

L'ALLATTAMENTO NELLE MAMME MIGRANTI

MARIA GRAZIA PRIVITERA* GIUSEPPE CANZONE* SERENA BATTILOMO**

«Non c'è, per nessuna comunità, investimento migliore del metter latte dentro i bambini».

Winston Churchill, Discorso alla radio, 1943

L'allattamento materno è, a ogni latitudine, espressione naturale del prendersi cura del proprio bambino.

I vantaggi dell'allattamento al seno sono ormai a tutti noti e consolidati da forti evidenze scientifiche per cui diviene doveroso nei confronti di tutte le mamme fare in modo che ognuna di esse possa allattare in modo consapevole il proprio bambino in maniera esclusiva per almeno i primi sei mesi di vita.

Ma ci sono momenti della vita in cui l'allattamento al seno riveste un ruolo che va oltre gli ormai noti vantaggi di buona salute, a breve e lungo termine, ed assume il ruolo di vero ed unico alimento salvavita.

E questo il caso dei bambini migranti che con le loro mamme affrontano lunghi ed estenuanti viaggi.

* La dr.ssa Maria Grazia Privitera (Ministero della Salute - Direzione Generale della prevenzione sanitaria) e il dr. Giuseppe Canzone (ASP Palermo, direttore UOC di ostetricia e ginecologia - ospedale di Termini Imerese), sono componenti del Tavolo tecnico operativo interdisciplinare sulla promozione dell'allattamento al seno (TAS) istituito presso la Direzione Generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione, Ministero della Salute.

** Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria. Direttore Ufficio 9 - Tutela della salute della donna, dei soggetti vulnerabili e contrasto alle disuguaglianze.

Le mamme migranti dispongono infatti, come tutte le mamme, di questo patrimonio alimentare naturale in grado di garantire non solo la sopravvivenza dei propri piccoli ma anche quella adeguata nutrizione che fa sì che questi bambini giungano quasi sempre, alla fine di un viaggio arduo e rischioso, in buone condizioni di salute.

Chi ha avuto occasione di poter accogliere sottobordo al momento dello sbarco le mamme ed i bambini migranti ha avuto la possibilità di constatare che spessissimo i piccoli sono in buono stato di nutrizione ed idratazione. Le mamme riferiscono di averli regolarmente allattati durante tutto il viaggio che spesso, come si evince dai loro racconti, può durare anche alcuni mesi.

In queste condizioni l'allattamento al seno esercita anche quell'effetto protettivo dalle infezioni che, è facile immaginare, risulta ancora più prezioso in considerazione dei tanti momenti di esposizione ad agenti infettivi con cui questi bambini possono venire a contatto.

Le caratteristiche del latte materno lo rendono un alimento naturale e prezioso per il bambino, l'unico che gli permette di raggiungere il suo massimo potenziale biologico: lo nutre in modo completo e lo protegge da molte malattie e infezioni; è sempre fresco, è sterile, non richiede nessuna preparazione, ha sempre la giusta temperatura ed è disponibile in ogni momento ed in ogni condizione. Inoltre, per il bambino, non c'è bisogno di altri alimenti o bevande fino a sei mesi compiuti.

Queste proprietà diventano più che pregiate se proviamo a immaginare le condizioni di vita in cui sono costrette per lungo tempo le donne migranti e i loro bambini, soprattutto quando non sarebbe possibile assicurare nessun altro tipo di alimentazione per garantirne la sopravvivenza.

E capita spesso che sul molo, in attesa della definizione delle procedure di identificazione o nel corso dei controlli medici, si possa notare una mamma migrante che, seduta su una brandina o su una panca, come se fosse isolata da tutto il contesto tumultuoso che in quel momento le si svolge intorno, allatta il proprio bambino. Colpisce osservare anche la serenità dei piccoli migranti quando sono allattati e delle mamme mentre allattano, a conferma di quanto si sa sul ruolo rasserenante dell'allattamento per il bambino e per la sua

mamma che, per qualche minuto, sembra cambiare espressione e trovare una momentanea distensione.

