po' di conti:**

IPOTESI 1: Bambino di 2 mesi del peso di 5 Kg. Sono consigliate sulla confezione 6 poppate con **5 misurini in 150 ml**

di acqua (proporzione di un misurino per 30 ml): in questo caso fornirò **165 ml di latte per poppata e 111 calorie per ogni biberon** il che equivale a **666 calorie totali giornaliere pari a 133 cal/Kg/die**. Come si vede il computo è **ECCELENTE (+17,4%) LE 100-110 RACCOMANDATE !!** L'eccedenza sarebbe del 9,9% anche se si prendesse in considerazione un fabbisogno di 120 cal/Kg/die.

IPOTESI 2: stesso bambino di 5 Kg e due mesi di età. Se somministrerò sempre 6 poppate con **4 misurini in 160 ml di acqua** (proporzione di un misurino per 40 ml) **ogni biberon sarà da 173 ml e 89 calorie per poppata** il che equivale a **534 calorie totali pari a 106 calorie/Kg/die** con un ottimo surplus di liquidi fisiologico di circa 50 ml. In questo caso siamo **PERFETTAMENTE ADERENTI ALLE RACCOMANDAZIONI NUTRIZIONALI (100-110/kG/DIE)**

Seguendo le tabelle sopra indicate per la diluizione maggiore (**1:40 che è la più favorevole nei primi due mesi di vita**) si può scegliere quante calorie dare/24 ore (rispettando anche l'idratazione) regolando soltanto e semplicemente la quantità di latte per poppata dato che, essendo il latte rigenerato 1:40, si possono agevolmente fare le mezze misure (mezzo misurino invece che uno intero aumentando le poppate di 20 invece che di 40 ml).

So che sembra complicato ma nella realtà è relativamente semplice: il fabbisogno medio di calorie per un bambino entro i primi due-tre mesi di vita è di circa 110-120/kg al giorno (**ma è molto meglio tenersi vicino alle 100-110/kg**: parlo per esperienza). Su questa base basta calcolare le calorie

giornaliere, dividere per il numero di pasti da fare (in genere 6 o 7) e guardare in tabella a quale quantità di latte per poppata corrisponde il fabbisogno. Direi che messa così la cosa diviene certamente più semplice da gestire. Inoltre non è necessario dare a tutti i pasti la stessa quantità di latte: si possono programmare poppate differenziate per quantità (ad esempio maggiori o minori a poppate alterne o secondo la sensazione di maggiore o minore fame del bambino) in modo da rispettare sia il fabbisogno, sia il benessere generale.

Ma nel caso in cui il latte artificiale sia già liquido (e quindi rigenerato al 13,5%)? Nessun problema dato che per portare la concentrazione al 10,5% basta aggiungere acqua oligominerale nelle debite proporzioni che corrispondono a **circa il 20%** del prodotto. Esempio: se preparo 100 ml aggiungerò 20 ml di acqua a 80 di latte; se ne preparo 150 ne aggiungerò 30 a 120 di latte; se ne preparo 200 ne aggiungerò 40 a 160 di latte, ecc.

Parliamo di costi: **oltre ad una maggiore congruità nutrizionale con la diluizione al 10,5% (1:40) c'è un risparmio mensile di circa il 20%**

A lato del necessario rigore nel programmare gli apporti calorici, è altrettanto (se non di più) importante **stabilire orari fissi di poppata cercando di far coincidere i momenti dei pasti principali (mi riferisco a pranzo e cena) con quelli che in futuro saranno stabiliti dalle normali convenzioni (pranzo tra le 12 e le 13; cena tra le 19,30 e le 20,30)**. Altrettanto utile è ricordare che **tra una poppata e l'altra devono intercorrere non meno di 3 ore**. Il perchè sia vitale avere orari fissi col latte artificiale lo spiega la fisiologia umana: **se costantemente si introduce alimento sempre alla stessa ora si induce un**

bioritmo. A quegli orari sarà massima la secrezione enzimatica il che produrrà una maggiore azione digestiva, un migliore assorbimento ed una minore quantità di elementi indigeriti come residuo (positivo effetto sulla fermentazione intestinale e sulla stipsi oltre che sulla crescita nel suo complesso e sul benessere del bambino che avrà meno rigurgiti e ristagni). Ulteriore ed ultimo accorgimento è quello di **non pretendere l'assunzione di tutta la razione forzando il bambino: l'autoregolazione è fondamentale per evitare sovradosaggi.** Nota per gli eventuali lettori/genitori: è fondamentale, specie se il bambino è avido e succhia rapidamente, **frazionare la poppata: ogni 4-5 minuti è opportuno staccare il piccolo e cercare di metterlo in "posizione ruttino" per 1-2 minuti.** Inoltre (ed infine) occorre ricordare che **i misurini devono essere rasi (pareggiati sul bordo del misurino medesimo)**
senza pigiare sul contenuto

Riflessioni sull'allattamento (al seno)

Il 20 Maggio 2014 il Prof. Renato Lucchini ha scritto un significativo editoriale, dal titolo "Riflessioni sull'allattamento", nel quale esprimeva alcune perplessità riguardo all'imprecisione nella raccolta dati sui tassi di allattamento al seno in Italia ed al fatto che nonostante gli sforzi che si compiono per promuovere la metodica non si ottengano risultati apprezzabili. L'articolo originale è al seguente link:
<http://allattamento.sip.it/editoriali/riflessioni-sullallattamento/>

Qui ne riporterò soltanto alcuni stralci salienti:

Lucchini: *".....I tassi di allattamento al seno nella nostra popolazione sono certamente al di sotto delle aspettative, a dispetto dei tanti benefici comprovati da ampia letteratura, e nonostante i tanti sforzi fatti a vari livelli. In realtà stiamo parlando di impressioni, perché il primo dato da rilevare è la mancanza di un serio monitoraggio del fenomeno, monitoraggio senza il quale non è e non sarà possibile valutare l'efficacia e la persistenza nel tempo degli effetti positivi di qualunque intervento.....l'uso del latte "artificiale" è entrato nell'immaginario collettivo come una pratica "normale" (per non parlare di ciucci e biberon). Questo concetto riguarda tutti, le mamme, i papà, i familiari, ma anche gran parte del personale sanitario che si occupa dell'assistenza a madre e bambino. In un recente corso di formazione sono rimasto colpito dalla reazione scandalizzata di alcuni partecipanti quando si è paragonato l'uso del latte artificiale a quello di un farmaco.....la libertà di scelta non va confusa con la cattiva*

informazione, e soprattutto nei primi periodi dopo il parto la cattiva informazione porta facilmente a difficoltà che possono compromettere in modo definitivo il successo dell'allattamento, togliendo alla coppia madre-bambino una meravigliosa opportunità. Il latte artificiale è associato ad una immagine di progresso.....Faremmo più a meno dei mezzi di trasporto moderni, dall'automobile all'aereo, che ci consentono spostamenti tanto veloci? O del telefonino, di Internet, che ci permettono di comunicare in modo facile, ovunque, con molte più persone?.....Ma questo non significa che se uso l'auto non debba più usare le gambe per una piacevole passeggiata (magari in riva al mare), o che con il computer non ho più bisogno di incontrare le persone, guardarle, toccarle, uscire insieme.....E allora non ci resta che rinnovare i nostri sforzi, a partire dall'informazione, proiettata anche a contesti più ampi di quelli strettamente legati al momento della maternità e del parto, ma orientata ad un cambiamento culturale trasversale.””

Interessante, no? Molto di buonsenso ma, non appena finito di leggerlo, ho avuto immediatamente una folgorazione che mi è pervenuta dalla mia esperienza quotidiana e diuturna a contatto con donne che allattano e che sono (ma guarda) alle prese anche con altre cose della vita normale (altri figli, il lavoro, il marito, i conti da pagare, la solitudine fisica a psichica, ecc.). Al che ho inviato un commento a questo editoriale per, più che altro, precisare alcune piccole cose con lo scopo di allontanarsi dall'utopia e di scendere coi piedi per terra. Qui di seguito c'è il mio commento integrale:

Tasca: “”Gentile dott. Lucchini, mi inserisco per qualche breve

considerazione (che spero opportuna, a completamento) in merito ad alcune notazioni da lei fatte in questo interessante editoriale che peraltro condivido in ogni sua parte. Le riflessioni non riguardano i contenuti, che sono di grande buonsenso ed ampiamente condivisibili, ma il contesto. Lei dice:”.....questo non significa che se uso l’auto non debba più usare le gambe per una piacevole passeggiata o che con il computer non ho più bisogno di incontrare le persone, guardarle, toccarle, uscire insieme”. Concordo senza remore ma va considerato che **in un CONTESTO SOCIALE in cui sia NECESSARIO andare in auto o usare la telematica si debba, anche ob torto collo, inchinarsi all’esigenza. Voglio dire che le tutele alle nutrici, puerpere, gravide sono sempre più carenti e sempre più le donne sono abbastanza sole a gestire cumuli di problemi sia pratici** (il lavoro che incalza, il dirigente che minaccia licenziamenti, i contratti di lavoro che non si rinnovano, la ripresa di un lavoro stressante e con orari a volte incompatibili non solo con l’allattamento ma con la serenità in generale) **sia emotivi** (sonno carente, fatica psicologica, tensioni più o meno marcate sia intra che extrafamiliari). Qui non si parla di uso del latte artificiale come sinonimo di affrancamento dalla “schiavitù” dell’allattamento al seno a beneficio, che so, di una carriera o di una gratificazione professionale/umana qualsiasi: qui si parla (ovviamente non in tutti i casi ma comunque in una grande maggioranza) di conservare il lavoro, di rendere compatibile la cura del neonato con le mille altre esigenze che LA SOCIETA’ (così come è allo stato attuale) impone. **Il ritorno a tempi bucolici in cui la donna doveva fare la mamma e la donna di casa è improponibile non solo perchè la donna è affrancata da**

costrizioni medievali di vecchia memoria (e badi, solo apparentemente lo si riconosce viste le discrepanze di trattamento anche in ambito professionale) **ma soprattutto perchè la società la protegge sempre di meno** (ricordiamoci che anche la natalità sta scemando in modo allarmante e questo la dice lunga). **La donna VUOLE allattare**: il suo cruccio è di non poterlo fare serenamente e per tutto il tempo che gradirebbe. La mia, come avrà sicuramente capito, non è certamente una difesa del latte artificiale: semplicemente è una constatazione e credo vada annoverata fra le tante variabili che condizionano l'andamento di un buon allattamento al seno. In merito poi all'immaginario comune in cui biberon e ciucci sono una norma, **chiediamoci seriamente quanto incida il battage che le case produttrici di latti e prodotti per l'infanzia fanno a tutti i livelli (sanitari e domestici ed in modo più o meno occulto)**. Vogliamo iniziare noi pediatri per primi a far passare il messaggio che il latte artificiale vada considerato un'emergenza e non una norma? Bene: allora **iniziamo a sganciare congressi, eventi e quant'altro (non specifico perchè non è necessario) dal dominio delle case produttrici di alimenti per l'infanzia che qualcosa in cambio ottengono sempre**. Iniziamo ad **adoperare il latte artificiale quando (e solo se) c'è reale esigenza**, nel giusto modo, con le giuste dosi. Iniziamo a **renderci conto che non esiste un latte artificiale perfetto e che usarne uno significa praticamente divezzare il neonato** (con tutto ciò che questo comporta). L'informazione carente può essere un problema all'inizio: scoramenti e ansie possono essere superati e si superano ma... poi la donna deve fare i conti con la DURATA dell'allattamento. Ottenere la montata ed una regolarizzazione del flusso di latte è

relativamente facile. **Quello che è difficile (sempre più) è prolungare l'allattamento per tempi fisiologici.** *La mia modesta esperienza mi ha insegnato che questo è un problema superabile con una razionalizzazione dell'allattamento stesso (e con questo intendo dare un ritmo prevedibile alle poppate, cercare di dare una durata abbastanza gestibile agli attacchi, ecc.) evitando poppate a richiesta ed illimitate dalle quali, una volta abituato il bambino nei primissimi mesi, è difficile sganciarsi. **Questo, per me, è corretta informazione.***

Allattamento materno e prevenzione delle manifestazioni allergiche

Il 12/5/2014 la Prof. Staiano ha scritto **su questo argomento** un interessante editoriale sul **portale allattamento della Società Italiana di Pediatria**. Ne riporto alcuni stralci significativi. L'articolo originale è al seguente link: **<http://allattamento.sip.it/editoriali/allattamento-materno-e-prevenzione-delle-manifestazioni-allergiche/>**

In merito alla **dermatite atopica** si conclude che una seppur minima prevenzione avviene in circa 1/3 dei casi, in bambini figli di genitori con storia di atopia mentre **non c'è evidenza in coloro che non hanno familiarità** per questa patologia. In merito all'**asma** e alle **allergie alimentari** i riscontri sono negativi nel senso che *il latte materno prolungato non fornisce alcun vantaggio* **ma in numerosi studi si dimostra come un protrarsi dell'allattamento esclusivo oltre il sesto mese sia un fattore favorente l'insorgenza di patologia** di tal genere. Leggendo questo articolo, peraltro estremamente interessante (seppure corredato da fonti bibliografiche abbastanza datate a parte l'ultima, del 2014, che non è altro se non una lineaguida e non uno studio vero e proprio) **mi è balzato agli occhi un evidente paradosso: quando si ricerca qualcosa spesso non si ha una visione "laterale" delle cose che si hanno di fronte e quindi si tende a girare in tondo intorno ad un problema senza vedere possibili uscite...** che pure sono a portata di vista e di mano. **A seguito di ciò ho scritto un commento che volentieri riporto**

“Un sentito grazie alla Prof. Staiano per questo interessantissimo articolo: mi da l’occasione, e la colgo con piacere, di esprimere un’opinione che volentieri sottopongo al vaglio pubblico cercando di essere breve e contemporaneamente circostanziato. Già da lunghissimo tempo mi occupo della questione ed ho tratto, con l’esperienza, alcune conclusioni (la cui applicazione mi ha consentito di ottenere eccellenti risultati) in merito alla prevenzione delle allergie alimentari, dell’asma e della dermatite atopica. Nel 1997 scrivevo in un articolo pubblicato sul web nel 2000 e poi incluso in un mio libro del 2006: “Ho la netta sensazione (ma le mie ricerche bibliografiche non l’hanno ancora vista confermata a livello sperimentale) che un ritardo nella presentazione degli antigeni comuni alimentari a livello intestinale provochi una specie di blindatura della mucosa. In un certo senso avviene un <chi è dentro è dentro, chi è fuori è fuori>. Questo spiegherebbe come mai c’è una maggior tendenza a sviluppare allergie alimentari in quei bambini svezzati tardi e cimentati solo con alimenti altamente raffinati ed idrolisati o processati, in poche parole poco stimolati a livello mucoso. Sembra quasi che il primo anno di vita sia cruciale per l’instaurazione di un equilibrio immunitario efficace, sia nei confronti del latte (vaccino) che di tutti gli altri alimenti”. Nel 2004 è finalmente (e provvidenzialmente) comparso un articolo (“The introduction of solids in relation to asthma and eczema.” Zutavern A et al. Arch Dis Child. 2004 Apr;89(4):303-8.) che diceva più o meno altrettanto: più si ritarda l’introduzione dei solidi, maggiore il rischio di indurre allergie alimentari o d’altro genere. A partire da questo studio, ed in tutto il mondo, la letteratura sul tema si è moltiplicata

dimostrando in modo vieppiù convincente che più tardivo è lo svezzamento (quindi più dilazionata è l'introduzione di tutti gli alimenti), maggiore è la probabilità di indurre allergie o fenomeni immunologicamente significativi, per questioni di interferenza con l'instaurazione delle tolleranze. In contemporanea sono iniziati a comparire articoli (di cui alcuni citati dalla Prof. Staiano ed altri che riporto in calce, aggiornatissimi in senso temporale) che ventilano la possibilità di una maggior probabilità di allergie alimentari in bambini allattati esclusivamente al seno per un tempo prolungato, aspramente criticati (per usare le stesse parole della Prof. Staiano) ma, in realtà, a mio giudizio, molto sensati perchè evidenziano un problema effettivo: si tratta di studi controllati e condotti con criterio scientificamente inattaccabile quindi, lungi dall'ignorarli, dovrebbero essere presi in considerazione se non altro per riflettere e, forse, modificare le strategie preventive. In effetti credo sia fondamentale unire i rilievi degli studi sul divezzo ritardato e quelli sulla possibile causalità tra allattamento prolungato al seno ed insorgenza di allergie. A ben pensarci dicono esattamente la stessa cosa. Non è il prolungamento dell'allattamento esclusivo ad essere causa di problemi immunologici (non è colpa del latte materno, insomma) ma semplicemente il ritardo di introduzione dei solidi nella dieta che avviene a causa delle indicazioni sull'allattamento al seno esclusivo prolungato oltre il 6° mese. Arrivo dunque alle mie conclusioni:

1) La dermatite atopica è una patologia eminentemente dermatologica a trasmissione familiare e praticamente indipendente dall'alimentazione. Il latte materno esclusivo

certamente non la previene (è esperienza comunissima il fatto che molti allattati al seno ne siano affetti in modo più o meno marcato) e dunque varrebbe la pena di trattarla in modo topico senza modificare l'alimentazione. Si fa salvo il latte materno per il maggior tempo possibile, naturalmente

2) L'asma e le allergie alimentari non si prevencono con il latte materno esclusivo per lunghi periodi ma semplicemente introducendo a tempo debito (a partire dal 4° mese) i cibi solidi, ad un solo pasto e possibilmente freschi e preparati in casa in modo congruo. In questo caso il latte materno andrebbe assolutamente mantenuto per il maggior tempo possibile ma nel contempo andrebbe seguita la curva di crescita, unica conduttrice delle modifiche alla dieta solida che è la sola adattabile in relazione ai fabbisogni individuali.

3) I rilievi della Prof. Staiano sono ampiamente condivisibili e credo inconfutabili: non è l'allattamento al seno prolungato a fare da preventivo per asma, allergie alimentari e AD. Ciò non toglie comunque all'allattamento al seno il suo ruolo centrale nell'alimentazione del lattante/divezzo come supporto e protezione all'introduzione dei solidi ed all'adeguamento della dieta nelle diverse fasi di crescita.”” (S. Tasca)

Bibliografia:

- Sariachvili M et al. **“Early exposure to solid food and the development of eczema in children up to 4 years of age”**
Pediatr Allergy immunol 2010 Feb;21:74-81
- Kopp MV et al. **“The revised guideline on primary allergy prevention”** Gesundheitsschutz 2012 Mar;55(3):338-42
- Nwaru BI et al **“Age at the introduction of solid foods**

- during the first year and allergic sensitization at age 5 years”** Pediatrics 2010; 125(1):50:9
- Robinson RG et al **“Chapter 23: food allergy”** Allergy Asthma Proc 2012;33 suppl 1:77-9
 - Palmer DJ et al **“Introducing solid food to preterm infants in developed countries”** Ann Nutr Metab 2012;60 suppl 2:31-8
 - Szajewska H et al. **“Sistematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease”** Aliment Pharmacol Ther 2012 36(7):607-18
 - Zutavern A et al. **“Timing of solid food introduction in relation to eczema, asthma, allergic rhinitis and food and inhalant sensitization at the age of 6 years: results from the prospective birth cohort study LISA”** Pediatrics 2008 Jan;121(1):e44-52
 - Badina L. et al **“The dietary paradox in food allergies: yesterday’s mistakes, today’s evidence and lesson for tomorrow”** Curr Pharm Des 2012 Jun 21 (Epub ahead of print)
 - Palmer DJ et al **“Does early feeding promote development of oral tolerance?”** Curr Allergy Asthma Rep 2012 12(4):321-31
 - Joneja JM **“Infant food allergy: where are we now?”** Jour Parent Ent Nutr 2012;36(1):49-55
 - Tasca S **“Allattamento, svezzamento e nutrizione del bambino. Da 0 a due anni: le solide ragioni di una alimentazione naturale e sana”** 2006 ed. M.O.L.
 - Ann Epidemiol. 2014 Apr;24(4):267-72. **“Breastfeeding and risk of atopic dermatitis up to the age 42 months: a birth cohort study in Japan.”** Ito J1, Fujiwara T.
 - Hong S et al. **“Effect of prolonged breast-feeding on risk of atopic dermatitis in early childhood.”** Allergy Asthma Proc.

