

Contaminazione del Latte Artificiale da parte di Enterobatteri

La maggior parte delle madri, e probabilmente la maggior parte degli operatori sanitari specializzati, se interrogati, affermerebbero che il latte in polvere è un prodotto sterile. I produttori ed i distributori non avvertono in modo spontaneo i consumatori che non è così. Ma quando sottoposti ad analisi di laboratorio, il 52,5% di 141 campioni di latte artificiale proveniente da 35 paesi è risultato contaminato da Enterobatteri (1). Questo si verificava nel 1988. Quella segnalazione non sollevò preoccupazione dal momento che il grado di contaminazione batterica risultava al di sotto degli standard fissati dalla legislazione internazionale. Da allora, comunque - ed anche in precedenza - ci sono state numerose segnalazioni di casi ed epidemie di infezione e malattia (sepsi, meningite, diarrea, enterocolite necrotizzante, infezione delle vie urinarie) provocate dalla contaminazione batterica nel latte artificiale. E' stato dimostrato che tale contaminazione era intrinseca, cioè dovuta alla presenza di Enterobatteri prima che il contenitore fosse aperto, diversamente dalla ben nota contaminazione che si verifica dopo l'apertura (fino al 92% dei campioni) (2).

Le epidemie ed i casi singoli sono stati provocati da Salmonelle e, più spesso, dall' Enterobacter Sakazakii (noto in precedenza come Enterobacter cloacae a pigmentazione gialla), quasi sempre in reparti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), cioè in neonati ammalati e/o prematuri. Era stato questo il caso, per esempio, della epidemia segnalata nel Tennessee, USA, dove su 49 neonati presenti nella TIN (3), 1 morì di meningite, 2 contrassero infezione e malattia, ed altri 7 risultarono colonizzati dall'E. Sakazakii. Altre segnalazioni sono giunte da Belgio, Spagna ed Israele. Veramente, un allarme di maggiore importanza è stato sollevato nel corso del 2002 dal verificarsi della stessa infezione e malattia in un neonato a termine, sano, dell'età di 5 giorni che è morto di meningite in Belgio (4). Una meningite da E. Sakazakii è stata anche segnalata in un neonato sano alimentato con latte formulato in Islanda nel 1987 (5). Non sappiamo se la situazione sia più frequente di quanto segnalato, specie in quei Paesi in cui la mortalità infantile è elevata, dal momento che la capacità di diagnosticare l'infezione da E. Sakazakii è scarsa o nulla, ed il sistema di rilevazione è poco efficiente.

L'allarme sollevato dalla contaminazione nel latte in polvere e dalle elevati percentuali di mortalità nella casistica (dal 33% al 75%), ha portato al ritiro di partite sospette di latte formulato; da parte della Nestlé in Belgio e da parte della Mead Johnson negli USA. Nel Novembre 2002, la Wyeth ha ritirato una partita completa di prodotti (11 marchi differenti), prodotta in una delle sue fabbriche negli USA che si era scoperta contaminata. L'allarme ha anche condotto le autorità sanitarie del Belgio ed USA alla emanazione di norme di sicurezza rivolte agli operatori sanitari, in gran parte sulla preparazione, manipolazione, conservazione e somministrazione di latte in polvere in TIN e Nidi. Anche in altri Paesi sono state emanate avvertenze per gli operatori sanitari, principalmente attraverso giornali o bollettini di società scientifiche professionali.

Ci sono parecchi motivi perché ciò possa non bastare. Per prima cosa, la percentuale di operatori sanitari informati probabilmente è ancora molto bassa, specialmente nei Paesi a basso reddito. Secondariamente, le avvertenze possono condurre ad una migliore pratica nella preparazione e nella manipolazione dei pasti con latte artificiale, ma possono non ridurre il suo utilizzo diffuso, ed in genere non necessario. Terzo punto, a vantaggio dei produttori, le avvertenze possono portare alla sostituzione del latte in polvere con formula liquida, che è sterile. Se ciò accadesse, comporterebbe un costo economico aumentato per le famiglie e per i Servizi Sanitari, e forse una alimentazione di

minore efficacia nei prematuri (c'è infatti una certa evidenza che il latte liquido in questo gruppo di età possa risultare di valore nutrizionale minore rispetto al latte in polvere). Potrebbe anche fare sì che gli operatori sanitari e le mamme dimentichino le pratiche di sicurezza per l'uso del latte in polvere con conseguente aumento del rischio nel caso se ne renda necessario l'utilizzo.

