LIBERA UNIVERSITÀ DI LINGUE E COMUNICAZIONE

IULM

Facoltà di Lingue, letterature e culture moderne

Corso di Laurea in Lingue e letterature straniere

MILANO

La cultura dell'allattamento nella società inglese dal Settecento al Novecento

Relatore
Chiar.ma Prof.ssa Giovanna Salvioni

Tesi di laurea di:
Nicoletta Bernava
Matricola n°21325

Anno Accademico 2007/2008

A Leonardo e Davide,

per avermi insegnato a guardare

il mondo con occhi diversi

Indice

Introduzione....9

Parte I. L'ALLATTAMENTO NELLA STORIA....11

1 XVIII Secolo: IL BALIATICO....13

1.1 Diffusione del baliatico nei secoli XVII e XVIII....13
1.2 Caratteristiche del baliatico....17
1.3 Critiche al baliatico....20
1.4 Effetti sociali del baliatico....24
1.5 Le Banche del latte, una forma di baliatico moderno....27

2 XIX e XX Secolo: IL LATTE ARTIFICIALE....29

2.1 Parziale ritorno dell'allattamento al seno materno....30
2.2 Alternative al latte materno ed elevata mortalità infantile....32
2.3 Pastorizzazione e formulazione del latte di origine animale....39
2.4 Politiche governative e fiducia nella tecnologia....43
2.5 Movimenti in controtendenza, "La Leche League" ed il peer-support....47

Parte II. ALLATTAMENTO E SOCIETÀ INGLESE NEL XX SECOLO....53

3 FATTORI MEDICO-SANITARI....55

3.1 Pregi e virtù del latte materno....56
3.2 La medicina a favore del latte artificiale....59
3.3 Cultura quantitativa, allattamento ad orario e razionato....61
3.4 Pratiche di assistenza al parto ed al puerperio....64

4 FATTORI SOCIO-CULTURALI....69

4.1 Fattori socio-economici e demografici....70
4.2 Aspetti psicologici....72
4.3 Ruolo del partner....77
4.4 Mass-media 79
4.5 Modelli di esempio diretti....82
4.6 Miti e credenze sull'allattamento al seno....84
4.7 Il tabù del co-sleeping....89
4.8 Iniziative basate sulle pratiche ospedaliere e loro efficacia....95

Parte III. MODELLI DI MATERNAGE A CONFRONTO....99

5 MODELLI "AD ALTO CONTATTO" E "A BASSO CONTATTO"....101

5.1 Caratteristiche dei due modelli di riferimento....102
5.2 Il contatto fisico, baby-carrying e co-sleeping....105
5.3 Allattamento "a richiesta" e prolungato....113
5.4 Rituali e credenze sull'allattamento....122

Conclusioni....129

Bibliografia....135

Sitografia....143

Software utilizzato....147

Summary....149

Tabelle

Tabella 1: Caratteristiche dei modelli di maternage di riferimento.....104
Tabella 2: Metodi di allattamento predominanti e motivazioni sottostanti. (Fonte: elaborazione dell'autrice).....130

Figure

Figura 1: Biberon di metallo del XVII e XVIII secolo, Inghilterra. (Fonte: University of British Columbia, Vancouver, Canada).....33
Figura 2: Poppatoio in ceramica utilizzato nel XIX secolo, Inghilterra.(Fonte: University of British Columbia, Vancouver, Canada).....34
Figura 3: Esemplare di Siphonia utilizzato intorno al 1850, Inghilterra. (Fonte: University of British Columbia, Vancouver, Canada).....35
Figura 4: Tassi di mortalità infantile in Gran Bretagna, sintesi dei dati riportati. (Fonte: elaborazione dell'autrice).....37
Figura 5: Pubblicità poppatoio in vetro del 1891, USA. (Fonte: University of British Columbia, Vancouver, Canada).....39
Figura 6: Lattina di National Dried Milk. (Fonte: Flickr.com).....44
Figura 7: Allattamento al seno negli anni 1960-70 confrontati con le indicazioni OMS. (Fonte: elaborazione dell'autrice).....45
Figura 8: Mappa dei fattori medico-sanitari individuati ed influenti sulla modalità di allattamento. (Fonte: elaborazione dell'autrice).....55
Figura 9: Mappa dei fattori socio-culturali individuati ed influenti sulla modalità di allattamento. (Fonte: elaborazione dell'autrice).....69
Figura 10: Effetti socio-demografici sulla riuscita dell'allattamento al seno. (Fonte: elaborazione dell'autrice).....70
Figura 11: Simbolo e segnale internazionale per luoghi pubblici riservati all'allattamento. (Fonte: sito Breastfeedingsymbol.org).....75
Figura 12: Esempio di alto contatto presso una famiglia Maasai, Africa. (Fonte: ©Mindy Pollack-Fusi 2008).....102
Figura 13: Passeggino con parapioggia, Stati Uniti, 1913. (Fonte: sito commons.wikimedia.org).....105
Figura 14: Esempio di trasporto a contatto mediante il Kanga, presso la tribù Samburu in Kenya. (Fonte: sito bbc.co.uk).....106
Figura 15: L'Amautik usato dagli Inuit in Alaska. (Fonte: sito aria6688.pixnet.net).....107
Figura 16: Il Bilum, usato in Papua Nuova Guinea. (Fonte: sito ucalgary.ca).....108
Figura 17: Esempio di Mei Tai, Cina. (Fonte: sito foxdenlane.com).....109
Figura 18: Simbolo a favore del co-sleeping promosso dall'UNICEF attraverso The Baby Friendly Initiative. (Fonte: sito babyfriendly.org.uk).....110
Figura 19: Co-sleeping presso una società africana. (Fonte: sito babble.com).....111
Figura 20: Schema riassuntivo delle caratteristiche di Contatto Fisico secondo il modello ad alto contatto. (Fonte: elaborazione dell'autrice).....112
Figura 21: Esempio di allattamento prolungato ed in tandem, nonché di baby-carrying,

Bangladesh. (Fonte: sito tulipgirl.com).....113
Figura 22: Caso di cattiva informazione ed uso improprio del latte artificiale, Pakistan. (Fonte: sito unscn.org).....118
Figura 23: Esempio di violazione del codice in Gran Bretagna. (Fonte: sito babyfeedinglawgroup.org.uk).....120
Figura 24: Schema riassuntivo delle caratteristiche di Allattamento secondo il modello ad alto contatto. (Fonte: elaborazione dell'autrice).....121
Figura 25: Schema riassuntivo dei vari riti e credenze riportati nel paragrafo. (Fonte: elaborazione dell'autrice).....128
Figura 26: Grafico qualitativo sull'evoluzione dei metodi di allattamento più diffusi in Inghilterra. (Fonte: elaborazione dell'autrice).....130

Introduzione

L'allattamento al seno rappresenta indubbiamente per la specie umana il modo più naturale di nutrire i propri neonati. Tuttavia, l'allattamento al seno ha suscitato in ogni epoca e cultura varie credenze, rituali, atteggiamenti e convinzioni che ne hanno condizionato l'effettiva diffusione. Oggigiorno, in Inghilterra e in gran parte del mondo occidentale sono relativamente poche le donne che allattano al seno i propri figli. Infatti, nonostante il latte materno sia stato riconosciuto come l'alimento migliore in assoluto da parte di ricerche scientifiche e di autorevoli istituzioni internazionali quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Unicef, solo poche donne allattano al seno i propri figli in modo esclusivo per periodi sufficientemente prolungati. Ancora meno sono le donne che proseguono ad allattare in affiancamento agli alimenti tradizionali fino ai 18-24 mesi. Nella maggioranza dei casi le madri abbandonano l'allattamento al seno nel corso delle prime settimane di vita del bambino, passando ad una alimentazione a base di latte artificiale oppure ad una prematura introduzione di alimenti integrativi.

L'obiettivo di questa tesi consiste nell'analizzare la cultura dell'allattamento in Inghilterra e la sua evoluzione negli ultimi tre secoli. Manterremo contatto con un contesto più ampio e verranno confrontati modelli culturali di altre società. Cercheremo di dimostrare che l'allattamento al seno non è solo un processo biologico, ma è anche e soprattutto una pratica che risente di varie influenze mediche e socioculturali nei diversi paesi del mondo. Ci soffermeremo in particolar modo sull'Inghilterra, paese che oggi detiene uno dei più bassi tassi di allattamento al seno al mondo.

Nella prima delle tre parti in cui è articolata la tesi analizzeremo il fenomeno da un punto di vista storico e scopriremo come nel diciottesimo secolo l'allattamento al seno era più diffuso tra le donne appartenenti ai ceti sociali più svantaggiati, mentre le donne altolocate preferivano dare i propri figli a balia. Parleremo inoltre della nascita e della sempre maggiore diffusione dei sostituti del latte materno, che hanno raggiunto la massima popolarità tra le donne inglesi a partire dal Secondo Dopoguerra in concomitanza con una loro crescente partecipazione al mondo del lavoro extra-domestico.

Nella seconda parte prenderemo in esame i molteplici fattori che in Inghilterra hanno influito e contribuito al declino dell'allattamento al seno a favore dell'utilizzo del latte artificiale. Vedremo che la sempre più massiccia medicalizzazione, della gravidanza e del puerperio in particolare, ed i forti condizionamenti culturali incidono significativamente sulle scelte e sulla riuscita dell'allattamento al seno da parte delle neo-mamme.

Nella terza ed ultima parte della tesi ci occuperemo di esaminare alcuni modelli di cure materne nelle diverse società del mondo. In particolare, vedremo che nelle società tradizionali e in gran parte dei paesi sottosviluppati è diffuso un modello di *maternage* caratterizzato da un intenso contatto fisico tra madre e bambino e da un allattamento al seno condotto per periodi prolungati nel tempo, che si contrappone al modello "a basso contatto" prevalente in Inghilterra e nei paesi occidentali.

Parte I. L'ALLATTAMENTO NELLA STORIA

L'allattamento al seno materno è la modalità che dovremmo considerare normale di nutrire i cuccioli della specie umana, ovvero è quanto geneticamente previsto dall'evoluzione su scala temporale di migliaia di anni. Condividiamo questa caratteristica non solo con la nostra specie ma anche con l'intera classe dei mammiferi.

Nei primi due capitoli prendiamo in esame le due evidenti deviazioni dalla condizione normale che hanno caratterizzato la società inglese in modo particolare negli ultimi tre secoli: il **baliatico** diffuso nel XVIII° secolo (capitolo 1) ed il **latte artificiale** che ha raggiunto l'apice nel XX° secolo (capitolo 2). Si può pensare che entrambe queste deviazioni siano state seguite o potenzialmente saranno seguite da un ritorno alla condizione normale di allattamento al seno materno: nel XIX° secolo ci fu un **ritorno "etico"**, ovvero indotto da motivazioni etiche, mentre alla fine del XX° secolo si intravede un **ritorno "consapevole"**, ovvero guidato e supportato dai vantaggi evidenziati dagli studi di diverse branche scientifiche (pediatria e pedagogia aventi per oggetto di attenzione la salute dei bambini, medicina e psicologia per la salute delle madri).

1 XVIII Secolo: IL BALIATICO

1.1 Diffusione del baliatico nei secoli XVII e XVIII

Il baliatico, ossia la pratica di allattare al seno un figlio altrui per carità o dietro compenso, è stato fin dall'età classica un fenomeno molto diffuso. Già gli antichi egizi ricorrevano alla balia per aiutare la madre ad accudire il neonato e nel caso in cui quest'ultima fosse stata impossibilitata ad allattare, la balia assumeva anche il compito di nutrice. Nella società egizia le balie ricevevano un compenso e godevano tutto sommato di un certo prestigio tanto che alcune di esse furono addirittura raffigurate nella tomba del faraone di cui erano state nutrici[1].

In Inghilterra il baliatico si diffuse prima nei secoli XVI e XVII, e poi raggiunse proporzioni importanti nel tardo XVII secolo ed all'inizio del XVIII secolo. L'apice della diffusione durò circa un secolo, dato che sul finire del XVIII iniziò un lento ma inesorabile declino, in concomitanza con un rinnovato interesse per l'allattamento materno tra le donne altolocate.

Nonostante l'ampia diffusione del baliatico, la documentazione a riguardo risulta piuttosto limitata[2]. Il fenomeno interessava principalmente le famiglie abbienti, dell'alta borghesia e dell'aristocrazia. I motivi che spingevano le donne dei ceti superiori ad affidare i propri figli alle balie anziché allattarli esse stesse erano molteplici, riassumibili nei punti seguenti[3]:

1 Vedi Corridori, Fanos e Farnetani
2 Vedi Fildes (1988b)
3 Vedi Wickes, parte II

- **mancanza di prestigio**: l'allattamento al seno era una pratica priva di alcun prestigio sociale all'epoca

- **timori estetici**: molte donne temevano che con l'allattamento i loro seni si sarebbero sciupati e avrebbero quindi perso le loro attrattive sessuali

- **esigenze di vita mondana**: allattare al seno i propri figli sarebbe stata un'attività troppo vincolante ed avrebbe comportato una rinuncia, almeno temporanea, alla vita sociale e mondana della donna, che all'epoca era perlopiù costituita da serate passate a giocare a carte o a visite formali o a teatro.