2014 Jan-Feb;35(1):66-70.

- Gamboni SE et al. “**Infant feeding and the development of food allergies and atopic eczema: An update.**” Australas J Dermatol. 2013 May;54(2):85-9.

- Fleischer DM et al. “**Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions**”. J Allergy Clin Immunol Pract. 2013 Jan;1(1):29-36.

- Carson CG. “**Risk factors for developing atopic dermatitis**”. Dan Med J. 2013 Jul;60(7):B4687.

A quale mese di solito inizi lo svezzamento in un lattante sano a termine?

Questa era la domanda di un sondaggio condotto sul **portale allattamento della società italiana di pediatria**. Come si vede il 79% dei colleghi inizia tra il 5° e il 6° mese, un 13% oltre il 7° mentre **solo il 7% al 4°**. **Non ci siamo proprio** perchè queste percentuali attestano, da parte dei colleghi, non un ragionamento logico/scientifico basato sulle evidenze e la letteratura recente, ma la pedissequa aderenza a vecchie indicazioni dell'OMS. **Sul sito ho inviato un mio commento a questa statistica che riporto integralmente:**

*“Sono uno dei 21 (7%) che scelgono di iniziare il divezzo a 4 mesi. Lo faccio a ragion veduta, ormai da moltissimi anni, ho raccolto una vasta casistica e ci ho scritto sopra veramente tanto. Non voglio ignorare l'OMS che svolge un lavoro strenuo ed ottimo sul fronte delle norme per la salute su scala mondiale: semplicemente ne ridimensiono le indicazioni (e non sono il solo, dato che negli ultimi anni più di uno studio confuta l'universalità delle sue linee guida). Già anni fa mi sono andato a leggere gli originali di tutto quanto da essa pubblicato in materia di allattamento e nutrizione infantile: **il target privilegiato dell'Ente è quella quota enorme di popoli in via di sviluppo che vivono in povertà e non hanno mezzi efficienti di reperimento, preparazione e conservazione del cibo sia per motivi climatici, sia economici, sia igienico/sanitari**. In tali condizioni l'allattamento al seno esclusivo e l'introduzione tardiva di solidi sotto la protezione del latte materno sono quanto di meglio si possa auspicare per*

*assicurare non solo la crescita (che a quel punto è secondaria e scontata) ma soprattutto la prevenzione della morbilità/mortalità. Nei Paesi sviluppati (di cui, ricordo, facciamo parte) è davvero così necessario? Valanghe di lavori a livello internazionale hanno sondato, negli ultimi anni, la questione (l'OMS è rimasta un po' ferma a lavori datati...parliamo di studi della fine degli anni '90/inizio 2000) andando a valutare vantaggi e svantaggi, non ultimi quelli dello sviluppo della oral tolerance e dell'accettazione di cibi diversi dal latte (e dei mezzi di somministrazione diversi dal capezzolo), scoprendo che **prima si introducono tutti gli alimenti minore è la possibilità di indurre allergie, che il glutine va introdotto non prima del 4° ma non dopo il 6° mese, che i bambini allattati esclusivamente al seno per 6 mesi manifestano cali evidenti della ferritina, ecc. Dunque, date queste premesse, per noi "occidentali" l'esclusività del seno materno per 6 mesi non sarebbe "il meglio" ma un "meno peggio", visto che abbiamo fonti di cibo affidabili, mezzi di conservazione del medesimo efficienti, possibilità di varianti alimentari eccellenti e sistemi di preparazione adeguati. Tengo a sottolineare che non sto parlando (ne sono lontanissimo) di alimenti industriali come farine, pappe pronte, liofilizzati, omogeneizzati e polveri: parlo dell'ottimo cibo fresco che con un po' di applicazione può essere preparato in casa in totale sicurezza e con soddisfazione sia di chi confeziona sia di chi consuma. Vantaggi? Certamente un **guadagno dal punto di vista dello stato del ferro (quindi si elimina la necessità di integrazioni farmacologiche) e del complesso dello stato fisico (tono muscolare, vivacità). Inoltre (ed è fondamentale in prospettiva) si ottiene una*****

migliore accettazione degli alimenti, un minore (pressochè nullo se si procede con criterio) rischio di allergie alimentari ed un testimoniato ottimo rapporto anche psicologico col cibo (*prevenzione di anomalie nel comportamento alimentare*).
La mia è una scelta meditata ed assolutamente consapevole: un'esperienza ormai trentennale mi sta dando conforto sempre di più. Volevo semplicemente condividere questi pensieri e circostanziare la mia posizione nel sondaggio''' (S. Tasca)

Sembra un paradosso ma a volte il latte artificiale aiuta la montata

Aprile 2014. Lo scorso Febbraio il Prof. Arturo Giustardi (Neonatologo, Ospedale di Merano, International Board Certified Lactation Consultant dal 2003 al 2013 e Presidente Associazione Italiana per la Care in Perinatologia (AICIP) ha pubblicato sul portale allattamento al seno della Società Italiana di Pediatria una nota ad un articolo comparso su Pediatrics che vale la pena di conoscere. Premetto che la rivista in questione è l'organo ufficiale della American Academy of Pediatrics che ha stilato le linee guida sull'allattamento esclusivo al seno. Copio/incollo le sue parole riguardanti l'articolo medesimo:

Neonati a rischio: utilizzo precoce e limitato di un latte di formula sull'allattamento al seno esclusivo

Tutti i più importanti programmi di sanità pubblica e le principali organizzazioni internazionali come la WHO e l'Unicef hanno sempre incentrato le loro campagne sull'importanza di ridurre il più possibile l'uso del latte di formula dopo la nascita durante il periodo dell'ospedalizzazione, al fine di favorire ed incrementare l'allattamento al seno esclusivo. In questo recente studio pubblicato nel mese di giugno 2013 su Pediatrics il gruppo della Stanford University in California ha valutato se l'utilizzo precoce di piccole quantità di latte di formula prima dell'arrivo della montata latte, sia in grado invece di ridurre l'utilizzo di

latte artificiale a una settimana di vita ed a 3 mesi.

Sono stati arruolati nello studio 40 neonati a termine con calo ponderale $\geq 5\%$ nelle prime 36 ore di vita; sono stati esclusi invece i neonati con calo ponderale $\geq 10\%$ o che avevano già iniziato un allattamento artificiale. I 40 pazienti sono stati randomizzati a ricevere 10 ml di latte idrolisato con siringa dopo ogni poppata, sempre dopo essere stati attaccati al seno e fino all'arrivo della montata latte (gruppo di intervento) oppure a proseguire con l'allattamento al seno esclusivo (gruppo di controllo). L'outcome primario è stato valutare gli indici di allattamento al seno e l'utilizzo di formula a 1 settimana di vita, a 1,2,3 mesi di vita. A 1 settimana di vita solo il 10% dei neonati nel gruppo di intervento utilizzava latte di formula contro il 47% dei neonati del gruppo di controllo. A 3 mesi di vita il 79% dei neonati del gruppo di intervento era allattato esclusivamente al seno contro il 42% dei neonati del gruppo di controllo. I risultati a cui giungono gli autori in questo studio appaiono piuttosto sorprendenti; leggendo l'abstract dell'articolo, emerge che, contrariamente a quanto sempre conosciuto ricercato e promosso in tutte le campagne per favorire l'allattamento al seno, bene una piccola quantità di latte di formula data a tutti i neonati con calo ponderale $> 5\%$ non solo non riduce o ritarda, ma addirittura favorisce ed aiuta l'arrivo della montata latte ed aumenta gli indici di allattamento al seno esclusivo sia a 1 settimana che a 3 mesi di vita!

.....Come anche da noi suggerito nei commenti all'articolo proposto, ci sono diversi punti dello studio che presentano alcune limitazioni metodologiche e non solo.

Tuttavia si tratta pur sempre di un articolo secondo noi importante nella panoramica dell'allattamento al seno, pubblicato sulla rivista pediatrica internazionale di maggiore impatto, proprio quella rivista dell'American Academy of Pediatrics che ha formulato le sue linee guida sulla policy dell'allattamento!

La definizione di allattamento esclusivo al seno è giusta; un neonato può ricevere del latte adattato durante la degenza in ospedale per diversi motivi più o meno giustificati e poi successivamente essere allattato esclusivamente la seno (basti pensare per esempio al caso di una donna che ha avuto difficoltà intrapartum ed è impossibilitata ad allattare al seno nei primi giorni di vita, fino ad arrivare al caso più frequente di un neonato con un calo eccessivo di peso nei primi giorni di vita che ha bisogno di un sostegno con formula adattata..... raramente ma può succedere o no anche questo?). D'accordo sul fatto che la perdita di peso del 5% a 36 ore anche secondo noi di per se non giustifica l'introduzione di una formula adattata....

Non mi sono lasciato sfuggire l'occasione di fare un commento nel quale ho riportato quelle che secondo la mia esperienza sono le ragioni di una simile constatazione, visto che la cosa (presa alla lettera) potrebbe indurre a pensare che dare latte artificiale prima della montata faccia bene tout court (cosa che invece non è). Il mio commento è stato il seguente:

“”Personalmente ringrazio il Dr. Giustardi di aver segnalato questo articolo (sul quale già da tempo avevo avuto modo di riflettere) qui sul portale allattamento al seno. L'occasione di poter esprimere un'opinione al riguardo non mi sento di

sprecarla. Molto in breve:

- 1) La definizione di allattamento esclusivo non può essere rigida al punto da considerarla inficiata dalla semplice, temporanea e limitata integrazione con latte adattato (o liquidi alternativi) in occasione di una emergenza. La stessa AAP con la pubblicazione di questo articolo implicitamente dimostra di essere molto più morbida in quanto a definizioni.
- 2) Un calo maggiore o uguale al 5% del PN nelle prime 36 ore non costituisce certamente minaccia ma lo diviene rapidamente entro le successive 12-18 ore se non interviene la montata. Non è frequente infatti osservare cali verticali nelle prime 36 ore (anche se a volte accade) ma, dato che un parto spontaneo permane sotto controllo per sole 48 ore, farsi qualche domanda non credo costituisca pregiudizio. E' certamente presto intervenire al 5% ma basandosi sull'obiettività clinica del neonato (inerzia? Basso peso? Ittero? Stato di idratazione? Altro?) e sulle condizioni psicofisiche della puerpera (Ansia? Incertezze? Problemi di dolore? Malformazioni o imperfezioni del capezzolo? Altro?) si può ragionevolmente fare una previsione sull'andamento della curva ponderale e decidere se è il caso di prevenire qualche problema prima della dimissione. Ovviamente il sostegno, gli attacchi frequenti e la stimolazione della mammella dovranno essere al primissimo posto in quanto ad attenzione.
- 3) Una conclusione analoga a quella degli autori rispetto alle "piccole supplementazioni dopo seno" nei casi in cui sia necessario, mi è capitato di constatarla personalmente negli anni (ottenimento della montata e mantenimento dell'allattamento al seno esclusivo). Pensavo fosse casuale il fatto che con questa strategia (certo non applicata al 5% del calo, sia chiaro...

diciamo però intorno al 7-8% in media) si riuscisse ad ottenere più precocemente uno sblocco della montata, ma il conforto di questo studio mi dimostra che quanto da me osservato è in effetti plausibile. A proposito di questo, dunque, ho elaborato una mia teoria (che con piacere sottopongo al vaglio pubblico) secondo la quale la supplementazione di copertura (sempre di concerto con le madri e sempre accompagnando la cosa a spiegazioni sul suo significato), non ha solo lo scopo specifico e principale di restituire al neonato “qualcosa” sia dal punto di vista calorico sia da quello dell'idratazione (seppure certamente si ottengono minore sonnolenza, maggiore quota energetica, migliore suzione e quindi stimolazione del seno e della cascata ormonale: contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare le piccole supplementazioni non saziano se vengono effettuate con criterio), ma soprattutto ha il fine di sollevare psicologicamente la madre da una piccola parte della responsabilità del benessere di suo figlio. Il calo ponderale è spesso vissuto dalla madre come una colpa (“se scende di peso è perché non ho ancora latte e quindi...”) e l'angoscia che accompagna questo pensiero, unita alla “fretta di risolvere” (ho notato che il fattore tempo è determinante), può interferire con la montata per l'insorgenza di una sorta di ansia da prestazione. Il fenomeno, ho notato, inizia già prima del parto (“avrò latte? basterà?") come ho avuto occasione di constatare parlando con le donne in gravidanza nei corsi di preparazione al parto. La supplementazione quindi, recando un sollievo, credo influisca positivamente sulla psiche attraverso una dilatazione del fattore tempo: non avendo più “fretta” di avere la montata, per ciò stesso la montata insorge: attacchi più sereni, meno angosciati, più attenti, più efficaci. C'è infine da dire che molte di queste donne le ho rivalutate nel

tempo e posso confermare, per ciò che vale la mia esperienza diretta, che il tasso di allattamenti esclusivi al traguardo dei 6 mesi, anche se all'inizio c'è stato un gap colmato dalle supplementazioni, è molto alto (forse, in percentuale, oltre i valori osservati nello studio).

4) Sono d'accordo sul fatto che non bisogna considerare il latte artificiale come presidio irrinunciabile e sostituto del latte materno (con tutto quel che segue) ma la demonizzazione in valori assoluti credo sia poco congrua. Basterebbe semplicemente prenderlo per quel che è: un presidio di emergenza."''

Latte vaccino: quando e come inserirlo nella dieta dei bambini?

Marzo 2014.

Sono stato invitato ad un confronto giornalistico da Michela Dell'Amico, di Wired, sull'argomento latte vaccino e svezzamento. Il mio interlocutore è stato il **Prof. Andrea Vania**, della "Sapienza", past-president del gruppo europeo di studio sull'obesità infantile. L'argomento non è di marginale importanza, anzi riveste un significato, oltre che nutrizionale in senso stretto, anche sociale ed economico, dati i tempi: si parla di paragonarlo ai lattini di proseguimento (tipo 2) in polvere che vengono caldeggiati come gli unici prodotti capaci di garantire un bilancio corretto **nonostante il loro costo elevato ed un vantaggio, sperimentalmente dimostrabile, pari o inferiore al latte fresco modificato in casa.**

La mia posizione rispetto al latte vaccino è nota (per chi mi segue) e i lunghi anni di continuo aggiornamento mi hanno sempre più confermato che i lattini di proseguimento non aggiungono nulla al potere nutrizionale del latte vaccino in se. **L'intervista è stata pubblicata il 18/3/2014 su Wired al seguente link:**

<http://www.wired.it/lifestyle/food/2014/03/18/latte-vaccino-e-bambini-quando-introdurlo/>

Purtroppo le esigenze redazionali hanno reso molto stringati i concetti che avrebbero invece dovuto essere meglio circostanziati. Nonostante ciò un'idea generale l'articolo la

fornisce: la contrapposizione di un criterio “istituzionale” (con le sue ragioni che seguono protocolli e linee guida) e quello (il mio) basato su lunghi studi ed esperienza pluriennale “dal vivo”.

Devo dire, per onorare la verità, che su molti versanti mi trovo d'accordo con Vania (in specie per ciò che riguarda gli atteggiamenti razionali da tenere in materia di educazione, allattamento e quant'altro) **ma purtroppo non sui lattini artificiali e sui tempi/modi di svezzamento.**

Chi vorrà leggere l'articolo avrà bisogno di un chiarimento: i lattini artificiali NON SONO TUTTI UGUALI. Quelli denominati “tipo 1” sono adattati e più simili, per elaborazione, a quello materno (si usano per i primi 4 mesi di vita). Il confronto, dunque, NON E' FRA TIPO 1 E LATTE VACCINO MA FRA TIPO 2 (PROSEGUIMENTO) E LATTE VACCINO. La precisazione non è casuale ed occorre sempre tenerla presente. **Il tipo 2 ed il latte vaccino fresco modificato in casa hanno caratteristiche analoghe e vengono introdotti nella dieta al momento dello svezzamento.** La differenza è l'arricchimento in ferro e vitamine del latte artificiale (che **non è un vero arricchimento ma una “restituzione” sintetica di tutto ciò che il latte ha perso con la liofilizzazione**) con molti dubbi sia sull'efficiacia sia sulla possibile imperfetta beneficita (nell'articolo si affronta l'argomento).

Qualche ulteriore nota sul latte vaccino prima dell'anno di età

Marzo 2014. La diatriba “latte vaccino si/latte vaccino no” è tuttora viva. L'alternativa che si pone è con il latte “di proseguimento” in polvere o liquido da usarsi dai 4 mesi in poi. La condanna del latte vaccino viene pronunciata sulla base di alcuni parametri non del tutto privi di fondamento. Non è una valida fonte di ferro, contiene il doppio delle proteine rispetto al latte materno, ha una quantità di calcio molto superiore ed un rapporto calcio/fosforo sfavorevole, può indurre sensibilizzazione attraverso le proteine del siero, può dare meteorismo intestinale e stipsi... e potremmo proseguire.

Mi fermo soltanto un attimo per prendere fiato e dichiarare: **tutto vero ma SOLO SE CI SI RIFERISCE AL LATTE INTERO IMMODIFICATO che nessuno mai si sognerebbe di usare dopo il quarto mese (e, per quanto mi riguarda, fino a tutto il secondo anno d'età) così com'è, senza alcun adattamento e senza alcuna reintegrazione.**

Mi spiego. Tutti gli studi che sono stati effettuati in merito ai possibili danni da latte vaccino prima dell'anno non dicono alcune cose fondamentali. **La prima** è che il latte di proseguimento NON E' ALTRO CHE UN LATTE VACCINO IN POLVERE RIADATTATO; **la seconda** è che l'eventuale introduzione del latte vaccino AFFIANCA LO SVEZZAMENTO E NON LO SOSTITUISCE (questo significa che il latte non rappresenta più il 100% degli apporti ma una quota certamente inferiore che va dal 25 al 30%); **la terza** è che

non si parlerebbe comunque di latte crudo ma pastorizzato e riadattato al calore in modo che la denaturazione delle sieroproteine sia efficiente (evitamento della sensibilizzazione) e che la caseina sia flocculata (migliore digestione ed evitamento di stipsi e meteorismo); **la quarta** è che il latte NON E' IN OGNI CASO LA PRINCIPALE FONTE DI FERRO in bambini che dovrebbero trarlo da elementi di tipo differente (carne, pesce, uovo).

Molto tempo fa ho scritto un articolo su questo tema (per chi fosse interessato il link è nel mio sito: <http://www.stefanotasca.altervista.org/latte-vaccino-e-latte-di-proseguimento.html>) dimostrando in modo direi inequivocabile che la modificazione casalinga del latte fresco intero porta il suo bilancio generale ed il potere nutrizionale ai livelli stabiliti dall'ESPGHAN (concentrazione di proteine, qualità e percentuale dei grassi, percentuale di zuccheri semplici, concentrazione in sodio) col vantaggio di non denaturare tutto ciò che di buono c'è nel latte fresco (aminoacidi liberi, EGF, xantine, caroteni, vitamine e quant'altro di termolabile inclusa la lattoferrina) e di conservare un sapore gradevole, accolto volentieri dal palato dei piccoli.

