

SPECIALE PRIMO ANNO

UN PEDIATRA PER AMICO
BIMESTRALE PER I GENITORI
SCRITTO DAI PEDIATRI

 **uppa.it**



UPPA, NON LA SOLITA ZUPPA

UPPA, *Un Pediatra Per Amico*, è un bimestrale per i genitori scritto da pediatri e altri specialisti dell'infanzia. Gli ingredienti sono: indipendenza, competenza e tanta passione! Non si trova in edicola ma si può ricevere in abbonamento.



PUOI ABBONARTI A UPPA DALLA NOSTRA EDICOLA DIGITALE A 24,00 € L'ANNO
VAI SU EDICOLA.UPPA.IT

Speciale **Primo anno**

Un pediatra per amico (UPPA) è un giornale scritto per i genitori dai pediatri e da altri professionisti che si occupano dei bambini e del loro benessere: è nato nel 2001 e si è pian piano diffuso fra le famiglie, fino a diventare uno strumento di informazione e formazione molto apprezzato. Questo speciale, che abbiamo chiamato “Primo anno” perché è rivolto ai genitori che stanno iniziando il loro “ tirocinio ” e sono perciò alle prime armi, raccoglie alcuni articoli comparsi sul nostro giornale, scelti fra i tanti che abbiamo pubblicato nella storia ormai lunga di UPPA.

Si comincia parlando delle condizioni in cui i bambini nascono in Italia, senza nascondere un atteggiamento piuttosto critico nei confronti della routine di molti ospedali e punti nascita.

Ormai i lettori di questo “speciale” hanno già superato il momento critico del parto e della nascita; ma pensiamo che proprio per questo motivo siano ancora molto interessati a questi argomenti, in vista anche (chissà?) di una nuova nascita. Le sollecitazioni critiche di UPPA ci auguriamo possano contribuire a modificare il “modo di pensare” al parto e alla nascita, premesse indispensabili per modificare i “modi di fare” in questa fase della vita che potremmo definire la più importante di tutte.

Seguono interventi su alcuni argomenti concreti

che interessano tutti: l’allattamento materno, le coliche, l’acqua “per i neonati”, lo spauracchio del “raffreddore”.

E infine abbiamo scelto tre brevi articoli che riguardano il rapporto diretto, fisico e affettivo che fin dai primi mesi si instaura fra genitori e bambini piccolissimi.

Ci auguriamo che chi ha scaricato dal nostro sito questo breve fascicolo trovi la lettura interessante e soprattutto utile. Si tratta comunque di un “assaggio” di quello che si può trovare ogni due mesi su UPPA. Oggi infatti il nostro giornale è composto da 64 fasciate dense di contenuti: ci sono rubriche che parlano di medicina e di educazione, di giochi, di tempo libero, di alimentazione, di ambiente e salute e di tante altre cose; su ogni fascicolo di UPPA c’è anche una storia illustrata da leggere insieme ai vostri bambini.

Siamo anche l’unico giornale rivolto alle famiglie che non ha pubblicità: lo diciamo con orgoglio perché pensiamo che questa sia un’eccellente garanzia di indipendenza. Un’indipendenza che forse è ormai un lusso che pochi possono permettersi e noi siamo fra questi. Questa forza ci deriva dal sostegno dei nostri abbonati, un gruppo numeroso a cui speriamo vi uniate anche voi, lettori di questo “speciale”.

ABBONARSI È FACILISSIMO
VAI SUL SITO EDICOLA.UPPA.IT





Neonati: liberi tutti

Rooming in: neonati in culla accanto alla madre, libera di occuparsene personalmente

DI **ALESSANDRA PUPPO**, OSTETRICA
alessandrapuppo@virgilio.it

LA NURSERY "VECCHIO TIPO"

Il neonato "lontano" è un inevitabile malanno per quei genitori che, scelgono di partorire in ospedale, richiamati dall'imprescindibile fattore sicurezza, e si ritrovano in strutture poco aggiornate e poco rispettose dell'evento nascita. Un male che consiste nell'impossibilità di abbracciare il figlio nato quando se ne senta il bisogno, indipendentemente dagli orari e dai turni del personale e nella rinuncia alle prime fondamentali esperienze di accudimento dei suoi bisogni. Finisce così che l'ospedale, che avrebbe dovuto servire anche a tranquillizzare, fornisce invece un'ulteriore occasione di esclusione dalla partecipazione diretta alla tutela della propria salute e di quella dei figli; con tutta l'ansia e il senso di incapacità che ne derivano. La porta della *nursery* "vecchio tipo" reca quasi sempre un cartello di divieto di ingresso ai parenti, le finestre sono opacizzate, come se custodissero dei segreti. Ma fino a che punto in nome di un "privato" dell'operatività medica, è lecito usurpare il privato della coppia? Sappiamo l'importanza che ha, nei primi momenti di vita del bambino, il dare sicurezza ai genitori, non ostacolando le loro prime esperienze, attenti anzi alle loro incertezze per aiutarli a superarle. Invece una tenda chiusa fa credere, erroneamente, che il neonato sia un problema esclusivamente medico, su cui i genitori non avrebbero alcun peso!

Il neonato, ha un estremo bisogno di "comunicare", lo stesso bisogno di chi ha appena messo al mondo un figlio: e all'inizio della vita comunicare significa avere contatti fisici, scambiarsi il calore del corpo, lo sguardo e l'abbraccio. Ma come è possibile se il neonato non può stare a lungo con la madre (del padre poi non si parla quasi mai) e anche quando ci sta, è sempre tutto

"incartato"? E guai se la madre prova a "scartarlo", spinta dal sano desiderio di esplorarlo, di accarezzarlo: quando le infermiere passeranno a ritirare il pacchetto si rischia la sgridata. Come se mancasse tempo e disponibilità per rivestirlo, magari insegnando a farlo alla madre e al padre, ancora timorosi e inesperti.

FREDDA PROFESSIONALITÀ, CALDA INESPERIENZA

Se agli occhi dei genitori, la destrezza e la rapidità con cui il personale di *nursery* spoglia e veste i neonati appaiono invidiabili, per il neonato invece sarebbero probabilmente più gratificanti l'incertezza, la poca abilità e le "lunaggini" dei genitori inesperti che, alle prese con magliette e pannolini, finiscono per parlargli, toccarlo, carezzarlo e coccolarlo molto più a lungo e teneramente. In ospedale si consegna il bambino alla madre solo perché lo allatti, ad orari fissi, non certo basandosi sui suoi ritmi di fame/sazietà, ma piuttosto sui ritmi di lavoro del personale. Il bambino viene portato alla poppa quando magari ha ancora sonno e, ovviamente, non si attacca con sufficiente vigore. Questo frustra la madre e espone il neonato a "torture" come pizzicotti nei piedi, pressione sugli orecchi, tappate di naso. Il bello è che proprio il personale a volte consiglia questi procedimenti per far attaccare il bambino provocando il riflesso di suzione tramite stimoli dolorosi: rischiando di trasformare il piacere di succhiare il seno in una brutta esperienza da dimenticare. Si abusa di biberon e di "aggiunte": certo, se si fa attaccare il neonato al seno quando non ne ha voglia, una volta tornato in *nursery* avrà sicuramente fame, e quindi bisogno di latte artificiale. Ogni reparto di maternità dovrebbe essere organizzato per avere il neonato in una culla,

accanto al letto della madre, ma nella maggior parte delle vecchie strutture manca lo spazio; eppure una culla è piccola, e occupa più o meno il posto di un comodino!