Non tutti gli studiosi però concordano con queste spiegazioni. Linda Campbell nella sua opera "Wet-nurses in early modern England: some evidence from the Townshend archive" osserva giustamente che se da un lato allattare al seno propri figli costituiva un impegno gravoso per le donne, dall'altro offriva però anche dei vantaggi, primo fra tutti quello di **protezione da gravidanze ravvicinate ed indesiderate**, dato l'alto potere contraccettivo dell'allattamento al seno che prolungando l'amenorrea post-partum inibisce l'ovulazione e quindi anche la possibilità di concepimento.

Sebbene allora non esistessero ancora prove scientifiche a tal proposito, è improbabile che le donne dell'epoca non avessero compreso questo effetto secondario dell'allattamento. Inoltre, se l'allattamento risultava un impegno gravoso, anche la gestazione non era da meno, specie se l'intervallo tra una gravidanza e l'altra era irrisorio. Anche per quanto riguarda l'aspetto fisico, gravidanze ripetute avevano indubbiamente degli effetti sul corpo e sulla salute al pari dell'allattamento[4].

Secondo taluni studiosi, tra cui Stone, il vero motivo che spingeva le donne a rinunciare all'allattamento era però l'**insistenza dei propri mariti**. I medici da tempo infatti sconsigliavano alle donne di avere rapporti sessuali durante l'allattamento in quanto si

4 Vedi Campbell L.

pensava che il coito interferisse con la produzione di latte di buona qualità. Poiché all'epoca i bambini venivano allattati per almeno dodici – diciotto mesi è facile comprendere come mai i mariti preferivano lasciare l'incombenza dell'allattamento ad una balia piuttosto che dover rinunciare ai piaceri sessuali per diversi mesi. Ma anche su questo punto la Campbell solleva delle obiezioni. I mariti erano ben consapevoli dei rischi per la moglie che una gravidanza comportava, nonché dei costi che una famiglia con tanti figli avrebbe dovuto affrontare. Non si trattava tanto dell'allevamento e dell'educazione dei figli, quanto di assicurare ai figli maschi una buona posizione sociale ed alle figlie femmine una dote per sposarsi. Di conseguenza anche per i mariti un numero troppo alto di figli rappresentava sicuramente uno svantaggio, e quindi l'allattamento dava indirettamente **migliori possibilità economiche alla propria discendenza**. Linda Campbell[5] conclude pertanto il suo ragionamento sostenendo che forse l'unico e vero motivo del successo del baliatico tra i ceti abbienti era il fatto che l'allattamento era vissuto come un'**attività degradante** per la donna in quanto sin dal medioevo era associata a donne di basso rango sociale. Tuttavia, anche questa teoria è in contraddizione con la dottrina puritana dell'epoca che al contrario appoggiava l'allattamento al seno, esortando le madri a nutrire esse stesse i propri figli.

Ad ogni modo, nonostante la scarsa diffusione dell'allattamento materno tra le classi sociali più elevate, non mancano esempi di donne di alto rango sociale che allattarono i propri figli o che pur non allattando non lo osteggiavano. Emblematica a questo proposito la figura di Elizabeth Clinton, contessa di Lincoln e madre di diciotto figli, tutti messi a balia, molti dei quali morti in tenera età. Il merito della contessa sta non solo nell'aver capito il proprio errore, ovvero quello di non aver allattato i propri figli esponendoli così ad una morte prematura ma di averlo ammesso pubblicamente in un'opera intitolata "Countesse of Lincolnes Nurserie", stampata ad Oxford nel 1662, opera in cui esorta le madri a non ripetere il suo stesso errore e a nutrire esse stesse con il proprio latte i propri figli. In particolare sollecita a non fidarsi ciecamente delle balie, per le quali sono mosse da esigenze innanzitutto economiche e che

5 Vedi Campbell L., p. 368-369

dovrebbero avere una compostezza invidiabile per estraniarsi dal loro proprio bambino per allattare quello ricevuto a balia[6].

6 Vedi Stone, p. 476

1.2 Caratteristiche del baliatico

La balia era una professione con caratteristiche peculiari che la rendevano molto diversa dalle altre. Si trattava infatti di offrire una parte del proprio corpo, un bene prezioso come il latte materno, e non soltanto forza-lavoro, ovvero un servizio. Questa possibilità veniva ai tempi sfruttata perlopiù dalle donne dei ceti sociali superiori, per evitarsi le fatiche e gli oneri dell'allattamento. La cessione in alcuni casi costituiva un vero sacrificio per le balie, che potevano arrivare a privare del latte materno i propri figli, esponendoli al rischio di malattie talvolta letali.

Michel Odent[7] ha comunque trovato caratteristiche che la rendono paragonabile ad una professione tutt'altro che rispettabile come la prostituzione. L'accostamento in questo caso si deve alle mancanze che vanno a colmare: in entrambi i casi viene offerto come merce una parte del proprio corpo, in un caso la balia evita alla madre le fatiche dell'allattamento ma soprattutto dell'amore materno, nell'altro la prostituta si sostituisce spesso all'amore coniugale.

In base al contesto in cui veniva prestato il servizio, si può distinguere tra due tipi di baliatico: il baliatico assistenziale ed il baliatico privato.

Il **baliatico assistenziale** si sviluppò all'interno delle strutture caritative per l'infanzia, quali brefotrofi-orfanotrofi, ovvero all'interno di istituzioni pubbliche specializzate e organizzate dal punto di vista igienico, sanitario e sociale per il ricovero e l'assistenza di bambini abbandonati o comunque bisognosi di cure e vi ricorrevano perlopiù gli strati sociali più emarginati. I bambini facevano il loro ingresso in questi istituti dopo essere stati lasciati dentro le cosiddette "ruote", vale a dire delle delle tavole circolari di legno a rotelle che erano

7 Vedi Odent (1990), p.93

posizionate per metà all'interno e per metà all'esterno degli orfanotrofi. Le madri mettevano i loro neonati indesiderati su queste tavole e suonavano un campanello, le suore ruotando le tavole prendevano i bambini, che facevano così il loro ingresso all'interno degli orfanotrofi, dove potevano ricevere come nutrimento latte umano, quando c'erano abbastanza balie reperibili. Questa pratica fu in uso a partire dal Medioevo e durò fino alla fine del XIX secolo e consentiva alle madri o a qualsiasi altra persona di far pervenire, senza essere riconosciuta, il bambino all'interno dell'istituto per esservi accolto, evitando così di abbandonarlo in una strada o presso una chiesa, come era, fino ad allora, largamente praticato. Ma nei periodi storici come la fine del Settecento e l'inizio dell'Ottocento, che coincidevano con un forte aumento di orfani e trovatelli da accudire, a volte il latte di donna non era sufficiente e si provvedeva con dei tentativi di allattamento artificiale, ovvero somministrando latte animale diluito con acqua con conseguenze disastrose; i tassi di mortalità toccavano facilmente l'80-90% fra i piccoli che non ricevevano latte di balia[8].

Il **baliatico privato** a sua volta veniva esercitato in due forme distinte: affidando il neonato ad una **balia di campagna** che lo allevava a casa propria e lo restituiva ai genitori quando lo svezzamento era completato oppure ospitando la **balia in casa** dove essa veniva rigidamente controllata nel processo di allevamento e di educazione del bambino. Sembra che la prima forma fosse quella più diffusa tra le classi aristocratiche fino all'inizio del XIX secolo. L'abitudine di ospitare la balia in casa propria si andò affermando invece presso le famiglie facoltose nel corso dell'Ottocento in quanto costituiva un compromesso tra l'ideologia dominante che voleva la donna esclusa dalla vita pubblica ma perfettamente integrata in ogni funzione domestica di sua competenza, e l'aspirazione delle donne borghesi a sottrarsi ad un dovere sentito come lesivo della propria autonomia.

Le balie di campagna erano nella maggioranza dei casi donne sposate con figli oppure vedove che inizialmente svolgevano la professione di balia per mantenersi per poi farsi assumere dopo qualche anno come balie asciutte o domestiche. Le balie tendenzialmente

8 Vedi Fildes (1988a)

avevano dai tre ai cinque figli propri, dopodiché si dedicavano alla professione[9]. Alcune di esse avevano già lavorato in precedenza come domestiche presso una famiglia benestante e venivano in seguito assunte dalla stessa come balie. In questo caso si trattava di donne fidate, ben retribuite che si prendevano reale cura dei bambini a loro affidati[10]. Dal punto di vista economico, lavorare come balia per conto di una famiglia era indubbiamente più vantaggioso che non operare presso un istituto caritativo, ma per mantenere la lattazione era necessario trovare subito un altro neonato da allattare una volta svezzato uno e quindi molto spesso una balia non poteva permettersi il lusso di aspettare l'offerta migliore. Le strutture caritative ricevevano costantemente neonati da sfamare e di conseguenza il lavoro non mancava quasi mai per le balie che riuscivano così a mantenere una buona riserva di latte e a contribuire al reddito famigliare. Ad ogni modo, sia che si trattasse di figli di signori, sia di orfani e trovatelli, il numero dei neonati da sfamare era elevato che in alcune contee di campagna il baliatico assunse le proporzioni di una vera e propria industria locale[11].

9 Vedi Fildes (1988b), p. 153
10 Vedi Campbell L., p. 365
11 Vedi Fildes (1988b), p. 153

1.3 Critiche al baliatico

Come abbiamo già visto, nel Settecento il baliatico era un fenomeno molto diffuso tra le classi sociali più abbienti. Tuttavia, i medici e i moralisti puritani dell'epoca non vedevano di buon occhio il ricorso alla balia. In particolare, cercavano di convincere le madri ad allattare esse stesse i propri figli sostenendo che attraverso il latte si trasmettevano anche valori morali e di comportamento, mettendo in guardia le famiglie contro i pericoli che potevano conseguire alla scelta di una nutrice negligente o trascurata. E proprio lo stretto rapporto ipotizzato tra latte-sangue e tra sangue ed aspetto fisico indusse, già dall'età classica, a formulare dei parametri estetici e somatici cui attenersi scrupolosamente nel caso di assunzione di una nutrice. Aristotele, ad esempio, sconsigliava il latte di donne pallide in quanto frigido, lodando invece quello delle brune ritenuto più caldo. I medici davano una serie di precisazioni del tipo: "sia la nutrice... di mediocre grassezza, abitualmente sana e vigorosa, senza deformità apparenti, piuttosto bruna, che bionda, non mai di capelli rossi: le donne di rossa capigliatura hanno d'ordinario una traspirazione cutanea assai fetida. Abbia bianchi ed interi denti, le gengive sode, le labbra vermiglie, l'alito dolce, non abbia la pelle scabra, sudicia, coperta di eruzioni... sia la voce soave e bene articolata"[12].

Mentre il medico francese Jacques Guillemeau, autore dell'opera "De la Nourriture et Government des Enfants" tradotto in inglese nel 1612 con il titolo "The Nursing of Children", esortava le famiglie che dovevano scegliere una balia a prestare attenzione non solo al suo carattere ed all'aspetto fisico, ma a procedere anche ad una analisi scrupolosa del latte prodotto dalla donna. Il latte per essere buono doveva essere dolce, inodore e bianco. Doveva inoltre avere la giusta densità: né troppo acquoso, in quanto ritenuto poco nutriente, né troppo concentrato, in quanto avrebbe causato indigestione nel lattante. Per stabilire se il latte della balia rispondevano o meno ai requisiti e se era quindi della giusta consistenza (densità),

12 Vedi Bianchi, p. 45-46

venivano fatte alcune prove empiriche, tra cui quella di gran lunga più diffusa fu la prova dell'unghia o del vetro[13]. Essa consisteva nel lasciar cadere una goccia di latte sull'unghia del pollice o su di una lastra di vetro inclinata: dalla velocità dello scorrimento e dall'intensità della traccia lasciata se ne poteva dedurre il grado di consistenza e quindi di ipotizzare o meno l'idoneità della balia a nutrire il bambino. Ma l'abbondanza di latte veniva identificata, soprattutto a livello popolare, con la voluminosità e con la turgidezza dei seni. Poiché era opinione abbastanza diffusa che le nutrici, per non perdere il lavoro, dissimulassero la perdita del latte finendo per nutrire i bambini con cibi inadeguati e provocando così gravi disturbi intestinali nei lattanti, Guillemeau invita a monitorare costantemente l'aspetto dei seni della balia[14]. Il fatto che i seni dopo qualche mese dall'inizio dell'allattamento appaiono più rilassati e meno pieni sia del tutto normale e fisiologico non era evidentemente ancora noto all'epoca.