Ma il fatto più importante è che le avvertenze non sono state indirizzate ai consumatori. E' necessario che loro sappiano che i prodotti che ricevono in Ospedale e negli ambienti sanitari, o che comprano in farmacie e negozi, non sono sterili e sono portatori di un rischio piccolo, ma significativo. Tali avvertenze dovrebbero essere ben evidenziate sulle etichette su tutto il materiale promozionale progettato per la commercializzazione del prodotto. I consumatori e le associazioni per la protezione dell'allattamento al seno dovrebbero poi esercitare pressione sui produttori e sui governi così che le regole del Codice Alimentare (Codex Alimentarius) vengano modificate per comprendere un tale provvedimento. Inoltre, le regole del Codice dovrebbero prevedere la riduzione del grado accettabile di contaminazione batterica del latte in polvere per poter stimolare processi produttivi più rigorosi e più sicuri.

Infine, come chiaramente stabilito dalle autorità Belghe(6), gli Ospedali non dovrebbero accettare donazioni gratuite di latte artificiale e non dovrebbero dare campioni gratuiti alle madri. L'utilizzo del latte artificiale dovrebbe essere limitato a quei pochi piccoli che ne abbiano veramente bisogno (malattia materna molto grave, uso di farmaci assolutamente controindicati in corso di allattamento al seno, rare malattie metaboliche congenite del neonato, peso alla nascita molto basso ed immaturità). Tutti gli altri piccoli possono essere alimentati esclusivamente al seno. In realtà, tali provvedimenti sarebbero attuati se tutti gli Ospedali con servizi di maternità divenissero Amici dei Bambini, come stabilito da parte dei criteri globali UNICEF/OMS.

1. Muytjens HL, Roelofs-Willems H, Jaspar GH. Quality of powdered substitutes for breastmilk with regard to members of the family Enterobacteriaceae. J Clin Microbiol 1988; 26:743-6
2. Suthienkul O et al. Bacterial contamination of bottle milk in infants under six months in Children's Hospital, Bangkok, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1999;30:770-5
3. Centers for Disease Control and Prevention. *Enterobacter sakazakii* infections associated with the use of powdered infant formula – Tennessee, 2001. MMWR 2002;51:298-300
4. See the Ibfan Press Release of 10 May 2002 at <http://www.ibfan.org/english/news/press/press10may02.html>
5. Biering G et al. Three cases of neonatal meningitis caused by *Enterobacter sakazakii* in powdered milk. J Clin Microbiol 1989;27:2054-6
6. Inspection Générale des Denrées Alimentaires. Circulaire pour les hôpitaux généraux du 29 Août 2002 (DA35157/L31/PVDM). Mesures d'hygiène pour l'alimentation des nourrissons et mise à disposition d'aliments pour nourrissons dans les maternités.

Perché allattare al seno

Cancro della mammella

Gruppo collaborativo sui fattori ormonali nel cancro della mammella. Cancro mammario ed allattamento al seno: analisi collaborativa di dati individuali provenienti da 47 studi epidemiologici effettuati in 30 paesi, che comprendono 50.302 donne affette da cancro del seno e 96973 donne senza la malattia. Lancet 2002;360:187-95

Questa rassegna sistematica di 47 studi effettuati in 30 paesi dimostra che più a lungo le donne allattano al seno più risultano protette nei confronti del cancro della mammella. Le donne affette da cancro al seno avevano avuto, in media, un numero minore di figli rispetto ai controlli (2.2 invece di 2.6); il 71% aveva allattato almeno una volta al seno, mentre tra le madri non affette da cancro, il 79% aveva allattato al seno. Inoltre tra le madri che avevano allattato al seno, la durata media dell'allattamento risultava più breve per quelle che in seguito sviluppavano il cancro (9.8 invece di 15.6 mesi). Il rischio relativo di cancro mammario si riduceva del 4.3% per ogni anno di allattamento al seno. Inoltre c'era una riduzione del 7.0% per ogni ulteriore figlio. La diminuzione del rischio relativo di cancro mammario associata con l'allattamento al seno risultava simile per donne residenti sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo, e non variava in modo significativo con l'età, lo stato di menopausa, l'etnia, il numero dei figli, l'età materna al momento della nascita del primo figlio, o nessuna di altre 9 caratteristiche personali esaminate. Viene stimato che nei paesi sviluppati, l'incidenza globale del cancro della mammella dovrebbe essere ridotta di più della metà (dal 6.3 al 2.7 per 100 donne dall'età di 70 anni) se lì le donne avessero il numero medio di parti e la durata media dell'allattamento al seno prevalenti fino ad epoca recente nei paesi in via di sviluppo. L'allattamento al seno potrebbe essere responsabile per quasi 2/3 di questa riduzione stimata nell'incidenza di cancro mammario.