I VERI PROBLEMI

I veri problemi da affrontare non sono tanto strutturali, quanto di mentalità: nelle *nursery* sono i bambini a girare a catena sotto le mani di un pediatra seduto, senza che il genitore sappia nulla, quando i bambini stanno con le madri sono i pediatri a dover girare da un letto all'altro per effettuare davanti al genitore i controlli necessari. E il genitore quindi può "disturbare", porre domande e scaricare ansie: e così i medici, oltre alla fatica di un approccio diverso col bambino e i suoi genitori, (e informare e comprendere è realmente faticoso), si ritrovano un problema di "identificazione" della Divisione di Neonatologia; senza pareti che la delimitino, può sembrare un

potere da gestire troppo vago e diluito. Questo è uno dei motivi per cui i tempi per realizzare una diversa organizzazione del servizio della *nursery* non saranno brevi. Eppure, in una visione di salute globale dell'individuo, quello che le *nursery* "vecchio tipo" apportano è un vero e proprio danno per il neonato.

ROOMING IN: L'ALTERNATIVA

Si tratta di tenere i neonati in culla accanto al letto della madre lasciando che sia lei ad occuparsene. Negli ospedali più moderni il bambino può essere ospitato anche in una stanzetta attigua a quella della madre, in genere separata dall'altra solo con una vetrata. È una stanza attrezzata per il cambio, il bagno e per tutte le altre attività quotidiane che sarà la madre a svolgere. Queste strutture con stanze separate per il neonato sono quanto di più simile a una casa, dove si può far dormire il neonato in un'altra stanza, "separato" ma vicino: la *nursery* esiste ancora, ma

è solo un reparto di degenza per i neonati che hanno problemi. Nelle strutture ospedaliere più vecchie, che però hanno voluto introdurre questo servizio, *nursery* e *rooming in* sono mischiati: il bambino sta a fianco al letto della mamma per quasi tutta la giornata e viene riportato nella *nursery* la notte; vi sono inoltre spazi comuni a disposizione dei genitori per gli accudimenti quotidiani. Un altro vantaggio del *rooming in* è di consentire la dovuta elasticità negli orari delle poppate e perciò un migliore avvio dall'allattamento. Se questa continua vicinanza fra madre e bambino può risultare faticosa, permette però di sperimentare da subito l'accudimento del figlio, dando la possibilità ai genitori di chiedere consigli e chiarimenti, ma abituandoli fin dall'inizio ad assumere in prima persona le cure del proprio bambino, rendendo così più facile e graduale il passaggio dal l'ospedale a casa, dove si arriva già forniti di una buona "esperienza".



Anche i neonati sentono (eccome!) il dolore

La teoria che sostiene che i neonati sono insensibili non ha alcuna base scientifica

DI **VERONICA POZZA**, OSTETRICA
veronica.pozza@libero.it

“**E**cco che arrivano, sento le loro voci e poi, quando mi si avvicinano vedo anche che non sono Lei, la mia mamma. Non che siano brutte e malvagie, anzi mi fanno sempre una carezza e hanno un buon profumo ma poi mi denudano, sento freddo e vuoto intorno e... succede qualcosa. Ogni tanto è solo una controllatina – dicono loro – altre volte invece una puntura o strani aggeggi che mi si avvicinano ed emettono dei “beep” che proprio... se potessi urlerei, anzi sai che faccio? Urlo.” [...] Eccola, mi ha sentito e con la sua voce cerca di calmarmi, di dirmi che devono fare

questo e quest'altro e poi arriva Lei... la magnifica...la Poppa! E io sto bene, sì infastidito ancora, ma non spaventato, non dolorante, non più solo.”

PICCOLISSIMI, MA MOLTO SENSIBILI

Questo credo sia quello che un neonato pensa quando noi ostetriche, o le colleghe infermiere, arriviamo baldanzose per effettuare la *routine del nido*: bagni e bagnetti, antibiotico-terapia, magari venipuntura, o puntura dal tallone per il test di Goutrie, o prelievo capillare per il dosaggio della bilirubinemia. Se solo potessimo sentirli e loro dirci quello che sentono.

No un attimo, fermi tutti! Loro ce lo dicono, eccome; quello che sentono. Purtroppo per anni è stata opinione comune che il neonato, soprattutto il neonato pretermine, non avvertisse il dolore a causa della incompleta *mielinizzazione* delle fibre nervose cui veniva ricondotto il mancato funzionamento del suo sistema nervoso. Ma sappiamo, oggi più di ieri evidentemente, che tra le fibre che trasmettono le sensazioni dolorose vi sono anche le fibre *amieliniche*. L'incompleta *mielinizzazione* sarebbe quindi solo un ostacolo alla velocità nella conduzione dello stimolo



doloroso attraverso le fibre nervose. Considerando però che esse sono più brevi, si annulla anche questo mito sulla non percezione del dolore nel neonato.

Altre caratteristiche hanno sostenuto la teoria per cui i neonati non provano dolore: l'incompleto sviluppo neurologico, ma questo non pregiudica la conduzione delle sensazioni, non solo dolorose, e nemmeno la loro rielaborazione; l'imaturità dei recettori sensoriali, ma per questo motivo il neonato avverte tutti gli stimoli come molto dolorosi, qualche volta, per un neonato immaturo, anche una carezza può essere un fastidio; le elevate concentrazioni plasmatiche di *Beta Endorfina* (ormoni del benessere prodotti dal neonato durante la nascita), ma la loro concentrazione diminuisce progressivamente con il passare delle ore.

Ripartiamo quindi da una convinzione emotiva e scientifica: il neonato percepisce il dolore e, come ognuno di noi, esso è soggettivamente differente.

NON PARLANO, MA SI FANNO CAPIRE

I neonati comunicano attraverso il pianto, l'espressione del viso, lo stato comportamentale e le reazioni fisiologiche, quali alterazioni del battito cardiaco o della frequenza respiratoria, la loro percezione del dolore.

Numerosi studi scientifici hanno indagato tali modificazioni, che sono state rese fruibili agli operatori sanitari sotto forma di scale di valutazione, una per tutte il *Neonatal Discomfort Score*, un punteggio che valuta il dolore del neonato con parametri comportamentali (espressione del volto, pianto, stato di agitazione motoria, alterazioni del tono) e neurovegetativi (caratteristiche della funzione cardiaca e

respiratoria). Sicuramente il discorso vale ancora di più per il neonato pretermine che ha quindi bisogno di ricevere cure mirate nelle unità operative di competenza ma anche per un neonato sano, a termine.

Considerato questo, durante la permanenza del neonato in ospedale, sarebbe opportuno fare solo il necessario e sostituire alcuni interventi invasivi (dosaggio ematico della bilirubinemia) con altri meno invasivi (dosaggio transcutaneo della bilirubinemia). Ridurre lo stress derivante da stimoli acustici o visivi. Attaccare il neonato al seno, somministrare saccarosio o soluzione glucosata, utilizzare il succhiotto. Adottare delle misure contenitive, di cui fa parte la *gentle care* da parte degli operatori. Utilizzare, quando necessario, trattamenti farmacologici. Se c'è una mamma che allatta (e una mamma che allatta c'è sempre!) e si deve eseguire una procedura dolorosa, perché offrire il ciuccio o la soluzione glucosata e non il seno? Un neonato si fa beffa del dolore attaccandosi al seno materno, ma anche i neonati non allattati al seno possano trovare conforto nei genitori: la voce, il tocco, un abbraccio, il contatto pelle a pelle. Alcuni esempi pratici. Alla nascita al bambino verrà eseguita un'iniezione intramuscolo per la somministrazione di Vitamina K, chiedete che la procedura avvenga con il neonato attaccato al seno o tenuto in braccio. Ugualmente per la puntura del tallone durante l'esecuzione del Test di Goutrie. Insomma, da anni ormai siamo coscienti che il neonato sia una persona e merita rispetto e anche i genitori sono chiamati da subito a prendersi cura di lui, anche attraverso il contenimento nelle procedure dolorose.