Sul latte di proseguimento, invece, ci sarebbero da dire alcune cose:

- 1) il processo di liofilizzazione ELIMINA tutti gli elementi termolabili del latte intero
- 2) Il cosiddetto "arricchimento" del latte in polvere non è altro che la restituzione di ciò che va perso col processo di liofilizzazione. Spesso le concentrazioni di vitamine sono eccedenti i fabbisogni (tanto che di recente molti, a livello

internazionale, si chiedono se non faccia più male che bene)

3) L'arricchimento in ferro è potenzialmente dannoso per due motivi: il primo è che il ferro in eccesso promuove lo sviluppo e la virulentazione di germi potenzialmente patogeni ed il secondo è che comunque, a livello intestinale, in relazione al tasso di ferritina, il ferro in eccesso viene perso nelle feci (quindi è perfettamente inutile che ce ne sia così tanto).

4) Il costo!! Di questi tempi non è un fattore da trascurare!! Se, come viene consigliato, fino a tre anni si deve usare latte artificiale (proseguimento fino all'anno e poi "crescita") il calcolo dei costi, rispetto all'uso del latte vaccino intero fresco modificato in casa (con la semplice diluizione in acqua e con l'aggiunta di semplici maltodestrine ed olio vegetale nelle opportune quantità) è solo immaginabile e, a mio parere, senza alcun vantaggio. Oltre a ciò, se si considera che contro ogni logica (e la letteratura in materia si sta facendo sempre più precisa) si "costringe" a svezzare dopo i sei mesi, usando pappe latte, farine, omogeneizzati (invece di alimenti della tradizione opportunamente cotti e processati) fino almeno all'anno, la lievitazione della spesa diviene, per alcune situazioni economiche, francamente insostenibile.

Detto questo la conclusione è articolata su almeno tre cardini:

a) Il latte vaccino modificato in casa NON E' UN OBBLIGO MA UN'ALTERNATIVA. Chi vuole usare latte in polvere (tenendo comunque presenti gli elementi che sopra ho enumerato) è padronissimo di farlo. L'attenzione maggiore, però, va posta alle quantità per pasto e alla diluizione (che io consiglio di aumentare per non incorrere in problemi intestinali). Spessissimo verifico eccessi e forzature che sono

alla base di imperfette curve di crescita

b) Il latte vaccino modificato in casa DEVE ESSERE COMUNQUE USATO DOPO I QUATTRO MESI AD AFFIANCARE LO SVEZZAMENTO che è opportuno condurre usando prodotti freschi, cucinati in casa ed opportunamente trattati e non deve rappresentare più del 25-30% delle calorie totali. Esattamente come il latte di proseguimento NON PUO' ESSERE CONSIDERATO COME L'UNICA FONTE DI FERRO E NUTRIMENTO. E' importante sapere che un eccessivo carico di proteine del latte interferisce con l'introduzione di proteine nobili di derivazione differente. E' di vitale importanza ricordare che la quantità di proteine in gr/Kg/die deve essere compresa fra 1,8 e 2,2: superare questa quantità giornaliera espone a problemi metabolici le cui conseguenze si pagano da adolescenti e da adulti (obesità, ipertensione, iperuricemia, iperazotemia, carichi renali incongrui, ecc.)

c) Il latte vaccino modificato in casa VA SOMMINISTRATO ALMENO FINO AI DUE ANNI (E FORSE TRE) DILUITO E REINTEGRATO. Il latte intero così com'è va riservato ad età maggiori ed in quantità stabilite rispetto al computo totale delle proteine previste per la dieta nel suo complesso. Le cose buone divengono cattive se si usano male!

Sempre sulla diatriba latte vaccino/latte di proseguimento

Marzo 2014.

Compare, sul sito www.sicurezzaalimentare.it, una recentissima nota su questo argomento. Riporto volutamente questa fonte (e non quelle da Medline) in modo che sia accessibile anche ai non addetti ai lavori essendo scritta in “plain Italian” e non in “medichese”. La segnalo soprattutto perché rimanda a links sulla normativa internazionale in tema di latti di proseguimento e cita anche note sia dell’OMS che dell’EFSA (ente di controllo europeo per la sicurezza alimentare).

Il titolo dell’articolo è: **“Latte di proseguimento inferiore al latte vaccino?”**. Lo copio/incollo così com’è nei suoi punti salienti **sperando di chiarire quanto vado dicendo da una ventina d’anni, ad un uditorio spesso ostile, nei miei libri e nei miei articoli.**

“...qualcuno mette in dubbio la validità della sostituzione del latte di proseguimento con quello vaccino. Lo scorso giugno 2013 la [Organizzazione Mondiale della Sanità si è scagliata contro il marketing del latte di proseguimento. Alimento spesso inutile, per come è distribuito e consumato. Che non sostituisce il latte materno. E che invece andrebbe sostituito con “local, nutritious foods”, raccomanda la OMS”](#)

“Il latte di proseguimento sarebbe in realtà nutrizionalmente inferiore e non superiore a quello di mucca. Con un costo

*elevato: oltre 500 sterline per un anno, circa 235 sterline in più rispetto all'utilizzo di latte di mucca. Al centro delle critiche in particolare, l'eccessivo contenuto di zucchero, non necessario, e il basso contenuto -per contro- di calcio, fondamentale per lo sviluppo degli infanti. Confrontato una nota marca di latte di proseguimento con latte vaccino, **Which? ha rivelato che nel primo caso gli zuccheri arrivano a 7,9 g/100g di prodotto, nel latte vaccino a 4,7g/100 g. Circa il calcio, solo 86 mg/100 ml per latte di proseguimento, e 122 nel latte vaccino.***“”

“”ad oggi- aspetto delicatissimo- non vi sono obblighi di composizione, per legge, sul contenuto del prodotto, a differenza del latte in polvere per lattanti che è strettamente regolato. Intanto, la normativa PARNUTS è stata aggiornata con il [Regolamento 609/2013](#) lo scorso giugno (2013). In base alla nuova normativa, la Commissione dovrà procedere con atti delegati per decidere il contenuto composizionale e l'etichettatura-presentazione sia degli alimenti per lattanti, che di quelli di proseguimento. Già nel 2011 il tedesco BfR ([Bundesinstitut für Risikobewertung](#) – il link all'articolo è <http://www.bfr.bund.de/cm/350/kindermilch-abschlussbericht.pdf>) che si occupa di valutazione del rischio alimentare e in genere, alimentazione, aveva dichiarato come i latti di proseguimento non fossero nutrizionalmente migliori del latte vaccino.””

A questo punto lasciatemi spazio per dichiarare: **“”Care OMS, EFSA e BfR che dal 2010 vi state ponendo delle domande sui latti di proseguimento: alle vostre conclusioni era semplice arrivarci. Bastava ragionare e studiare la cosa liberi da vincoli e con mente volta all'obiettivo salute. Io l'avevo già**

fatto dal lontano 1993-4 (quest'anno è il ventennale della mia lotta per un'alimentazione infantile sana e naturale)'''

Beh: adesso basta con questo argomento. Mi comincio a stancare di dover lottare per far del bene. Volete dare latte in polvere al posto del latte vaccino modificato? Che vi devo dire: fate vobis!

Allattamento al seno: non trasformiamolo in una gara

Dicembre 2013.

La premessa, sull'allattamento al seno, è sempre la stessa ed è irrinunciabile: **per il neonato non c'è cosa migliore del latte materno sia dal punto di vista strettamente nutrizionale sia da quello affettivo.** Lo sottolineo perché quanto sto per dire potrebbe essere male interpretato da quante/i, strenuamente e talora "talebanamente" (diciamo con coraggio e senso della realtà), potrebbero pensare che io sia incline a favorire il commercio di "surrogati" (latte artificiali e quant'altro) a scapito del più naturale e favorevole sistema nutrizionale neonatale. La mia lotta per far capire la posizione che occupo su questo tema, come neonatologo e pediatra, è quotidiana ma di difficile sostegno: alla lunga stanca. **Chi mi conosce sa benissimo come la penso, sa con quanto calore mi pongo come puntello per favorire e mantenere l'allattamento naturale, con quanta razionalità spiego gli enormi ed insostituibili vantaggi della metodica se mi accorgo di un cedimento o di uno sconforto, con quanta dedizione mi affianco alla mamma in difficoltà.** Ma qui finisce la premessa e spero sia sufficiente per comprendere quanto, d'ora in poi, andrò a dire.

L'allattamento è il naturale proseguimento di quel fenomeno straordinario rappresentato dal "produrre vita": il corpo della donna è progettato per questa funzione e quindi è giusto sottolineare che la vera agalattia (cioè l'assoluta impossibilità di

produrre latte) è quasi una rarità (affligge non più del 2-3% delle donne) se si osserva la cosa dal punto di vista strettamente fisiologico. Ossitocina, prolattina, ormoni tiroidei, insulina, insomma un esercito di secrezioni e una congerie di recettori, stanno lì, fanno la loro funzione e la mamma sprizza latte ingrassando il bimbo. Un quadro semplice (se visto da quest'angolazione) fino a che non si fa un calcolo più complessivo dei fattori che circondano l'allattamento nella specie umana (e sottolineo "nella specie umana"). Già, perché non va trascurata, come elemento centrale, la caratteristica più importante di questa specie: la psiche.

Sulla psiche intervengono l'ambiente, lo stile di vita, l'economia; intervengono la struttura psichica di base, il temperamento, le motivazioni; intervengono la composizione della famiglia, l'età, la situazione lavorativa; intervengono l'esperienza vissuta nella famiglia di origine, il grado di scolarizzazione, il tipo di attività svolta; intervengono i mass media, gli "esperti", le opinioni di chi è intorno. Una massa di variabili indipendenti che rendono l'equazione "allattamento" piuttosto complicata, in taluni casi, da risolvere.

Fatta salva la produzione di latte (per un momento diamola per scontata anche se così non è) **l'atto di allattare si carica di significati e di gravami talvolta piuttosto rilevanti se si osservano dal punto di vista di una donna.** In teoria l'evento allattamento è naturale conseguenza del parto e quindi va accettato come tale, naturalmente e semplicemente. In pratica, invece, c'è una spinta che definirei "agonistica" verso l'allattamento al seno, tale da determinare intralci di non piccolo conto.

Enumererò qui di seguito i messaggi che noto con maggiore frequenza: all'affermazione segue, tra parentesi, la conseguenza percepita dalla (e/o implicitamente suggerita alla) nutrice

- 1) Tutte hanno latte, basta volerlo (**quindi se non hai latte è colpa tua**)
- 2) Il bambino deve attaccarsi come, dove, quando e quanto vuole (**quindi trasformati in un distributore automatico dimenticando il tuo essere persona/moglie/compagna**)
- 3) Il latte va dato indiscriminatamente di giorno e di notte (**quindi preparati a non dormire più se non per poche ore**)
- 4) Il bambino che prende il latte della mamma è candidato ad essere più bello, più bravo, più intelligente di quello che prende latte artificiale (**quindi se non allatti condanni tuo figlio per tutta la vita**)
- 5) Se non ce la fai, semplicemente tieni duro (**quindi non ascoltare l'istinto che ti suggerirebbe di razionalizzare l'allattamento in modo da renderlo sostenibile**)
- 6) Il tuo latte è l'unica cosa possibile (**quindi se anche lontanamente pensi di non farcela non sei una buona madre**)

.....Magari è meglio se non vado avanti, ma di affermazioni che nascondono un "additare" ce ne sono moltissime altre.

Come si vede non c'è alcun incoraggiamento, nessun suggerimento su come rendere l'allattamento un piacere, su come vedersi donne complete e non ridotte a seni gonfi e occhiaie profonde, su come inserire il nuovo nato in un ambito allargato di famiglia nel senso più ampio del termine, su come evitare un "esclusivismo affettivo" che, come Jovanotti ha

riassunto in un suo pezzo, trasforma un grande abbraccio in una catena.

La promozione dell'allattamento al seno è cosa buona e giusta, va fatta senza discussioni e tentennamenti ma, mi si lasci dire, tenendo conto delle varie situazioni. Ogni donna è diversa, ogni famiglia ha le sue caratteristiche, ogni bambino ha le sue esigenze, quindi quando si incoraggia occorre essere consapevoli di quanto circonda la donna medesima e della sua capacità di recezione dei messaggi in una fase della vita (quella del post partum) in cui a farla da padrone è una fisiologica fragilità fisica ed emotiva.

Il primo cardine su cui incentrare il discorso è quello di non far sentire “incastrata” la donna in un ruolo: escluderei dunque (per esperienza ed a priori, visto che la metodica funziona) l'obbligatorietà trasformandola in una naturale conseguenza, lasciando quindi una possibilità di scelta. Non più, quindi, colpevolizzare madri che per tanti motivi decidessero di evitare o limitare o razionalizzare l'allattamento ma, semplicemente, informarle sui suoi vantaggi, sulla comodità, sull'economicità. Con questo sistema sono riuscito a far allattare donne che erano partite molto male in quanto a disposizione personale ma che successivamente hanno trovato una dimensione accettabile nel rapporto seno mediato, tanto da superare abbondantemente l'anno.

Il secondo cardine è quello di suggerire metodiche che consentano alla donna di gestire l'allattamento in modo che non influisca negativamente sulle azioni della vita quotidiana (ad esempio proponendo sistemi per stimolare efficacemente la mammella senza necessariamente ridurre tutta la vita a suzione

ed attacco). In tal modo sono riuscito a far sì che potessero anche riposare efficacemente e quindi a non considerare un peso o uno stress ogni pianto/richiamo del bambino.

Il terzo cardine è considerare che se l'allattamento, pur efficiente dal punto di vista della quantità di latte prodotta e della crescita del bambino, ha come contropartita una donna esaurita nel fisico e nella psiche, è il caso di razionalizzarlo (ad esempio come orari e come tempi di attacco). *Non vogliamo certamente che a disposizione del bambino ci sia una mamma il cui pensiero ricorrente sia "chi me lo ha fatto fare..."*. Così facendo ho ottenuto il doppio vantaggio di garantire al bambino il miglior nutrimento, associato ad una mamma soddisfatta (quindi più pronta, meno stressata e certamente più attiva anche sul fronte delle stimolazioni e dell'erogazione di affetto, sia col figlio che col compagno.....cosa quest'ultima spesso trascurata).

Analisi rischio/beneficio: questo è quello che ho sempre in mente e che cerco di aver presente quando faccio promozione. Se il costo emotivo è alto devo giocoforza valutarne le conseguenze e quindi prendere le opportune misure: non posso permettermi di standardizzare gli interventi, protocollandoli freddamente senza tenere conto delle persone su cui vengono applicati.

Sarebbe dunque utile procedere con cautela cercando di:

- 1) Evitare di instillare sensi di colpa più o meno chiari
- 2) Lasciare una serena decisione alla donna su COME gestire l'allattamento: se non se la sente di fare quello "a richiesta" ne è legittimata
- 3) Lasciare che madre e figlio trovino un loro ritmo

personale consentendo alla donna di potersi occupare di se stessa in quanto persona (dormire, vedere gente, fare una passeggiata con le amiche, truccarsi, ecc.)

4) Includere il padre nel nucleo di nuova formazione: l'esclusivizzazione (brutto termine ma illustrativo) non porta alla collaborazione mentre la richiesta di aiuto e l'affidamento di alcune mansioni conducono ad un consolidamento degli affetti (con beneficio sia della donna che del bambino)

5) Far capire alla donna che seppure il latte della mamma è in assoluto il migliore alimento per il neonato, lo è appunto SOLO COME ALIMENTO: l'affetto, l'amore, la dedizione, il calore, la sicurezza PASSANO PER ALTRI CANALI. Chi allatta artificialmente ottiene dei figli allo stesso modo sani, belli, intelligenti dato che queste qualità non sono indotte solo da ciò che si mangia ma da ciò che si esperisce dal punto di vista sociale/educativo/istintuale/affettivo.

Allattare non è una gara e non deve indurre ansia da prestazione: solo la naturalità dell'atto e la sua accettazione da parte della donna devono condurre il gioco. Si può essere ottime madri anche se si decide di non allattare o se ne è impossibilitate.

Cucinare per il proprio bambino è un atto di amore...come e più che allattare al seno

Ottobre 2013. Da sempre insisto che i prodotti alimentari industriali per l'infanzia non sono migliori e più adeguati per una buona crescita dei nostri figli, rispetto ai prodotti freschi cucinati in casa. Non lo faccio per partito preso ma semplicemente perchè valuto (basandomi sulla loro composizione e confrontandola coi fabbisogni nelle varie fasi della crescita) la loro compatibilità con un corretto bilancio sia calorico tout court sia rispetto al contenuto in nutrienti..... e mi accorgo che non sono affatto ideali.

Da più parti si ripete che sono studiati specificamente, che sono più controllati, che provengono da allevamenti e colture straordinari, ecc.: in realtà **non soddisfano assolutamente i fabbisogni, non abitano i bambini alla “tessitura” degli alimenti reali, non possiedono caratteristiche adeguate al passaggio cruciale tra alimentazione latte e alimentazione solida e soprattutto sono troppo ricchi in carboidrati semplici** (che ho denunciato come fattori di “dipendenza” in un altro articolo di questo blog).

Si potrà dire che sono vaneggiamenti di un vecchio pediatra tradizionalista e scarsamente aperto alle innovazioni... ed invece sono soltanto avvertimenti di un professionista che da trenta anni non fa altro se non occuparsi di garantire il meglio ai bambini.

Questo articolo lo sto meditando da molto tempo ma l'occasione per scriverlo (finalmente) mi è venuta quando ho

trovato, nelle mie ricerche bibliografiche, un articolo coraggioso (mettersi in contrasto con le multinazionali alimentari è rischioso) su Archives of Disease in Childhood datato Ottobre 2013 (qualche giorno fa...quindi recentissimo). Il titolo? **“Contenuto nutrizionale dei cibi commerciali per lo svezzamento in Inghilterra”**. In questo studio, molto accurato, vengono testati 479 prodotti alimentari per lo svezzamento (pappe, latti in polvere, farine, liofilizzati, ecc.) valutandone la compatibilità con le richieste di bambini dai 4 mesi in poi in relazione al contenuto energetico, proteico, glicidico, lipidico, zuccherino e come fonti di ferro, sodio e calcio. Non sto a descrivere le procedure utilizzate ma mi limiterò, per questioni di spazio, alle conclusioni che traduco letteralmente: “Il mercato dei cibi per l’infanzia in Inghilterra è fatto di cibi dolci, soffici e al cucchiaino (pappe pronte) indirizzati ad età superiori o uguali ai 4 mesi. **La maggioranza dei prodotti ha contenuto energetico simile a quello del latte di donna e non soddisfa quindi lo scopo di aumentare la densità in nutrienti (per unità di massa) e la diversità di sapore e tessitura (granulosità) richiesti per una dieta infantile corretta. Gli unici alimenti ad essere energy-dense sono i finger foods ma sono eccessivamente ricchi in zuccheri semplici**”.
Abbastanza chiaro, come concetto.