Infezioni respiratorie acute e diarrea

Arifeen S, Black RE, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. L'allattamento al seno esclusivo riduce le infezioni respiratorie e la diarrea acuta tra i lattanti di Dacca. Pediatrics 2001;108:e 67.

E' stato effettuato uno studio prospettico osservazionale condotto su una coorte di 1.677 neonati nel Bangladesh, con un follow-up della durata di 12 mesi. Poiché alla maggior parte dei neonati venivano somministrati acqua, soluzione glucosata, miele od altri liquidi per i primi giorni dopo la nascita, l'allattamento al seno esclusivo risultava soltanto il 6% al momento dell'ingresso nello studio; aumentava al 53% ad 1 mese e poi diminuiva gradualmente fino al 5% a 6 mesi. L'allattamento al seno predominante diminuiva dal 66% al momento dell'ingresso nello studio fino al 4% a 12 mesi di età. Pochissimi neonati non erano stati allattati, mentre il rapporto di neonati parzialmente allattati aumentava con l'età. La percentuale complessiva di mortalità infantile risultava di 114 per 1.000 nati vivi. Confrontato con l'allattamento esclusivo al seno nei primissimi mesi di vita, l'allattamento parziale o il non allattare al seno risultavano associati ad un rischio 2.23 volte più alto di morte infantile derivante da ogni causa ed a un rischio 2.40 e 3.94 volte più alto di morti attribuibili ad infezioni respiratorie acute (IRA) e diarrea, rispettivamente.

Trasmissione madre – figlio dell'HIV

Miller M, Iiff P, Stoltzfus RJ, Humphrey J. Eritropoietina del latte materno e trasmissione madre-figlio dell'HIV attraverso il latte materno. Lancet 2002;360:1246-8

Che cosa protegge l'85% dei piccoli di madri HIV positive allattati al seno che non vengono infettati? Questo articolo suggerisce l'ipotesi che l'eritropoietina (EPO), un ormone del latte umano, possa avere un ruolo nella prevenzione della trasmissione dell'HIV in corso di allattamento al seno. L'EPO potrebbe conservare l'integrità dell'epitelio mammario riducendo così la carica virale nel latte, oppure potrebbe mantenere l'integrità dell'epitelio intestinale nel neonato alimentato al seno, facendo così in modo che il virus ingerito con il latte non diventi infettante. E' necessario che tale ipotesi venga verificata da ulteriori studi sperimentali.

Epatite C

Network. Pediatrico europeo sul virus dell'epatite C. Effetti della modalità del parto e dell'alimentazione infantile nei confronti del rischio di trasmissione madre-figlio dell'HCV. European Paediatric Hepatitis C Virus Network. BJOG 2001;108:371-7

I risultati di questo studio suggeriscono che le donne HIV-positive dovrebbero essere sottoposte al parto mediante taglio cesareo e dovrebbero evitare di allattare al seno se sono anche HCV positive. D'altra parte, se sono soltanto HCV positive, dovrebbero essere in grado di scegliere la modalità del parto, come pure il modo di alimentare il loro bambino. Dati che si riferiscono a 1.474 donne HCV positive (di cui 503, il 35% presentavano co-infezione con l'HIV) ed ai loro figli mostrano che le donne co-infettate hanno una probabilità più che raddoppiata di trasmettere il virus dell'epatite C ai loro piccoli, rispetto alle donne che presentavano soltanto l'infezione con il virus dell'epatite C. Tra le donne che presentavano l'infezione da virus dell'epatite C isolata, analisi multivariate non sono riuscite a dimostrare un effetto significativo della modalità del parto o dell'allattamento al seno. Tuttavia, le donne che presentavano una co-infezione con l'HIV e che avevano partorito mediante taglio cesareo avevano una probabilità inferiore del 60% di avere un figlio infettato rispetto a quelle che avevano partorito per via vaginale, e quelle che avevano allattato al seno avevano una probabilità 4 volte superiore di infettare i loro bambini rispetto a quelle che non avevano allattato. I piccoli HIV positivi avevano una probabilità da 3 a 4 volte superiore di essere anche HCV positivi rispetto ai piccoli HIV negativi.