Sul finire del XVIII secolo, il Dottor William Cadogan scrisse l'opera "Essay upon nursing, and the management of children", in cui esortava le madri a nutrire al seno i propri figli, in quanto l'allattamento materno comportava benefici sia per la madre che per il bambino. Aveva infatti osservato che le donne contadine che allattavano al seno i propri figli non solo avevano figli più sani, ma avevano anche episodi meno frequenti di ingorghi e mastiti. Cadogan era particolarmente critico nei confronti del baliatico e non considerava solo le questioni di salute del bambino e della madre, ma si interessava anche all'aspetto di responsabilità dei genitori che considerava minima quando essi lasciavano i propri figli alla custodia e mercede altrui; i pericoli di tali pratiche erano così evidenti a quei tempi che egli paragonava tali affidamenti alle antiche pratiche spartane di esporli ad intemperie e bestie feroci o di affogarli subito nell'acqua, anzi paradossalmente le riteneva più umane nella loro rapidità di applicazione[15].

Nel XIX secolo, quando il baliatico era ormai divenuto un fenomeno in via di estinzione, il problema dell'allattamento mercenario venne considerato su altre basi. Caddero

13 Vedi Wickes, parte II
14 Vedi Bianchi, p. 43
15 Vedi Cadogan

progressivamente le citazioni erudite, rientrò parte delle credenze popolari che alla verifica risultarono infondate e si consolidò la tendenza a studiare il fenomeno con un maggior rigore scientifico, soprattutto nei suoi aspetti igienico-sanitari, dato anche il manifestarsi di casi di sifilizzazione all'interno di alcuni brefotrofi[16]. In particolare, venne meno la convinzione per cui i valori morali ed il temperamento della balia verrebbero trasmessi attraverso il suo latte, nonché l'influenza dell'aspetto fisico della balia sulla qualità del suo latte.

A poco a poco, comunque, la propaganda a favore dell'allattamento materno fece leva sulle classi sociali più abbienti e riuscì a far tramontare il baliatico, tanto che già a partire dalla seconda metà del XVIII secolo le donne altolocate che allattavano i propri figli erano ormai divenute la maggioranza[17]. Il declino del baliatico e l'ampia diffusione dell'allattamento al seno accompagnò in parte la nascita di quella che Lawrence Stone chiama "famiglia nucleare domestica chiusa", che andò sempre più diffondendosi dalla fine del XVIII secolo dapprima in Inghilterra ed in seguito anche nell'Europa continentale. Questa idea di famiglia era molto diversa da quella precedente, che caratterizzava la società preindustriale e che lo storico Stone definisce "famiglia nucleare patriarcale ristretta"[18]. Nella famiglia nucleare patriarcale ristretta le donne e gli uomini si univano in matrimonio non per amore ma per interessi economici e per preservare il loro prestigio e la loro posizione sociale. All'interno di questo tipo di famiglia i rapporti tra genitori e figli erano distaccati e la bassa aspettativa di vita e l'alto tasso di mortalità inducevano i genitori a maturare un scarso senso di attaccamento nei confronti dei figli appena nati. Si trattava quindi di una sorta di meccanismo di difesa dato proprio dalle elevate probabilità di decesso dei neonati. La famiglia domestica nucleare chiusa che nacque alla fine del Settecento, si fondava invece su un rapporto di maggior equità tra i coniugi ed anche maggiore attenzione e cura nei confronti dei figli. In particolare, il XVIII secolo rappresentò un punto di svolta nella relazione genitori-figli, mostrando segni di crescente sensibilità nei confronti dell'universo infantile e delle sue problematiche da parte degli

16 Vedi Wickes, parte IV, p. 418
17 Vedi Stone, p. 479-80
18 Vedi Stone, p. 480

adulti[19]. Tuttavia, non tutti gli studiosi concordano con questa tesi. Linda Pollock, nella sua opera "Forgotten Children: Parent-Child Relations from 1500 to 1900 (1983)" non rileva "nessun cambiamento nella quantità di dolore materno o paterno nel corso dei secoli e nessuna conferma che vorrebbe che i genitori, prima del XVIII secolo, fossero indifferenti alla morte della loro giovane prole, e soffrissero profondamente solo dopo il XVIII secolo". Anche Ralph Houlbrooke nel suo studio intitolato "The English Family 1450-1700 (1984)" concluse che "ci sono molte fonti di prima mano che attestano la presenza di un atteggiamento di amorevole cura della prole in alcune famiglie e il dolore che i genitori provavano alla perdita dei figli"[20].

19 Vedi Stone
20 Vedi Houlbrooke, p. 156; Cunningham, p. 19-20, 27

1.4 Effetti sociali del baliatico

Il baliatico fu un fenomeno che coinvolse tutti i ceti sociali. Da una parte c'erano le donne della nobiltà e dei ceti medio-alti che per adeguarsi alla moda dell'epoca mettevano i figli a balia. Molte di queste donne erano consapevoli dei rischi e dei danni che l'allattamento mercenario comportava, ma il baliatico faceva parte del costume e le madri ci si adattavano con filosofia, ovvero agivano più in funzione di una morale consuetudinaria che di sentimenti naturali[21]. Dall'altra parte vi erano le balie. Alcune di esse vivevano in campagna e svolgevano questa professione una volta terminato di allattare i propri figli e per esercitare un controllo sulla propria fecondità. Normalmente queste balie erano donne sposate e i loro mariti svolgevano dei lavori di tutto rispetto, alcuni possedevano persino un piccolo pezzo di terra. Altre invece appartenevano agli strati sociali più emarginati e decidevano di intraprendere questa professione per potersi guadagnare da vivere. Per fare ciò però erano costrette ad affidare i propri figli ad un'altra persona[22]. Questa pratica diede origine ad un triste circolo vizioso, per cui queste ultime allattavano dietro un ricco compenso dei figli non loro e mettevano i loro figli dietro un compenso inferiore a balia da un'altra donna ancora, oppure se non potevano permettersi di pagarne una li abbandonavano negli orfanotrofi, con conseguenze disastrose.

Il baliatico inoltre ebbe conseguenze sia dal punto di vista demografico che da quello affettivo**.** Come già sottolineato nel par. I.2., l'allattamento al seno, specie se prolungato, svolge un importante ruolo nel controllo delle nascite, in quanto inibisce l'ovulazione e quindi la possibilità di concepimento[23].

Dal punto di vista demografico è quindi lecito supporre che il baliatico abbia avuto

21 Vedi Flandrin, p. 251
22 Vedi Fildes (1988a)
23 Vedi McLaren

un'influenza sui livelli di fecondità delle donne appartenenti a ceti sociali distinti in due direzioni: da una parte si verificò un incremento del tasso di fecondità delle madri naturali delle classi abbienti, le quali non allattando erano meno protette dai rischi di nuove gravidanze; dall'altra invece si favorì una diminuzione del tasso di fecondità delle balie (e quindi delle donne meno ricche) sia in relazione al fatto che l'allattamento, prolungando l'amenorrea post-partum, può ritardare la possibilità di nuovi concepimenti, sia in connessione alla proibizione generalizzata di avere rapporti con il proprio marito. Considerando che il periodo di allattamento era di circa un anno e che le balie avevano già dato il latte ai propri figli per alcuni mesi, ne consegue che gli intervalli intergenetici erano più lunghi. Pertanto, contrariamente a quanto si pensa, i ricchi avevano più figli rispetto alle persone di ceti sociali più svantaggiati. Inoltre, nonostante le rigide regole e i controlli per la scelta della balia, la mortalità infantile era drammaticamente alta. Le nutrici erano accusate anche di soppressione dei piccoli loro affidati per consentire l'allattamento dei propri, continuando a percepire il salario. Un'altra ipotesi era quella che la balia scambiasse il bambino che allattava con il proprio, assicurando così a quest'ultimo un futuro migliore.

Per quanto riguarda i risvolti affettivi di questo fenomeno, i lunghi periodi di assenza dei neonati dalle famiglie d'origine ebbero indubbiamente delle ripercussioni sul rapporto madre-figlio. E' lecito supporre che la separazione dalla famiglia che si verificava fin dalla nascita contribuiva ad affermare un senso di estraneità dei bambini nei confronti della propria madre naturale ed impediva la cristallizzazione dell'amore materno e probabilmente favoriva un attaccamento affettivo maggiore nei confronti delle balie che li avevano nutriti ed accuditi durante i primissimi anni di vita[24]. Per quanto riguarda le balie, anche se non mancano esempi documentati di nutrici mercenarie che si affezionavano realmente ai lattanti che accudivano[25], sembra che la tendenza generale nel XVIII secolo fosse quella delle balie di provare una certa indifferenza nel vedere morire quei lattanti, considerandoli essenzialmente come una fonte di reddito. Non è tuttavia pensabile che li facessero morire apposta in quanto la loro morte

24 Vedi Stone
25 Vedi Shorter

avrebbe costituito una perdita di denaro.

Qualunque siano stati i suoi effetti, non bisogna dimenticare l'importanza che il baliatico rappresentava per le donne che non potevano o non desideravano allattare al seno i propri figli, perché costituiva l'unica sana risorsa alimentare alternativa al latte materno almeno fino al XX secolo, quando l'allattamento artificiale divenne una pratica sicura[26].

26 Vedi Fildes (1988a)

1.5 Le Banche del latte, una forma di baliatico moderno

Nel corso del XX secolo il baliatico iniziò ad esaurirsi anche nel resto del continente europeo e negli Stati Uniti. Tuttavia, proprio all'inizio del secolo XX nacquero quelle che possiamo definire una forma di "baliatico moderno", vale a dire le banche del latte materno. La prima fu aperta nel 1910 a Boston, successivamente furono istituite anche in Europa[27]. Le banche del latte materno sono strutture esistenti presso molte cliniche e ospedali pediatrici adibite alla raccolta ed alla conservazione del latte umano offerto da madri donatrici. Lo scopo principale di questi centri è quello di assicurare la distribuzione gratuita del latte materno a quei neonati che non possono ricevere nessun'altra alimentazione. Ho parlato di "baliatico moderno" perché come nel baliatico si verifica la situazione in cui un neonato riceve latte umano che però è stato prodotto da una donna diversa dalla propria madre. Tuttavia, mentre le balie ricevevano un compenso, le donne che offrono il proprio latte a queste strutture, lo fanno gratuitamente.

27 Vedi Wickes, parte IV

2 XIX e XX Secolo: IL LATTE ARTIFICIALE

Il latte artificiale, visto come fenomeno di deviazione dalla condizione normale dell'allattamento, ha raggiunto l'apice della sua diffusione in Inghilterra nel XX° secolo.

In corrispondenza al declino del baliatico, ci fu un parziale ritorno al seno materno, ma già nel XIX secolo si cominciò con precoci introduzioni di pappe per i neonati e con la somministrazione di latte di origine animale. Nel tentativo di limitare i danni di queste pratiche, si introdusse il processo di pastorizzazione e si proseguì quindi fino al giorno d'oggi con l'utilizzo di procedimenti chimici sempre più articolati e atti a modificare le caratteristiche del latte vaccino ed a renderlo più simile al latte materno come composizione.

Il "National Dried Milk" prodotto dal governo britannico fu un forte incentivo alla diffusione del latte artificiale, che raggiunse l'apice della sua diffusione in Gran Bretagna negli anni 1960-70 quando era opinione comune che la sua qualità fosse stabile e superiore a quella del latte materno.

Durante il XX° secolo sono sorti vari movimenti a favore dell'allattamento al seno materno, ed in particolare nella seconda metà sono sorti vari gruppi spontanei di aiuto reciproco tra mamme, che in un caso si sono evoluti fino alla diffusione a livello mondiale di una associazione, La Leche League, che fattivamente ed in modo capillare persegue l'obiettivo di supportare direttamente e di favorire l'allattamento al seno materno, con una modalità definita *peer-support*.

2.1 Parziale ritorno dell'allattamento al seno materno

Sul finire del XVIII secolo, in concomitanza con la rivoluzione industriale, si verificò un'inversione di tendenza nell'allattamento al seno materno tra le diverse classi sociali. Se, come abbiamo visto nel precedente capitolo, nei secoli XVII e all'inizio del XVIII l'allattamento al seno era più diffuso tra le donne povere che non quelle ricche, in quanto queste ultime, a differenza delle prime, potevano permettersi il lusso di pagare una balia, verso la fine del XVIII secolo si verificò la situazione opposta.

La propaganda basata soprattutto su motivazioni etiche a favore dell'allattamento al seno materno produsse degli ottimi risultati tra le donne appartenenti ai ceti più elevati che iniziarono ad allattare i propri figli senza più temere di perdere prestigio sociale. Ciò contribuì alla riduzione del 30 percento del tasso di mortalità infantile nel ceto aristocratico inglese[28]. Mentre per molte donne appartenenti ai ceti sociali più svantaggiati, l'avvento della rivoluzione industriale significò il progressivo abbandono dell'allattamento al seno e per alcune del lavoro di balia, per poter lavorare nelle fabbriche che sorgevano nelle città.