Ma non basta, dato che approfondendo la ricerca mi sono imbattuto in un altro articolo, stavolta (e stranamente) americano, pubblicato sempre da pochi giorni su American Journal of Human Biology dal titolo: **“Troppa roba buona: l’evoluzione prospettica della fortificazione dei latti artificiali e i suoi effetti sulla salute infantile”**. Prima di parlare del contenuto di questo studio faccio una piccola

premessa: qui in Italia sembra che la quantità di ferro nel latte sia cruciale per la sopravvivenza. Si cita come prezioso contributo il fatto che i latti industriali (sia liquidi che in polvere) contengano quantità enormi di ferro rispetto ai corrispondenti prodotti naturali non elaborati. Ebbene **in questo studio si sottolinea come un eccesso di ferro** (si noti che negli alimenti per bambini le quantità per litro sono molto alte, nell'illusione di fare del bene...e nella certezza di aumentarne il prezzo in virtù di questa "ricchezza nutrizionale"), **specie nel delicato periodo di transizione tra alimentazione esclusivamente latte ed alimentazione solida, possa portare dei danni seri in termini di possibile virulentazione di batteri patogeni che di questo eccesso di ferro fanno la loro forza** (il ferro è essenziale per la crescita dei batteri ed innumerevoli studi, negli anni, hanno dimostrato che influisce oltre che sulla replicazione anche sulla patogenicità). Dove voglio arrivare? Semplice: vorrei far capire che:

- ♣ **I cibi freschi cucinati in casa sono, senza paragone possibile, gli unici che garantiscono** (se opportunamente combinati in una dieta complessiva che tenga conto delle caratteristiche di ogni bambino nelle sue varie e peculiari fasi di crescita) **la salute, il benessere e il gusto**
- ♣ **Cucinare per il proprio bambino, e quindi impiegare tempo a scegliere i prodotti freschi e prepararli, NON E' UNA PERDITA DI TEMPO** ma è un atto di amore equivalente all'allattamento al seno. **Impieghiamo ore e sudore ad incoraggiare l'allattamento materno (combattendo ogni latte artificiale) e poi quando si tratta di svezzare cadiamo in "mangimi" senza utilità**

e sbilanciati. Suvvia: è un paradosso!

✧ **Diamo ai nostri figli la possibilità di imparare sin da piccoli il valore di una alimentazione equilibrata, saporita, varia ed interessante.** Mangiare bene è una forma di cultura e noi, qui in Italia, possiamo vantarci di poter insegnare a tutto il mondo cosa voglia dire mangiare sano.

Il cibo come droga: sono dimostrate sia l'assuefazione che la dipendenza

25 Luglio 2013

Prendo spunto dalla relazione effettuata dal Dr. Alessandro Tasca il 18/7/2013 presso l'Università Campus Biomedico di Roma ("Caratterizzazione del circuito dopaminergico nel controllo dell'assunzione e nella ricompensa del cibo: implicazioni nell'obesità"), per avvalorare con elementi di tipo scientifico quel che già da tempo ho segnalato nei miei articoli sia qui sul blog che in un video sull'alimentazione infantile: il cibo può divenire un elemento negativo in quanto fautore di dipendenza fisica e psicologica, al pari di una qualsiasi droga.

Il carattere divulgativo di questo scritto mi impedisce di scendere in particolari che renderebbero meno comprensibile e più noiosa la lettura ma, nondimeno, tenterò di rendere ragione, semplificando molto, dei meccanismi che sono alla base della dipendenza da cibo che inizia già molto precocemente, a partire dall'epoca dello svezzamento. Richiedo semplicemente un po' di pazienza nella lettura: è importante conoscere le dinamiche cerebrali che sono alla base della dipendenza per prenderne coscienza e cercare di evitarne i danni, specie per ciò che attiene ai risvolti negativi che in età pediatrica iniziano a manifestarsi e che nell'età adulta provocano veri e propri disastri (obesità, dislipidemie, diabete, infarto, ictus, ipertensione arteriosa).

La fame è una forma di sindrome da astinenza. A ben pensarci, il fatto di avere fame (quindi uno stimolo alla ricerca

di cibo gradevole e calorico) è una forma di dipendenza da cibo fisiologica che ci impedisce di morire. Lo stimolo fisiologico, però, una volta soddisfatto con l'assunzione di cibo adeguato, spegne l'urgenza di ricerca fino a che non ritorna lo stimolo della fame per fenomeni legati al movimento di metaboliti e di ormoni secreti a seguito del calo, ad esempio, degli zuccheri o dei grassi nel sangue. **In periodi di carestia** inoltre i meccanismi garantiscono non solo l'impulso a ricercare cibo tout court ma (e questo è illuminante) a scegliere quello più calorico (ricco in grassi e zuccheri) e quindi adatto, oltre che a saziare, a creare scorte sotto forma di adipe e di glicogeno epatico. Risulta abbastanza semplice comprendere come vi sia, quindi, una predisposizione neuro-ormonale a monte, che spinge a preferire questi alimenti dato che il loro alto contenuto in nutrienti coincide quasi sempre con una maggior gradevolezza al palato.

I centri nervosi che sono preposti alla fame ed alla sazietà (nuclei della base e più in generale nuclei talamo/ipotalamici) funzionano usando un neurotrasmettitore, denominato dopamina, i cui recettori sono situati nelle porzioni profonde del cervello. **Questi centri nervosi sono gli stessi su cui agiscono – e questo è cruciale – alcuni farmaci psicoattivi** (cocaina, cannabinoidi, nicotina, amfetamine, ecc.).

Gli ormoni che sono attivi nel regolare la sensazione di fame e sazietà vengono invece prodotti a livello dell'intestino (ghrelina, orexina, ecc.), del tessuto adiposo (leptina, ecc.), del pancreas (insulina). La leptina inibisce il senso di fame e di ricerca del cibo, l'orexina e la ghrelina lo incrementano, l'insulina lo deprime.

La sensazione di fame (astinenza fisiologica da cibo) si innesca PRIMA che si verifichino sintomi (tremori, capogiri, sudorazione fredda, in casi estremi perdita di coscienza) in modo da sfruttare l'energia residua per rendere efficiente la ricerca di cibo.

In un mondo come l'attuale, però, avviene qualcosa che in natura non è normale e che altera i meccanismi alla base della fisiologica ricerca di alimento: la reperibilità di cibi gratificanti è semplice, non richiede sforzo e soprattutto da un'ampia possibilità di scelta. Questo significa una cosa fondamentale: **il cibo viene ricercato NON per soddisfare una necessità metabolica MA PER OTTENERE GRATIFICAZIONE.** Questo, in termini pratici, si traduce in una alterazione del comportamento alimentare.

All'inizio di questo articolo dicevo che il senso di fame, una volta soddisfatto, interrompe il riflesso di ricerca di alimento fino alla prossima occasione: ebbene, la facile reperibilità di alimento sapido e grasso ha stravolto la situazione. In termini semplici **non si ricerca più il cibo in quanto necessario al mantenimento del benessere fisico, ma lo si ricerca per l'attivazione di un fenomeno di dipendenza mediato dalla dopamina.** Non si ha bisogno più di mangiare sostanze ipercaloriche perché necessario ma se ne ha bisogno perché l'astinenza può determinare facilmente sintomi sia fisici che psicologici (ricerca di gratificazione dopamino-dipendente).

Alcuni alimenti più di altri hanno la tendenza ad innescare dipendenza. In particolare gli zuccheri, i grassi e le spezie/salse (alimenti sapidi sia per il contenuto salino sia per lo stimolo esercitato sulle papille gustative): l'astinenza da zuccheri

determina tremori, sudorazione; quella da grassi induce ansia.

Nella sua esposizione, (estremamente complessa e particolareggiata), il relatore ha riportato un esempio sperimentale (ricavato da uno studio recentissimo pubblicato su *Appetite*) attuato su un particolare ceppo di ratti da laboratorio. Proverò a riassumerlo in termini comprensibili perchè veramente ne vale la pena.

Per 8 settimane due gruppi di ratti sono stati nutriti con due tipi differenti di alimenti: il primo con mangime normale bilanciato, il secondo con *alimenti tipici della caffetteria (pancetta, biscotti al cioccolato, patatine fritte, burro di arachidi, crema di nocciole, formaggio)*. Dopo le 8 settimane il gruppo di ratti alimentati con cibo da caffetteria è stato a sua volta suddiviso in due gruppi: il primo è stato sacrificato per la raccolta di campioni e per la valutazione ematochimico-istologica, **il secondo è stato tenuto in vita per altri tre giorni durante i quali è stato nutrito con mangime standard bilanciato sospendendo la dieta a base di prodotti di caffetteria.**

Lo studio ha portato a constatare un dato importantissimo: **dopo sole 8 settimane nel gruppo dei ratti sottoposti per 3 giorni a deprivazione di cibo da caffetteria si è verificata astensione dal mangime standard bilanciato e quindi digiuno.** Hanno avuto infatti una diminuzione del peso e della massa grassa rispetto al gruppo di controllo che aveva sempre continuato ad assumere mangime standard bilanciato

Quale è il significato profondo ed inquietante di questo studio? **Che in caso di dipendenza da cibo “palatabile” (molto saporito, dolce o grasso) i meccanismi di ricerca dell’alimento sono alterati. Non si ricerca più solo cibo ma**

QUEL TIPO DI CIBO.

I risvolti, per l'uomo, sono di importanza cruciale. In una società come l'attuale (mi riferisco ai Paesi cosiddetti "ricchi") dove la reperibilità di alimenti di quel genere (caffetteria) è semplice ed ubiquitaria, il fenomeno genera ovviamente l'obesità e la dipendenza. Non si tratta più, infatti, di soddisfare emergenze alimentari in momenti di carenza: **si mangia quello e solo quello ed ogni alimento che non contenga quelle sostanze così gratificanti viene evitato anche se indubbiamente più sano.** Chi è assuefatto al cibo da caffetteria non riesce semplicemente più a mangiare altro perché lo trova disgustoso, insipido e poco stimolante a livello dei circuiti cerebrali di ricompensa.

Le industrie produttrici di alimenti "pronti" e "precotti" e le catene di "take away" (oltre che una buona quantità di produttori di cibi cosiddetti "per l'infanzia") sfruttano questo meccanismo per l'incremento delle vendite: aggiungono grassi, zuccheri, spezie e salse poichè chi si abitua a mangiare questi cibi semplicemente non vuole più altro e non solo...tende ad assumerne sempre di più.

Attenzione dunque, già nella fase di svezzamento: USARE SEMPRE CIBI FRESCI, PREPARATI IN CASA, EVITARE DOLCI E GRASSI IN ECCESSO, e quando i bambini sono più grandicelli EVITARE DI RICOMPENSARLI CON CIBI (CARAMELLE, DOLCETTI O CIOCCOLATINI).

L'assuefazione e la dipendenza iniziano da bambini!! Occorre sempre essere logici e consapevoli di quanto dannose siano certe abitudini e di quanto poi sia difficile uscire

dai PROBLEMI che queste abitudini determinano nel tempo.

Un ringraziamento al Dr. Alessandro Tasca che mi ha concesso di usare il suo materiale per scrivere questo articolo.

Bambini adottati fuori dall'Italia: come farli mangiare?

Adottare un bambino è un gesto straordinario ma occorre sottolineare che è il punto di arrivo, spesso, di un lungo e travagliato periodo di tentativi di gravidanza non andati a buon fine. Questo comporta l'accumulo di un amore e di una trepidazione infiniti che, una volta giunto a casa il bambino, può confondere i neo-genitori. Paure ed ansie sono mediamente più usuali e spesso (per la constatazione di condizioni fisiche all'arrivo imperfette e per la conoscenza di storie frequentemente drammatiche alle spalle) si cerca di sommergere con iperprotezione e ipernutrizione il nuovo piccolo principe di casa. Non intendo parlare del fatto che questa marea di affetto va condita col buonsenso: il risarcimento di un passato incerto e povero non deve impedire l'erogazione di una educazione corretta ed adeguata. Quel che mi preme (da buon cultore della salute alimentare) è il versante nutrizionale. Nelle adozioni abbiamo a che fare con soggetti geneticamente diversi da noi sul versante metabolico: **l'evoluzione ha selezionato gruppi di individui che sono abili nel ricavare benessere dai prodotti della fascia climatica in cui vivono e ciò significa che l'uso di alimenti incongrui (per loro, seppure golosi e nutrienti per noi) alla lunga può provocare squilibri (in primis il sovrappeso ma successivamente anche ipertensione, diabete, ipercolesterolemia, iperlipemia in generale....con tutto quello che ciò comporta).** A tal proposito vorrei riportare qui una parte di un articolo che ho pubblicato nel mio sito e che

chiarisce con cosa abbiamo a che fare: *“L’alto grado di “flessibilità” dell’organismo umano rende ragione della sua estrema adattabilità alle più diverse condizioni ambientali e del successo che ha ottenuto in natura. Basti soltanto pensare che la nostra specie ha colonizzato, acclimatandosi, ambienti molto ostili ed estremamente diversi tra loro (i ghiacci del Polo o l’Equatore, i deserti africani o le isole del Pacifico), adeguando il fisico all’ecosistema ospite con meccanismi genetici di selezione nonché modificando l’ambiente stesso per ottenerne il massimo dei benefici col minimo degli svantaggi. Non a caso, in questa introduzione, si sottolineano le diversità organiche e metaboliche esistenti tra i vari gruppi che compongono la specie umana in base al luogo di origine. Per quanto i fabbisogni dell’organismo umano siano, entro limiti ristretti, uguali per ogni individuo, l’ambiente in cui si sviluppa una determinata popolazione induce cambiamenti, nella popolazione stessa, tali da renderla peculiare rispetto alle altre in quanto a tratti somatici e funzioni fisiologiche. Ogni ecosistema possiede caratteristiche specifiche non solo di tipo geografico ma anche, in relazione a queste, faunistico e floreale. In termini semplici ogni ambiente presenta, dal punto di vista climatico, determinate peculiarità che influiscono sulla variabilità genetica delle popolazioni autoctone. Se si prende ad esempio una fascia climatica nordica, caratterizzata da escursioni termiche stagionali scarse e con un’umidità relativa bassa, troveremo, in questo ecosistema, un certo tipo di vegetazione (conifere, praterie) ed una fauna selvatica adattata a queste condizioni. L’uomo che volesse vivere in un clima del genere dovrà essere capace, sfruttandone le risorse, di disperdere meno calore (aumento del pannicolo*

adiposo, vasocostrizione periferica, minore superficie corporea in mq.) e di produrne in maggiore quantità (ad esempio con un'alimentazione prevalente in grassi più che in carboidrati e con un alto consumo di proteine). Inoltre, per il minore irraggiamento solare di quelle regioni, la sua pelle sarà meno ricca di melanina (colore chiaro, capelli biondi, occhi azzurri). Per attuare coltivazioni ed allevamenti in queste regioni egli dovrà scegliere piante ed animali che siano compatibili col clima e con la chimica del suolo. La composizione degli alimenti che porterà in tavola sarà profondamente condizionata dagli elementi appena descritti (presenterà, ad esempio, una maggiore o minore concentrazione di sali nei vegetali, una maggiore o minore quantità di grassi nel latte vaccino, una più o meno abbondante quantità di ferro nelle carni rosse, ecc.). L'assetto fisico e metabolico del "soggetto nordico" non sarà, per tali ragioni, adeguato a situazioni climatiche opposte. In un ambiente caldo umido e forestale troveremo infatti un "soggetto equatoriale" che sarà costretto a disperdere calore, a produrne di meno, ad avere minori grassi di accumulo e via dicendo, pur condividendo i fabbisogni di base che rimangono uguali per entrambi.

Se nutrissimo un nordico con gli alimenti tipici della zona equatoriale (o viceversa) indurremmo, a breve o a lunga scadenza, delle alterazioni organiche che si tradurrebbero in disagi o malattie (anemie, malattie metaboliche, dislipidemie, disturbi gastrointestinali, ecc.). Dal punto di vista metabolico, infatti, tralasciando le macroscopiche differenze indotte nell'aspetto esteriore degli individui, vi saranno variazioni altrettanto marcate. Un beduino, che vive nel deserto, avrà un apparato urinario

maggiormente specializzato a risparmiare sali e liquidi ed a tollerare alti carichi proteici, un rallentamento nei processi di produzione del calore endogeno, un minore bisogno di alimenti ad alto contenuto di energia, una capacità vasomotoria periferica che sia adeguata alla dispersione di calore, un assetto metabolico corretto per l'utilizzo di alimenti conservati sotto sale (carne dissecata), un aumento della secrezione sebacea della cute per la protezione dalla disidratazione. Chi, viceversa, popola un ambiente montano dal clima freddo secco e con una minore tensione di Ossigeno nell'aria, avrà caratteristiche ematochimiche peculiari (un maggior numero di globuli rossi), minore traspirazione (risparmio dei liquidi corporei), un attivo metabolismo dei grassi con una tendenza a formare adipe di riserva, una capacità vasomotoria periferica atta al risparmio di calore (costrizione), un bisogno di apporti nutrizionali ad alto contenuto energetico, una accelerazione dei consumi dettata anche dall'aumento dell'attività fisica, ecc. "".
Il testo completo del pezzo si trova su:
<http://stefanotasca.altervista.org/1-uomo-come-ente-biologico-considerazioni.html>

Attenzione dunque: **informarsi sulle abitudini medie alimentari dei popoli da cui provengono i nostri figli del cuore è importante** (più o meno carne e di che tipo, più o meno pesce, quali tipi di cereali, quali tipi di lipidi e da quali fonti prevalenti sono ricavati) e **non significa sottrarre la dieta mediterranea per lasciare posto ai SOLI alimenti della fascia climatica di origine**. E' comunque necessario operare una **transizione tra dieta di provenienza e dieta di adozione** tenendo presente che alcune fonti sono più salutari di altre a seconda dell'origine (riso o mais invece di pasta, pesce invece

di carne, carne bianca invece che carne rossa oppure carne rossa limitata agli stretti fabbisogni). Meditare non fa mai male .

Perchè si ha sete (fin da neonati)?

Sono noioso se continuo a ripetere che ai neonati va data anche acqua? Probabilmente sì, mi rendo conto, ma occorre mettersi nei miei panni: continuo a vedere piccoli di pochi giorni (10-15) che invece di aumentare calano di peso (ben oltre il 10% del loro peso/nascita), con itteri che non scendono ma anzi tendono ad aumentare, con inerzie da ipoidratazione e da iperbilirubinemia che interferiscono con gli attacchi al seno, quindi non posso non portare avanti questa politica risolutiva che, si badi, non è dettata da una moda o da un interesse ma semplicemente dal rispetto della fisiologia umana.

Ho già pubblicato un articolo (<http://stefanotasca.altervista.org/blog/acqua-ai-neonati-fondamentale/>) sul blog concernente questo tema ma qui mi impegnerò a darne le ragioni fisiologiche dettagliate, seppure non scenderò in particolari troppo gravosi da leggere e da capire (osmolarità plasmatica, iper/ipotono del liquido interstiziale, sistema ADH/vasopressina/renina/angiotensina, ecc.).

Un piccolo sforzo di comprensione però lo ritengo utile quindi chi leggerà dovrà metterci un pò di impegno. Alla fine credo sarà possibile farsi un'idea di quanto è importante bere acqua per dissetare i piccini (E NON SOLO LATTE!!).

Alcuni termini vanno spiegati prima di iniziare:

OMEOSTASI: condizione di equilibrio fra sostanze presenti nell'organismo e funzionalità ottimale di organi e apparati

OSMOSI: meccanismo che tende ad equiparare la

concentrazione delle sostanze disciolte in un solvente (l'acqua, nel caso dell'organismo) mediante passaggio di quest'ultimo da un fluido meno concentrato ad uno più concentrato. I sali "richiamano" acqua, detto in termini semplici

OSMOLARITA': potere osmotico di un fluido in cui sia presente una determinata quantità di sostanze disciolte (sali, proteine, grassi, zuccheri, ecc.)