Gourmet ? (buongustai)

Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Apprendimento prenatale e post natale del sapore da parte dei neonati umani. Pediatrics 2001;107:e 88

Mennella JA, Beauchamp GK. L'esperienza di sapori in corso di alimentazione con latte artificiale è correlata alle preferenze durante il periodo della seconda infanzia. Early Human Development 2002;68:71-82

L'esperienza prenatale e nel primissimo periodo post-natale ad un determinato sapore, fa aumentare il piacere del bimbo nei confronti di quel sapore durante il periodo dello svezzamento e nella seconda infanzia. L'esperienza molto precoce di sapori può fornire le basi per differenze culturali ed etniche presenti in cucina. Queste conclusioni provengono da 2 studi clinici randomizzati. Nel primo, alcune donne gravide venivano assegnate a 3 diversi gruppi. Le madri del 1° gruppo bevevano succo di carota durante la gravidanza ed acqua durante l'allattamento, le madri del 2° gruppo bevevano acqua durante la gravidanza e succo di carota durante l'allattamento, mentre quelle del 3° gruppo bevevano acqua sia durante la gravidanza che l'allattamento. Circa 4 settimane dopo che le madri avevano iniziato ad integrare la dieta dei loro piccoli con cereali e prima che i bambini si fossero mai alimentati con cibi o succhi contenenti il sapore di carote, i piccoli sono stati video-registrati durante un pasto di cereali preparato con acqua nel corso di una prova e durante un pasto con cereali preparato con succo di carote nel corso di un'altra prova. Subito dopo ogni prova, le madri hanno

attribuito ai loro piccoli un punteggio per il piacere del cibo variabile da 0 a 9 punti. I risultati dimostravano che i bambini che erano stati esposti al sapore delle carote nel liquido amniotico o nel latte materno presentavano un numero inferiore di espressioni facciali negative durante il pasto con cereali al sapore di carota rispetto al pasto con soli cereali, mentre i bambini di controllo le cui madri avevano bevuto acqua durante la gravidanza e l'allattamento non presentavano una tale differenza.

Nel secondo studio, alcuni neonati, le cui madri avevano deciso per l'alimentazione artificiale, venivano nutriti con differenti tipi di latte artificiale presenti sul mercato. All'età di 4-5 anni veniva quindi saggiata la loro preferenza per i differenti sapori. Quando venivano confrontati con i bambini che erano stati alimentati con latte artificiale normale (n=27), i bambini che avevano assunto latte in polvere a base di idrolisati proteici (n=50) con maggiore probabilità preferivano succhi di sapore amaro. Quelli alimentati con latte di soya (n=27) preferivano invece preferivano il succo di mela dal sapore agro. Il fatto che le conseguenze di una alimentazione con latti artificiali differenti modificasse anche le preferenze per il cibo dei bambini viene suggerito dalle segnalazioni delle madri che i bambini nutriti con idrolisati o latti di soya mostrano una più significativa probabilità di preferire i broccoli rispetto a quelli alimentati con latte in polvere vaccino normale.

Come allattare al seno

Contatto pelle a pelle precoce.

Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I.: Effetti del contatto precoce pelle a pelle dopo il parto sulla durata dell'allattamento al seno: studio di coorte prospettico. *Acta Paediatr* 2002;91:1301-6

L'attuazione del contatto pelle a pelle precoce in un gruppo di 1.250 bambini Polacchi seguiti fino all'età di 3 anni aumentava in maniera significativa la durata media dell'allattamento al seno. I neonati tenuti con le madri per almeno 20 minuti venivano alimentati esclusivamente al seno 1.35 mesi di più e svezzati 2.10 mesi più tardi rispetto a coloro che non avevano avuto nessun contatto pelle a pelle dopo il parto.