L'abbandono dell'allattamento al seno, e di conseguenza il suo potere contraccettivo, fu uno dei fattori che contribuirono all'aumento dei tassi di natalità (si passò dal 30 al 40%) ed all'aumento demografico che si registrò in Inghilterra nel corso dell'Ottocento. Basti pensare che a partire dal 1800 il ritmo della crescita della popolazione inglese subì una forte accelerazione, tant'è che si passò dai 10,7 milioni di persone registrate in Gran Bretagna nel 1801, ai 18,6 milioni del 1841[29]. Solo dopo il 1870 il ritmo della crescita iniziò a rallentare[30].

Così come nella diffusione del baliatico anche nel ritorno al seno materno in realtà il

28 Vedi Cunningham, p.83
29 Vedi Falkus, p.14
30 Vedi Purvis, p.55

fenomeno era più diffuso nelle classi sociali più facoltose e rappresentava quindi quantitativamente una quota minoritaria della popolazione complessiva. Le classi sociali più povere adottarono gli stessi due fenomeni con un po' di ritardo, con l'aggravante che con l'abbandono del baliatico invece di tornare al seno materno, in concomitanza con la rivoluzione industriale furono indotte ad adottare metodi alternativi, che nel tempo si sono evoluti ed imposti nell'uso corrente come latte artificiale.

2.2 Alternative al latte materno ed elevata mortalità infantile

Prima che l'allattamento artificiale divenisse una pratica sufficientemente sicura, chi non poteva o non voleva allattare e non aveva neanche la possibilità di ricorrere ad una balia, aveva sostanzialmente due alternative per nutrire i propri bambini[31], ricorrendo a:

- **pappe** a base di acqua e pane o farine di cereali;
- **latte di origine animale** puro o diluito con acqua.

In alcuni casi i neonati venivano posti addirittura sotto le mammelle delle femmine animali, sia perché ritenuto più igienico che somministrare il latte attraverso i diversi utensili disponibili all'epoca, sia perché il latte non esistendo ancora la pastorizzazione diveniva acido in breve tempo. Questa pratica tuttavia era più diffusa in Francia che in Inghilterra[32]. Si preferiva dare al neonato latte di capra o di asina, in quanto si pensava che questi tipi di latte si avvicinassero maggiormente come composizione al latte umano rispetto al latte vaccino.

Tuttavia i problemi da superare erano ancora molteplici: le cattive condizioni igieniche nelle quali vivevano gli animali, le rudimentali attrezzature con cui si prelevava, si conservava e si manipolava il latte, il lungo tempo che intercorreva tra la raccolta, il trasporto e la vendita del latte alle famiglie, la mancanza di refrigerazione, l'ulteriore contaminazione con acqua o altri liquidi aggiunti. Tutto ciò rendeva il latte animale un alimento altamente dannoso per la salute del neonato.

31 Vedi Wickes, parte III
32 Vedi Maher, p. 39

Figura 1: Biberon di metallo del XVII e XVIII secolo, Inghilterra. (Fonte: University of British Columbia, Vancouver, Canada).

A peggiorare ulteriormente la situazione contribuivano le forme strane e complicate dei poppatoi realizzate in vari materiali come il metallo, il peltro o la ceramica (figure 1 e 2). Tali materiali utilizzati in abbinamento a rudimentali tettarelle, formate da pezzi di tela uniti a spugne, non permettevano una perfetta pulizia e diventavano terreno fertile per la

proliferazione di germi[33].

Figura 2: Poppatoio in ceramica utilizzato nel XIX secolo, Inghilterra.(Fonte: University of British Columbia, Vancouver, Canada)

Proprio per l'elaborazione delle sue forme, un tipo di poppatoio in vetro chiamato "Siphonia", era conosciuto come "bottiglia della morte" (figura 3). Soltanto nel 1845 venne brevettata la tettarella in gomma indiana, più vicina alla conformazione del capezzolo materno ed anche più semplice da igienizzare[34].

33 Vedi Weinberg
34 Vedi Wickes, parte IV

Figura 3: Esemplare di Siphonia utilizzato intorno al 1850, Inghilterra. (Fonte: University of British Columbia, Vancouver, Canada)

Le conseguenze di questo tipo di alimentazione infantile alternativa a quella al seno materno furono devastanti ed indubbiamente contribuirono alla diffusione di **malattie con esiti mortali**. In generale molte erano le malattie letali che venivano trasmesse attraverso l'assunzione di latte animale: il botulino, la brucellosi, il colera, la difterite, la gastroenterite, la salmonellosi, tanto per citarne alcune. Due in particolare furono responsabili di molti decessi in età infantile: la tubercolosi e la diarrea. La **tubercolosi** è una malattia che può essere trasmessa da una specie vivente all'altra. Il latte rappresentò il veicolo di trasmissione dell'infezione da capi di bovini malati ad ignari consumatori, provocando la morte di circa 500.000 bambini in Gran Bretagna nel periodo compreso tra il 1850 ed il 1950 e fu inoltre responsabile di circa il 30 percento di tutti i decessi avvenuti prima del 1930[35]. Attorno al 1890, invece, la **diarrea** fu responsabile di circa il 20 percento della mortalità infantile e

35 Vedi Atkins (2000a), p.83-95

sembra che anche in questa circostanza la somministrazione di latte animale ai neonati abbia contribuito ampiamente alla diffusione della malattia. In particolare a Liverpool venne rilevato statisticamente che la mortalità infantile dovuta alla diarrea fu dello 0,2% tra i bambini allattati al seno, mentre allo stesso tempo fu del 44% tra i bambini allattati con latte artificiale[36].

In generale il **tasso di mortalità infantile** si mantenne **molto elevato** per tutto il XIX° secolo. Si stima infatti che all'inizio del 1800 morisse circa il 20 per cento dei bambini e dal 1837 fino al 1900, si mantenne una media del 15 per cento di morti annue. Il gruppo più a rischio era quello di età compresa fra gli zero mesi ed un anno: fra i 167.000 bambini morti nel 1860 in Inghilterra e Galles, 33.500 aveva fra 1 e 2 anni, mentre ben 101.000 aveva fra gli zero e un anno. Proprio i bambini fra gli zero e un anno costituivano, nel 1890, circa il 2,7 della popolazione totale e il numero di morti fra essi raggiungeva quasi un quarto del totale dei decessi registrati quell'anno. Il tasso di mortalità fra i bambini di età compresa fra gli zero e i cinque anni raggiunse l'11 per cento fra borghesi e contadini, mentre fra la classe operaia nelle città il tasso era compreso tra il 33 ed il 55 per cento. A Leicester e Liverpool, città che conobbero uno sviluppo rapidissimo durante la rivoluzione industriale, negli anni 70 dell'Ottocento, si registrarono fra il 22 e il 24 per cento di morti fra i bambini di età compresa fra gli zero e un anno, mentre la media nazionale era del 15 per cento[37].

36 Vedi Bryder, p. 180
37 Vedi Rose, p. 5-7

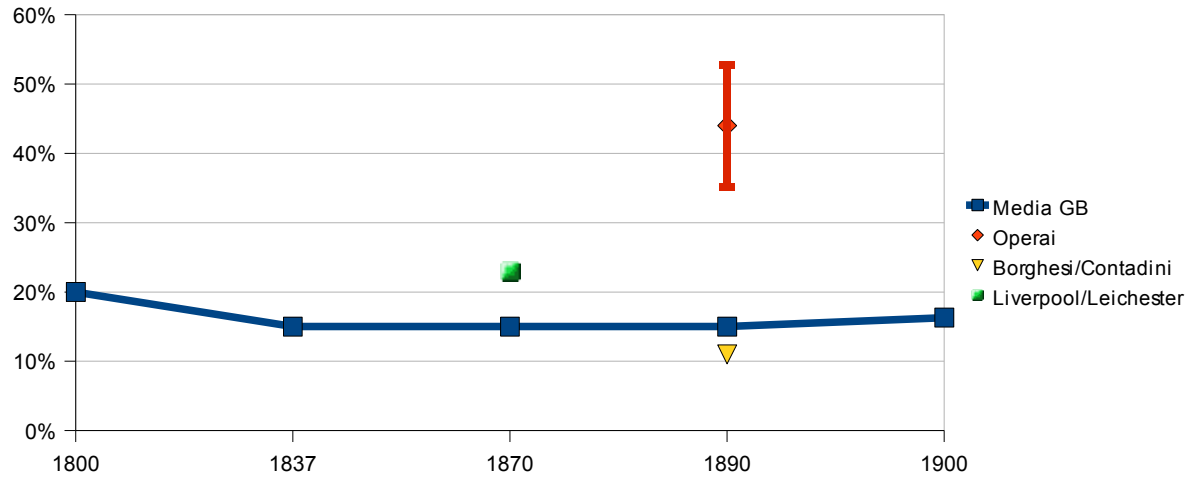

Figura 4: Tassi di mortalità infantile in Gran Bretagna, sintesi dei dati riportati. (Fonte: elaborazione dell'autrice)

Tutti i dati riportati, e sintetizzati anche nella figura 4, confermano quanto rilevato in precedenza:

- elevata mortalità infantile, in Gran Bretagna nel corso del XIX secolo
- mortalità più elevata dove era più diffuso l'allattamento artificiale, ovvero tra gli operai e nelle città industriali
- mortalità infantile relativamente più ridotta dove veniva praticato maggiormente l'allattamento al seno o dove si faceva ancora ricorso alla balia, ovvero tra le classi di ceto più elevato o più legate alle tradizioni

Indubbiamente l'alimentazione alternativa al seno materno non era l'unico problema a cui andavano incontro i bambini. Anche le nuove **pessime condizioni di vita nelle città** fecero la loro parte. Se all'inizio dell'Ottocento la maggioranza della popolazione inglese viveva nelle campagne, infatti, nel 1851 il nuovo censimento rilevò che, per la prima volta, il numero dei cittadini era superiore a quello delle persone che vivevano in ambienti rurali[38]. Tuttavia, le condizioni igienico-sanitarie nelle città non erano affatto migliori rispetto a quelle nelle

38 Vedi Lerner, p. 80

campagne. In particolare, non esistevano sistemi efficienti per il rifornimento idrico, per la pulizia delle strade, nonché per la rimozione degli escrementi. Pertanto i tassi di mortalità risultavano maggiori nelle città rispetto alle campagne, dove si poteva respirare aria più pura, e i più esposti erano naturalmente i bambini, tant'è che verso la fine del XIX secolo si assistette persino ad un leggero aumento dei tassi di mortalità infantile, fino ad arrivare a 163 per mille[39]. Ad ogni modo, i dati registrati sono, tuttavia, da considerare con molta cautela, in quanto i metodi di registrazione e la relativa legislazione vigente, non erano del tutto affidabili. Fino al 1836, le fonti dei dati demografici erano i registri parrocchiali di battesimi, matrimoni e sepolture, tenuti dalla chiesa ufficiale e dalle sette nonconformiste. A questa prima fonte vanno aggiunti i censimenti nazionali che, a partire dal 1801, ebbero luogo ogni dieci anni. Entrambe queste fonti forniscono dati fortemente approssimativi. Solo il 1°Luglio del 1837, un nuovo sistema per la registrazione di nascite, matrimoni e morti venne introdotto in Inghilterra e Galles, ma anche in questo caso i dati forniti sono piuttosto approssimativi.

Tuttavia le drammatiche conseguenze derivanti da queste scelte alimentari non furono sufficienti ad arrestare il **progressivo declino dell'allattamento materno** che iniziò alla fine del XIX secolo. Questa volta il graduale abbandono dell'allattamento al seno interessò l'intero spettro dei ceti sociali, a differenza di quando si diffuse il baliatico, fenomeno più marcatamente caratterizzante le classi più agiate. Diverse tuttavia erano le motivazioni che indussero le une e le altre ad operare questa scelta. Per le donne dei ceti medio-alti si trattò soprattutto di una scelta dettata dalla volontà e della necessità di non privare i propri mariti delle dovute attenzioni. Per le donne appartenenti agli strati sociali più bassi, invece, la scelta di non allattare la prole era perlopiù guidata da motivazioni prettamente economiche: dovendo lavorare fuori casa per molte ore al giorno, spesso in ambienti insicuri ed insalubri come le fabbriche, non avevano né il tempo, né la possibilità di occuparsi dei propri figli[40].