SOLUZIONE: insieme di un solvente (acqua) e di soluti (sali e quant'altro) nel quale le particelle di soluto sono tenute in sospensione dalle particelle di acqua. In relazione alla quantità di soluto la soluzione può "precipitare" : se la quantità di acqua non è sufficiente a tenere in sospensione tutte le particelle di soluto, quelle che "avanzano" non entrano in soluzione e tendono a separarsi dalla soluzione medesima

EMULSIONE: si dice di un insieme di solvente/soluto in cui le sostanze **NON SI DISSOLVONO** nel solvente ma vi si disperdono mantenendo la loro individualità. Il latte è una emulsione perchè non contiene solo sali e zuccheri (solubili) ma anche grassi (che sono insolubili in acqua e quindi risultano dispersi come tali nel solvente).

EMATOCRITO: valore espresso in percentuale che determina il rapporto fra plasma (liquido) e cellule (globuli rossi, bianchi, ecc.) nel sangue. Più è alto il valore, minore la quantità di liquidi presenti nel sangue (emoconcentrazione). Se l'ematocrito è alto il sangue è denso e circola con più difficoltà nei distretti periferici (incluso il cervello).

LIQUIDO INTRA ED EXTRACELLULARE: è il liquido presente dentro le cellule (INTRA), tra una cellula e l'altra

(EXTRA detto anche liquido interstiziale) e tra quest'ultimo e il sangue (sempre EXTRA ma detto anche circolante). Liquidi e sali, prima di arrivare alla cellula transitano per il liquido circolante e per quello extracellulare ma il percorso avviene anche al contrario (cellula-extracellulare-circolante).

CENTRI DI REGOLAZIONE DEI LIQUIDI CORPOREI e delle sostanze disciolte: Parliamo di IPOTALAMO (centro della sete), di IPOFISI (vasopressina, ADH), di RENE (renina/angiotensina e filtrazione dei sali/riassorbimento liquidi), di SURRENE (Aldosterone) di COLON (riassorbimento dei liquidi dal contenuto fecale)

INIZIAMO A CAPIRE

Liquido intra ed extracellulare sono in equilibrio nel senso che in condizioni di omeostasi la concentrazione di sali è uguale. Il sangue aggiunge o toglie sostanze in caso di squilibrio. L'organismo costantemente perde sia acqua che sali (traspirazione, sudorazione, urine, feci, vapore acqueo eliminato con il respiro) quindi continuamente è costretto a riorganizzare le concentrazioni di soluti e solventi per mantenere l'omeostasi.

Nell'ipotalamo è presente un centro (detto CENTRO DELLA SETE) che funziona da OSMOCETTORE nel senso che inizia ad attivarsi quando l'osmosi tra liquido intra ed extracellulare SI ATTIVA (passaggio di solvente fra l'interstizio e le cellule). Il centro della sete scatena la ricerca, quindi, **di un SOLVENTE**, cioè di un fluido da utilizzare per DILUIRE l'eccesso di concentrazione di sali. SE NON ARRIVA SOLVENTE il liquido utile alla diluizione viene recuperato dal plasma con passaggio di acqua tra il sangue e l'interstizio. Sinora l'equilibrio può essere mantenuto a spese della massa ematica

che però va incontro ad emoconcentrazione (aumento dell'EMATOCRITO). Nel contempo tutti gli altri sistemi di mantenimento dell'omeostasi (ipofisi, surrene, rene, colon) trattengono i liquidi in eccesso per non perderli con feci e urine. Questo significa che si urina di meno (e le urine tendono ad essere molto concentrate) e si evacua con minore frequenza e maggiore consistenza (stipsi). Se si continua a non bere l'alterazione dell'omeostasi fa sì che rallentino le reazioni intracellulari (che sono ALLA BASE DELLA VITA) dato che avvengono tutte in mezzo acquoso. Il risultato è torpore, sonnolenza, rallentamento generale, ipo/ipertono muscolare...insomma malessere, sostenuto anche dalla maggiore difficoltà di circolazione del sangue dovuta all'aumento dell'ematocrito (e questo, specie a livello cerebrale, NON VA BENE).

Quando si beve per sete (e non per sfizio) quindi si deve introdurre un SOLVENTE, cioè acqua, perchè quello che ci viene richiesto è appunto qualcosa che non contenga nulla di disciolto. Lo scopo infatti è quello di utilizzare il fluido per disciogliere l'eccesso di concentrazione di sostanze già presenti nel nostro organismo, causa dell'alterazione dell'omeostasi.

Questo IN ESTREMA SINTESI E SEMPLIFICAZIONE è quanto accade per regolare l'omeostasi e vale sia per gli adulti che per i bambini, **dal momento stesso in cui nascono** perchè DA QUEL MOMENTO devono fare da soli. E' ovvio che i meccanismi coinvolti sono estremamente più complessi (feed back positivi e negativi, sete ipovolemica, sete osmotica, ecc.) ma quanto precede è verosimilmente sufficiente a spiegare perchè bere è fondamentale anche e soprattutto nella primissima

infanzia.

Se io ho sete e bevo latte (o brodo o qualsiasi altra SOLUZIONE o EMULSIONE) cosa accade?

Accade che **insieme all'acqua** (non interamente disponibile perchè impegnata a tenere in sospensione particelle disciolte o disperse) **INTRODUCO ALTRI SOLUTI** (che certo non mi servono per l'omeostasi ma anzi tendono a peggiorare lo stato di equilibrio osmotico a livello intra/extracellulare).

Un neonato ha alcune caratteristiche particolari:

- Calo ponderale (che avviene nelle primissime ore di vita e va rispettato perchè già di per se tende a stabilire l'omeostasi) ed è dovuto **ALLA PERDITA DEI LIQUIDI IN ECCESSO**
- Rene immaturo (ancora incapace di fornire l'azione di filtro per rendere l'equilibrio acqua/sali efficiente)
- Ematocrito alto (per la poliglobulia) con valori che comunemente superano il 55-60% e talvolta arrivano al 65/70% (la norma è 45-50%)

Inoltre il primo secreto del seno materno **NON E' LATTE**, la cui osmolarità è relativamente bassa (seppure sempre notevolmente superiore a quella dell'acqua semplice), ma **COLOSTRO**, in cui la concentrazione di sodio e cloro nonchè di zuccheri e proteine fornisce un'osmolarità piuttosto alta.

Quando il piccolo perde peso, dunque occorre **OSSERVARE** attentamente **COME** lo perde e **QUANTO** ne perde. E' necessario infatti, in condizioni di scarsa produzione di latte o di ritardo della montata o comunque in quei casi in cui si superi il 10% del peso/nascita, valutarne lo stato generale di benessere

(andamento dell'ittero, tono muscolare, vivacità, sonnolenza).

I neonati sono molto automatici nel ricercare i mezzi di mantenimento dell'omeostasi: basta fidarsi di loro. Non possiamo fare analisi o usare mezzi più o meno invasivi per stabilire i parametri di mantenimento degli equilibri per cui occorre **ATTIVARSI** nel fornire liquidi **SOLVENTI** (acqua in particolare) avendo cura di non forzarne l'assunzione. I neonati che **HANNO BISOGNO DI BERE**, **BEVONO** mentre quelli in equilibrio semplicemente rifiutano di bere. Quel che è certo è che un neonato **NON E' CAPACE DI CHIEDERE DA BERE SE HA SETE** quindi siamo noi a dover intervenire ogni tanto con piccole quantità, senza forzare e ripetendo durante l'arco della giornata i tentativi di idratazione.

Svezzamento dopo i 6 mesi : ancora insistono.

Svezzare NON E' UN OPTIONAL ma un passo cruciale ed irrinunciabile della vita di un piccolo individuo. E' ormai statuito a livello internazionale che **NON SI PUO'** rimandare oltre i 4-6 mesi l'introduzione di un pasto solido nella dieta di un lattante. I motivi:

- EVITARE L'INSORGENZA DI ALLERGIE ALIMENTARI
!!!!!!!
- EVITARE SBILANCI DAL PUNTO DI VISTA NUTRIZIONALE
- RISPETTARE LE ESIGENZE DI CRESCITA
- GARANTIRE CHE VENGA FORNITI TUTTI I NUTRIENTI IN MODO BILANCIATO ED AL MOMENTO GIUSTO
- ABITUARE IL BAMBINO A CIBI DIVERSI DAL LATTE ED A MEZZI DI SOMMINISTRAZIONE DIVERSI DALLA TETTARELLA E DAL CAPEZZOLO

Lasciando stare che per anni sono stato additato come criminale per aver portato avanti questa battaglia (praticamente solo contro tutti), quello che ora mi preme dire è che **CI SONO INNUMEREBILI DATI SCIENTIFICI a favore di questo concetto a partire dal 2004.**

Ora: **dal 2004 ad oggi sono passati ben 8 anni....**e dopo così tanto tempo sento ancora ripetere di non iniziare a svezzare fino

a 6-7 mesi, di non dare uovo e latte vaccino prima dell'anno, di non dare da bere neanche acqua ai piccoli allattati al seno.....**NON SE NE PUO' PIU'**.

Per il bene dei vostri figli seguite la fisiologia non le mode o le indicazioni di enti sovranazionali (che tengono conto di variabili universali e non certo dei casi specifici)!!

Lo svezzamento VA INIZIATO A 4 MESI, vale a dire che a quell'età deve essere introdotta una pappa di brodo vegetale con tanto di pastina, carne, olio e parmigiano! Lasciate stare prodotti industriali, farine, omogeneizzati, liofilizzati: USATE PRODOTTI NATURALI E FRESCHI, CUCINATI IN CASA.

Può essere utile, a chi interessi sapere le ragioni di questa scelta, **leggere quanto ho scritto in un articolo pubblicato sul mio sito** e che rappresenta la sintesi estrema del mio testo sullo svezzamento. Il link:

<http://www.stefanotasca.altervista.org/svezzamento-naturale-a-quattro-4-mesi.html>

In questo stesso blog ho pubblicato un articolo sullo svezzamento a 4 mesi:

<http://stefanotasca.altervista.org/blog/svezzamento-a-4-mesi-che-attendete/>

Ho pubblicato su Youtube un video in cui questo argomento è trattato nei particolari :
http://www.youtube.com/watch?v=en6lOZucG2g&feature=results_video

Può essere anche utile avere a disposizione una bibliografia

aggiornatissima su questo tema (svezzamento a 4 mesi). Qui di seguito riporterò gli estremi degli articoli più significativi:

- J Parent Ent Nutr 2012 Jan 36(1) Joneja JM **Infant food allergy: where are we now?**
- Curr Allergy Asthma Rep 2012 Aug12(4):321-331 Palmer DJ **Does early feeding promote development of oral tolerance?**
- Pediatrics 2008 Jan 12(1):44-52 Zutavern A **Timing of food introduction in relation to eczema, asthma, allergic rhinitis.....at the age of 6 years: results from the prospective birth cohort study LISA**
- Arch Dis Child 2004 Apr 89(4): 303-308 Zutavern A **Introduction of solids in relation to asthma and eczema**
- Aliment Pharmacol Ther 2012 Oct 36(7):607-618 Szajewska H **Sistematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease**
- Ann Nutr Metab 2012 60 suppl 2:31-8 Palmer DJ **Introducing solid foods to preterm infants in developed countries**
- Allergy Asthma Proc 2012 May-Jun 33 suppl 1 77-9 Robison RG **Chapter 23: Food allergy**
- Pediatrics 2010 Jan 125(1) 50-9 Nwaru BI **Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years**
- Bundesgesundheitsblatt...2012 Mar 55(3): 338-42 Kopp MV **The revised guideline on primary allergy prevention**
- Pediatr Allergy Immunol 2010 Feb 21(1):74-81 Sariachvili M

Early exposure to solid foods and the development of eczema in children up to 4 years of age

Svezzamento a 4 mesi!! Che aspettate?

Faccio seguito all'altro piccolo articolo qui pubblicato (“**Svezzamento dopo i 6 mesi! Ancora insistono!**”), segnalando che **lo svezzamento a 4 mesi non solo PREVIENE lo svilupparsi di allergie**, intolleranze alimentari, eczemi ed atopie (data la sua azione benefica sullo sviluppo delle tolleranze alimentari), ma **PROMUOVE IN MODO SIGNIFICATIVO l'equilibrio alimentare nel suo complesso migliorando l'andamento dell'iron status** dei bambini (in pratica evitando anemie e carenze marziali).

E' recentissima la pubblicazione su Youtube di un mio video dettagliato sullo svezzamento a 4 mesi:
<http://www.youtube.com/watch?v=en6lOZucG2g&feature=resu>
[Its video](#)

Il link all'articolo citato è invece:
“<http://stefanotasca.altervista.org/blog/svezzare-a-4-mesi/>”

Chi ha letto il mio libro “Allattamento, svezzamento e nutrizione del bambino” , in cui c'è un intero capitolo su svezzamento e ferro, sa quanta importanza io attribuisca a questo specifico dato che è **cruciale sia per prevenire anemizzazioni, sia per migliorare lo sviluppo muscolare** (il ferro è presente anche nella Mioglobina che è un componente chiave del muscolo striato, liscio e del miocardio).

Fornisco un link ad un articolo che ho pubblicato nel mio sito:

<http://www.stefanotasca.altervista.org/allattamento-svezzamento-e-ferro-nella-dieta.html>

Allora vengo al punto: è' proprio di oggi una segnalazione che mi è pervenuta in casella, inviata da Medscape, che riporta il sunto di un articolo pubblicato su Pediatrics online (organo ufficiale della American Academy of Pediatrics) del 12/11/2012 (più recente di così...), dove si rilevano dati molto significativi a conferma di ciò che propongo da tanto e tanto tempo: lo svezzamento a 4 mesi.

Ad evitare fraintendimenti pubblico il testo integrale dell'abstract in lingua originale:

Timing of the Introduction of Complementary Foods in Infancy: A Randomized Controlled trial

OBJECTIVE: To increase knowledge on iron status and growth during the first 6 months of life. We hypothesized that iron status would be better in infants who received complementary foods in addition to breast milk compared with those exclusively breastfed.

METHODS: One hundred nineteen healthy term (≥ 37 weeks) singleton infants were randomly assigned to receive either complementary foods in addition to breast milk from age 4 months (CF) or to exclusive breastfeeding for 6 months (EBF). Dietary data were collected by 3-day weighed food records, and data on iron status and growth were also collected.

RESULTS: One hundred infants (84%) completed

the trial. **Infants in the CF group had higher mean serum ferritin levels at 6 months ($P = .02$), which remained significant when adjusted for baseline characteristics.** No difference was seen between groups in iron deficiency anemia, iron deficiency, or iron depletion. The average daily energy intake from complementary foods of 5-month-olds in the CF group was 36.8 kJ per kg body weight. Infants in both groups grew at the same rate between 4 and 6 months of age.

CONCLUSIONS: In a **high-income country**, adding a small amount of complementary food in addition to breast milk to infants' diets from 4 months of age does not affect growth rate between 4 and 6 months, **but has a small and positive effect on iron status at 6 months.**

“The biological significance of a higher serum ferritin at six months in this context is uncertain, although it is reasonable to assume that having higher iron stores at six months is a positive finding in terms of later risk of iron deficiency,” Dr. Mary S. Fewtrell from University College London Institute of Child Health, London, UK told Reuters Health.

“Our findings **must be set in the context of evidence that the age at introduction of complementary feeding may affect other health outcomes.**“

Al termine della segnalazione pervenutami c'è questo ultimo commento che userò per spiegare come mai l'OMS consiglia caldamente il solo latte materno fino a 6 mesi:

“The pros and cons of earlier introduction of CF need to be considered for infants in different settings – for example the risk of morbidity/mortality from infection related to access to clean water and safe foods versus the risk of allergy/ceciac disease in different populations,” Dr. Fewtrell explained. “

E qui, come dicevano gli antichi, “casca l'asino”: **I pro ed i contro di una precoce introduzione di cibi complementari debbono essere soppesati in quei bambini che si trovano in situazioni particolari, ad esempio gravati dal rischio di mortalità/morbidity dovuto ad infezioni da accesso dubbio a fonti di acqua e cibo affidabili o a rischio di allergie/ceciachia che differisce da popolazione a popolazione.**

In poche parole: l'OMS si occupa di fornire linee guida che tendono ad avere valore universale soltanto perchè LA MAGGIORANZA DELLA POPOLAZIONE MONDIALE (oltre l'80%) vive in nazioni e luoghi DOVE L'ACCESSO A CIBI SANI E AD ACQUA PULITA E' LIMITATO O IMPOSSIBILE. In realtà quindi non può che constatare come l'allattamento al seno, in queste popolazioni, sia preventivo nei confronti di patologie legate all'alimentazione. Essere anemici è un conto...morire di dissenteria un altro. A quel punto, in sostanza, è come se dicesse “meglio il male minore”.

Per il restante 20% della popolazione mondiale (dove noi Italiani siamo inclusi per fortuna), invece l'indicazione non vale dato che l'alternativa è fra l'anemizzazione (solo latte al seno) ed il completo benessere (latte al seno con supplemento di solidi).

Spero dunque di aver chiarito questi due concetti:

- **Lo svezzamento a 4 mesi non solo è consigliabile ma addirittura obbligatorio**
- **l'OMS riserva l'indicazione dell'allattamento esclusivo solo a quelle popolazioni e a quei gruppi che NON HANNO ACCESSO A CIBI ED ACQUA SANI E CONTROLLATI.**

Obesità infantile: ma quanto se ne parla!

Ma guarda un pò! Ce ne stiamo accorgendo adesso che l'obesità fa più morti di calamità, incidenti e tumori.....ce ne stiamo accorgendo adesso che iniziare a mangiare bene da piccoli garantisce salute nell'età adulta. Questo risulta dagli intenti di "Nutrizione e salute dal bambino all'adulto" in programma dal 17 Novembre prossimo nel quadro degli stati generali della Società Italiana di Pediatria. Riporto parola per parola la descrizione del programma: ".....intraprendere percorsi condivisi e sinergici per promuovere, sin dalle prime età della vita, l'adozione di una corretta nutrizione e di stili di vita salutari, indispensabili per prevenire malattie gravi e invalidanti dell'adulto, come diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, osteoporosi. E' questa una delle più importanti sfide per la promozione e tutela della salute della popolazione non solo in età pediatrica, ma anche in età adulta".

Ma va??? Ma guarda un pò!!!!

Nel lontanissimo 1997 scrivevo: "Obesità, malattie metaboliche, cardiopatie e dislipidemie sono in aumento. La causa è soprattutto un'errata conduzione alimentare, la cui origine è da ricercare nell'infanzia. Diete sbilanciate, errori nella valutazione del reale stato di benessere dei bambini, uso eccessivo di prodotti alimentari preconfezionati sono spesso alla base di problemi gravi che emergono alla distanza. Come prevenire tutto questo? È possibile svezzare e nutrire i bambini in modo naturale, usando prodotti freschi, seguendo da vicino la

fisiologia della crescita e rispettando i peculiari fabbisogni di ogni singolo?”

Quasi le stesse parole dette con soltanto una quindicina di anni di anticipo...le stesse parole a cui però, per ciò che mi attiene, HA FATTO SEGUIRE UN VERO PROGRAMMA.

Non mi sono limitato a constatare: ho fatto qualcosa (svezzamento adeguato, correttezza dei programmi alimentari, limitazione o abolizione di preconfezionati, merendine, dolci e quant'altro, sensibilizzazione ad una corretta attività fisica fin dai 3 anni di età) ed ho ottenuto risultati più che soddisfacenti in termini di salute generale e di forma fisica nei bambini che ho seguito.