Una giornata a Nidachau

DI LUCIO PIERMARINI, PEDIATRA
giovannaelucio@gmail.com

Qualcosa ho cominciato a capire di come funzionano le cose qui ma, è chiaro, ci vuole tempo. E pensare che avevo fatto tanti progetti! Costruivo pazientemente la mia vita, perfezionando gradualmente i miei movimenti futuri e preparandomi ad ogni evenienza. Il mio istinto mi convinceva che avrei potuto affrontare ogni avversità, che al momento opportuno avrei trovato le risorse necessarie. Mi sentivo crescere dentro giorno dopo giorno un'energia incontenibile, mi sentivo un gigante. Finché un giorno avvertii che ormai dovevo cambiare la mia situazione. Il posto dove vivevo mi stava a quel punto incredibilmente stretto; me ne dovevo andare. Spinto da una forza nuova, con tutto me stesso mi lanciai alla ventura. Mi impegnai con tutte le mie forze e più di una volta doveti puntare i piedi per venir fuori. Era come procedere in un tunnel al buio, ma sapendo bene che la direzione da prendere poteva essere soltanto una. Non so cosa posso aver sbagliato. Mi hanno letteralmente preso per il collo, schiaffeggiato in ogni modo possibile. Mi hanno completamente ripulito. Rimasto solo, senza mezzi e senza amici. Vittima designata, sono inevitabilmente finito dietro le sbarre, in un buco di posto che a mala pena ti ci muovi. E io che sognavo un mondo nuovo, la terra promessa, la terra del

latte e del miele. Altro che latte e miele! Non si capisce cos'è quello che ti danno da mangiare e per di più arriva quando meno te lo aspetti e così, fame o non fame, ti tocca approfittare, a rischio di vomitare. Ogni tanto capita che ti diano una roba niente male, e pure con modi gentili, direi quasi affettuosi. Ma, questa è la finezza della tortura, tutto dura quanto basta ad illuderti perché dopo poco ti sbattono come un cencio e ti rifilano una schifezza di mangiare che non si può descrivere. E guai se non la ingozzi. Se non lo fai tu, in un modo o in un altro, ci pensano loro a mandartela giù.

Prima ti immobilizzano con un lenzuolo di forza, poi ti aprono la bocca, o ti tappano il naso fino a quando non senti i polmoni che ti scoppiano e sei costretto a respirare e allora ti ritrovi in bocca quella broda, per cui o bevi o affoghi. Ho visto compagni di braccio, crollati per la stanchezza e il sonno durante questo trattamento, venire risvegliati, per finire gli avanzzi, mediante la tecnica dello schiacciamento delle dita dei piedi detta lo

“stivaletto malese”. Quando si ritorna fra le sbarre dalla sala mensa ci si chiede come si sia riusciti a sopravvivere e la prima cosa che si fa è liberarsi quanto più possibile dell'intruglio di cui ti hanno ingozzato a rischio di soffrire nuovamente la fame nella lunga attesa del pasto successivo che, sappiamo benissimo, sarà identico al precedente. Il sonno, bene o male, prima o poi, ti prende e riesci a dimenticare i morsi della fame. Ma questo dono benedetto te lo rapinano con puntualità. È un continuo venire a stuzzicarti con fari accecanti, rumori, scossoni alla gabbia, e per non parlare della tortura del punteruolo. Sempre quando meno te lo aspetti ti bloccano, ti immobilizzano il piede in una morsa e ti ficcano un punteruolo nel tallone. Poi cominciano a strizzarti il piede. Tu urla? Serve solo a beccarsi un'altra punteruolata. La notte? È durante la notte infatti che ci sottopongono alla tortura del digiuno. Tutto il braccio comincia ad urlare e a dar calci alle gabbie. Ogni tanto qualcuno crolla per la fatica, si abbandona fino a dare l'impressione

di dormire ma poi, dilaniato dai morsi della fame, si riprende e ricomincia a sbracciare come un ossesso. Si racconta che uscendo di lì qualcuno resti segnato per sempre.

Per questo, appena arrivati, i veci ci hanno subito raccomandato di rigare sempre diritto, di abbozzare e inghiottire tutto, proprio per evitare trasferimenti e maltrattamenti peggiori.

Perché in fondo qui si resta poco. Il ricambio, tranne rari casi, è rapido. Dove ci portino non si sa con certezza. Sembra però, se si vuole dar fede a racconti fatti da qualcuno dei nostri costretto a tornare per qualche giorno, che ci sia una specie di affidamento ad altre sorveglianti, dicono molto diverse però, e, sempre pare, che la maggior parte di noi in fondo, in fondo si trovi bene. Siccome si tratta sempre di libertà vigilata, ogni tanto ti riportano qui per controllare che ti comporti bene, ma sembra che si riesca a scamparla quasi sempre.

Tratto da Sotto il camice niente? La salute dei bambini tra ignoranza e interessi di Lucio Piermarini, Bonomi 2011





Allattare e lavorare: si può!

Spremere e conservare il latte materno per evitare l'“aggiunta”

DI **SERGIO CONTI NIBALI**, PEDIATRA
serconti@glauco.it

Sono una mamma che fa parte di un gruppo di autoaiuto. Vorrei proporre una domanda di una mamma che si troverà, a meno di 3 mesi dal parto, a dover rientrare a lavoro che quasi sicuramente avverrà già prima dei 3 mesi. I suoi dubbi sono legati proprio al rientro al lavoro. Mettendo da parte la rabbia per il mancato riconoscimento dei diritti di una donna lavoratrice, cosa si può consigliarle per proseguire comunque l'allattamento? Se effettivamente, come sembra, dovrà allontanarsi per 9 ore da sua figlia che accorgimenti può adottare?

Annalisa Pino, Saponara (Messina)
annil@tiscali.it

SPREMERE E CONSERVARE

Cominciamo con il ringraziare quelle donne che si organizzano in gruppi di sostegno per aiutare altre mamme nell'allattamento. Proprio quest'anno il tema della Settimana mondiale dell'Allattamento Materno (SAM) è 'Sostenere l'allattamento: Vicine alle madri'. Anche quando le madri riescono ad avviare bene l'allattamento al seno, troppo spesso nelle settimane o mesi dopo il parto vi è un forte calo dei tassi di allattamento, in particolare di quello esclusivo. L'aiuto alle madri non può venire solo dal Sistema Sanitario, è utile anche il sostegno della comunità;

proprio per questo sono importanti i gruppi di auto-aiuto.

La prima cosa da fare, nel caso di cui ci scrive, è che la mamma impari subito come spremere e conservare il latte, per mantenerne la produzione ed evitare integrazioni con latte artificiale. Spremere e conservare il latte, quando la mamma ritorna a lavorare o deve assentarsi da casa, è importante per ridurre la tensione e il dolore al seno ed evitare un ingorgo. Un'adeguata spremitura del latte richiede, specialmente nei primi giorni, 20-30 minuti. La mamma può usare entrambe le mani per ogni seno, o cambiare mano quando si sente stanca. Il tiralatte può essere utilizzato se la mamma ha difficoltà a spremere il latte con le mani, o quando deve spremere il latte per un lungo periodo. È preferibile utilizzare un tiralatte professionale elettrico: si può affittare il compressore e comprare solo il kit doppio personale.