39 Vedi Wickes, parte IV
40 Vedi Wolf (2001), p. 9-41

2.3 Pastorizzazione e formulazione del latte di origine animale

Prima di agire sulla qualità del latte animale somministrato agli animali, la tecnologia agì sugli strumenti, migliorando forme e materiali, in particolare producendo poppatoi in vetro, più facilmente igienizzabili dopo ogni utilizzo. Si veda in figura 5, la pubblicità di un poppatoio in vetro, molto simile ai moderni biberon, uscita su un quotidiano di New York nel 1891. Si possono notare alcuni aspetti molto interessanti:

- l'indicazione di come sia resa facile la pulizia, e quindi ricollegandosi alla importanza di prevenire le malattie in quegli anni
- l'uso del concetto di "coliche gassose" (*wind colic*) ed il suo sfruttamento inteso come caratteristica di prevenzione che si vuole conferire al poppatoio
- i problemi intestinali (*bowel troubles*), evidentemente collegati alla diffusione della diarrea in quegli anni, nonché alla difficile digeribilità del latte vaccino

Figura 5: Pubblicità poppatoio in vetro del 1891, USA. (Fonte: University of British Columbia, Vancouver, Canada)

Alla fine del XIX secolo, la medicina era consapevole non solo delle proprietà immunologiche del latte materno, ma anche dei danni derivanti da una dieta infantile diversa, a base di latte animale. Il pediatra americano Henry Coit, ad esempio, condusse una serie di esperimenti con lo scopo di dimostrare gli effetti negativi che il latte di una specie vivente poteva avere sulla prole di un'altra specie. Egli provò a nutrire alcuni cuccioli di cane con latte umano e alla fine dell'esperimento concluse dicendo che i cuccioli di cane erano sopravvissuti, ma in condizioni miserevoli. Pertanto Coit, come altri suoi colleghi, esortava le madri ad allattare esse stesse i loro figli, senza tuttavia ottenere grande successo, perlomeno in patria, dove la percentuale di bambini allattati al seno si manteneva piuttosto bassa[41]. Contemporaneamente, si rendeva sempre più urgente la richiesta di messa a punto di un sistema per "pulire" il latte vaccino o di altro animale, al fine di renderlo più sicuro per i neonati.

Un passo importante in questo senso avvenne con il metodo della sterilizzazione ideato da Luis Pasteur[42] nel 1864, adottato per il latte nel 1866 con il nome di pastorizzazione. Si tratta di un processo di riscaldamento applicato al latte al fine di eliminare microrganismi patogeni o dannosi. A differenza della sterilizzazione, la pastorizzazione non uccide tutti i microrganismi presenti nel cibo, ma ne riduce il numero in modo tale che per un certo periodo di tempo non siano in grado di sviluppare effetti patogeni. Il metodo per la pastorizzazione del latte faticò ad essere accettato fino all'inizio del Novecento, in quanto molti pediatri pensavano che le alte temperature alterassero il latte in maniera tale da provocare persino la "diarrea estiva"[43]. Nel 1908 Chicago fu la prima città al mondo ad adottare la pastorizzazione e questo segnò un'importante tappa nella storia dell'alimentazione infantile. Nella sola Inghilterra l'introduzione della pastorizzazione del latte vaccino dimezzò in un solo anno la mortalità di neonati ed adolescenti.

41 Vedi Wolf (2003)

42 Louis Pasteur (1822 – 1895), chimico e microbiologo francese noto per le sue straordinarie scoperte ed innovazioni sulle cause e prevenzioni delle malattie sia umane che animali. Tratto da http://en.wikipedia.org/wiki/Louis_Pasteur

43 Vedi Kleinman, Barness e Finberg

La pastorizzazione riuscì a limitare gli effetti negativi della somministrazione di latte animale ai neonati, descritti nei paragrafi precedenti, ma ebbe anche l'effetto di avviare quel processo di suggestione ed illusione che la tecnologia fosse in grado di trasformare il latte animale fino al punto di conferire ad esso tutti i pregi di quello materno ed anche forse superiori, cosa peraltro mai provata empiricamente né confermata da alcuno studio scientifico dell'epoca (né tanto meno da studi successivi fino al giorno d'oggi).

I vantaggi della pastorizzazione riuscirono addirittura a convincere le nuove generazioni di medici nei paesi occidentali e soprattutto negli Stati Uniti a rivedere la propria posizione anche nei confronti del latte materno, considerandolo buono si, ma non più l'alimento per eccellenza che era stato ritenuto solo qualche anno prima. In un certo senso quelli che erano i vantaggi relativi della pastorizzazione, ovvero paragonati all'uso di latte animale non pastorizzato, li ritennero vantaggi assoluti, anche nel confronto con l'allattamento al seno materno. E proprio questo atteggiamento favorevole da parte della classe medica fu uno dei fattori che portò nel giro di pochi decenni alla massiccia diffusione del latte artificiale tra le donne americane. Esemplare in questo senso una dichiarazione di Williams McKim Marriot[44]: "Con la moderna tecnologia dell'alimentazione, un neonato nutrito con biberon di latte artificiale può essere sano sotto ogni punto di vista tanto quanto un bambino allattato al seno", dichiarazione che sanciva la sostanziale equivalenza tra allattamento al seno ed allattamento artificiale nella considerazione di molti medici, e pediatri in particolare, negli Stati Uniti.

In Gran Bretagna, l'approccio dei medici alle nuove formule lattee fu invece diverso. Almeno fino allo scoppio della seconda guerra mondiale, i dottori inglesi non solo non incentivarono il ricorso al latte artificiale, ma continuarono ad esortare le madri ad allattare esse stesse i loro figli. Anche per questo il crollo dell'allattamento al seno in Gran Bretagna si verificò più tardi rispetto agli Stati Uniti[45].

Nella seconda metà del XIX secolo si fece strada l'idea di conservare il latte vaccino

44 Professore di Pediatria alla Washington University School of Medicine. Vedi Bryder, p. 181
45 Vedi Bryder, p.179

prodotto in eccesso, e l'industria chimica tedesca scoprì un procedimento per trasformare il **latte in polvere**. Il latte così conservato fu utilizzato inizialmente come integratore nei mangimi per vacche, con il risultato di far produrre ancora più latte e di far crollare i prezzi sul mercato. Per aumentarne la domanda e quindi anche i consumi, a qualcuno venne allora in mente di stimolare ed incentivare l'uso del latte in polvere per nutrire i bambini[46]. Si trattava comunque di latte vaccino, con tutti i contenuti grassi e proteici caratteristici.

Fu intorno al 1870 che si cominciò a parlare di farine lattee, di latti condensati e formulazioni simili, ovvero di prime trasformazioni volte a cambiare le caratteristiche e la composizione del latte vaccino. Un grande clamore accompagnò il lancio sul mercato a pochi anni di distanza uno dall'altro, di due prodotti per l'infanzia: la "**zuppa di malto**", del chimico tedesco Justus von Liebig[47] nel 1865 e la "**farina lattea**" dell'industriale svizzero Henri Nestlé[48] nel 1867. Si trattava di prodotti studiati ed ideati appositamente per bambini "con bisogni speciali", vale a dire bambini a cui introdurre prematuramente i cibi solidi, per mancanza di latte, in un caso e di bambini nati prematuri che non potevano essere allattati dalla madre nel secondo caso. La farina lattea ebbe un largo successo e venne commercializzata su larga scala, tanto che finì per essere utilizzato quasi indistintamente per tutti i neonati, indipendentemente dal fatto che fossero prematuri o nati a termine, affetti da patologie o perfettamente sani. Agli inizi del XX secolo si assistette al moltiplicarsi delle varianti di formule lattee, considerate come progenitrici delle formule per lattanti utilizzate ai giorni nostri, che ben presto ebbero la meglio sul latte materno e che sono chiamate comunemente come "Latte Artificiale". Il fatto che la formulazione del latte vaccino sia l'origine del latte artificiale è entrato nella lingua inglese corrente come *formula milk*, o più semplicemente *formula*.

46 Vedi Negri

47 Justus von Liebig (1803 – 1873), chimico tedesco, tra le altre cose considerato padre fondatore dell'industria dei fertilizzanti, e fondatore della compagnia Liebig per produrre l'estratto di carne di sua invenzione, come alternativa economica e nutriente alla carne. Tratto da http://en.wikipedia.org/wiki/Justus_von_Liebig

48 Henri Nestlé (1814 – 1890), fondatore della multinazionale Nestlé tuttora padrona di ampie quote del mercato alimentare, anche nei prodotti per l'infanzia, e inventore del cioccolato al latte. Tratto da http://en.wikipedia.org/wiki/Henri_Nestlé

2.4 Politiche governative e fiducia nella tecnologia

L'invenzione e la diffusione delle formule lattee non fu casuale ma avvenne in un momento cruciale della storia dell'universo femminile. Nel secolo XX, infatti, si assistette ad un cambiamento importante nel costume della donna, che incominciava faticosamente a fare il suo ingresso nel mondo del lavoro. pagando, però, un altissimo prezzo, sia dal punto di vista dalle salute che da quello degli affetti familiari. La nuova situazione, che si andava creando con la presenza femminile nell'ambito lavorativo, comportò una rivoluzione dello stile di vita della famiglia, formando una diversa consapevolezza del ruolo e dei diritti della donna. Proprio l'inserimento nelle fabbriche e negli uffici fu uno dei fattori più importanti che portarono al declino dell'allattamento al seno, unitamente alla rapida urbanizzazione, all'industrializzazione, all'idea che i nuovi alimenti infantili potessero sostituire il latte materno e la conseguente incapacità di allattare, dovuta al progresso evolutivo della società. L'allattamento al seno considerato da secoli l'attività più naturale per la donna, in quanto fornisce l'alimento più adatto ed idoneo alla salute del bambino, veniva trascurato, non solo dalle istituzioni mediche, ma anche dalle donne stesse. Paradossalmente, con il raggiungimento del benessere generale, l'allattamento al seno continuava a perdere punti percentuali ogni anno.

Tuttavia, nel caso specifico della Gran Bretagna, fu solo a partire dal 1940 che l'allattamento al seno conobbe un rapido ed inesorabile declino. Con lo scoppio della seconda guerra mondiale ed il successivo baby boom si assistette infatti ad una vera e propria diffusione di massa del latte artificiale. Tra i tanti fattori che contribuirono al successo del latte artificiale, si devono includere le politiche socio-economiche, nonché le azioni del governo inglese. In questo contesto ebbero un grande impatto a partire dal 1941, quando il governo inglese iniziò la produzione e distribuzione gratuita (o quasi) di latte intero in polvere

per lattanti, fortificato con vitamina D, noto per molti anni come **National Dried Milk**[49].

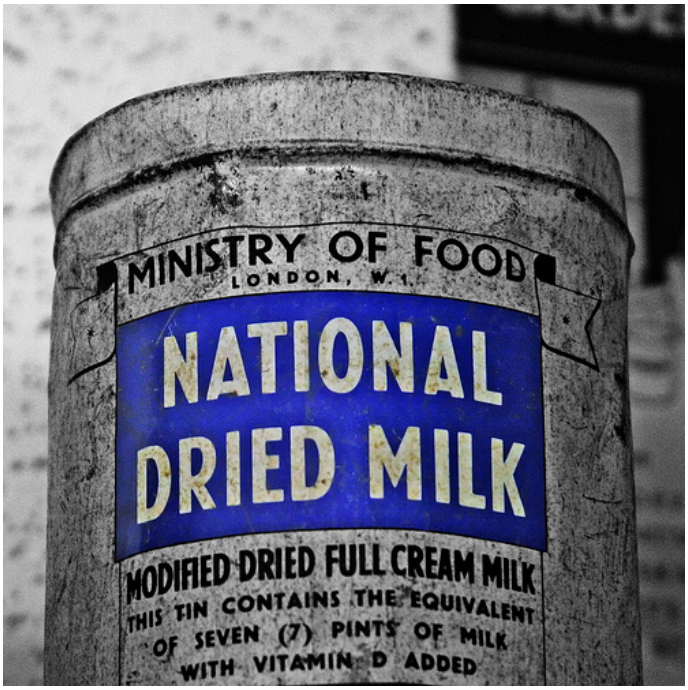

Figura 6: Lattina di National Dried Milk. (Fonte: Flickr.com)

Il National Dried Milk acquistò importanza in un preciso momento storico in cui anche un bene prezioso come il latte veniva razionato e rappresentò indubbiamente una grande opportunità per le donne inglesi, che liberate dall'incombenza dell'allattamento poterono trovare impiego presso le numerose fabbriche esistenti, partecipando così allo sforzo bellico. Si trattava ad ogni modo di un prodotto inadeguato per i bambini, come del resto la maggior parte delle formule lattee presenti allora sul mercato in quanto l'eccessiva quantità di sodio, calcio, fosforo e caseina in essi contenuti potevano causare nei neonati tetano e disidratazione ed avere persino conseguenze letali[50].

La sua diffusione andò avanti per molti anni, fino al 1976, quando venne definitivamente soppiantato sul mercato dal moderno latte artificiale prodotto dalle varie multinazionali dell'alimentazione. Il fatto che la produzione fosse stata direttamente gestita dal governo

49 Vedi NCT Report
50 Vedi NCT Report, p.3

britannico fu una grossa sponsorizzazione ed incentivo all'utilizzo di questo prodotto, al di là di quelle che furono le motivazioni particolari del periodo di guerra, e può spiegare in parte l'ampio successo del latte artificiale in Inghilterra.