Siamo letteralmente sommersi dal marketing e noi genitori, che siamo il tramite fra il bambino e la società, siamo vittime di un sistema che occultamente CI COSTRINGE ad usare certi prodotti, alcuni dei quali possono indurre una vera e propria dipendenza (junk-food, merendine, fast-food, ecc.). Si dirà: “Ma come fa un alimento ad indurre dipendenza? In fondo si tratta di roba da mangiare, mica di droga!”

Ebbene: la dipendenza da droghe dipende dall'azione di alcune sostanze su centri nervosi particolari, alcuni endorfino-attivi, altri dopamino-attivi, sostanze che svolgono la loro azione sostituendosi ai normali neurotrasmettitori, o promuovendone una maggiore secrezione. L'uso prolungato da origine all'assuefazione (non sto a scendere nel particolare) per cui l'ottenimento dell'effetto gratificante si ha soltanto aumentando progressivamente le dosi...e comunque, ad un certo punto, si arriva a non poterne fare più a meno, pena stare male.

Non ci si pensa ma gli **alimenti industriali ed i cibi “di convenienza” (dolci, cioccolatini, hamburger, cheeseburger, precotti, ecc.) contengono sostanze (alcuni grassi, alcuni aminoacidi, gli zuccheri in genere, teina, caffeina) che hanno gli stessi effetti.** Nel junk food e negli altri preconfezionati (basterebbe leggere le etichette) **la ricchezza in questi elementi realizza lo stesso risultato.**

L’inizio di questa catena perversa, che spinge a consumare roba (non dico neanche “cibo”) di tal genere (estremamente dolce o salata, estremamente grassa e speziata, fritta e pastellata) **è da ricercare nello svezzamento:** pensiamoci quando ai nostri bambini invece di dare un sano brodino vegetale diamo pappe lattee (composte praticamente da carboidrati e basta, quindi dolcissime), omogeneizzati e liofilizzati (in cui la parte strutturale dell’alimento non esiste più perchè il tutto è ridotto a crema...ed i bambini abituati alle creme non accettano alimenti grezzi continuando a pretendere la stessa pappa anche al di là di un’età ragionevole), latti artificiali e “di crescita” (in cui la crescita è solo riferita agli introiti di chi li produce).

Andando avanti: I fast-food, i “paninazzi” da consumare in piedi con immediata gratificazione del palato attraverso sapori forti e salse agrodolci, i precotti che “fanno risparmiare tempo” e magicamente fanno comparire nel piatto una lasagna bolognese o dei cannelloni cremosi (non si contano i grassi e le spezie...nonchè i conservanti ed “esaltatori di sapidità” sotto forma di glutammato monosodico che è un neurotrasmettitore), **impediscono di imparare quale sia il VERO SAPORE DEI CIBI NATURALI** che al confronto appaiono scialbi e

scoloriti.

L'obesità e le patologie che sembrano tipiche dell'adulto/anziano **INIZIANO NELL'INFANZIA**. Basta quindi parlarne soltanto: queste "multinazionali" con una mano ci danno alimenti "dubbi" e con l'altra (per apparire buoni e salvifici) ci forniscono un programma sulla buona alimentazione.

Impariamo da soli a capire che i prodotti industriali NON SONO MEGLIO DI QUELLI NATURALI e nutriamo finalmente i nostri bambini con alimenti veri, comperati freschi e cucinati in casa.

Acqua ai neonati: fondamentale!

Il terrore che dare acqua ai neonati possa interferire con l'attacco al seno e che l'abitudine alla tettarella possa creare disaffezione al capezzolo è del tutto ingiustificato. Il bambino sa distinguere benissimo COSA sta assumendo e DA COSA. La confusione si genera nel momento in cui dal biberon viene somministrato latte.

E' cruciale reidratare i neonati dato che il latte contiene certamente anche acqua ma spesso insufficiente per l'idratazione e questo soprattutto quando la montata è in fase colostrale. Il colostro infatti contiene una quantità di cloruro di sodio molto più alta di quella del latte maturo (che interviene dopo circa 10-15 giorni dall'inizio della produzione). Occorre tenere conto di vari fattori:

- **ENTITA' DEL CALO FISIOLOGICO** che consiste nella perdita di liquidi successiva al parto ed importante per stabilire un volume ematico efficiente alla condizione neonatale
- **TEMPO DI INSORGENZA DELLA MONTATA** che può essere, da caso a caso, più o meno precoce
- **CONCENTRAZIONE DEI SOLUTI NEL LATTE** che in condizioni di perdita di liquidi (fisiologica) come accade nei primissimi giorni di vita, può generare la necessità di assumere solvente

Il latte è un ALIMENTO. Nell'acqua del latte sono disperse sostanze nutritive (sali, proteine, grassi, ecc.) che si

AGGIUNGONO ai soluti già presenti nell'organismo. Il meccanismo della sete è scatenato a livello ipotalamico da una concentrazione di soluti nel sangue eccessivamente alta: si ha sete quando si è "troppo concentrati". Una carenza di reintegrazione di liquidi in un neonato rallenta i processi metabolici. Accade dunque che il piccolo non idratato (e soddisfatto col solo latte) appaia più sonnolento, si attacchi con minore frequenza, sviluppi un ittero più intenso e duraturo e continui a calare di peso (fin oltre il canonico limite del 10% del suo peso alla nascita). La mamma viene tratta in inganno dal fatto che il bambino non richiami per essere attaccato al seno e dorma oltre le 3-4 ore di seguito dopo una poppata, interpretando questo comportamento come generato da sazietà. In realtà si tratta il più delle volte di DISIDRATAZIONE IPERNATREMICA.

Per evitare questo problema occorre dare al bambino una quantità di acqua pari al 3-5% del suo peso, in piccolissime dosi (10-20 ml) e spesso durante l'arco delle 24 ore, avendo cura di non insistere se non c'è spontanea accettazione del liquido. Si possono usare semplice acqua oligominerale ma anche tisane molto diluite in cui il soluto sia presente in quantità scarsa (basta raddoppiare la quantità di acqua che viene indicata sulle confezioni di tisane liofilizzate comunemente presenti in commercio). Questa semplice strategia porta a:

- **MIGLIORAMENTO DEL RITMO SONNO/VEGLIA**
- **RICOMPOSIZIONE DEI LIQUIDI INTRA ED EXTRACELLULARI**
- **AUMENTO DELL'ATTIVITA' METABOLICA**

- **MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' E QUANTITA' DI FECI EMESSE** (evita la stipsi e el coliche gassose)
- **RECUPERO PIU' RAPIDO DEL CALO FISIOLÓGICO**
- **DILUIZIONE DELLA BILIRUBINA EMATICA E CONSEGUENTE ABBASSAMENTO DELL'ITTERO**
- **AUMENTO DELLA DIURESI** con conseguente maggiore rapidità di eliminazione della bilirubina anche per via urinaria

Gentili mamme: **date da bere ai vostri figli neonati**. Ne otterrete grandi vantaggi, non ultimo quello di abituare il bambino a distinguere lo stimolo della fame da quello della sete. Un bambino abituato anche a bere imparerà, nella sua crescita, a chiedere acqua al bisogno, evento che è fondamentale per il mantenimento dell'omeostasi e dell'efficienza delle reazioni metaboliche organiche (che, è inutile ricordarlo, avvengono tutte in mezzo acquoso).

Mastosuttori (tiralatte), massaggi mammari, spremitura del seno, DAS: siamo abbastanza attenti ai risvolti psicologici?

5/11/2015 In questi tempi di entusiasmo nel promuovere e facilitare l'allattamento al seno, gli operatori sanitari e le organizzazioni pro-breastfeeding (di volontariato o meno), sulla scorta di evidenze scientifiche che dimostrano come alcune metodiche possano favorire sia la produzione che la discesa del latte, si avvalgono della mastosuzione, del massaggio mammario e della spremitura come coadiutori della galattopoiesi e della lattogenesi, oltre che di dispositivi per l'erogazione di latte tirato o artificiale mentre il piccolo è attaccato al seno (DAS). I risultati sono favorevoli, senz'altro, ed in alcune (se non quasi tutte) le situazioni si ottengono buone risposte sia sul piano della risoluzione di eventuali ingorghi sia sull'incremento della produzione di latte. Non intendo discutere sull'efficacia delle metodiche suddette: hanno una loro piena giustificazione. Quel che mi chiedo, dopo qualche anno di esperienza (ormai una trentina), è se le applichiamo con le dovute cautele dato che stiamo agendo su un organo, la ghiandola mammaria, dove risiede una consistente parte dell'identificazione di genere e dove, affettivamente parlando, la donna colloca la sua femminilità.

Il seno non è una semplice ghiandola a secrezione esocrina: è lo scrigno in cui la donna tiene custodite le proprie prerogative sia di seduzione che di significato. Potremmo dire che vi si identifica. La conseguenza è che il suo valore simbolico

travalica di gran lunga quello materiale, di produzione del latte. La funzione nutritiva infatti non è solo meccanica e ormonodipendente: a sua volta rinforza i simbolismi che circondano la maternità (accoglienza, conforto, morbidezza, calore, rassicurazione, benessere) fornendo alla donna la stessa sensazione di unione e comunicazione col proprio bambino che, durante la gravidanza, era assicurata dal cordone ombelicale: una sorta di “sacco vitellino” esterno. Certamente tutto ciò sembrerà poetico e mieloso ma vale la pena di tenerlo in considerazione. A colloquio con molte madri di miei piccoli assistiti, dato che ho una inclinazione verso la psicologia e quindi questi aspetti fanno parte del mio quotidiano, ho potuto constatare che si tratta di fatti e non solo di illusioni. Una gran quantità di donne che hanno avuto qualche difficoltà iniziale nei tempi della montata latte e che sono state sottoposte a procedure meccaniche sul seno hanno riferito di aver provato una sensazione di disagio ma, attenzione, non prevalente a livello fisico, seppure il dolore sia stato una componente presente, bensì psicologico. Queste donne, in notevole percentuale, sono state le stesse che hanno presentato i maggiori segni di PPD (depressione post partum) pur a fronte di buoni risultati sul piano funzionale con allattamenti pieni ed esclusivi. Certamente non sto dicendo che è stata la manipolazione del seno la causa della loro velata PPD: quel che è innegabile è che questo elemento, a loro detta, ha costituito un notevole contributo. La loro sensazione è stata quella di sentirsi “oggetti” e non soggetti dell’allattamento. E’ come se il loro seno fosse stato privato delle prerogative affettive e ridotto a semplice organo, un semplice strumento, una semplice appendice. In qualche caso la manipolazione della mammella è stata

considerata una violazione dell'intimità. In un caso specifico il massaggio (seguito dalla mastosuzione) è stato frainteso al punto da considerare "maniaco" chi lo poneva in atto (preponderanza della componente seduttiva su quella di identificazione di genere).

La mia riflessione su questo tema è stata profonda. Massaggio, mastosuzione, spremitura innegabilmente portano a dei risultati in termini di lattogenesi e soprattutto galattopoiesi, ma sul versante affettivo siamo certi che non provochino una distorsione di quanto più intimo e simbolico il seno rappresenta? Mi sono chiesto più volte come agire e consigliare di agire in modo contemporaneamente efficace e prudente. In primo luogo, stante la necessità di dover applicare tali procedure in determinati e selezionati casi ad evitare la mastite o l'ingorgo o la congestione, tutti eventi penalizzanti dal punto di vista dei risultati, ogni atto dovrebbe essere preceduto da una richiesta di permesso e non posto in essere, come spesso accade in molti atti medici (palpazione dell'addome, del collo, spremitura di un ascesso od altro), direttamente e senza spiegarne il significato. Una delle sensazioni riferite è stata quella di non essere considerate persone ma strumenti inanimati: la "presa" sulla mammella è stata spontanea, al letto della puerpera, non preceduta da alcun preambolo se non un: "vediamo se c'è colostro". In secondo luogo sarebbe prudente agire in maniera meno "aggressiva": a livello simbolico occorre manifestare un segno di rispetto verso la mammella e la persona. In terzo luogo, quando si attua la mastosuzione, sarebbe opportuno che questa sia contemporanea al massaggio: l'efficacia è maggiore quando avviene in sincrono con la suzione ed i tempi si accorciano. Inoltre la mastosuzione

andrebbe attuata non in modo continuo ma alternato (3-4 minuti per seno in più riprese) dato che il latte non ha una emissione continua ma a poussees. Sarebbe inoltre utile – e questo è un elemento sul quale insistono le signore che hanno provato disagi con tecniche più “freddamente” applicate – che durante la procedura si parli, si interloquisca, si chiacchieri, si chieda continuamente se si sta dando fastidio, se la donna ha suggerimenti sul come potrebbe sentirsi più a proprio agio: in questo modo la donna non perde la sua soggettività ed il controllo su quanto si sta facendo.

Un’ultima considerazione mi è venuta spontanea negli ultimi mesi a seguito della constatazione di eventi piuttosto significativi: molte donne, sottoposte a reiterate e prolungate (settimane) procedure di manipolazione, mastosuzione e quant’altro, non hanno comunque ottenuto un buon esito. La “violazione”, che pure sarebbe stata tollerabile in caso di successo, è stata fine a se stessa quindi la donna si è sentita doppiamente defraudata del suo ruolo femminile: da un lato lo “svilimento” del suo seno a puro oggetto, dall’altro la negazione del coronamento dell’evento parto (do la vita/mantengo la vita). La domanda mi è sorta spontanea: fino a che punto è corretto insistere con mezzi meccanici quando l’esito rimane poco significativo e quando il rischio di alterare il rapporto della donna con se stessa (sia in quanto donna, sia in quanto madre) e col proprio piccolo diviene consistente? E’ possibile stabilire dei tempi ragionevoli per salvare la componente più importante della maternità che è la consapevolezza di esserci e di essere efficiente, amorevole, educativa, protettiva pur in assenza di latte materno?

Sostegno alle donne in allattamento: a chi, come e da chi

1/7/2015

L'allattamento al seno è il primo e più importante atto d'amore che una donna compie nei confronti di suo figlio. Ce ne saranno molti altri ma quello fondamentale per l'attaccamento e per l'imprinting è mediato dal seno. Lasciando da parte le considerazioni di ordine strettamente nutrizionale (composizione del latte, adeguatezza calorica e di apporti, ecc.) l'atto in se è una sorta di trasferimento alle braccia e alla mammella di quell'aura di protezione e conforto che l'utero e la placenta garantivano in epoca fetale. Le implicazioni emotive, di conseguenza, non sono secondarie: la madre non solo dà la vita ma la mantiene. E' una cosa grande, senza alcun dubbio e senza, credo, alcuna possibile discussione. Dovrebbe essere istintivo e naturale questo atto così primordiale: le sue radici (dal punto di vista anche ormonale oltre che emozionale) stanno nei geni e in parti del cervello che l'uomo condivide con tutti i suoi parenti mammiferi quindi la motivazione a farlo dovrebbe essere altrettanto naturale e spontanea, nemmeno discutibile. Nascita, bonding e allattamento sono un continuum.

Fin qui la teoria che, in un numero piuttosto consistente di casi, si traduce (e con soddisfazione) in pratica. Dall'ultimo rapporto ISTAT risulta che quasi l'86% delle donne nutre al seno e che il periodo di allattamento, in termini di mesi, si è allungato notevolmente rispetto ai precedenti anni. E' un bene che sia così, sia per le mamme che per i bambini. Guardare con occhio ottimistico la situazione credo sia importante e non abbassare la guardia su questo fronte diviene a questo punto un fattore

primario. La promozione è necessaria, certo, ma è vitale soprattutto il sostegno che influisce positivamente sulla motivazione. E qui arrivo al punto critico.

Le madri sono spesso sole a gestire i loro numerosi problemi. In tempi atavici la donna era gravata, indubbiamente, da grandi responsabilità ed impegni (la casa, l'allevamento della prole, ecc.) ma l'allattamento era primario fra questi e faceva parte di un naturale svolgersi delle cose: la "regina del focolare" di antica memoria era, appunto, regina, datrice di vita e di ordine all'interno della famiglia, punto di riferimento per tutti. Il numero di figli era alto ed i primi, i più grandi, regolarmente davano un aiuto in casa sia per ciò che attiene alla manutenzione generale, sia per ciò che riguarda le cure parentali nei confronti dei più piccoli. Donna come manager, dunque, ma all'interno della casa dove le sue forze ed il suo impegno erano erogati in esclusiva.

L'evoluzione della società ha portato modificazioni sostanziali (e non solo apparenti) a questo quadro: il numero di figli è sceso drasticamente, le famiglie allargate (più generazioni conviventi) sono poche o sono sparite, le donne iniziano a pensare di avere un figlio sempre più tardi, l'attività lavorativa extrafamiliare spesso (anzi: regolarmente) porta via molto tempo ed è divenuta irrinunciabile per motivi economici, la protezione sociale in termini di concessioni alla donna che allatta è divenuta sempre meno efficiente (e spesso è assente), la sicurezza dei contratti di lavoro è labile e condizionata alla disponibilità di tempo, i nonni (che molte volte sono l'unico soccorso) tendono ad avere un'età media sempre più alta e spesso lavorano a loro volta, i falsi bisogni (cose alle quali si può facilmente rinunciare) sono spacciati come reali dai media e dal marketing, la spinta che

viene esercitata sul versante nutrizione naturale (i bambini allattati al seno sono più belli e più intelligenti, non allattare al seno comporta danni futuri nella crescita, ecc.) è a volte estremamente pressantetroppi fattori che con l'allattamento contrastano in modo più o meno forte sia sul versante pratico (tempo e voglia) sia su quello emotivo ("Se non lo faccio ci saranno danni").

A fronte di queste variabili accade che la donna veda la gravidanza, il parto e l'allattamento con un occhio lievemente più preoccupato di quanto avveniva in tempi passati: la sensazione di gloria (non è un termine a caso) che da il generare vita viene offuscata e la domanda "Ce la farò...?" diventa sempre più primaria e pressante.

A questo punto due elementi entrano in gioco: la MOTIVAZIONE ad allattare e il SOSTEGNO una volta che il bambino sia nato e sia quindi necessario garantire la montata ed una regolare produzione di latte.

Ho tentato, sulla base delle mie osservazioni pratiche (dato che mi occupo precipuamente di allattamento e nutrizione infantile) un'analisi di questi due elementi per capire come siano interconnessi. Le percentuali (ovviamente arrotondate) derivano dalla popolazione di donne che ho potuto osservare.

- 1) Una forte motivazione in presenza di buona autostima (35%) può fare a meno del sostegno: la donna è capace di auto valutare in modo obiettivo il suo operato ed è in grado di adattarsi alle esigenze senza bisogno di incoraggiamenti e conferme da parte di chi la circonda, siano essi estranei, media, parenti o amici. Le eventuali piccole difficoltà iniziali vengono superate con la consapevolezza di essere in grado di affrontarle.
- 2) Una forte motivazione in presenza di una bassa autostima

(40%) ha necessariamente bisogno di sostegno ed in questo caso diviene importante sottolineare vantaggi e svantaggi e fornire un aiuto pratico non solo sul “come fare” ma anche, passo dopo passo, sull’evidenziare progressi e abilità acquisite in modo da influire positivamente sull’immagine di efficienza che la donna dovrebbe avere di se stessa. In questo caso l’ascolto, l’empatia e il suggerimento di strategie sul come rendere più semplici e naturali le cose divengono le armi più efficienti. Sono da tenere in massima considerazione le interferenze apportate dalle numerose “voci” sul come e cosa fare che circondano la donna e che in totale buona fede, lungi dall’aiutarla, la mandano in confusione. L’attenzione va posta a che il punto di riferimento in merito a tecniche, significati e valutazione dell’efficienza sia rappresentato da una sola persona di fiducia, auspicabilmente una donna che abbia con successo allattato a sua volta (ad es. peer counselor)

3) Una debole motivazione in presenza di buona autostima (20%) rende il sostegno complesso: l’azione si deve svolgere su un fronte che oppone resistenze ed eccezioni. Se manca la vis a tergo bisogna generarla mediante la semplificazione delle procedure (la donna constata che è fattibile e gestibile) e la sottolineatura dei successi man mano che questi si verificano. In questa ipotesi occorre anche porre attenzione all’andamento dell’allattamento nel suo complesso, dato che la donna (già in partenza scettica) potrebbe vedere avvalorate le sue motivazioni a non allattare da ogni piccola difficoltà. In questo caso la figura di riferimento dovrebbe essere un medico (che abbia competenza in allattamento ed abbia un approccio quanto più pragmatico possibile) o un’ostetrica (con le medesime caratteristiche), figure sanitarie che molto più di peer

counselors possono rivestire un'immagine di attendibilità e, soprattutto, controllo su quanto accade. La durata dell'allattamento tende comunque ad essere più breve rispetto alle altre categorie.