Per conservare il latte occorre riempire un contenitore per tre quarti, aggiungendo nello stesso contenitore latte tirato nella stessa giornata; il latte può essere conservato a temperatura ambiente per 8-10 ore (d'estate è preferibile non superare le 4 ore), in frigorifero per 48 ore, o in congelatore per 3 mesi; il latte scongelato può stare in frigo 48 ore; il latte si scongela e si riscalda in acqua calda, a bagnomaria.

Lavoro e allatto

In Italia sono moltissime le donne che rinunciano al lavoro a causa della maternità, e tra quelle che invece al lavoro non vogliono o non possono rinunciare il tasso di allattamento è molto basso.

Ma allattamento e lavoro è un binomio tutt'altro che impossibile. Per spiegare come riuscire a lavorare senza interrompere l'allattamento Tiziana Catanzani, consulente professionale in allattamento materno, ha scritto *Lavoro e allatto*, un manuale nel quale si spiega come riuscire a conciliare le due cose senza perdere la serenità.

Nel libro si parla di tutti gli aspetti che possono interessare una mamma che torna a lavoro, anche dopo poco tempo dalla nascita del bimbo, delle leggi che tutelano la maternità, di come gestire i rapporti con i colleghi, di come scegliere il tiralatte, come usarlo, come conservare il latte, come mantenere una produzione di latte adeguata rimanendo tante ore lontano dal bambino. Non manca nulla a questo manuale, semplice e attento alle esigenze pratiche, anche a quei dettagli apparentemente banali, come saper scegliere il vestito più pratico per potersi tirare il latte velocemente e senza danni.

Lavoro e allatto (Bonomi, 2011)
di Tiziana Catanzani

Un'acqua molto salata

Come diluire il latte in polvere? In Italia si va in farmacia, nel resto d'Europa si apre il rubinetto. Perché?

DI **VINCENZO CALIA**, PEDIATRA
direttore@uppa.it

Vacanze di Natale: bello viaggiare! Magari al Nord, dove il Natale è ricco di atmosfera. Bravi i genitori di Alice (1 mese), che si sono avventurati fino ad Amsterdam: sono stati benissimo, non era neppure così freddo, e poi hanno fatto un'esperienza istruttiva. Alice è allattata con il latte in polvere, che loro sono abituati a diluire con un'acqua "speciale", di quelle che si trovano solo in farmacia. Perciò, avendo finito ad Amsterdam la scorta di acqua che, scrupolosi e prudenti come solo i genitori italiani sanno essere, avevano portato con sé da casa, gli è sembrato naturale recarsi in farmacia per fare rifornimento. La città è piena di farmacie, il papà di Alice parla un ottimo inglese e in Olanda l'inglese lo capiscono tutti: facilissimo fare provviste. Ma non si aspettavano una conversazione più o meno così.

"Avete acqua per neonati?"

"Acqua? Quale acqua?"

"L'acqua speciale per Alice, ha solo un mese ed è allattata al biberon; in Italia usiamo di solito l'acqua..."

"Perché non ci sono rubinetti in Italia? E neppure nel vostro albergo?"

"Sì, ma noi siamo abituati all'acqua minerale..."

"Be, se le cose stanno così..."

il negozio di alimentari è dall'altra parte della strada!"

Alimentari? I genitori di Alice si precipitano: l'acqua minerale c'è, non così tanta come da noi, ed è piuttosto cara (quasi come quella della farmacia), ma quale sarà quella per i neonati? Le etichette, anche sforzandosi di tradurle col vocabolario, non dicono proprio niente. Ma come faranno

da quelle parti, si chiedono i genitori di Alice; non saranno allattati tutti con il latte di mamma! Forse in albergo sanno qualcosa.

E così l'indomani mattina a colazione, incoraggiati dalla presenza di un paio di altre famiglie in sala da pranzo, il papà di Alice chiede informazioni alla cameriera (un'olandese... alta un metro e ottanta, che quasi sicuramente ha lei stessa bambini). Di nuovo nessuno li capisce; intervengono gli altri genitori che fanno colazione (inglesi e tedeschi): nessuno ha mai sentito parlare di acqua per neonati. Ma dove vive questa gente! E poi che c'è da ridere?

Insomma dai e dai si viene a scoprire che quest'acqua speciale per lattanti si vende... solo in Italia.

Come mai? Il fatto è che da noi c'è una forte pressione pubblicitaria che si esercita sulle famiglie, ma anche sui pediatri; a volte questa pubblicità si maschera da conoscenze scientifiche.

Un esempio per tutti? La rivista ufficiale di un sindacato di pediatri italiani, in uno degli ultimi numeri, pubblica un articolo dal titolo "Quale acqua per il bambino?", articolo apparentemente "scientifico", a giudicare dal fatto che è firmato da ben 11 autori, tutti provenienti dall'Università. Nel testo si



prendono in esame 50 marche di acqua minerale commercializzate in Italia, per concludere che solo quelle appartenenti al gruppo delle “acque minimamente mineralizzate” sono idonee alla diluizione del latte in polvere. Le più note fra queste acque minimamente mineralizzate si vendono in farmacia e costano intorno ad 1 euro al litro. Perché solo quelle e non altre? E soprattutto perché non l'acqua dell'acquedotto? Le ragioni di questa scelta sono riassunte in una tabella che spiega che, per essere idonea alla diluizione del latte artificiale, l'acqua deve avere determinate caratteristiche: un residuo fisso basso (meno di 500 mg per litro) e basse concentrazioni di minerali: Nitrati meno di 10 mg per litro, Calcio meno di 100 mg per litro, Sodio meno di 10 mg per litro, Cloro meno di 25 mg per litro, Fluoro meno di 1,5 mg litro; inoltre non deve contenere Nitriti né Ammoniaca. Perché tutte queste limitazioni? Troppi minerali altererebbero la composizione del latte, i Nitriti sono indice di inquinamento della falda acquifera. Prendendo per buoni questi parametri, calcolatrice alla mano, mi sono messo

a fare un po' di conti. I sali minerali non sono solo nell'acqua, ma anche nella polvere di latte, e in concentrazione naturalmente molto più elevata. Immaginando di diluire il latte artificiale adoperato da Alice con l'acqua “speciale” comprata in farmacia o, in alternativa, con l'acqua del rubinetto di Milano, Roma e Bari ecco la composizione del liquido che mettiamo nel biberon.

Come si vede bene la concentrazione dei minerali cambia pochissimo, solo il Calcio è un po' più presente nell'acqua di rubinetto, ma questo maggiore dosaggio, responsabile della maggiore durezza delle acque di rubinetto (tutte però con un residuo fisso inferiore ai 500 mg per litro), non provoca alcuna conseguenza: il calcio in eccesso viene semplicemente eliminato con l'urina.

Ecco spiegato così il mistero: non c'è alcuna differenza apprezzabile fra il latte artificiale ottenuto diluendo la polvere in un'acqua “speciale per neonati” e quello che si ottiene diluendo la stessa polvere nell'acqua della cannella.

Oddio, una differenza c'è: il costo. Se un lattante ha bisogno mediamente

di un litro di acqua al giorno, la spesa approssimativa che la sua famiglia affronterà per utilizzare “acqua speciale” durante il periodo dell'allattamento (6 mesi) sarà di circa 180 euro; da raddoppiare se si decide di comprare l'acqua in farmacia fino al compimento di un anno.

A fronte di una spesa di più o meno 0 euro di un neonato olandese.

Meditate, gente, meditate..

Piccolo glossario

Residuo fisso

Quello che resta in milligrammi (mg) facendo evaporare un litro di acqua: il residuo fisso è composto dai minerali disciolti nell'acqua.

Maggiore è il residuo fisso e maggiore è la “durezza” dell'acqua.