In questi contesti caratterizzati da emozioni fortissime dovute a eventi personali e collettivi quali nascita, morte, paura, disperazione ma anche speranza, per mamma e bambino l'allattamento al seno è, più che mai, espressione di unione ma anche occasione di conforto e reciproco sostegno.

Nelle emergenze i lattanti (0-12 mesi), i bambini sotto i 2 anni di età e le donne in gravidanza sono considerati fra i gruppi più vulnerabili perché presentano bisogni specifici ai quali è necessario rispondere con immediatezza e in modo adeguato b

Una donna migrante porta con sé un bagaglio invisibile fatto di tradizioni, ricordi e senso di appartenenza alla propria terra, malgrado tutte le difficoltà vissute e che ad essa rimandano. Nonostante tutto, sembra però pronta a dire a se stessa “La mia casa è dove sono”. Una volta giunto nel nostro Paese è quindi necessario che il nucleo mamma-bambino sia fondamentalmente accolto come un “unicum” senza essere diviso e agli operatori sanitari è richiesto non solo di prendersene cura ma anche di confrontarsi con quel bagaglio citato. Perché un determinato intervento sanitario che non tenga conto della specificità storica, sociale e culturale dei modelli di accudimento, alimentazione, svezzamento, portati da altre popolazioni, rischia l'incuria e di conseguenza una mancata compliance.

A questo proposito è utile fare qualche riflessione.

Sin da prima del concepimento e fino ai primi due anni di vita del bambino si pongono le basi per creare un vero e proprio bagaglio di salute per una persona che si sta affacciando al mondo.

Ormai è dimostrato che i primi 1.000 giorni di vita sono fondamentali per un adeguato sviluppo fisico e psichico, con effetti positivi a breve e a lungo termine per il singolo individuo ma anche per la collettività.

Il controllo e la minimizzazione di potenziali fattori di rischio per malformazioni congenite e per eventuali conseguenze di patologie ¹

¹ “L'alimentazione infantile nelle emergenze” Angela Giusti (Cnesps, Iss)
<http://www.epicentro.iss.it/focus/terremoti/Alimentazioneinfantile.asp>.

materne, una nutrizione adeguata prima e durante la gravidanza, nonché dopo nel neonato lattante e bambino, un parto assistito correttamente, gli screening neonatali per la diagnosi precoce di patologie prima che queste possano determinare danni irreversibili all'organismo, un'adeguata stimolazione neurosensoriale del bambino con interventi precoci in caso di disturbi evidenziati agli screening, la prevenzione delle malattie infettive tramite vaccinazione, eventuali interventi in caso di difficoltà cognitive o relazionali rappresentano alcuni esempi di un insieme di azioni da adottare in questa finestra temporale dei primi 1.000 giorni per tutelare e migliorare le condizioni di salute con effetti duraturi.

Alla donna che arriva da un'altra realtà il nuovo contesto richiede una certa capacità di inserimento in un ambiente nuovo, anche sanitario, spesso profondamente diverso da quello di origine e non sempre pronto di fronte alle esigenze che la diversità culturale determina.

E necessario che gli operatori sanitari coinvolti, in prima linea il pediatra, promuovano e condividano con la madre le conoscenze sull'importanza di una corretta alimentazione e in generale dei corretti stili di vita da seguire, a garanzia della sua salute e di tutto il nucleo familiare, nel rispetto della cultura di origine e considerati i fattori di rischio nutrizionali più diffusi nel Paese di provenienza, alla luce di certe carenze nutrizionali che possono instaurarsi in modo subdolo ed esporre la salute della mamma e del bambino a malattie anche gravi.

Per la maggior parte delle carenze in micronutrienti l'allattamento materno, anche prolungato, continua a essere la migliore forma di prevenzione, e di terapia, sia nei Paesi d'origine che in quelli di emigrazione ².