Ciucci

Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, DeBlieck EA, Oakes D, Lawrence RA.: Studio clinico randomizzato sull'utilizzo del ciuccio e sull'alimentazione con il poppatoio o con il bicchierino e sul loro effetto sull'allattamento al seno. *Pediatrics* 2003;111:511-8

Un precedente studio randomizzato sull'effetto dei ciucci sull'allattamento al seno vedi (Breastfeeding Briefs 33, Kramer et al. *JAMA* 2001;286:322-6) suggeriva che l'utilizzo del ciuccio poteva rappresentare un segnale di difficoltà nell'allattamento al seno o di ridotta motivazione ad allattare al seno, piuttosto che una causa vera di svezzamento precoce. Lo studio randomizzato attuale, al contrario, conclude che l'uso del ciuccio nel periodo neonatale è dannoso per l'allattamento al seno esclusivo e globale. Un totale di 700 neonati allattati al seno (E.G. 36-42 settimane, peso alla nascita 2.200gr o più) venivano assegnati in modo casuale ad 1 su 4 raggruppamenti di intervento: poppatoio/uso precoce del ciuccio (n.=169), poppatoio/uso tardivo del ciuccio (n.167), bicchierino/uso precoce del ciuccio (n.=185), oppure bicchierino/uso tardivo del ciuccio (n.179). L'assegnazione al gruppo del bicchierino invece che del poppatoio si rivolgeva ai piccoli che ricevevano pasti supplementari. In questo modo, si sarebbero potuti valutare gli effetti dei 2 tipi di esposizione ad un capezzolo artificiale sulla durata dell'allattamento al seno: 1) alimentazione con il bicchierino invece che con il poppatoio per somministrare le integrazioni durante la permanenza in ospedale, e 2) introduzione del ciuccio precoce (2-5 giorni) nei confronti di quella tardiva (più di 4 settimane). I dati venivano raccolti al momento del parto ed a 2, 5, 10, 16, 24, 38 e 52 settimane dopo

il parto. I pasti supplementari, indipendentemente dal metodo di somministrazione, (bicchierino o poppatoio) determinavano un effetto dannoso sulla durata dell'allattamento al seno. L'allattamento esclusivo al seno materno all'età di 4 settimane risultava meno probabile tra i piccoli esposti al ciuccio. L'utilizzo precoce del ciuccio, se confrontato con quello tardivo, riduceva la durata globale dell'allattamento al seno, ma non aveva effetti sull'esclusività o sulla durata totale. Questi risultati confermano le raccomandazioni di evitare l'esposizione dei piccoli allattati al seno ai capezzoli artificiali nel periodo neonatale.

Lavoro Materno

Noble S; The ALSPAC Study Team. Studio longitudinale di Avon su gravidanza ed infanzia. Lavoro materno ed inizio dell'allattamento al seno. *Acta Paediatr* 2001;90:423-8

Questo studio prende in esame la questione se decidere di lavorare dopo il parto abbia effetto sull'inizio dell'allattamento al seno. I suoi risultati evidenziano l'importanza che le madri lavoratrici siano protette da indennità di parto e da un'adeguata lunghezza del congedo per maternità. Le madri di 10.530 neonati a termine, durante la gravidanza, hanno fornito informazioni sui loro programmi di lavoro post-partum e sui loro metodi iniziali di alimentare i piccoli. Da parte di 7.642 di queste madri venivano anche fornite notizie sull'epoca dei loro programmi di impiego post-partum. In totale, 8.316 (79%7 donne iniziavano l'allattamento al seno. Le donne di maggiore età, di istruzione di grado più elevato, le donne che avevano programmato o stavano programmando la frequenza ai corsi di preparazione al parto, quelle che erano state allattate da piccole, che non fumavano, e che stavano per dare alla luce il loro primo bambino, risultavano avere una probabilità più significativa di iniziare ad allattare al seno. La decisione di allattare al seno non risultava associata a "nessun" programma di lavoro post-partum. Comunque, le donne che avevano programmato di iniziare a lavorare prima di 6 settimane dopo il parto, avevano una probabilità significativamente minore di iniziare l'allattamento al seno in confronto a quelle che non avevano intenzione di lavorare dopo il parto.