Negli anni Sessanta e Settanta l'abbandono dell'allattamento al seno nei paesi industrializzati raggiunse i suoi massimi livelli. Non solo le donne allattavano meno, ma anche la durata dell'allattamento era drasticamente diminuita. La situazione era particolarmente desolante, come dimostrano i dati raccolti dal *Working Party on Child Nutrition*. Si stima infatti che a Nottingham negli anni 1959-1960 l'83 percento dei neonati veniva allattato durante la prima settimana di vita, il 54 percento era ancora allattato alla fine del primo mese, il 29 percento al terzo mese e il 13 percento a sei mesi. Nel 1972, a Dudley, nel Worcestershire, solo il 28 percento dei neonati riceveva latte materno durante il primo mese di vita e la maggior parte di essi veniva svezzato dal seno entro la fine del terzo mese[51].

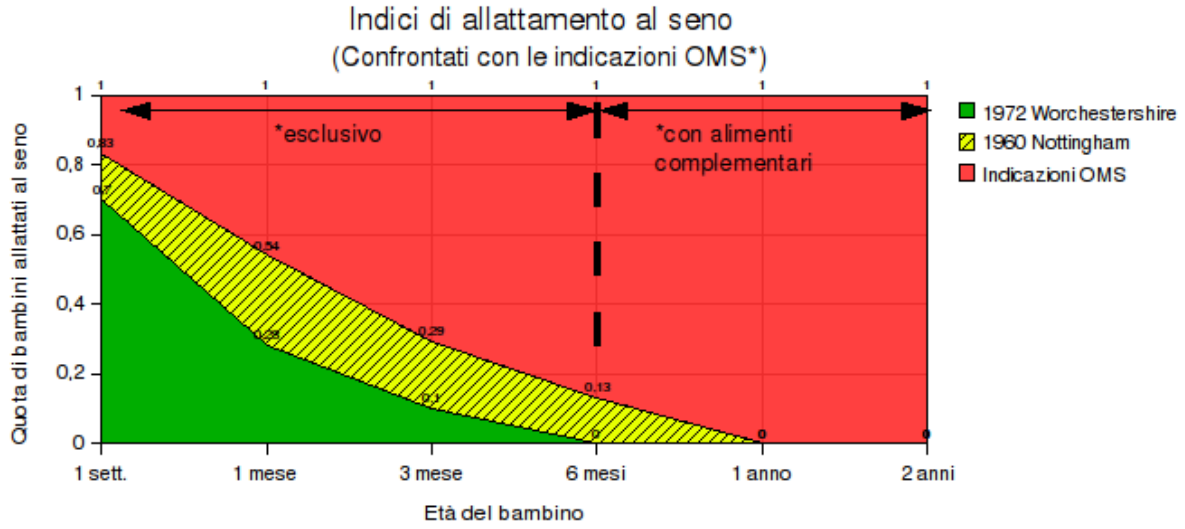

Figura 7: Allattamento al seno negli anni 1960-70 confrontati con le indicazioni OMS. (Fonte: elaborazione dell'autrice)

Nella figura 7 sono riportati in sintesi i dati precedenti, che evidenziano anche visivamente

51 Vedi NCT report

il confronto con le indicazioni che da anni fornisce l'OMS, ovvero di allattamento al seno esclusivo fino ad almeno sei mesi, e poi comunque anche affiancato dai cibi complementari fino ad almeno 2 anni di vita del bambino[52]. Nel diagramma risulta chiaramente evidente la grossa fetta di bambini (in rosso ed anche in giallo negli anni peggiori) che negli anni 1960-1970 in Gran Bretagna non riceveva l'alimento ottimale che la natura ha prodotto per loro in migliaia di anni di evoluzione della specie umana, e veniva pertanto affidato nelle mani della scienza.

Nonostante negli anni Ottanta si sia assistito ad una timida rivalutazione dell'allattamento al seno, soprattutto in campo medico, la Gran Bretagna rappresenta ancora oggi insieme agli Stati Uniti uno dei paesi industrializzati in cui le donne allattano di meno al seno. La situazione negli ultimi venti anni è rimasta pressoché invariata per quanto concerne la percentuale di neonati allattati al seno durante le primissime settimane di vita che si aggira intorno al 65 percento[53]. Si tratta di una percentuale piuttosto bassa, ben al di sotto delle potenzialità delle donne inglesi, dato che dal punto di vista scientifico si stima che il 97-98 percento delle donne in generale sia potenzialmente in grado di allattare al seno il proprio figlio ovvero non abbia ostacoli dal punto di vista fisico[54].

Molteplici sono stati i fattori che hanno contribuito al rapido declino dell'allattamento materno e vanno ricercati oltre che nei cambiamenti sociali e del ruolo della donna, anche in un diverso atteggiamento da parte della classe medica più accomodante nei confronti dell'allattamento artificiale, nelle linee guida errate per l'allattamento al seno, nelle nuove pratiche di assistenza al parto ed al puerperio e così via. E proprio i diversi fattori medico-sanitari nonché quelli socio-culturali saranno oggetto di indagine nella seconda parte della tesi.

52 Le indicazioni OMS sono tratte dal sito ufficiale http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/
53 Vedi NCT report, p. 5
54 Vedi Negri, p. 51

2.5 Movimenti in controtendenza, "La Leche League" ed il peer-support

Nel corso del XX° secolo sono stati vari i movimenti organizzati, che si proponevano tra le altre cose l'obiettivo di favorire l'allattamento al seno. In Nuova Zelanda, dove il latte artificiale faticò molto di più a diffondersi, nel 1907 Frederic Truby King[55] fondò la *Society for Health of Women and Children* (nota come ***Plunket Society***[56]) che contribuì con il suo operato a far dimezzare in 10 anni i tassi di mortalità infantile nel suo paese, fino a farli diventare in quegli anni i più bassi al mondo. Forte di questo successo, Truby King venne invitato a fondare un'analoga associazione in Gran Bretagna, che nacque nel 1918 e venne chiamata *Mothercraft Training Society*[57]. L'obiettivo principale dell'associazione era quello di ridurre i tassi di mortalità infantile, assistendo i genitori nell'educazione alimentare dei propri figli. In particolare, l'associazione forniva supporto ai genitori affinché questi provvedessero a garantire una dieta adeguata e nutriente ai propri figli. A questo scopo, promuoveva l'allattamento al seno, continuando però a lavorare al tempo stesso alla creazione di un'alternativa sicura al latte materno. Inoltre, queste associazioni mandarono un chiaro messaggio anche etico, affermando che allattare al seno rendeva madri migliori[58]. Nel manuale per l'arte materna, ampiamente diffuso dalla *Mothercraft Training Society* almeno fino alla seconda guerra mondiale (*Mothercraft Manual)*, venivano tra l'altro prescritti l'allattamento a orari fissi (notte inclusa) e proibiti sia il ciuccio che il dito in bocca. Uno degli slogan era "il latte non appartiene alla madre, è un diritto di nascita del bambino"[59].

Insieme all'opposizione al latte artificiale, negli anni '50 si sviluppò anche una

55 Sir Frederic Truby King (1858–1938), neozelandese, fu un riformatore della Sanità e detentore di vari incarichi governativi in relazione alla sanità neonatale. (Tratto da http://en.wikipedia.org/wiki/Truby_King)
56 Questa associazione non-profit è tuttora operante in Nuova Zelanda (rif. sito http://www.plunket.org.nz/)
57 Vedi Bryder, p. 182; Cooter, p.177-178
58 Vedi Bryder, p. 182
59 Vedi Abbott, p. 35

opposizione alla crescente medicalizzazione del parto e dell'allattamento. Anche in questo caso la Nuova Zelanda fece da pioniera e per prima vide la nascita della *Natural Childbirth Association* nel 1951, e poi in Gran Bretagna venne fondata la sua omologa ***Natural Childbirth Trust***[60] nel 1956. Obiettivi di queste associazioni erano la nascita "umanizzata" ovvero con meno interventi medici possibile, ospedali dotati di rooming-in (ossia la possibilità per la neo-mamma di tenere il bambino nella propria stanza 24 ore su 24), allattamento e nutrimento a richiesta del bambino[61]. Questa associazione fu fortemente ispirata ai libri ed alle idee di Grantly Dick-Read[62], che nel 1942 scrisse un libro ripubblicato varie volte fino al giorno d'oggi[63], nel quale si promuoveva il parto naturale come parte fondamentale del processo di attaccamento tra madre e bambino (il *bonding*) atto a garantire la salute psicologica del bambino stesso; l'allattamento al seno materno era visto come una delle forme del *bonding* e pertanto Dick-Read fu un forte sostenitore anche di questo aspetto[64].

Negli anni Sessanta quando il latte artificiale conobbe la sua massima diffusione, le donne che desideravano allattare al seno incontravano non pochi ostacoli lungo il loro cammino. Era difficile sia ottenere informazioni corrette in merito all'allattamento al seno, ma anche un'adeguata assistenza pratica.

Si ignorava il fatto che per milioni di anni le femmine della nostra specie avevano partorito da sole, senza alcun aiuto, in completa intimità. Gli sforzi della medicina erano tutti indirizzati verso nuove tecniche per esercitare il pieno controllo sul corpo della donna durante la gravidanza ed il parto, trasformando un evento naturale e fisiologico come la nascita in un processo meccanico che necessitava della costante guida e dell'intervento esterno. In questo contesto non c'era spazio per l'allattamento materno. Questa pratica d'altronde veniva

60 Associazione ancora operante al giorno d'oggi. Vedi sito http://www.nct.org.uk
61 Vedi Bryder, p. 189. Inoltre la storia e gli obiettivi immutati dalla nascita dell'associazione possono essere consultati sul sito NCT (http://www.nct.org.uk/about-us/who-we-are/history)
62 Grantly Dick-Read (1890–1959), ostetrico britannico considerato da molti il padre del movimento per il parto naturale, a cui ha dedicato tutto il suo lavoro. Tratto da http://en.wikipedia.org/wiki/Grantly_Dick-Read
63 Vedi Dick-Read e Odent
64 Vedi Bryder, p. 190

ignorata non solo dagli ambienti medici ma anche dalla maggioranza delle donne occidentali, che abbracciarono con grande entusiasmo l'allattamento artificiale, in quanto permetteva loro di liberarsi, almeno in parte, dalla "schiavitù" della maternità. Queste donne erano inoltre sempre più persuase dalla crescente industria di alimenti per l'infanzia che il latte artificiale oltre ad essere più "comodo" fosse anche migliore dal punto di vista qualitativo rispetto al latte materno. Questa convinzione veniva rafforzata dalle massicce campagne pubblicitarie delle imprese produttrici di latte artificiale, che associavano i loro prodotti all'immagine di bambini sani e paffuti e presentavano il latte artificiale come la panacea di tutti i mali, nonché dall'inutile e fuorviante analisi del latte materno, consigliata in tanti reparti di maternità[65]. Tale pratica insinuava nelle donne il dubbio che il loro latte potesse non essere adeguato alle esigenze nutritive del proprio bambino, spingendole quindi a preferire l'alimentazione artificiale. Si trattava di un'esame inutile perché ogni mamma è perfettamente in grado di produrre il latte "su misura" per i propri figli, come approfondiremo meglio nella seconda parte della tesi, e fuorviante perché in molti casi veniva estratta solo una piccola quantità di latte, in genere il "primo latte", ovvero quello prodotto a inizio di poppata che è generalmente più acquoso e meno grasso, in quanto ha come scopo quello di placare la sete del bambino. Le donne erano pertanto portate a credere che il loro latte fosse poco nutriente e che non valesse la pena continuare ad allattare. Perché sprecare tempo e fatica e mettere a repentaglio la crescita del proprio bambino quando la soluzione era lì a portata di mano? E' chiaro, quindi, che in questo contesto, erano pochi gli incentivi ad allattare al seno e soprattutto a continuarlo per tanti mesi.

Tuttavia, per fortuna, non tutte le donne la pensavano allo stesso modo. In particolare, ci furono alcune madri che compresero l'importanza dell'allattamento al seno e non solo riuscirono ad allattare con successo i propri figli, ma decisero di opporsi alla cultura dominante orientata al latte artificiale aiutando altre madri ad allattare al seno, facendo comprendere loro l'importanza nutritiva ed affettiva di questa pratica. A questo scopo

65 Vedi Park

crearono dei gruppi di supporto reciproco per mamme.

Uno di questi gruppi si diffuse fino a diventare una associazione di sostegno e supporto all'allattamento al seno diffusa a livello mondiale, ed oggi è arrivata a rappresentare uno dei punti di riferimento principali per le madri che intendono allattare e per tutte quelle persone, cittadini, operatori sanitari e istituzioni di ogni parte del mondo che sono favorevoli all'allattamento al seno materno e che si battono per la sua diffusione.

Si tratta de ***La Leche League***, ovvero della Lega per l'Allattamento Materno, fondata nel 1956 da Mary White e Marian Thompson, in Illinois negli Stati Uniti insieme ad altre cinque donne, tutte madri che avevano allattato al seno i propri figli. Esse intuirono subito che la formula vincente per promuovere l'allattamento materno consisteva nell'informare, incoraggiare e sostenere le neo-mamme e le loro famiglie. In particolare, riconobbero la grande importanza data dal confronto con altre donne che allattavano e decisero pertanto di organizzare degli incontri informali tra mamme con lo scopo di condividere con esse la propria esperienza in fatto di allattamento. Malgrado il carattere informale dei primi incontri, il gruppo divenne man mano sempre più organizzato e nel giro di breve tempo La Leche League conobbe una rapida espansione a livello mondiale.