In occasione dell'allattamento al seno, ma già durante la gravidanza, ogni cultura esprime se stessa, in una commistione di istinto e tradizione.

In alcune culture si è orientati ad adottare una forte restrizione

² OMS - Unicef - FAO.

calorica durante la gravidanza, in quanto si crede che così facendo si possa ridurre il rischio di parto cesareo: è il caso delle donne somale³.

Le donne del Bangladesh, in gravidanza, tendono invece ad aumentare il consumo di alimenti ritenuti speciali e salutari (vegetali a foglia, carne e pesce) e ad evitarne altri (ananas, papaia, cetriolo, arachidi, carne di anatra, cibi piccanti).

In tutti i Paesi a forte pressione migratoria l'allattamento materno, in genere, è la regola e può proseguire anche fino al secondo anno di vita. Tuttavia, sono state osservate delle differenze, come ad esempio la bassa prevalenza dell'allattamento materno tra le donne del sud-est asiatico. In questi casi l'approccio deve tenere in considerazione anche il fatto che non si tratta di un gruppo etnico omogeneo, ma piuttosto caratterizzato da molteplici differenze culturali e religiose.

L'OMS e l'UNICEF, sulla base delle più aggiornate evidenze scientifiche epidemiologiche, confermano i benefici dell'allattamento al seno anche grazie al ruolo svolto dal colostro, prodotto nei primi giorni dopo il parto. Un latte speciale, denso e giallognolo, ricco in proteine, minerali e componenti ad azione antimicrobica, relativamente povero in grassi, carboidrati, vitamine (specie del complesso B), che contiene una grande quantità di cellule vive che proteggeranno il bambino da molti agenti nocivi, e quindi perfetto come primo alimento del neonato. Ed è proprio nelle situazioni più drammatiche, come un parto durante una traversata su un barcone, che questo alimento diventa ancora più prezioso ed essenziale per la salute di mamma e bambino, nonostante la difficoltà contingente.

³ "Accogliere e prendersi cura del bambino migrante" a cura di R. Marrone e C. Mirisela. INMP - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà/Ministero della Salute. Pubblicazione prodotta nell'ambito del progetto "Valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi medici in infettivologia pediatrica rivolta ai bambini appartenenti alle fasce fragili della popolazione" finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dall'INMP da dicembre 2012 a giugno 2014-

A questo proposito è bene sapere che in India, Pakistan e Bangladesh il colostro non viene somministrato dalla mamma al bambino perché ritenuto poco puro a causa del suo aspetto, diverso rispetto al latte materno maturo⁴.

Secondo la tradizione islamica per augurare al bambino una buona vita, cioè *dolce*, le sue labbra vengono bagnate da alcune gocce di dattero; è anche molto diffusa l'usanza di far bere al bimbo, durante i primi giorni di vita e prima di iniziare l'allattamento al seno, bevande zuccherate, infusi di erbe o miele, di diversa composizione a seconda della tradizione di appartenenza. È evidente l'importanza di condividere queste informazioni con la mamma e la famiglia straniera per conoscere quali erbe e relativi principi chimici potrebbero essere proposti al bimbo appena nato⁵.

È molto interessante un aspetto evidenziato da una ricerca etnografica realizzata in America Latina che riferisce di un fattore strettamente connesso all'allattamento materno: il *susto*. Con questo termine si intende lo spavento materno repentino, relativo al mondo soprannaturale, e vissuto dalle madri come un pericoloso elemento scatenante alcune malattie infantili perché certamente trasmesso al bimbo se sofferto dalla donna durante la fase dell'allattamento. In questi casi l'allattamento al seno viene sospeso⁶.

In generale è necessario e opportuno che il messaggio da veicolare sia semplice e permetta di promuovere, anche per la mamma straniera, il consumo degli alimenti idonei secondo l'età del bambino.