Classificazione delle acque

Minimamente mineralizzate: acque con un residuo fisso inferiore a 50 mg per litro; l'acqua meno mineralizzata che c'è è l'acqua distillata (quella che si mette nel ferro da stiro).

Oligominerali: con residuo fisso inferiore a 500 mg per litro: appartengono a questa categoria praticamente tutte le acque degli acquedotti.

Mineralizzate: con residuo fisso superiore a 500 mg per litro. Hanno un forte “sapore” derivante dai minerali che nell'acqua sono disciolti.

DOVE ABBIAMO TROVATO QUESTE INFORMAZIONI...

Il medico pediatra, Agosto 2008, pag.131

www.fimp.org/medicopediatra.aspx

Composizione dell'acqua di Milano

www.think.bigchief.it

Composizione dell'acqua di Roma

www.aceaspa.it

Composizione dell'acqua di Bari

www.aqp.it

	ACQUA "SPECIALE"	RUBINETTO DI MILANO	RUBINETTO DI ROMA	RUBINETTO DI BARI
CALCIO	56,7 mg	64,2 mg	66,5 mg	62,9 mg
SODIO	27,0 mg	28,2 mg	27,5 mg	28,7 mg
CLORO	58,1 mg	58,1 mg	58,1 mg	61,3 mg
FLUORO	0,5 mg	0,5 mg	58,6 mg	0,5 mg
NITRITI E AMMONIACA	Assenti	Assenti	Assenti	Assenti
NITRATI	Assenti	2,0 mg	0,38 mg	0,43 mg



Coliche gassose? E se fosse tutta un'illusione?

Strana malattia questa che viene ad ore precise e soprattutto quasi sempre sul far della sera!

DI **PAOLO SARTI**, PEDIATRA
sarti.paolo@tin.it

Fin dai tempi più remoti vedere un neonato che piange, che diventa rosso, tira su braccia e gambe, serra i pugni e, contraendo la pancia emette aria, ha portato alla conclusione che questo neonato dovesse avere una vera e propria colica addominale. Del resto era facile constatare come quel contorcersi e ritrarsi di braccia e gambe fosse del tutto simile a quanto era stato visto fare al povero vecchio amico, ormai deceduto, che era stato vittima di un gran dolor di pancia (chi sa, qualche peritonite allora non diagnosticabile!). Ma più semplicemente

è osservazione comune che un adulto quando ha un forte mal di pancia tende spontaneamente a rannicchiarsi e ad assumere quella forma contratta e raccolta. Dunque nessun dubbio: è storia antica che i neonati che fanno così hanno le coliche, e probabilmente d'aria, visto che spesso, mentre piangono, ne emettono tanta e rumorosa.

Ma potrebbe non essere sempre così. Il fatto è che il neonato ha modi di manifestare i suoi stati d'animo poco variegati, con risposte pressoché globali, che coinvolgono tutto l'organismo; non soltanto i muscoli specifici,

quelli dedicati alle espressioni. In altri termini, quando un neonato piange, lo fa con tutto il corpo: non solo usa la mimica del viso, ma si contrae tutto, chiude i pugni, retrae le gambe; attiva ogni muscolo, anche quelli del torchio addominale, quindi spinge... e non è escluso che così facendo emetta aria. L'aria è sempre presente nel tubo digerente di ogni umano a qualunque età, e soprattutto in quello di un neonato (il latte è ricco di lattosio, zucchero che fermenta facilmente), ma poche sono in realtà le circostanze in cui l'aria possa procurare



dolore: accade ad esempio se le pareti sono irritate, infiammate (in presenza cioè di una “colite”). Ma non è certo l’aria a far sì che, da sempre, i neonati, arrivando a sera, quando inizia a far buio, comincino ad “avere le coliche”, che magari si calmeranno facendo un giro in macchina o quando, sfiniti, si abbandoneranno al sonno tutti, genitori compresi. Per riparlarne poi sul prossimo far della sera. Strana malattia questa che viene ad ore precise e soprattutto quasi sempre sul far della sera! Insomma su centinaia di bambini cui si attribuiscono coliche d’aria, probabilmente poche decine avranno veramente fastidi addominali, ma la gran parte sono semplicemente neonati che piangono (per tremila altri motivi, anche i più impercettibili) solo che lo fanno, come tutti i neonati, con modalità fisiche che, a vederli, assomigliano ad uno che ha coliche addominali.

UN’EPIDEMIA DA CUI NON SI SCAPPA

Quella dunque che sembra una vera e propria epidemia di coliche dei nostri bambini, cui solo pochi fortunati sfuggono, altro non è che la somma di tanti piccoli problemi e disagi che fanno “bambini che piangono”. Cosa serve allora a questi neonati: sicuramente non le goccioline per l’aria, né tanto meno farmaci antispastici, ma semplicemente un genitore che con calma ed una buona dose di pazienza, si accosti a lui e cerchi di calmarlo prima ancora che di capirlo, sperimentando via via soluzioni (cambiarlo, coccolarlo, nutrirlo...), che possano rassicurarlo e interrompere il pianto.

Certo sarà soprattutto la sera che, tutti più stanchi e anche un po’ intimoriti dalle ore che verranno (si fa buio, le farmacie chiudono e i dottori non si trovano più; c’è da affrontare la notte, il vicino finirà per protestare...), sarà meno facile “capirsi”, cioè rassicurarsi e trasmettere sicurezza (e

questo spiega le coliche solo la sera). La cosa peggiore che possa capitare a questi neonati, colpevoli solo di aver protestato vigorosamente (e “globalmente”) magari per un disagio relativamente modesto, è quella di essere portati di corsa al Pronto Soccorso Pediatrico, dove finiscono quasi sempre per ritrovarsi un sondino che, ben lubrificato, gli penetra nel retto alla ricerca di un po’ di aria (che per fortuna non manca mai, e anche il medico di turno fa la sua bella figura!).

A questo punto di solito si calmano: ma forse soprattutto perché il genitore sente che qualcosa di risolutivo è stato fatto; il figlio è ora “in buone mani” e quindi il genitore stesso diviene più capace, più rassicurante.

Questa volta riprendendolo dalle braccia del dottore saprà mantenerlo calmo non trasmettendogli più tutto quel panico, quella tensione che il bambino avvertiva benissimo dal contatto, più che dalle parole. Io poi ho una teoria personale, poco scientifica ma buona per scherzarci un po’. Credo che i neonati di oggi non ne possano più di essere “calmati” col sondino rettale e ormai è un’altra parola: alla prima rettale che gli capita... tutti zitti, basta piangere, c’è rischio che i genitori quell’arnese infernale se lo portino anche a casa!

Cosa si può fare?

Sono state proposte molte cure per i bambini che strillano e si disperano la sera; ma quali sono quelli veramente efficaci?

Farmaci

- **Simeticone** (nomi commerciali *Meteosim, Mylicon, Simecrin e Simetic*), farmaco da banco molto utilizzato: gli studi sperimentali che ne confrontano l’efficacia con quella di un semplice “placebo” non hanno evidenziato alcun effetto sulle coliche del lattante.

- **Cimetropio bromuro** (nome commerciale *Alginor*). In Italia è abbastanza adoperato. Non è commercializzato negli USA e non ci sono studi che ne valutino l’efficacia.

All’estero sono invece usati **Diciclomide e Diclloverina**, non commercializzati in Italia per il rischio di effetti collaterali. Questi farmaci rischiano poi di attenuare la sintomatologia di una vera eventuale patologia gastroenterica acuta, facendo correre il rischio di sottostimare i sintomi e porre in ritardo la diagnosi.