Rompere le regole

Aguayo VM, Ross JS, Kanon S, Ouedraogo AN. Controllo della compliance al codice internazionale della commercializzazione dei sostituti del latte di donna nell'afrika Occidentale: indagine cross-sezionale multisede nel Togo e nel Burkina Faso. *BMJ* 2003;326:113-4

Questo studio trasversale multicentrico in 43 strutture sanitarie ed in 66 supermercati e punti di distribuzione, con interviste a 186 operatori sanitari ed a 105 madri di bimbi di meno di 6 mesi di età, ha dimostrato ancora una volta che le violazioni del Codice Internazionale sono sistematiche. Sei strutture sanitarie (il 14%) avevano ricevuto donazioni di sostituti del latte materno. Tutte le donazioni venivano date alle madri gratuitamente. Gli operatori sanitari in cinque strutture sanitarie (12%) avevano ricevuto campioni gratuiti di sostituti del latte materno per scopi diversi da ricerca o valutazione professionale. Gli operatori sanitari professionali in cinque strutture sanitarie (il 12%) avevano ricevuto regali dai produttori come promozioni. In sette strutture sanitarie (16%) è stato trovato materiale promozionale di sostituti commerciali del latte materno. In 29 punti vendita e di distribuzione (44%) sono stati trovati espositori speciali per lanciare sul mercato sostituti commerciali del latte materno. Quaranta sostituti commerciali del latte materno hanno violato gli standard di regolamentazione delle etichette previste dal Codice: 21 di questi erano prodotti da Danone, 11 da Nestlé e 8 da altri produttori nazionali ed internazionali. La maggior parte (90%) degli operatori sanitari non aveva mai sentito parlare del Codice, e 66 madri (il 63%) non avevano mai ricevuto alcun consiglio sull'allattamento al seno da parte dei loro operatori sanitari. L'attuazione delle regole del

Codice continua ad essere essenziale per la protezione dell'allattamento al seno contro procedure non etiche di immissione sul mercato di sostituti del latte materno.

Madri Adolescenti

Quinlivan JA, Box H, Evans SF. Visite domiciliari postnatali in madri adolescenti: uno studio randomizzato controllato. *Lancet* 2003;361:893-900

In questo studio randomizzato, 139 ragazze adolescenti che frequentavano una clinica per la gravidanza adolescenziale sono state suddivise per ricevere 5 visite postnatali strutturate da parte di Infermiere-Ostetriche (n= 65) oppure no (n=71). Dopo la compilazione di un questionario prenatale per la definizione delle loro conoscenze in campo di contraccezione, vaccinazioni dell'infanzia ed allattamento al seno, sono state effettuate interviste di inquadramento 6 mesi dopo il parto. Le visite domiciliari post-natali sono risultate associate ad una riduzione delle prognosi neonatali sfavorevoli ed ad un significativo incremento della conoscenza nel campo della contraccezione comunque, non è risultato alcun aumento significativo della conoscenza nei confronti di allattamento al seno o dei programmi di vaccinazioni dell'infanzia;

Consulenti alla pari (Peer Counsellors)

Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B.L' effetto del sostegno alla pari sulla durata dell'allattamento al seno tra donne primipare: uno studio clinico controllato randomizzato. *CMAJ* 2002;166:21-8

Questo studio controllato randomizzato ha valutato l'effetto del sostegno alla pari (da madre a madre) sulla durata dell'allattamento al seno tra madri che stanno allattando al seno per la prima volta. 256 madri che allattavano al seno provenienti da 2 ospedali locali nei pressi di Toronto, Canada, sono state assegnate in modo casuale ad un gruppo di controllo (cure convenzionali) oppure ad un gruppo di sostegno alla pari (cure convenzionali più un sostegno su base telefonica, iniziato entro 48 ore dalla dimissione dall'ospedale; tale sostegno veniva fornito da una donna che aveva fatto esperienza di allattamento al seno, che aveva frequentato una seduta di orientamento della durata di 2.5 ore). Un follow-up della durata dell'allattamento al seno, della soddisfazione materna per il metodo di alimentazione del piccolo e la percezione del sostegno alla pari, veniva condotto a 4, 8, e 12 settimane dopo il parto. In modo significativo, un numero maggiore di madri del gruppo di sostegno alla pari continuava ad allattare al seno 3 mesi dopo il parto rispetto al gruppo di controllo (81% invece di 67%), facendolo anche in modo esclusivo (57% invece di 40%). Le percentuali di allattamento al seno a 4, 8, e 12 settimane post-partum risultavano rispettivamente 92%, 85% ed 81% tra le madri nel gruppo di sostegno alla pari, in confronto con 84%, 75% e 67% tra quelle nel gruppo di controllo. Inoltre, quando veniva loro richiesta una valutazione globale della loro esperienza di nutrici, un numero inferiore di madri risultava significativamente non soddisfatta nel gruppo di sostegno alla pari rispetto al gruppo di controllo (1.5% invece di 10.5%). Delle 130 madri che avevano valutato l'intervento di sostegno alla pari, l'82% risultava soddisfatta per la loro esperienza di volontarie alla pari ed il 100% aveva la sensazione che a tutte le neo-mamme che allattassero al seno avrebbe dovuto essere offerto questo intervento di sostegno alla pari.