⁴ "Accogliere e prendersi cura del bambino migrante" a cura di R. Marrone e C. Mirisela. INMP - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà/Ministero della Salute. Pubblicazione prodotta nell'ambito del progetto "Valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi medici in infettivologia pediatrica rivolta ai bambini appartenenti alle fasce fragili della popolazione" finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dall'INMP da dicembre 2012 a giugno 2014-

⁵ "Accogliere e prendersi cura del bambino migrante" a cura di R. Marrone e C. Mirisela. *Op. cit.*

⁶ "Clinical Practice and Knowledge in Caring: Breastfeeding Ties and the Impact on the Health of Latin-American Minor Migrants". M. Castaldo, R. Marrone, G. Costanzo, C. Mirisela. *Journal of Immigrant and Minority Health* ISSN 1557- 1912 J Immigrant Minority Health DOI 10.1007/s10903-014-0085-9.

La madre, nelle diverse fasi della crescita del bambino, vive sensazioni contrastanti, si sente divisa tra le sue tradizioni alimentari, che non desidera tradire, e quanto il nuovo Paese propone.

Il latte materno continua a essere parte integrante dell'alimentazione fino a due anni di età e anche oltre, se lo si desidera. In alcuni Paesi del mondo, dalla Norvegia al Senegal, questa è la norma. I bambini più grandi che vedono la propria madre allattare al seno vivono una magnifica occasione di crescita: prima di tutto perché, aggiungendo l'allattamento al loro bagaglio di esperienze, riprodurranno da adulti le dinamiche che hanno osservato, sia come padri che come madri; in secondo luogo, poi, perché imparano a condividere l'affetto e le attenzioni della mamma con qualcun altro. L'allattamento offre anche alla madre un aiuto a educare i figli. Sin da piccoli, infatti, i bambini imparano a mediare il soddisfacimento del bisogno, mostrando prima i segnali di fame, aspettando poi la calata del latte e infine ottenendo la poppata.

Nella conoscenza e nella comprensione dei differenti modelli di cure parentali è bene considerare che i sistemi e i saperi di cura cui si riferiscono le popolazioni emigrate dai propri contesti di origine e immigrate in Italia sono in grado di accogliere le conoscenze relative all'allattamento materno offerte dai professionisti della salute italiani.

È necessario però riflettere sul fatto - apparentemente scontato - che nessun operatore è nella condizione di conoscere caratteristiche ed esigenze connesse alle diverse culture perché «non è possibile conoscere le culture e le modalità di accudimento di ogni specifica popolazione. La possibile soluzione è l'incontro e la transazione. Il sapere del medico e quello materno possono incontrarsi, uscendone arricchiti»⁷.

⁷ Dott.ssa Luisa Lenguini, 2010 "Accogliere e prendersi cura del bambino migrante" a cura di R. Marrone e C. Mirisela. INMP - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà. Pubblicazione prodotta nell'ambito del progetto "Valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi medici in infettivologia pediatrica rivolta ai bambini appartenenti alle fasce fragili della popolazione" finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dall'INMP da dicembre 2012 a giugno 2014-

Pertanto è la consapevolezza il fattore chiave che può fare la differenza.

Se il professionista sanitario comprende profondamente quanto il rituale del cibo sia denso di significati specifici per ciascuna cultura e anche per il singolo individuo, egli potrà trasferire al suo interlocutore una corretta informazione e, allo stesso tempo, creare un dialogo reale con chi è in ascolto, calibrando prima se stesso sull'interlocutore e poi ricalibrando la dieta da proporre⁸.

Va considerato che, ad esempio, in Africa subsahariana ai bambini non si offre carne ovina e uova che, si ritiene, potrebbero far diventare il bambino ladro. Inoltre non si dà il pesce perché si crede impedisca lo sviluppo intellettuale del bambino.

I musulmani non consumano carne suina né carne non halal, cioè non macellata secondo il rituale islamico. Ricordiamo che per gli induisti la mucca è sacra mentre i buddisti, i gianisti, gli avventisti non mangiano carne e pesce.