Dieta per la mamma che allatta

Gli studi finora effettuati non hanno dimostrato che eliminare alcuni (o molti) alimenti dalla dieta delle mamme che allattano diminuisca in maniera apprezzabile il pianto dei neonati. Effetti positivi di una dieta materna priva di latte vaccino sembrano esserci nel caso si sia in presenza di una colite del bambino da intolleranza alle proteine del latte vaccino.

Cambio di latte artificiale

Anche in questo caso non c’è la dimostrazione scientifica che sostituire il normale latte artificiale con latti speciali elimini le “coliche”. Di sostituire il latte materno con altri alimenti non se ne parla neppure!

Altri “trattamenti”

“Un giro in auto”, cullare il bambino, somministrargli una tisana, fargli un massaggio: tutti sistemi adoperati e in qualche caso studiati anche dai medici. Ma cosa può funzionare realmente su queste “coliche”: semplicemente un genitore che con calma ed una buona dose di pazienza, si accosti a lui senza timori, sapendo che sta “protestando” chi sa per cosa, ma non perché soffre dolori e spasmi, e cerchi di calmarlo prima ancora che di capirlo, sperimentando via via soluzioni personali (cambiarlo, coccolarlo, nutrirlo...), che possano rassicurarlo e interrompere il pianto.



Il raffreddore (dei neonati) non esiste

Costa caro (e non serve a niente) curare il nasino che fa rumore

DI **VINCENZO CALIA**, PEDIATRA
direttore@uppa.it

È inevitabile, ogni volta che incontro la famiglia di un neonato, dopo qualche giorno ricevo la stessa telefonata: “Dottore, il bambino è raffreddato: che faccio? Gli lavo il nasino?” Succede sempre, estate e inverno, con la neve o il solleone: i neonati sembra che siano tutti raffreddati. Ma, ve lo giuro, non è stato sempre così. Fino a una quindicina di anni fa queste telefonate erano una rarità. Vuoi vedere che i bambini si sono progressivamente indeboliti in questi ultimi anni, e sono diventati tutti facili prede di virus di ogni sorta? Nemmeno per sogno! Secondo me la spiegazione è un'altra. Da alcuni anni a questa parte si è fatta pressante la pubblicità delle ditte che vendono, a prezzo carissimo, l'acqua e sale, che si può anche chiamare “soluzione

fisiologica”. Intendiamoci, la soluzione fisiologica è sempre esistita, in genere confezionata in flaconi da un quarto di litro o mezzo litro, si adopera soprattutto per veicolare, in ospedale, i farmaci nelle fleboclisi. Poteva (e può) essere anche utilizzata per pulire le mucose (occhi, bocca, naso, ecc.) quando sono ingombre di secrezioni, muco e pus.

GRANDI PROGRESSI DELLA MEDICINA MODERNA

Un giorno qualcuno, sul piano commerciale certamente un genio, ha pensato di confezionarla anche in minuscole bottigliette di plastica, da vendere in pacchetti da 10 o più bottigliette. Da quel momento i neonati hanno cominciato ad essere tutti raffreddati. Ma che combinazione!



Io penso che le cose siano andate più o meno così: una volta creato il prodotto (acqua e sale in microbottiglie) bisognava cercare gli acquirenti; particolarmente promettente è il mercato delle famiglie con bambini, soprattutto neonati, disposte a spendere senza risparmio pur di garantire il benessere dell'adorato cucciolo. E allora è partita una campagna martellante, che va dall'inserimento di campioni omaggio di soluzione fisiologica nei cofanetti consegnati alle puerpere, all'uscita dai reparti di maternità, alle visite a tappeto degli ospedali e di tutti i pediatri: l'obiettivo era quello di convincere tutti ad usare quante più bottigliette possibile. La pubblicità faceva leva anche su un argomento molto convincente: così confezionata, la soluzione fisiologica si mantiene sterile, ogni volta si può usare una bottiglietta nuova e la sterilità, soprattutto quando parliamo di neonati, esercita sempre un grande appeal. Strategia di marketing coronata da grande successo.

Peccato che abbia poco senso utilizzare un liquido sterile per pulire delle superfici (come le mucose) che pululano di germi di ogni tipo. Ma non importa, questo il consumatore non lo sa e il medico, a volte, può dimenticarlo. Ma il problema non era tanto questo, ma piuttosto un altro: una volta inventata la "medicina" (fialete sterili di soluzione fisiologica), bisognava trovare la malattia da curare e soprattutto i malati a cui somministrarla, quanto più generosamente possibile.

UN ESEMPIO DI "MEDICALIZZAZIONE"

Di malattie ce ne potrebbe essere più di una, ma una sola è universalmente diffusa, il raffreddore: nel raffreddore

il naso si riempie di muco, il muco da fastidio e non si riesce a respirare bene, se non ci si sa soffiare il naso, occorre che in qualche modo lo si pulisca. Un bambino impara a soffiarsi il naso verso i due anni; e prima come fare per liberarlo dal muco? Basta lavarlo con la soluzione fisiologica, appunto.

Quanto più il bambino è piccolo, tanto più è incapace di soffiarsi il naso e quindi necessita dell'aiuto delle preziose fialete sterili. Già, ma quanti sono i neonati e i lattanti veramente raffreddati, che hanno il naso così chiuso che, se non lo si libera in qualche modo, non riescono ad alimentarsi e a respirare bene? Pochi, pochissimi, quasi nessuno; persino d'inverno sono molto meno dei bambini che frequentano la scuola materna o il nido (che il naso se lo sanno soffiare). Ma la natura si è dimostrata un'inconsapevole e preziosa alleata dei produttori della preziosa soluzione salina: si dà il caso che, per vari motivi, i neonati e i lattanti di pochi mesi respirino spesso in maniera molto rumorosa emettendo, durante il sonno soprattutto, piccoli grugniti e strani suoni che, alle orecchie inesperte e fin troppo drizzate degli inevitabilmente ansiosi genitori, sembrano il rumore del catarro e del naso chiuso. Poco importa che il bambino, mentre emette questi suoni, tenga la bocca serrata, oppure stia beatamente attaccato al capezzolo della sua mamma (che la bocca gliela riempie tutta e gli impedisce di respirare da quella parte), senza mostrare alcun segno di insofferenza e meno che mai i segni di un imminente soffocamento (è noto che non si resiste più di qualche secondo con il naso otturato e la bocca chiusa).

Medicalizzazione

Le società occidentali sono ormai vittime della medicalizzazione, un brutto termine che definisce una sudditanza nei confronti degli interventi medici. La medicalizzazione si traduce nell'impiego di diagnostica, terapia e riabilitazione senza evidenza di efficacia; nasce dalla convinzione che vi sia un rimedio per ogni stato di malessere, insoddisfazione o disagio.

I determinanti della medicalizzazione sono molteplici, ma si possono sintetizzare in due grossi gruppi. Gli interessi economici di tutti coloro che devono vendere prodotti che hanno o dovrebbero avere un impatto sulla salute e le esagerate promesse di ricercatori e clinici che anticipano con enfasi risultati preliminari non ancora validati da studi clinici controllati.

La medicalizzazione si traduce in molte prescrizioni che non hanno probabilità di indurre benefici, ma che invece possono indurre effetti indesiderabili. Un'altra conseguenza della medicalizzazione è il trattamento del rischio, senza sapere se ciò si tradurrà in un vantaggio per il paziente. È il caso della mania di credere che esistano terapie per prevenire l'invecchiamento attraverso l'utilizzo di vitamine, estratti d'erbe, integratori alimentari, mentre numerose ricerche mostrano che questi trattamenti non cambiano affatto la frequenza della mortalità.

In realtà il sogno di curare i sani è sempre stato l'ideale di tutti coloro che vendono prodotti facendo leva sulla credulità del pubblico.