4) Una debole motivazione in presenza di scarsa autostima (5%) rappresenta il caso più complicato. Spesso infatti è la scarsa autostima che condiziona la motivazione e quindi si sfocia in un ambito in cui il sostegno acquisisce connotazioni di tipo psicologico e non più soltanto di tecnica o incoraggiamento o valutazione dei risultati. La donna parte già con l'idea che non ce la farà ed ogni piccolo ritardo, ogni difficoltà, ogni interferenza la faranno immediatamente rifugiare nel conforto dell'allattamento artificiale, cosa che le dà certamente una maggior sensazione di controllo sulle razioni e sul benessere del bambino. L'attenzione maggiore dovrebbe essere posta non solo a semplificare le procedure ma anche e soprattutto a lasciare alla donna una parte delle decisioni sul come gestire l'allattamento pur rimanendo disponibili a correggere eventuali incongruità: la constatazione di eventuali buoni risultati, che ella attribuisce a se stessa, possono influire positivamente sull'autostima. Non sempre, infatti, le donne che fanno parte di questa categoria sono disposte ad affidarsi a regole troppo rigide ("Non ce la faccio...") o a valutazioni obiettive della situazione (ad esempio pianti continui di incerta interpretazione). Il sostegno dovrebbe essere erogato da una figura sanitaria canonica (medico o ostetrica) imparziale e non coinvolta. L'empatia certamente è un elemento fondamentale ma è molto più importante che venga incarnata la figura di chi si assume direttamente una parte della responsabilità di come il bambino reagisce (e per fare questo non basta dire "Tieni duro" ma

occorre fornire metodiche e soluzioni con discrezione e lasciando che la donna abbia la sensazione di essere autonoma e non “incastrata” in un ruolo). Spesso il solo conforto di non essere unici depositari del benessere del bambino fa migliorare le cose. Si tratta comunque dei casi in cui più frequentemente l’allattamento diviene misto, dato che la quota di latte artificiale erogata in aggiunta pacifica maggiormente il bambino, allunga le pause e rasserena la donna in ordine alla congruità dell’alimentazione nel suo complesso. Ho comunque sempre considerato un allattamento misto meglio di un non allattamento.

Le figure di sostegno, dunque, sono importanti ma occorre anche vedere quali sono quelle più adatte ad ogni situazione. Le peer counselor, a mio giudizio, sono le migliori anche perché fanno entrare in gioco due fattori: il primo è che, avendo allattato a loro volta, comunicano la loro esperienza diretta e non teorica; il secondo è che fanno leva sulla solidarietà femminile nel suo complesso, cosa che aiuta veramente molto. L’ascolto, la vicinanza, la condivisione dell’esperienza sono fattori cruciali nell’avverarsi di un rapporto che, più che tecnico, diviene di amicizia e confidenza (specie se è posto in essere da volontari...un po’ meno quando c’è una forma di pagamento). La condizione che personalmente considero importante per l’efficienza di questa figura è che non sfoci nel tecnico in senso stretto (valutazione dello stato del bambino, decisioni sull’opportunità di intervenire o meno con presidi medici, interferenze su decisioni mediche, ecc.): il fatto di aver allattato e di possedere delle mammelle non sono condizioni sufficienti per poter avere un quadro obiettivo di una determinata (e

magari minacciosa) situazione e sostituirsi ad una figura più competente. Non si è cardiologi solo per il fatto di possedere un cuore.

Il medico e l'ostetrica hanno un ruolo più tecnico e certamente, in relazione alla rassicurazione sulle condizioni generali del bambino, possono avere, agli occhi di una donna con dei dubbi, una maggior presa ed attendibilità. Diviene più cruciale, però, stare attenti al COME si promuove l'allattamento, proprio perché si tratta di figure sanitarie: Se si continua sul versante "Allatta perché se no tuo figlio sarà debole, meno intelligente, probabilmente obeso ed iperteso" genera un circolo di ansia/incertezze che non giova ne alla montata ne al proseguimento dell'allattamento.

Calo ponderale alla nascita ed uso di piccoli supplementi di latte artificiale per contrastarlo: influenza sulla durata dell'allattamento al seno

Non sarà certo sfuggito a molti il report del Gennaio 2014, autore il Prof. Giustardi (<http://allattamento.sip.it/letteratura-scientifica/effect-of-early-limited-formula-on-duration-and-exclusivity-of-breastfeeding-in-at-risk-infants-an-rct/>), di un articolo comparso su Pediatrics riguardo il contrasto del calo ponderale neonatale (prime 24-48 ore di vita) mediante piccole supplementazioni di latte artificiale in attesa della montata latte. In quell'articolo si interveniva quando il calo era intorno al 5% del peso/nascita e la percentuale di successo a 1 settimana, 1,2,3 mesi era notevole rispetto ad una popolazione di controllo in cui queste supplementazioni non erano state usate. Gli autori stessi denunciavano i limiti del loro studio (popolazione limitata, multiparità, medio alta situazione di scolarizzazione) ma facevano comunque notare che, pur essendo necessari ulteriori studi, i rilievi da loro messi in luce erano significativamente in contrasto con le ufficiali indicazioni che non prevedono in alcun modo la supplementazione. Nell'Aprile 2014 commentai con un articolo qui sul mio blog (<http://stefanotasca.altervista.org/blog/sembra-un-paradosso-ma-a-volte-il-latte-artificiale-aiuta-la-montata/>) quel report del Prof. Giustardi dicendo: "Una conclusione analoga a quella degli autori rispetto alle "piccole supplementazioni dopo seno" nei casi in cui sia necessario, mi è capitato di constatarla personalmente negli anni (ottenimento della montata e mantenimento dell'allattamento al seno esclusivo). Pensavo fosse casuale il fatto che con questa strategia (certo non

applicata al 5% del calo, sia chiaro... diciamo però intorno al 7-8% in media) si riuscisse ad ottenere più precocemente uno sblocco della montata, ma il conforto di questo studio mi dimostra che quanto da me osservato è in effetti plausibile. A proposito di questo, dunque, ho elaborato una mia teoria (che con piacere sottopongo al vaglio pubblico) secondo la quale la supplementazione di copertura (sempre di concerto con le madri e sempre accompagnando la cosa a spiegazioni sul suo significato), non ha solo lo scopo specifico e principale di restituire al neonato "qualcosa" sia dal punto di vista calorico sia da quello dell'idratazione (seppure certamente si ottengono minore sonnolenza, maggiore quota energetica, migliore suzione e quindi stimolazione del seno e della cascata ormonale: contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare le piccole supplementazioni non saziano se vengono effettuate con criterio), ma soprattutto ha il fine di sollevare psicologicamente la madre da una piccola parte della responsabilità del benessere di suo figlio. Il calo ponderale è spesso vissuto dalla madre come una colpa ("se scende di peso è perché non ho ancora latte e quindi...") e l'angoscia che accompagna questo pensiero, unita alla "fretta di risolvere" (ho notato che il fattore tempo è determinante), può interferire con la montata per l'insorgenza di una sorta di ansia da prestazione. Il fenomeno, ho notato, inizia già prima del parto ("avrò latte? basterà?) come ho avuto occasione di constatare parlando con le donne in gravidanza nei corsi di preparazione al parto. La supplementazione quindi, recando un sollievo, credo influisca positivamente sulla psiche attraverso una dilatazione del fattore tempo: non avendo più "fretta" di avere la montata, per ciò stesso la montata insorge: attacchi più sereni, meno angosciati, più attenti, più efficaci. C'è

infine da dire che molte di queste donne le ho rivalutate nel tempo e posso confermare, per ciò che vale la mia esperienza diretta, che il tasso di allattamenti esclusivi al traguardo dei 6 mesi, anche se all'inizio c'è stato un gap colmato dalle supplementazioni, è molto alto (forse, in percentuale, oltre i valori osservati nello studio). Sono d'accordo sul fatto che non bisogna considerare il latte artificiale come presidio irrinunciabile e sostituto del latte materno (con tutto quel che segue) ma la demonizzazione in valori assoluti credo sia poco congrua. Basterebbe semplicemente prenderlo per quel che è: un presidio di emergenza.”.

Ad un anno esatto dalla pubblicazione su Pediatrics di quell'articolo (e dal mio commento sul blog) è comparso, su Maternal and Child Nutrition del Marzo 2015(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25786348>), uno studio effettuato su una coorte di 1107 bambini (superato il gap rappresentato da una popolazione limitata). Il parametro preso in considerazione è stato un calo maggiore o uguale al 10% del peso/nascita (molto superiore a quello indicato come valore soglia nello studio di Pediatrics e quindi superato anche il gap dato da un calo non eccessivo) e il goal è stato fissato nella percentuale di allattamenti esclusivi al seno ai 6 mesi di vita (superato anche il gap della durata limitata a 3 mesi come controllo). Possiamo considerare questo studio il naturale prolungamento e la ineluttabile evoluzione di quello un po' controcorrente degli autori di Pediatrics. Le conclusioni di questo lavoro, che in nuce erano state ipotizzate su Pediatrics, sono le medesime e corrispondono in modo pressochè esatto alle constatazioni che ho effettuato in base alla mia personale esperienza nel commento sopra riportato: ansia e paura di non

“essere all'altezza” del ruolo di nutrice generati dal calo ponderale; effetto positivo della limitazione del calo medesimo mediante piccole supplementazioni (con opportuni accorgimenti); percentuali di successo, in termini di allattamento esclusivo al seno al traguardo dei 6 mesi, maggiori nel gruppo supplementato rispetto al non supplementato.

Forse è il caso di riflettere su questo tema: la porzione emotiva dei trigger per un buon allattamento non va trascurata e se per incrementarne l'efficacia è necessario l'uso limitato e congruo di latte artificiale (sospeso non appena i segni della montata si manifestano) non credo ci si possa sottrarre all'evidenza. Il fatto che un Centro Ospedaliero sia “amico del bambino” solo se non adopera alcun presidio alimentare di supporto è, a mio parere (e, visti i precedenti autorevoli studi, non solo mio), riduttivo e probabilmente deleterio in termini di successo degli allattamenti.

Al proposito, e per concludere, vorrei riportare la viva voce di una delle autrici dello studio pubblicato su Pediatrics 2013. L'ho tratto dai commenti ad un articolo che avversava la sua ricerca e sottolineava il supposto danno alle donne in allattamento mediante l'uso delle piccole aggiunte. Si tratta di Janelle Aby MD, della Stanford University che, con le parole seguenti, cercava di far capire lo spirito ed il significato dei “piccoli supplementi dopo seno”. Lo traduco per una fruizione migliore:”....Mentre voi disapprovate aspramente il nostro approccio, rimane il fatto che molti dei nostri bambini “nutriti esclusivamente al seno” sospendono l'allattamento ben prima di quanto dovrebbero. Nel nostro reparto passiamo innumerevoli ore cercando di convincere le madri a NON usare latte artificiale. Siamo contrari al suo uso quando l'allattamento va

bene. Potreste dirci che non facciamo abbastanza. Probabilmente dovremmo fare di più. Ma nel frattempo preferisco sostenere l'allattamento naturale con metodi che possono realmente farlo progredire. Intravedo MENO rischi proponendo piccole quantità di latte formulato per pochi giorni che nell'insistere con un allattamento esclusivo al seno per pochi giorni vedendolo naufragare poi nel latte di formula per i successivi DUE ANNI. So che là fuori ci sono molte mamme che non hanno mai dato ai loro figli neanche una goccia di formula. Penso sia fantastico. Spero che ce ne siano sempre di più. Ma ne conosco anche tante che si sono sentite così frustrate dall'allattamento al seno che alla fine ci hanno rinunciato. Ne vorrei vedere sempre meno. E se una piccola supplementazione di latte formulato o di latte di donna da donatore può aiutarle a superare la frustrazione e a resistere, allora, a meno che qualcuno possa definitivamente dimostrare che il rischio è maggiore del beneficio, io la userò".

**Si prevencono obesità e diabete prolungando
l'allattamento al seno e ritardando lo
svezzamento?....oppure, magari, è meglio porre
maggiore attenzione alla dieta ed allo stress in
gravidenza?**

18/12/2014

Personalmente, ormai da un lungo periodo, pendo sempre di più verso la seconda ipotesi.

Sono una ventina d'anni che si studia l'effetto dell'alimentazione materna sullo sviluppo fetale ed ultimamente, con la decodifica del genoma umano, questi dati sono, più che supposti, avvalorati da evidenze scientifiche.

La prevenzione delle NCCD (Non Communicable Chronic Diseases) quali obesità, sindrome metabolica, diabete, patologie cardiovascolari, ipertensione, dislipidemie, pesanti sia dal punto di vista umano che sociale (non da ultimo per i costi), più che basarsi su ventilati vantaggi offerti dal prolungamento dell'allattamento al seno o dal ritardo nell'introduzione di cibi solidi nella dieta (mai chiaramente vantaggiosi, se si osserva obiettivamente la controversa letteratura in materia), riposerebbe sulle modificazioni epigenetiche alle quali è soggetto il feto in virtù delle abitudini di vita ed alimentari della gravida. Sempre più studi lo dimostrano e vale la pena di soffermarsi a pensare.

La curiosità su questo tema, dapprima soltanto accademica e poi professionale, mi è sorta dalla lettura di alcuni scritti di un mio "mito", Robert Sapolski (Neurobiologo alla Stanford University), riguardanti gli effetti sul feto dello stress materno

(oltre che della qualità delle cure parentali al neonato). La comunicazione feto-materna è continua ed è mediata sia da ormoni (tiroidei, glucocorticoidi, insulina, GH, ecc.) sia da elementi nutritivi (maggiore o minore apporto di proteine/aminoacidi essenziali, lipidi, oligoelementi, prodotti tossici quali alcool, fumo, farmaci). A partire da uno studio piuttosto famoso, il Dutch Famine Study (Ravelli AC, van Der Meulen JH et al. "Obesity at the age of 50 in men and women exposed to famine prenatally" *AmJClinNutr* 70:811-16, 1999), si era già visto chiaramente come i bambini nati in periodo di carestia (ad es. apporto proteico inferiore all'8% delle calorie totali), in età adulta fossero pressoché invariabilmente gravati da obesità patologica e che questa caratteristica poteva essere trasmessa alle successive generazioni anche in condizioni di apporti nutritivi normali. I meccanismi stress-mediati sono stati analizzati accuratamente (il ruolo dei glucocorticoidi e dell'insulina in particolare) ma quelli nutrizionali solo recentemente sono stati in qualche modo approfonditi. In pratica avviene una "programmazione metabolica" del feto che, già in utero, impara cosa lo aspetta una volta nato ed adegua il suo fenotipo a queste condizioni.

La programmazione metabolica è mediata sia direttamente che indirettamente dalla concentrazione di ormoni materni e di nutrienti (alcuni aminoacidi essenziali, alcuni oligoelementi quali Vit. B12, B1, B6, acido folico) che letteralmente agiscono sul genoma e lo alterano in modo permanente per ciò che attiene sia alla trascrizione in senso stretto (metilazione del DNA), sia alla maggiore o minore disponibilità alla trascrizione (mediante modificazione degli istoni). Esempi lampanti, eseguiti su animali da esperimento, sono l'insorgenza di ipertensione a

seguito di diete povere in metionina e colina, obesità in caso di restrizione alimentare sia di lipidi che di proteine, ecc. e tutto questo, spesso, a prescindere da quanto sia stata più o meno adeguata la dieta che i soggetti studiati hanno seguito nel corso dell'esistenza fino all'età adulta. L'innesto tra elementi nutritivi e stress chiude il cerchio, dato che in condizioni di ipoalimentazione spesso (anzi, quasi invariabilmente) vi è attivazione più o meno percepita di mediatori chimici (noradrenalina, glucocorticoidi e quant'altro pertinente ai meccanismi di compenso in caso, appunto, di stress) che raggiungono il feto e ne condizionano a loro volta la programmazione.

Dove voglio arrivare? Il punto focale dell'avverarsi delle NCCD sta nell'espressione fenotipica di alcune caratteristiche metaboliche. Se è vero, come pare dimostrato in modo ben poco oppugnabile, che il DNA non è qualcosa di fisso e predeterminato ma un elemento plasmabile a seconda delle condizioni in cui è chiamato ad esprimersi – e a ben pensarci questa non è altro che la chiave dell'evoluzione e dell'adattamento- l'attenzione maggiore va posta a tutti quegli elementi che determinano già dall'inizio della vita (feto) le sue modificazioni, tenendo presente che una volta programmato un fenotipo, questo verrà letto e tradotto in modo non più variabile nel corso di tutta l'esistenza.

La consapevolezza di tutto questo dovrebbe dunque far sì che un efficace intervento nutrizionale-psicologico attuato sulla gravida possa riversarsi con successo sulla programmazione metabolica del suo bambino il quale, una volta nato, dovrebbe continuare, nel corso del primo anno (che sembrerebbe cruciale per il consolidamento della programmazione stessa) ad essere

seguito “ad personam” e non in modo standardizzato: in base alle sue specifiche caratteristiche, insomma.

Occorre dunque un controllo nutrizionale e psicologico della gravida (ginecologo, ostetrico, nutrizionista, ambiente familiare, prevenzione dello stress) seguito da un accurato intervento mirato da parte del pediatra, che sempre più dovrebbe interessarsi approfonditamente di questioni riguardanti l’appropriatezza dei consigli alimentari che dispensa.

Per la parte che ci riguarda (pediatrica) ce la faremo a contribuire alla prevenzione delle NCCD? Finchè ci fermeremo ai tempi di allattamento al seno (pur senza dubbio fondamentale, sia chiaro) e al ritardo di introduzione dei solidi (che però è ormai da più parti dimostrato essere non solo inutile ma potenzialmente dannoso), senza badare alla qualità dei cibi e alla tempistica di introduzione di tutti gli alimenti entro il primo anno di vita, penso sia probabile di no. Grazie per l’eventuale attenzione.

Per approfondire sono illuminanti, tra i numerosissimi, i seguenti articoli:

“Nutritional manipulations in the perinatal period program adipose tissue in offspring” Lukaszewski MA et al. *AmJPhysiolEndocrinolMetab* 305:E1195-E1207, 2013

“Nutrition in early life and the programming of adult disease: a review” Langley-Evans SC *JHumNutrDiet* 2014 Jan 31. doi:10.1111/jhn 12212

....Ma quando si partorisce DI COSA si ha veramente bisogno?