Allattamento al seno in Norvegia

Lande B, Andersen LF, Bærug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB, Bjørneboe G-Eaa.: Pratiche di alimentazione infantili e fattori associati nei primi 6 mesi di vita. The Norwegian Infant Nutrition Survey. *Acta Paediatr* 2003;92:152-61

Alla maggior parte di donne Norvegesi è consigliato di allattare esclusivamente al seno per 6 mesi i loro piccoli. Tuttavia, la durata dell'allattamento al seno esclusivo risulta più breve di quanto raccomandato. Questa conclusione è stata tratta da questionari auto somministrati sulla frequenza dei pasti, compilati da 2.383 madri quando i loro piccoli avevano 6 mesi e 36 mesi di età. Soltanto l'1% dei piccoli non era mai stato allattato al seno. La percentuale dei piccoli allattati al seno era del 96% ad 1 mese, 85% a 4 mesi ed 80% a 6 mesi. La percentuale dei piccoli alimentati esclusivamente al seno risultava del 90% ad 1 mese, 44% a 4 mesi, e 7% a 6 mesi; al 21% dei piccoli venivano introdotti nella dieta cibi solidi prima dell'età di 4 mesi. Sono state individuate tendenze significativamente positive nell'età materna, nel livello di istruzione materna e nel grado di urbanizzazione, per quanto si riferiva ad allattamento al seno esclusivo all'età di 4 mesi ad allattamento al seno a 6 mesi e ad epoca di introduzione adeguata di cibi solidi (non prima dei 4 mesi). Al contrario sono state individuate associazioni negative con il fumo materno. Infine, sia l'allattamento esclusivo al seno a 4 mesi e l'allattamento al seno a 6 mesi aumentavano con un numero più elevato di bambini in una famiglia.

Rassegne Cochrane

Simmer K.: Supplementazione di acidi grassi poliinsaturi a catena lunga (LCPUFA) in neonati a termine. In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.

Nel corso degli ultimi anni alcuni produttori hanno aggiunto ai lattici artificiali acidi grassi a catena lunga (LCPUFA,) e li hanno immessi sul mercato sostenendo che fornissero un vantaggio per lo sviluppo neuro-motorio dei nati a termine. Lo scopo di questa revisione era di stabilire se la supplementazione del latte artificiale con LCPUFA fosse sicura e vantaggiosa per i nati a termine. Sono stati individuati e sottoposti ad una revisione 10 studi randomizzati di latte artificiale supplementato con LCPUFA e con indicatori clinici di esito. Uno di questi studi era stato escluso perché la supplementazione iniziava dopo 3 settimane di vita. Otto dei restanti studi clinici sono stati definiti di buona qualità. La conclusione del revisore è che al presente c'è scarsa evidenza per sostenere l'ipotesi che la supplementazione con LCPUFA sia vantaggiosa per lo sviluppo visivo e neuro-motorio in generale o per la crescita dei neonati a termine.

Preparato **dall'Associazione Ginevrina sull'Alimentazione Infantile (GIFA)**, membro della **Rete Internazionale d'Azione per gli alimenti dell'Infanzia (IBFAN)**. A cura di: Adriano Cattaneo. Marina Ferriera Rea. Bob Peck e Elaine Petitat- Côté hanno riveduto e redatto i testi. Copie dei Breastfeeding Briefs sono spedite su richiesta a GIFA, Cas. Post. 157, 1211 Ginevra 19, Svizzera, Fax: +41-22-798 44 43, e mail info@gifa.org o agli uffici regionali UNICEF. Disponibili anche in Francese, Spagnolo, Portoghese e Arabo. E' gradito un contributo di SFr. 10.—per abbonamento nei paesi industrializzati e può essere inviato con vaglia internazionale al n° di conto. 12-17653-5

Breastfeeding Briefs. XXX 2003 n° 36

(Traduzione a cura del dr. Mario Cirulli pediatra IBCLC.

Un ringraziamento particolare per la collaborazione al dr. Enrico Baiocchi)