Da una nota di Silvio Garattini, direttore dell'Istituto Mario Negri Milano, www.partecipasalute.it

Volete acqua o champagne?

Pochi, sfortunati astemi esiterebbero a rispondere a una domanda del genere. Ma non è questo che vogliamo dirvi. Abbiamo semplicemente confrontato il costo della soluzione salina che ogni giorno viene dispensata largamente in farmacia e al supermercato, allo scopo di irrigare le tenere narici di centinaia di migliaia di innocenti lattanti, con quello dello champagne di marca.

Il costo di una confezione contenente 10 fiale da 2 cc (e cioè 20 cc) è intorno a 2 euro, ma si vendono anche prodotti che, confezionati in scatole da 15 fiale da 2 cc (30 cc), costano 4 euro. Se facciamo i conti scopriamo che l'acqua e sale costa al consumatore dai 100 ai 130 euro al litro.

Qui sotto potete vedere il costo di alcune bottiglie di champagne in vendita su un noto sito che commercializza bevande.

MARCA	COSTO PER BOTTIGLIA (750 cc)	COSTO PER LITRO
G.H. MUMM CHAMPAGNE BLANC DE BLANCS	90,30 €	120,40 €
G.H. MUMM CHAMPAGNE BRUT MILLESIMÉ	57,80 €	77,06 €
G.H. MUMM CHAMPAGNE BRUT CORDON ROUGE	34,80 €	46,40 €
VEUVE CLICQUOT PONSARDIN CHAMPAGNE ROSÉ BRUT	65,10 €	86,80 €
TAITTINGER CHAMPAGNE BRUT RESERVE	44,00 €	58,67 €

Come vedete il più costoso di questi champagne costa meno dell'acqua e sale venduta in confezioni da 15 fiale di 2 cc ciascuna e tutti gli altri molto meno del prezzo medio delle più economiche confezioni di acqua e sale da 20 cc.

Si capisce, lo champagne è tutto dentro un'unica bottiglia che, per quanto fornita di un'elegante etichetta, è pur sempre fatta di volgare vetro verde, mentre ogni 2 cc di preziosa soluzione fisiologica sono racchiusi in un'ampollina di ottima plastica trasparente (la confezione ha il suo costo), tuttavia riesce difficile immaginare che coltivare vigneti in Francia, vinificare, conservare le bottiglie in cantina, confezionarle e spedirle in tutto il mondo possa costare meno che mischiare acqua e sale e mettere tutto in bottigliette di plastica.

Ci deve essere qualcosa che non va!

C'è l'apposita fialetta, provvidenzialmente ricevuta in omaggio, perché non provare a lavargli il nasino?

E lì giù con il lavaggio, con l'aiuto di strumenti, pompette e contagocce più o meno sofisticati, incuranti delle proteste del pargolo, che urla e strepita e, se potesse parlare, direbbe ad alta voce che preferiva di gran lunga ronfare, anziché essere torturato con quest'acqua salata nel naso! Non c'è niente da fare, la diagnosi è evidente: il bambino è raffreddato e va immediatamente curato, perché il raffreddore, si sa, se trascurato... può degenerare.

POTENZA DEL DENARO

Tutto questo meccanismo viaggia di gran carriera, anche e soprattutto per via degli enormi margini di guadagno che derivano dalla vendita, a carissimo prezzo (molto più dello champagne – vedi box), dell'acqua di fonte. Da qui le grandi risorse impiegate per fare pubblicità, distribuire campioni omaggio, produrre materiale illustrativo da diffondere fra i medici e le famiglie; quando si investe molto nella pubblicità i risultati, lo sappiamo benissimo, arrivano di sicuro e questo è un esempio.

E così siamo arrivati al punto di partenza: da alcuni anni a questa parte neonati e lattanti che in realtà stanno benissimo, sono improvvisamente diventati tutti raffreddati e capita di sentire domande come questa: "Il mio bambino di due mesi è raffreddato da quando è nato; gli lavo ogni giorno il nasino con la soluzione fisiologica, ma non cambia niente. Perché questo raffreddore non guarisce mai?" E la mia risposta è di solito questo: "Non si può guarire... se non si è malati".

Soluzione fisiologica

È una soluzione di cloruro di sodio (sale comune da cucina) in acqua purificata, perciò si chiama anche soluzione salina. In concentrazione normale contiene circa 9 grammi di sale in un litro di acqua, una quantità leggermente più elevata della concentrazione di sali nel sangue, perciò può essere utilizzata senza problemi per la reidratazione e a contatto con le superfici interne del corpo umano.





Bambini da indossare

Lo hanno dimostrato gli scienziati, lo dimostra l'evidenza dei risultati: quello che migliora la nostra vita è la relazione

DI **SONIA BOZZI**, REDATTRICE DI UPPA
redazione@uppa.it

Nel 1986 l'autorevole American Academy of Pediatrics pubblicava i risultati di un esperimento condotto in un modernissimo ospedale di Montreal. Il campione era formato da 99 mamme e dai loro neonati. Lo scopo era quello di verificare se, come qualcuno credeva, i bambini tenuti in braccio presentavano una riduzione significativa del pianto rispetto a quelli che, invece venivano lasciati nella culla. La risposta forse può apparire scontata, ma per la scienza nulla è vero se non è misurabile. Così, dopo aver verificato che effettivamente i neonati portati in braccio piangevano il 45% in meno degli altri e che anche nelle ore serali, quelle peggiori, quasi non piangevano affatto, allora hanno scritto che sì, effettivamente, non si può negare: tenere in braccio i bambini, o tenerli a contatto con il corpo delle madri, fa bene.

Chissà quale faccia avrebbero fatto di fronte a tali conclusioni tutte quelle donne, nate prima che le case farmaceutiche inventassero il latte artificiale, che per poter lavorare si infagottavano addosso i loro neonati con fasce improvvisate, o quelle madri del cosiddetto terzo mondo che ancora oggi si portano addosso i loro bambini anche quando sarebbero in grado di camminare, bambini che, guarda caso, piangono la metà dei nostri, non soffrono di coliche gassose e non si succhiano il dito? Sono passati molti anni dall'articolo americano e qualcuno sembra aver

imparato la lezione. Adesso questo modo di portare i bambini è diventato una moda ed è stato ribattezzato *Baby wearing*, un inglesismo che trasforma una pratica vecchia di secoli in uno stile pratico e divertente, un po' etno e un po' hippy. Ed è subito moda.

Negli anni '70, quindi molti anni prima dell'esperimento nel reparto pediatrico di Montreal, in Colombia, veniva sperimentata con successo la *Kangaroo mother care*, ovvero la "Cura della madre-canguro", che esprime con altre parole lo stesso concetto del *Baby wearing*, con la differenza che si usa in riferimento ai bambini prematuri. Negli ospedali colombiani le cullette termiche erano insufficienti e il numero di bambini prematuri troppo alto. Così si è pensato: se funziona con i cuccioli di canguro, funzionerà anche con i cuccioli di uomo. E così è stato. Negli anni successivi molti studi hanno confermato i benefici effetti del contatto tra mamme e bambino anche sui neonati con un peso inferiore ai 600 grammi. Oggi sappiamo che la *Kangaroo mother care* permette al neonato di mantenere una temperatura corporea costante, migliora il ritmo cardiaco e respiratorio riducendo le apnee, favorisce l'allattamento al seno, determinando una riduzione significativa della infezioni gastrointestinali; quindi, diminuisce fortemente il ricorso ai farmaci e ad ulteriori cure che esporrebbero comunque il neonato a dei rischi; in ultima analisi, riduce l'eventuale durata e i costi

di ospedalizzazione, assicurando complessivamente una maggiore percentuale di sopravvivenza del neonato. Dal 1979 questa pratica si è estesa a molti paesi del centro e del sud-America, ma nella nostra ricca Italia è utilizzata sempre a piccolissime dosi e con molta diffidenza, come se il bambino potesse essere curato e salvato solo dai medici, come se il corpo della madre non potesse essere all'altezza di competere con le modernissime e costosissime attrezzature ospedaliere. Lo hanno dimostrato gli scienziati, lo dimostra l'evidenza dei risultati. Forse non si tratta di competere, ma solo di collaborare, fare insieme, medico, mamma e bambino, sfruttando le facoltà di ognuno, innate ed acquisite, mettendo al centro di tutto l'unica cosa che rende possibile e migliora la nostra vita: la relazione.