11/7/2013. Sono quasi trent'anni che, per un verso o per l'altro (intendo sia medico che chirurgico), mi occupo di bambini e neonati. Buona parte di questi trent'anni li ho passati in sala parto come neonatologo e come referente pediatrico di reparti di ostetricia e ginecologia, per cui la mia idea di quel che è considerato fondamentale dalle future mamme e dalle puerpere è divenuta abbastanza precisa. Nel mio reparto, all'Aurelia Hospital, cerco di applicare alcune norme di comportamento che nel tempo si sono dimostrate valide sia dal punto di vista dell'assistenza pratica che di quella psicologica, sulla scorta di ciò che l'esperienza mi ha insegnato in merito ai sentimenti e ai bisogni di chi ha appena avuto un figlio. Chi mi conosce sa che l'aspetto umano della professione medica è per me la parte più importante, quindi probabilmente capirà ciò che sto per dire in modo più completo ed immediato. Per chi invece vede il medico come un tecnico, forse il mio discorso sembrerà troppo "filosofico" ed antieconomico ma tant'è: ho sempre pensato e continuo a pensare che scindere il corpo dall'anima non sia il miglior sistema di curare le persone. Vado dunque al sodo.

Negli ultimi anni i tagli alla sanità hanno determinato una contrazione nei servizi la cui fruizione si è fatta più complicata (burocrazia) e con tempi di attesa a volte molto lunghi. A lato di questo anche l'assistenza nei reparti (riduzione del numero di persone adibite all'assistenza medesima) ha avuto un calo di efficienza a totale discapito del paziente che, oltre ad essere penalizzato da una eventuale patologia, si trova spesso a subire

disagi e lungaggini. Questo, a mio avviso, contravviene assolutamente a quanto la sanità dovrebbe garantire.

Nel mio settore (ostetricia e neonatologia) però i problemi si fanno sentire maggiormente se non altro per un motivo di base: partorire NON E' UNA PATOLOGIA DA CURARE ma uno stato da assistere. Questa constatazione dovrebbe essere tenuta presente da chi legifera e decide sui budget da assegnare ai vari centri/nascita. L'atteggiamento è quello di risparmiare su:

- a) giorni di degenza post partum (ridotti a due per uno spontaneo e a tre per un cesareo);
- b) tipologia di parto (tentativo di contrarre a tutti i costi il numero di parti cesarei a prescindere dalle indicazioni);
- c) ampiezza dei centri nascita (con la chiusura minacciata di tutti quelli che, ogni anno, non raggiungono il numero minimo di 1000 parti).

Faccio una premessa (anzi: sottolineo quanto prima detto): IL PARTO NON E' UNA MALATTIA quindi ciò che è richiesto da chi va a partorire non riguarda soltanto l'assistenza medica (in molti Paesi si partorisce a domicilio....e questo la dice lunga) ma anche e soprattutto l'assistenza psicologica, il sostegno all'allattamento, la cura del rapporto madre/figlio. Possiamo essere d'accordo sul fatto che la medicalizzazione del parto ha determinato la necessità di stilare linee guida che regolamentano sia il parto stesso che l'assistenza neonatale, ma un dato IRRINUNCIABILE ED INCONFUTABILE, rimane comunque valido: il 95% dei parti non richiede alcuna assistenza neonatale, il 4% circa richiede un semplice sostegno e sollecitazione del piccolo mentre soltanto l'1-1,5% richiede rianimazione completa e si tratta nella stragrande maggioranza dei casi di prematurità gravi, cardiopatie congenite e quant'altro

spesso prevedibile a monte del parto stesso (e quindi avviabile sicuramente verso centri di terzo livello per l'espletamento della nascita e per l'avvio dell'assistenza).

Mi chiedo, date queste premesse

1) ha un senso penalizzare centri nascita con numero di parti inferiore a 500-1000/anno quando questi rappresentano l'optimum (per il favorevole rapporto numero di nascite/quantità di personale di assistenza) affollando invece con una routine soffocante (parti assolutamente fisiologici) quelli di eccellenza che dovrebbero invece rappresentare i punti di riferimento per la patologia?;

2) ha un senso far partorire miriadi di donne in centri con affluenza massimale quando, nel post-partum, a causa dell'immenso numero di nascite, non c'è possibilità di seguire gli allattamenti e il rapporto madre/figlio (cavandosela con un rooming in che è semplicemente una scusa per togliersi dai piedi i neonati dal nido)?;

3) Ha un senso fare i conti sul numero di cesarei senza badare alle motivazioni effettive, stabilendo "a monte" un tetto del 15% del tutto irrealizzabile se si tiene conto dei rischi medico/legali a cui è esposto il medico in Italia?;

4) ha un senso ridurre i giorni di degenza in modo così drastico (48 ore per uno spontaneo) quando la fisiologia insegna che la montata del latte non interviene efficacemente prima delle 72 ore, il calo fisiologico raggiunge il massimo in quarta giornata e l'ittero tende ad aumentare fino alla terza/quinta (e quindi la donna si trova da sola a casa ad affrontare questi problemi senza controlli efficienti, rischiando iperbilirubinemie patologiche o cali ponderali pericolosi che spesso richiedono ospedalizzazione e quindi paradossalmente incidono sui costi sanitari a livello di

comunità)?

Potrei continuare ma mi fermo. Elencherò solo i punti che la mia esperienza ha evidenziato come fondamentali per un parto sicuro e felice:

1) assistenza in sala parto del pediatra: bene sia per valutare i problemi eventuali del bambino ma soprattutto bene perché il pediatra stesso dovrebbe affiancare l'ostetrica e seguire l'andamento del parto iniziando così la realizzazione di un coinvolgimento genitoriale pre-nascita

2) rapporto tra numero di bambini e personale di assistenza non superiore a 1:3 o 1:5. Questo significa che i centri migliori non sarebbero quelli con grande numero di parti bensì quelli che non superino i 1000 l'anno (l'esatto contrario di ciò che viene preconizzato nelle conferenze stato/regioni)

3) controllo **ACCURATISSIMO** sulla preparazione del personale di assistenza (con corsi di aggiornamento certificati)

4) assistenza per l'allattamento: la donna dovrebbe avere a disposizione del personale che, al bisogno, vada ad aiutare per l'attacco al seno, informi sulla metodica, controlli il calo ponderale, sostenga psicologicamente la madre che può iniziare a destabilizzarsi entrando nella comunissima situazione di depressione post-partum (della quale si parla tanto **MA PER LA QUALE NESSUNO FA NULLA**)

5) creare le condizioni per cui il centro nascita divenga un luogo amico, un punto di riferimento, una seconda casa...un luogo in cui, insieme alla perizia tecnica e alla professionalità, si trovino **CALORE UMANO E SOSTEGNO**. I centri che vantano 5000-6000 parti all'anno **NON SODDISFANO PER NULLA QUESTO CRITERIO**: il parto è fine a se stesso e la donna si trova da sola, senza alcuna indicazione se non quella di

“attaccare spesso”, “non dare nulla di diverso dal seno” e “se non ci riesci è perchè non sei capace: insisti ed imparerai”

Partorire è un evento naturale. Fatte salve le necessarie ed obbligatorie perizie di tutti i membri dello staff (la cui professionalità deve essere al di sopra di ogni sospetto o dubbio), il resto è ACCOGLIENZA, SOSTEGNO, AIUTO E SIMPATIA.

L'eliminazione dei centri nascita con numeri inferiori a 1000 all'anno E' UN ERRORE GRAVISSIMO che verrà pagato in termini di soddisfazione e di sicurezza sia della mamma che del neonato. E' ora di finirla con le voci di “sprechi” e di “contrazione delle spese“.....la malasana inizia dalle amministrazioni che legiferano spesso senza tenere conto dei fatti reali e della vita vera.

Vegetariani e Vegani: una realtà diffusa di cui bisogna tener conto

L'altro giorno ho trovato un commento al mio video sullo svezzamento: "Lei ha ancora il coraggio di parlare di buona alimentazione asserendo che la cosa migliore è mangiare un po' di tutto, e che al bambino va dato formaggio, uova, carne e pesce? L'alimentazione giusta per l'animale uomo è solo quella vegana." Sono rimasto un pò perplesso non per il contenuto del commento, compatibile con la libertà di espressione e di pensiero che ancora (e non so per quanto) caratterizza la nostra società democratica, bensì per il tono perentorio con cui tale enunciato è stato proposto. Non ho intenzione di sindacare sul fatto che molti hanno convincimenti di ordine filosofico, religioso o di stile di vita aventi come base la scelta di rispettare ogni forma di vita animale..... per quanto, ad essere onesti, la vita vegetale è altrettanto rispettabile dal mio punto di vista: quello che geneticamente ci separa dalle piante è ben poco e quindi si riduce apparentemente tutto a una questione di relazione con ciò che costituisce materia per la nostra alimentazione: le piante non strillano, non parlano, non mugolano, non scodinzolano, non hanno occhioni dolci che ci guardano, ma sono vive come una mucca o un cane o un pollo e questo è un fatto, non un'ipotesi. Ma questo è collaterale nel discorso che intendo fare sul tema. Vorrei sottolineare soltanto alcune discrepanze riguardo alle asserzioni che i seguaci di questi stili di vita fanno in merito alla salubrità ed all'equilibrio del loro regime alimentare, soprattutto per ciò che attiene agli organismi in via di sviluppo (e a me, quando si tocca la salute

dei bambini, viene spontaneo di non tacere e di spiegare). Vorrei prima di tutto (e a scampo di ogni equivoco) spezzare una lancia a favore dei vegetariani (sia latte che latte-ovo): qui c'è effettivamente un equilibrio nutrizionale efficiente per quanto occorra comunque fare i conti con qualche piccola carenza facilmente rimediabile, ma si tratta di cose di poco conto e tutto sommato sono pienamente d'accordo che una larga base vegetale integrata naturalmente con alimenti DI ORIGINE animale (per ottenere i quali non si massacrano nessuno) sia certamente sana e praticabile con grandi risultati in merito al complesso della salute e alla longevità. Ben venga quindi il vegetarianesimo anche per i bambini seppure ci sia da discutere sulle quantità e sulla frequenza di somministrazione di alcuni alimenti (ad esempio, e ne cito soltanto uno dei tanti, l'eccesso di fitati porta ad una chelazione del ferro, dello zinco e del calcio alimentari impedendone un assorbimento efficace.....ed altro). In definitiva occorre solo attenzione e bilancio ma tutto ciò che si apporta è sufficiente per l'omeostasi.

Mi preoccupano un pochino i vegani i quali hanno un atteggiamento obiettivamente restrittivo ed accompagnato da una ferrea convinzione (praticamente una fede) che tutto ciò che non sia vegano sia cattivo. Ho quindi alcune obiezioni su quanto viene da essi predicato.

1) L'alimentazione vegana è la migliore per l'animale uomo: non sto a scendere in particolari ma da qualche migliaio di anni abbiamo abbandonato gli alberi e la selezione naturale ci ha enzimaticamente e metabolicamente trasformato ineluttabilmente in onnivori. Se così non fosse non avremmo rischi di carenze adottando una dieta esclusivamente vegetale (e di queste carenze sono i vegani stessi a parlare mettendo in

guardia sugli elementi da integrare per evitare guai)

2) L'alimentazione vegana è la più naturale: in ordine a questa affermazione possiamo tranquillamente e serenamente notare che una dieta che richieda arricchimenti in elementi che si trovano solo nei derivati animali (vedi la B12 ed alcuni aminoacidi essenziali) trova in se stessa una contraddizione: il bisogno di assumere questi elementi implicitamente significa che di quegli elementi nella loro dieta c'è carenza (vogliamo chiamarla incompletezza? inadeguatezza? mancanza di qualcosa?...), erga la naturalità vegana per l'uomo decade in modo piuttosto deciso

3) L'alimentazione vegana è la più adatta anche ai bambini: parliamo di organismi in crescita, attenzione! Posso ancora stare a guardare quando l'accettazione del regime alimentare proposto sia da parte di un adulto (che deve pensare solo al ricambio) ma non riesco a tacere quando si coinvolge la salute di un bambino (che invece deve crescere ed ha un metabolismo ben differente). Le carenze, che già nell'adulto sono abbastanza vistose, nel bambino diventano rischiose. Dunque lasciamoli crescere da onnivori fino a sviluppo completato e poi che scelgano quale regime dietetico abbracciare

Anche dal punto di vista del proselitismo ci sarebbe da fare qualche appunto (benevolo, per carità, ma nondimeno puntuale). Si impone a bambini piccoli ed anche piccolissimi un'abitudine alimentare ristretta (e come abbiamo visto incompleta dal punto di vista degli equilibri) in un momento della vita in cui non possono scegliere ed in una situazione nella quale si determinano, dal punto di vista delle tolleranze alimentari e dello sviluppo in generale, grandi trasformazioni, di

fatto impedendo che da grandi possano “virare” all’alimentazione in senso onnivoro senza conseguenze. Se per anni non si presentano ai sistemi digestivi una varietà di alimenti verso i quali si instauri tolleranza, all’eventuale introduzione degli esclusi si avranno conseguenze derivanti proprio dall’incapacità dei sistemi medesimi di processarli. In pratica si condannano persone a mantenere un regime alimentare ristretto anche nei casi in cui volessero cambiarlo. Sostanzialmente non ho nulla contro chi compie scelte di vita specifiche, anche molto diverse dalla mia personale: ognuno trae le debite conseguenze dal proprio agire. Quando si decide per la vita altrui, però, sarebbe opportuno usare prudenza. Il mio pensiero è riassumibile in poche parole: Educazione al rispetto della natura e degli animali sin da piccolissimi, mantenendo una dieta variata (al limite vegetariana) fino a completo sviluppo, per poi lasciar decidere consapevolmente il soggetto se è il caso di abbracciare stili di vita più radicali (una volta raggiunto, però, un equilibrio generale che metta al riparo da possibili danni). Gentili Vegani: io rispetto il vostro convincimento ma vorrei altrettanto rispetto e buonsenso nei confronti di evidenze che hanno contro ben pochi argomenti. L’impatto ambientale degli allevamenti, i sistemi alimentari “sostenibili” e quant’altro non riguardano gli alimenti in se ma soltanto LE LORO QUANTITA’ sia in senso produttivo che di consumo. TUTTI GLI ECCESSI FANNO MALE (carne, derivati animali, ecc. ma anche integralismi filosofico/religiosi e restrizioni alimentari fatte in nome del salutismo).

Con che cosa ha a che fare l'OMS (WHO)?

Fonti non affidabili di approvvigionamento idrico, assenza di qualsiasi presidio sanitario, promiscuità tra uomini e animali (che spesso condividono le stesse sorgenti di acqua), assenza di canalizzazione/depurazione dei liquami, guerre e povertà diffusa, assenza di accesso a cure sia di prevenzione che di emergenza...e questo riguarda una bella fetta di umanità.

Per renderci conto darò qualche numero di riferimento:

L'Asia conta il 60% della popolazione mondiale (ma presa da sola la Cina è il 20% e l'India il 17%), l'Africa il 12%, il Sud America il 5,3%...quindi l'80% della popolazione mondiale è concentrata in questi luoghi in cui si concentra anche la maggior quota di disparità sociali, guerre e mancanza di servizi/cibo.

783 milioni di persone NON HANNO FONTI DI APPROVVIGIONAMENTO IDRICO; 2,5 miliardi di persone non hanno alcun presidio sanitario (acqua corrente, servizi igienici, fogne, ecc.); 1,1 miliardi di persone allegramente defecano all'aria aperta in vicoli, rivoli e quant'altro, spesso in vicinanza delle fonti di approvvigionamento idrico; non si contano le persone che vivono in ambiente rurale ed anche in grandi centri urbani che non hanno separazione tra i propri ambienti e quelli degli animali allevati (polli, maiali, pecore, ecc. vivono sotto lo stesso tetto coi proprietari).

L'Europa (nella quale sono pure presenti sacche di popolazione che condivide con l'Asia le sue povertà), il Nord America e l'Oceania, messe insieme rappresentano circa il 20% della popolazione mondiale. Le metto insieme per un motivo

semplice: rappresentano gli unici luoghi al mondo in cui l'approvvigionamento idrico sia costante e controllato, i presidi sanitari siano presenti, l'approvvigionamento alimentare sia variato e costante ed in cui NON VI SIANO GUERRE SUL TERRITORIO.

L'OMS ha a che fare con tutto questo e deve cercare di rendere effettivi interventi che evitino la malattia e la morte di milioni di individui per le cause più varie, evidentemente avendo la maggiore attenzione per quella porzione di umanità che è in carenza (e con questo intendo carenza DI TUTTO). Tralascio la parte strettamente sanitaria (vaccini, medicine, AIDS e quant'altro) per arrivare al punto che mi interessa discutere: l'alimentazione.

Nelle condizioni precarie in cui versa l'80% della popolazione mondiale non si può non cercare un modo per contenere i rischi di malattia determinati da scarsa igiene e precarie fonti di cibo/acqua. La mortalità neonatale/infantile si contiene limitando al massimo il contatto fra il bambino e la sporcizia che lo circonda e massimizzando l'uso dei nutrienti a disposizione. Per un neonato/lattante L'UNICA FONTE SICURA DI ALIMENTO E' IL LATTE MATERNO, prima di tutto per la gratuità, poi per il bilancio calorico ed infine per il suo potere protettivo nei confronti delle malattie. Non ultimo vantaggio è il fatto che l'allattamento fa da "anticoncezionale naturale" e quindi rende meno probabili altre gravidanze. Prolungando l'allattamento al seno fin oltre i due anni e rimandando l'uso di alimenti complementari (che aumentano il rischio di infezione oltre che di alterazione dell'equilibrio metabolico se non sono adatti) NON SI FA LA SCELTA TEORICAMENTE MIGLIORE (che sarebbe quella

di arricchire a tempo debito il l.m. con cibi che reintegrino ferro, oligoelementi, proteine, ecc.) MA QUELLA PRATICAMENTE PIU' SICURA e adatta a condizioni precarie. La discrepanza che esiste fra i lavori scientifici di ricerca in campo alimentare (volti a rendere migliore il bilancio calorico e l'apporto di nutrienti/alimenti in età neonatale/infantile) e le raccomandazioni dell'OMS in materia di allattamento/svezzamento/idratazione sono spiegabili con una valutazione semplice ma lampante: DARE ACQUA è FONDAMENTALE (ma in condizioni di dubbia purezza meglio di no); SVEZZARE A 4 MESI E' FONDAMENTALE (ma in assenza di cibi adeguatamente preparati e conservati meglio di no); IL LATTE ARTIFICIALE E' UNA ALTERNATIVA AL LATTE MATERNO (ma in assenza di fonti certe di acqua, di denaro sufficiente per l'acquisto e di mezzi per la conservazione meglio di no).

Insomma si deve per forza fare una distinzione fra “developed countries” (Europa, Nord America e Oceania) e “developing countries” (gran parte dell'Asia, Africa e Sud America).

Non si tratta di una divisione classista o razzista: TUTTI DOVREBBERO AVERE LE STESSE POSSIBILITA' ma trattandosi di un problema complesso che coinvolge politiche particolari (spesso perverse e non di rado spinte proprio da quel 20% di mondo che domina dal punto di vista del benessere), la soluzione NON E' peggiorare le condizioni di quelli che stanno bene TOGLIENDO LORO LA POSSIBILITA' DI RISPETTARE IL TREND ALIMENTARE “IDEALE” E MIGLIORE, MA CERCARE DI MIGLIORARE QUELLA DI COLORO CHE STANNO MALE (attraverso politiche di miglioramento della qualità della vita nel suo complesso

(!!!!) e non solo elargendo consigli che tamponano situazioni d'emergenza ma non risolvono i problemi di fondo).