Una buona strategia è il considerare gli alimenti tipici del Paese di origine, disponibili anche in Italia, riadattando le indicazioni citate fino ad ora, nel tentativo di affievolire le dualità.

Nell'allattamento materno il sostegno è sempre necessario per le donne e le famiglie, di qualunque nazionalità esse siano.

Per il bambino nutrirsi attraverso la mamma è talmente naturale da rappresentare una competenza innata mentre per la madre si tratta di una competenza appresa culturalmente, attraverso l'osservazione di altre donne che allattano. In seguito ai cambiamenti sociali ed economici avvenuti nelle società occidentali, accade spesso che una coppia di neogenitori non abbia mai visto un bambino allattato.

Abitualmente le donne e le coppie ricevono informazioni sull'allattamento al seno durante la gravidanza e dopo il parto, in occasione dei corsi di accompagnamento alla nascita realizzati nei punti nascita e nei consultori familiari.

⁸ “Accogliere e prendersi cura del bambino migrante” a cura di R. Marrone e C. Mirisela. *Op. cit.*

Fin dalla gravidanza è cruciale quindi il ruolo di ginecologi, ostetriche, pediatri, infermieri, assistenti sanitarie, consulenti per l'allattamento e gruppi di aiuto con altre coppie che vivono già l'esperienza dell'allattamento al seno, così come può rivelarsi strategica, nella fase del rientro a casa, l'offerta di visite domiciliari (Home Visiting), quale strumento incentrato sul rapporto "mamma/bambino" e utile a sostenerlo in un momento certamente impegnativo per tutto il nucleo familiare, papà incluso.

Ha bisogno di sostegno anche la donna e la coppia straniera che spesso, nel nuovo Paese, è priva del supporto necessario a crescere il bambino, abitualmente offerto nel Paese d'origine dal "gruppo" costituito dalle altre donne della famiglia e della rete sociale.

È necessario continuare a lavorare per migliorare la modalità con cui le persone migranti entrano in contatto con i servizi sanitari nel nostro territorio e quindi per evitare l'aumento delle disuguaglianze in salute.

Per ottenere aderenza ad un'occasione di empowerment offerta dall'operatore sanitario alla famiglia straniera è certamente necessario accogliere e prendere in cura il bambino e la sua famiglia nella sua interezza e complessità e interagire con un approccio transculturale e transdisciplinare delle diverse figure professionali coinvolte, per ricondurre la centralità del bambino al suo contesto, cioè alla sua storia familiare e personale, all'ambito politico, economico, sociale, culturale di origine e di arrivo.

Quando un bambino e la sua famiglia entrano in un ambulatorio, l'operatore sanitario dovrebbe dedicare i primi minuti per generare un contatto, per accogliere, per dialogare. Perché anche questo è curare.

Inoltre, non è possibile estrapolare la richiesta sanitaria relativa al bambino dal contesto familiare: la sua attenzione ed empatia dovranno essere rivolte a tutto il nucleo familiare e "sentire" che ogni sua decisione avrà un impatto diretto su tutto il nucleo madre/padre/bambino.

La pratica dell'allattamento materno, in un certo senso, agevola questo percorso, trattandosi di un valore relativo all'ambito della nutrizione e delle relazioni umane.

È indubbio che i governi nazionali e locali hanno il dovere di

informare le donne sui benefici dell'allattamento al seno, inteso anche come indicatore di maturità culturale e sociale.

Ma per quanto tale pratica sia promossa, sostenuta e tutelata, per quanto si comunichi e si agisca a favore, è sempre necessario formare gli operatori e continuare a comunicare, per aumentare e sostenere quanto raccomandato a livello internazionale da OMS e Unicef e, a livello nazionale, sulla base degli indirizzi internazionali, dal Ministero della Salute, dalla comunità scientifica e dai gruppi di sostegno mamme a mamme, dove ognuno, con il suo ruolo, può davvero fare la differenza.