Non solo marsupi

Fascia lunga, fascia elastica, marsupio, zaino, amaca: tutti strumenti semplici che consentono di portare a contatto con il proprio corpo i bambini fino all'età in cui possono camminare.

Si trovano in vendita nei negozi di articoli per l'infanzia e su internet; ma non è difficile realizzarli semplicemente con il "fai da te": basta una striscia di stoffa resistente e lavabile, di lunghezza variabile fra 2,5 e 5 metri, a seconda della taglia del genitore, della larghezza di 70 cm, con i bordi a doppia cucitura: la mamma (o il papà) imparerà presto come legarla intorno al suo corpo.

Salute da sfogliare

*Migliora l'ascolto, la comprensione, la socialità.
Non è una terapia, è soltanto un libro*

DI SONIA BOZZI, REDATTRICE DI UPPA
redazione@uppa.it

Sono trascorsi più di vent'anni da quando, nei primi anni '90, si iniziò a promuovere negli Stati Uniti il progetto *Born to read*, da cui prese nome il progetto italiano *Nati per Leggere*. È passato dunque un periodo di tempo abbastanza lungo per poter trarre delle conclusioni e ricordare le argomentazioni da cui hanno preso le mosse questi progetti, entrambi

riassumibili in un concetto molto semplice: la lettura ad alta voce fa bene alla salute dei bambini.

Negli anni è stato osservato che la precoce condivisione della lettura e l'abitudine costante a leggere ad alta voce fin dai primi mesi di vita del bambino aiuta a migliorare il linguaggio e ad utilizzarlo in modo espressivo, cioè come strumento di verbalizzazione di

sé, delle proprie e delle altrui emozioni; migliora la capacità di ascolto, di concentrazione, di comprensione di un racconto; aumenta le competenze letterarie e arricchisce l'immaginario innescando tutta una serie di positive conseguenze sugli aspetti creativi della persona.

Ma, soprattutto, ci dicono gli studi medici, la lettura ad alta voce fa bene perché sviluppa un piacere, quello grandissimo e insostituibile della condivisione. Condividere una lettura, parlarne, ricordarla, fare delle associazioni con fatti, cose e persone, sono tutti aspetti che rafforzano la relazione con l'adulto, la rendono più intima e solida. Aspetti che, rassicurando la mente, rendono più forte anche il corpo. Dunque, per tutti questi benefici effetti, possiamo ben dire che la lettura fa bene alla salute del bambino, fa bene come una sana alimentazione, come il sole, come il mare, come lo sport e le medicine. Allora, cari genitori ricordatevi di chiederne la prescrizione al vostro pediatra, con quella insistenza e determinazione con cui chiedete di somministrare qualsiasi altra cura o analisi che previene o combatte possibili problemi.

E i pediatri, dal canto loro, dovrebbero prescriverla insieme alla fluoro profilassi, sempre, ma soprattutto in caso di bisogno. E siccome la lettura è una medicina senza controindicazioni, se ne può anche abusare, unica avvertenza necessaria: la somministrazione deve essere sempre accompagnata al piacere, altrimenti si corre il rischio d'intossicazione.



Parole di mamma

**Cantilene, sillabe ripetute onomatopee:
parlare con il neonato attiva il suo cervello**

DI **SONIA BOZZI**, REDATTRICE DI UPPA
redazione@uppa.it

[...] Appena c'era da vedere qualcosa di bello, subito essa era impaziente di mostrarlo a lui; sorgeva la luna, e subito lei correva a prenderlo in braccio, per portarlo davanti alla finestra, dicendogli: "Carminiè, guarda! Guarda la luna!". Passava una barca a mare e subito lei si rallegrava, sapendo che a lui piaceva di vedere camminare le barche. E appena pareva [...] che lui, a modo suo, imparasse a distinguere col nome un oggetto, per esempio una sedia, il coro di tutte quelle femmine insieme a lei, si dava a esclamare: "Bravo! La sedia, sì! Bella, la sedia! Bella, bella!", con tono pomposo e cerimonioso. Quasi che quella sedia, per il fatto che lui la riconosceva con il nome, fosse diventata all'improvviso una gentil-donna di riguardo [...]

Elsa Morante, L'isola di Arturo

Ogni madre lo parla per istinto, basta la sola vista del neonato a farlo salire alle labbra; non esiste una scuola che lo insegni, eppure è un vero e proprio linguaggio, con una sua sintassi, una sua grammatica e un suo vocabolario. È fatto di parole cantilenate, lunghi sguardi e lunghe pause, parole ripetute, onomatopee e frasi semplici. Quando le madri lo usano la loro voce tocca una tonalità più alta del solito e assume un andamento quasi musicale. Gli studiosi lo chiamano *Motherese* o *Baby talk*, è la lingua che parlano le madri per comunicare con i bambini piccoli.

Gli psicologi lo osservano ormai da tempo, i pediatri lo verificano nella pratica quotidiana, le mamme l'hanno sempre saputo: con i neonati la voce

materna arriva dove non può arrivare quella di nessuno altro, ha un effetto calmante, quasi ipnotico, sicuramente benefico, e questo perché è in grado di giungere a quelle zone del cervello che presiedono alle emozioni.

Ora però una ricerca condotta in Giappone sembra dare concretezza scientifica a queste conoscenze. Due anni fa, nel reparto di neonatologia di un ospedale giapponese è stato condotto un esperimento. L'obiettivo era quello di capire come risponde il cervello di un neonato alla voce materna.

Ad un campione di 20 madri è stato chiesto di leggere un passo della favola di *Cappuccetto rosso*; una prima volta immaginando di rivolgersi a degli adulti (voce A), un'altra immaginando di leggerla al proprio bambino (voce B). Durante il sonno i 20 neonati sono stati sottoposti, in momenti diversi, all'ascolto delle due voci registrate. I ricercatori hanno verificato che durante l'ascolto della voce B il

flusso cerebrale del neonato aumentava significativamente rispetto al momento in cui i neonati ascoltavano la voce A. In altre parole, l'intonazione della voce fa tutta la differenza. Soltanto il *motherese* attivava zone del cervello I connesse allo sviluppo delle emozioni, anche nel sonno. Come sempre, gli scienziati sono più cauti di quanto non siamo noi, inclini ad andare dove ci portano il cuore e la suggestione, e non confermano che ci sia una relazione di causa-effetto tra il *motherese*, l'attivazione del flusso cerebrale e il futuro sviluppo emozionale del bambino; ma forse vale la pena di ricordare quello che da tempo gli psicologi hanno osservato: che le madri depresse non sono in grado di parlare il *motherese* e che i loro figli corrono un rischio maggiore di depressione e problemi di sviluppo. Sarà un caso?

Fonte: la newsletter *Fin da Piccoli*, un'iniziativa del Centro per la Salute del Bambino (CSB). Per saperne di più vai su www.csbonlus.org