Oggi La Leche League International è un'autorità riconosciuta a livello internazionale nel campo dell'allattamento, che conta oltre 3.500 Gruppi in 68 Paesi, ed è, tra le altre cose, consulente dell'UNICEF nonché collabora ufficialmente con l'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità. Nonostante ciò, il suo scopo è rimasto comunque sempre quello di fornire informazione e sostegno da-mamma-a-mamma (*peer support*), tali da garantire alla neo-mamma tutta la sicurezza di cui ha bisogno per potere allattare il suo bambino[66].

Le Consulenti de La Leche League sono madri con un'esperienza favorevole di allattamento, adeguatamente formate, che forniscono alle mamme questo tipo di sostegno personale tramite gli incontri mensili, l'assistenza telefonica o elettronica e la distribuzione di pubblicazioni. Se

66 Vedi Park

molte donne nel mondo occidentale sono riuscite a superare le iniziali difficoltà dell'allattamento e ad allattare con successo i figli, il merito è proprio loro.

Ancora oggi, nonostante i benefici dell'allattamento al seno siano stati riconosciuti in campo medico-scientifico, la figura della mamma-consulente ricopre un ruolo molto importante nella diffusione dell'allattamento al seno perché riempe un vuoto che si è venuto a creare nella società occidentale dal dopoguerra, ovvero l'esperienza diretta per la neo-madre di osservare altre madri allattare, cosa una volta molto più comune sia in pubblico che nelle famiglie allargate[67].

67 Vedi Negri

Parte II. ALLATTAMENTO E SOCIETÀ INGLESE NEL XX SECOLO

In questa seconda parte della tesi approfondiamo i molteplici fattori che hanno contribuito al declino dell'allattamento al seno in Inghilterra a favore dell'utilizzo del latte artificiale, un declino accentuatosi a partire dalla fine della seconda guerra mondiale e che ha raggiunto il punto più basso negli anni Sessanta.

Nonostante qualche timido segnale di ripresa, la situazione dell'allattamento al seno in Inghilterra risulta ancora piuttosto precaria. Se è vero infatti che la percentuale di donne che iniziano l'allattamento è aumentata dal 1990 al 2005, passando dal 62 al 76 percento, il tasso di donne che allattano in maniera continuativa ed esclusiva è ancora piuttosto basso[68] e comunque è ben lontano dalle indicazioni dell'OMS, che consiglia di allattare in maniera esclusiva fino al sesto mese di vita e poi, in aggiunta ad altri alimenti, fino al secondo anno di vita e oltre " se madre e bambino lo desiderano"[69].

Dopo un riassunto di quelli che sono i vantaggi principali dell'allattamento al seno materno, vantaggi che contribuiscono a rendere questo alimento perfetto per i neonati della nostra specie, analizzeremo quelle che sono le principali cause del declino ed i fattori di mantenimento di questa situazione di bassissimi tassi di allattamento al seno materno. Scopriremo come l'ambiente sociale e un'assistenza sanitaria non appropriata possono condizionare le scelte di allattamento di una donna, nonché minare la sua autostima come

68 Vedi UK Department of Health, *Infant feeding survey 2005*
69 Vedi Oms (2001)

madre. In particolare il capitolo 3 è dedicato ai **fattori medico-sanitari**, mentre il capitolo 4 è focalizzato sui **fattori socio-culturali** che influiscono sulle scelte materne relative all'allattamento.

Dai dati emerge che il latte materno rimane una risorsa ampiamente sotto utilizzata rispetto alle potenzialità reali, ricordando che più del 98% delle donne, se adeguatamente istruite e supportate, soprattutto difese opportunamente da tutti i fattori di interferenza negativa sull'allattamento che andiamo ad analizzare in questa parte, potrebbe allattare con successo e rispettare fino in fondo le raccomandazioni dell'OMS.

3 FATTORI MEDICO-SANITARI

In questo capitolo 3 vediamo nel dettaglio i **fattori medico-sanitari** che influiscono sulle scelte materne relative all'allattamento.

Nella figura 8 si riporta una mappa di sintesi dei vari fattori individuati.

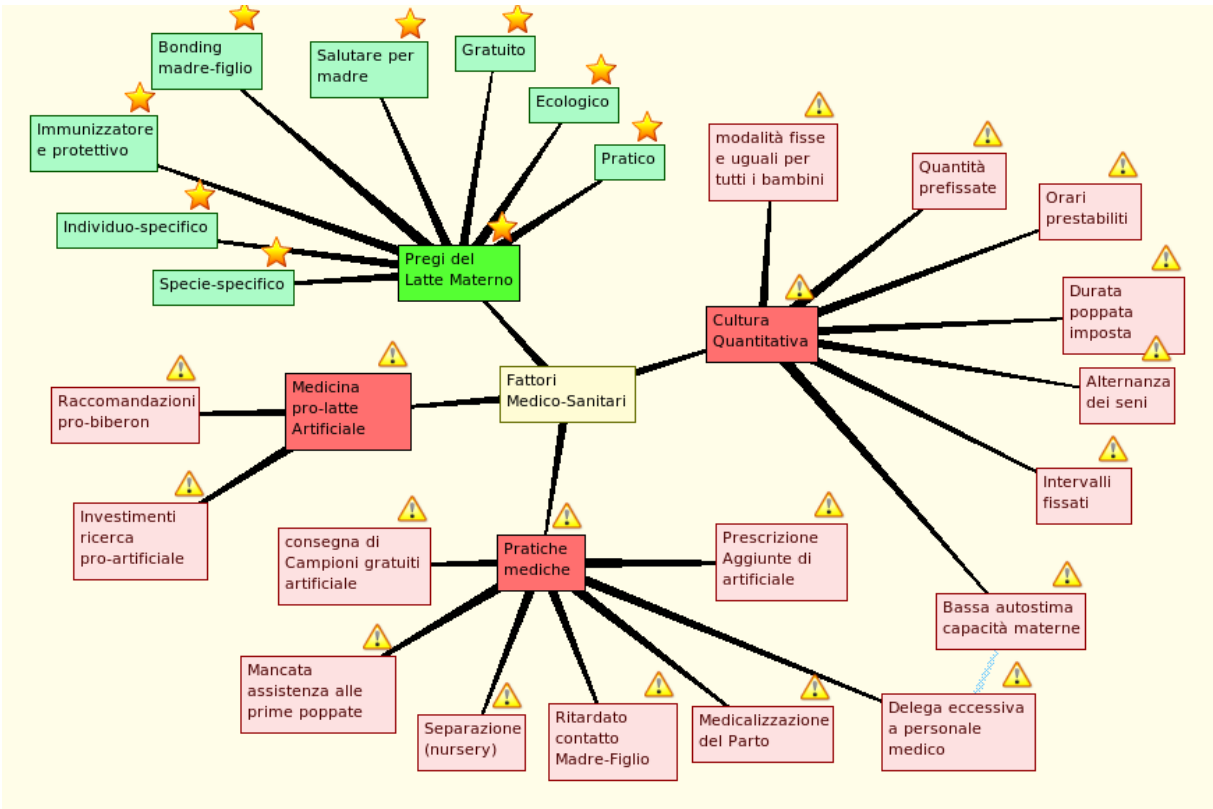

Figura 8: Mappa dei fattori medico-sanitari individuati ed influenti sulla modalità di allattamento. (Fonte: elaborazione dell'autrice)

3.1 Pregi e virtù del latte materno

Il latte materno è una delle risorse naturali più preziose che il neonato possa ricevere dalla propria madre. Per quanto infatti la scienza si sia sforzata e tutt'ora si sforzi di ricreare in laboratorio un alimento tanto perfetto, non esiste in commercio ancora alcun prodotto alimentare per l'infanzia che possa coniugare tutti i pregi e le virtù del latte materno. Per ragioni di spazio, di seguito ci limiteremo ad elencarne solo alcune.

- **È un alimento specie-specifico.** Il latte materno è il risultato di una evoluzione nel corso di migliaia di anni, e la selezione naturale lo ha reso specifico e ottimale per i cuccioli della nostra specie, contenendo tutti i nutrienti e gli anticorpi necessari a garantire un corretto sviluppo del bambino. Ad esempio i cuccioli della specie bovina hanno un tasso di sviluppo ponderale triplo di quello dell'uomo, mentre viceversa un neonato ha un tasso di sviluppo cerebrale doppio rispetto ai bovini; il latte di ciascuna delle due specie ha quindi caratteristiche e composizione ottimali per sostenere i tassi di sviluppo indicati, ed è chiaro perché la scienza deve continuamente progredire per adattare il latte vaccino ai neonati, rincorrendo in pochi anni quello che l'evoluzione della specie ha fatto molto accuratamente in centinaia di migliaia di anni[70].

- **È un alimento individuo-specifico.** Il latte materno, a differenza del latte artificiale, è un alimento "vivo", in quanto varia nel tempo la sua composizione, adeguandosi di volta in volte alle diverse esigenze del bambino, ovvero alla fase di crescita, allo stato di salute, alla stagione, alle temperature, in modo tale da essere sempre l'alimento più adatto a soddisfare le necessità nutritive. Questo adattamento continuo avviene grazie a meccanismi ormonali materni, all'alimentazione materna, allo stato di salute materno, e soprattutto grazie a come il seno materno reagisce agli

70 Vedi Odent (2002)

stimoli del lattante e a come il lattante chiede il seno (tempo, durata, frequenza, alternanza sui due seni, velocità di suzione). Un esempio molto semplice può essere fatto considerando le esigenze del neonato in estate con 30-40°C, quando esattamente come noi adulti richiede di poter bere più acqua rispetto all'inverno: in questa situazione il neonato succhierà con una modalità che estrae latte con un contenuto di liquidi maggiore e meno proteine e grassi[71].

- **Protegge da malattie**. E' ormai scientificamente provato che l'allattamento al seno protegge il neonato da numerose patologie, a breve e a lungo termine. In particolare, il latte materno favorisce una naturale immunizzazione contro molte allergie e infezioni, in quanto è ricco di sostanze capaci di inibire la crescita di batteri e virus. L'effetto protettivo dell'allattamento risulta essere tanto maggiore quanto più è prolungato e condotto in maniera esclusiva[72].

- **Favorisce un miglior attaccamento (*bonding*) tra madre e figlio.** La diade madre-figlio e l'attaccamento reciproco sono una tappa fondamentale nello sviluppo del bambino nonché della donna in quanto madre; il latte non è soltanto cibo, ma è anche un mezzo di comunicazione e di sviluppo per entrambi. L'allattamento al seno favorisce un maggiore contatto del bambino con la madre, rafforzando il legame che li lega.

- **Fa bene anche alla madre.** L'allattamento al seno non prevede benefici solo per il bambino ma anche per la salute della madre. Di seguito elenchiamo alcuni dei principali vantaggi per la salute materna[73]:

- stimola la contrazione dell'utero dopo il parto, riducendo il rischio di emorragie ed accelerando il ritorno alle dimensioni normali;

71 Vedi Maffei, p.47-50
72 Vedi Mendelsohn e Campbell C.
73 Vedi Campbell C.

- ritarda l'ovulazione, aiutando a distanziare le nascite

- contribuisce a prevenire cancro al seno e ovaie

- diminuisce il rischio di osteoporosi e di frattura del femore nella donna anziana

- aiuta la madre a recuperare la forma fisica in modo dolce e non faticoso

- è piacevole e dà serenità e tranquillità

- **E' gratuito, ecologico e pratico.** Il latte materno è sempre pronto e disponibile, è gratuito ed ecologico perché non serve energia per produrlo.

3.2 La medicina a favore del latte artificiale

Negli anni del dopoguerra e negli anni Sessanta, i medici ed in particolare i pediatri, a differenza dei loro colleghi del passato che riconoscendo il latte materno come alimento unico ed ineguagliabile esortavano le madri ad allattare esse stesse i propri figli, iniziarono a **raccomandare l'uso del biberon**[74]. I pediatri, avendo dalla loro parte il "sapere scientifico" erano ritenuti le persone più qualificate per fornire consigli in merito alla cura e all'alimentazione dei bambini. Il fatto che la maggioranza di essi avvallasse l'uso del latte in polvere contribuì indubbiamente a convincere le madri ed i padri che si trattasse di un alimento adeguato per i bisogni nutrizionali dei propri figli e quindi a preferirlo al latte materno. A partire dagli anni Ottanta, comunque, si delineò un atteggiamento diverso da parte dei pediatri, più orientato a favore dell'allattamento al seno, almeno per i primi sei mesi di vita.

Oggigiorno, tutte le più autorevoli istituzioni sanitarie come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'UNICEF e l'Accademia Americana di Pediatria sono concordi nel ritenere il latte materno come l'alimento infantile per eccellenza. "L'allattamento esclusivo è la norma biologica contro cui va paragonato ogni altro metodo alternativo di alimentazione riguardo alla crescita, allo stato di salute, allo sviluppo, e a tutti gli altri effetti a breve o lungo termine"[75].

Tuttavia, nonostante queste prese di posizione ufficiali a favore dell'allattamento al seno, gli **investimenti nella ricerca** sono da sempre stati rivolti all'analisi ed allo sviluppo di un surrogato fedele del latte materno, mantenendo invece limitati i progetti a favore di una crescita dei tassi di allattamento al seno[76]. Basti pensare che negli Stati Uniti furono stanziati

74 Vedi Bryder
75 Vedi American Academy of Pediatrics (2005)
76 Vedi Lauwers e Swisher

dal governo federale 40 milioni di dollari nel biennio 1994-1996 per la ricerca sull'alimentazione infantile e l'allattamento al seno, e di queste ingenti risorse, solo il 14 percento furono realmente destinati a progetti a favore dell'allattamento al seno[77].

Il latte materno è indubbiamente un alimento d'eccellenza, che contiene tutte le sostanze nutritive necessarie al corretto sviluppo del bambino. Ma è anche un alimento "vivo" che non ha sempre la stessa composizione, ma si adatta di volta in volta alle necessità del bambino[78]. Pertanto, ricreare il latte materno con tutte le sue peculiarità in laboratorio è praticamente impossibile. Il latte artificiale che verrà prodotto nei prossimi decenni sarà indubbiamente migliore di quello che possiamo trovare oggi in commercio, perché si avvicinerà sempre più come composizione al latte umano, ma non riuscirà mai ad eguagliarlo.

Pertanto, sarebbe estremamente più efficace ed efficiente impiegare le risorse economiche attualmente rivolte allo sviluppo del latte artificiale in altro modo, per esempio insegnando alle donne che diventano madri ad usufruire della straordinaria risorsa naturale a loro disposizione, il latte materno[79].

77 Vedi Brown, Bair e Meier
78 Vedi Balsamo (2007)
79 Vedi Maher, p. 73

3.3 Cultura quantitativa, allattamento ad orario e razionato

A partire dal dopoguerra si andarono sempre più diffondendo in ambiente medico delle linee guida che sono state e sono ancora oggi spesso causa di insuccesso nell'avvio e nel mantenimento dell'allattamento al seno materno. I pediatri adottarono e diffusero sempre più indicazioni o meglio prescrizioni di tipo quantitativo in relazione alle modalità di allattamento dei neonati[80]:

- assumere **quantità prefissate** di latte ad ogni poppata
- poppare ad **orari prestabiliti**
- rispettare gli **intervalli di tempo prefissati** tra una poppata e quella successiva (spesso pari a circa tre ore, ma le indicazioni non furono nemmeno concordi tra loro nel tempo e tra diversi pediatri)
- Spesso anche la **durata della poppata** veniva imposta, ritenendo che non dovesse superare i venti minuti circa
- anche l'**alternanza dei seni offerti** durante la poppata veniva prescritta; spesso si diceva di dare 10 per seno ad ogni poppata oppure di dare un solo seno alternato ad ogni poppata

In generale prese piede l'idea che se il bambino non avesse rispettato questo tipo di prescrizioni quantitative si sarebbe stato in presenza di una patologia da correggere oppure semplicemente si correva il rischio che si sarebbe "abituato male", in altre parole si sarebbe viziato, favorendo in qualche modo una patologia comportamentale.

80 Vedi Maher

Queste prescrizioni costituiscono una modalità di allattamento molto rigido, basato su principi strettamente quantitativi e sull'idea che esista una "ricetta" fissa valida per tutti i bambini e per tutte le occasioni e non basato invece sulle reali necessità espresse dal bambino, ma spesso anche della madre alla quale non rimangono spazi di libera iniziativa. In italiano viene comunemente chiamato "allattamento a orari fissi", anche se è qualcosa di più come abbiamo visto, forse più propriamente sarebbe "allattamento rigido e razionato".

Queste modalità rigide e razionate possono compromettere la buona riuscita dell'allattamento stesso; inoltre possono ostacolare il corretto sviluppo nel neonato della capacità di autoregolamentazione nell'assunzione di alimenti.

Al contrario, un allattamento condotto a richiesta, *on cue*, su "segnale" come dicono gli inglesi, ovvero offrendo il seno al neonato tutte le volte che lo richiede senza seguire orari o schemi prestabiliti, abitua il bambino ad autoregolarsi, ovvero ad assumere la *giusta* quantità di cibo al momento *giusto,* senza che sia la madre o il pediatra a decidere per lui. Non si tratta di una cosa da poco: la capacità di autoregolarsi infatti lo proteggerà anche quando diventerà più grande dal rischio obesità[81].

La subordinazione alla cultura quantitativa da parte della scienza medica, più in generale rivolta anche all'utilizzo di strumenti di rilevazione dello stato di salute e di crescita del bambino quasi esclusivamente quantitativi[82], ha finito per far focalizzare gran parte dell'attenzione delle madri non più sul processo dell'allattamento nel suo significato più ampio e complesso (ossia di *relazione*), ma sul semplice trasferimento di cibo dal seno materno al bambino (valore del latte materno come *prodotto*), con il risultato che le madri prestano più attenzione agli intervalli di tempo tra una poppata all'altra o alla quantità di latte ingerita durante la suzione, piuttosto che all'interpretazione e al riconoscimento dei desideri e delle emozioni proprie e del bambino[83]. In altre parole, sempre più spesso le madri hanno

81 Vedi Negri
82 Vedi Maher, p. 92
83 Vedi Negri

rinunciato ad ascoltare la loro voce interiore e a fidarsi del loro istinto perché convinte che per crescere in maniera corretta e socialmente accettabile un bambino debbano ricorrere all'aiuto di qualcuno più esperto e competente di loro[84]. Il bambino viene quindi fatto oggetto oltre che di una carenza alimentare anche di una carenza di tipo relazionale.

84 Vedi Kitzinger (1980); Maher, p. 38; Negri, p.62-63

3.4 Pratiche di assistenza al parto ed al puerperio

Per secoli la donna aveva partorito a casa propria con l'ausilio delle levatrici, personale che, pur non essendo medico, acquisiva grande esperienza specifica sul parto naturale. A partire dal secondo dopoguerra i grandi passi avanti della medicina indussero sempre più ad abbandonare le levatrici ed a **partorire in strutture attrezzate** e **seguite da personale medico**, con l'indubbio risultato di una sensibile riduzione della mortalità infantile e materna[85].

Tuttavia alcune delle pratiche ospedaliere introdotte e la sempre più diffusa **medicalizzazione della gravidanza, del parto e del puerperio** hanno compromesso la buona riuscita dell'allattamento al seno per la maggioranza delle partorienti[86]. In particolare le procedure di intervento medico più diffuse sono:

- l'analgesia durante il parto
- l'induzione del parto
- le episiotomie
- l'uso del forcipe o della ventosa
- i tagli cesarei

Il ricorso massiccio ed indiscriminato alle citate procedure ha finito per trasformare il parto in un evento tutt'altro che naturale ed ad avere un impatto negativo nella relazione madre-bambino.

85 Vedi Lauwers
86 Vedi Lauwers

Altri fattori che ostacolano la buona riuscita dell'allattamento al seno sono:

- **ritardato contatto** tra madre e neonato subito dopo il parto

- **mancanza di adeguata assistenza** durante le prime poppate (vennero a mancare sia il supporto morale alla neo-mamma che le correzioni di eventuali errati primi attaccamenti al seno da parte dei neonati)

- consegna di **campioni di latte artificiale gratuiti** alla dimissione dall'ospedale.

Le **aggiunte di latte artificiale**, intese come somministrazione aggiuntiva rispetto alle quantità che il neonato acquisisce al seno materno, hanno un effetto di interferenza devastante sui processi naturali, e furono ampiamente diffuse spesso in risposta al calo di peso ponderale dei primi giorni di vita dei neonati. Il cosiddetto "Calo fisiologico" della prima settimana sembra un fenomeno che venne riconosciuto normale intorno al 5%-10% del peso alla nascita, e spesso fu la motivazione delle prescrizioni di aggiunte di latte artificiale. Qualcuno sostiene invece che sia "fisiologico" solo se associato al parto tipico di un ospedale della fine del XX° secolo, e che invece sia "naturale" una maggiore assunzione iniziale di colostro che consente in molti parti naturali in casa di non avere alcun calo di peso nemmeno nei primissimi giorni[87]. Ad ogni modo, i bambini a cui vengono date aggiunte di latte artificiale in ospedale hanno maggiori probabilità di interrompere l'allattamento nelle due settimane che seguono il parto, rispetto ai bambini che vengono allattati esclusivamente al seno[88]. Ciò è dovuto principalmente al fatto che viene alterato l'equilibrio tra domanda e offerta (meno succhia il bambino, meno latte viene prodotto dalla madre), nonché viene compromessa la fiducia della madre nelle proprie capacità di nutrire il bambino, proprio nel momento più delicato del puerperio, ossia quando la lattazione si sta ancora perfezionando[89].

87 Vedi Odent (1990)
88 Vedi Infant Feeding Survey del 1995
89 Vedi NCT Report, p.10

Un altro fattore di disturbo nella relazione madre-figlio e di ostacolo all'avviamento di un buon allattamento al seno è indubbiamente la **separazione della madre dal neonato** per molte ore consecutive (con l'introduzione della *Nursery*[90]), pratica ancora oggi diffusa in molti ospedali. Il neonato viene separato dalla madre subito dopo la nascita e trascorre gran parte del tempo lontano da lei, nella *nursery.*

E' interessante notare a questo proposito la posizione di Vanessa Maher che parla di "brusca, talvolta brutale separazione tra la donna e il suo nuovo nato; in maniera rapida, asettica, apparentemente necessaria, apparentemente indolore, solo perché tutto il dolore è spostato sulla fisiologia del parto, momento espiatorio per ogni dolore, anche quelli dovuti all'organizzazione sociale". La Maher prosegue poi dicendo "questa separazione è attribuita alla necessità dell'organizzazione ospedaliera. Ma è una falsa legittimazione, perché ci sono ospedali che praticano il *rooming-in* e in altre parti del mondo la prassi abituale è quella di lasciare il bambino vicino alla madre, anche nel suo letto, e non per mancanza di spazio."

La *nursery* fu concepita alcuni decenni fa, in concomitanza con l'aumento dei parti presso strutture ospedaliere, con lo scopo di separare fisicamente i neonati dal resto dell'ambiente ospedaliero per proteggerli dai germi. Tuttavia, recenti ricerche hanno dimostrato che la separazione madre-bambino non solo è una procedura dannosa che interferisce con il buon avvio dell'allattamento al seno, ma è anche una prevenzione inutile. Sembra infatti che il contatto pelle-a- pelle del neonato con la propria madre subito dopo il parto e la conseguente esposizione del neonato alla flora batterica presente sulla cute materna contribuiscono a rendere il neonato più resistente ai batteri[91].

La medicalizzazione del parto e del puerperio ha finito per trasformare eventi naturali come la nascita e l'allattamento come qualcosa di assolutamente artificioso e meccanico, in cui la donna è passata dall'essere "persona attiva" e consapevole a semplice spettatrice, impossibilitata ad esercitare un controllo sul proprio corpo e talvolta anche sulle proprie

90 Nursery in inglese significa la stanza della nurse, ossia della balia
91 Vedi WHO (1998)

emozioni. Questo fatto ha indubbiamente contribuito ad alimentare nelle madri la **convinzione di non essere in grado di accudire** da sole un figlio e pertanto **di dover delegare** a persone "esperte" e più competenti di loro qualsiasi decisione in merito alla cura e all'assistenza del bambino, compreso l'allattamento e lo svezzamento. Come osserva giustamente Sheila Kitzinger "sollecitare le donne ad adottare certi tipi di comportamento introduce nel loro rapporto con i figli un obiettivo da raggiungere, un parametro rispetto al quale è troppo facile risultare inadeguate"[92].

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, anche la cultura prettamente quantitativa nella valutazione dello stato di salute di madre e bambino toglie l'attenzione dalle vere esigenze espresse dalla coppia. Risulta pertanto ancora più ovvio in questo contesto come un processo tanto naturale ed istintivo come l'allattamento finisca per essere del tutto compromesso dalle interferenze esterne. Proprio per questi motivi, alcuni ospedali si stanno attrezzando per trasformare la sala parto da luogo asettico e sterile, quali era e talvolta tuttora è, in una sorta di "nido" dove la donna può ritrovare un'atmosfera più intima e rilassata per vivere nel modo più "naturale" possibile l'esperienza unica del parto, senza però rinunciare all'assistenza medica.

92 Vedi Kitzinger (1980), p. 17

4 FATTORI SOCIO-CULTURALI

In questo capitolo vediamo nel dettaglio i **fattori socio-culturali** che influiscono sulle scelte materne relative all'allattamento.

Nella figura 9 si riporta una mappa di sintesi dei vari fattori individuati.

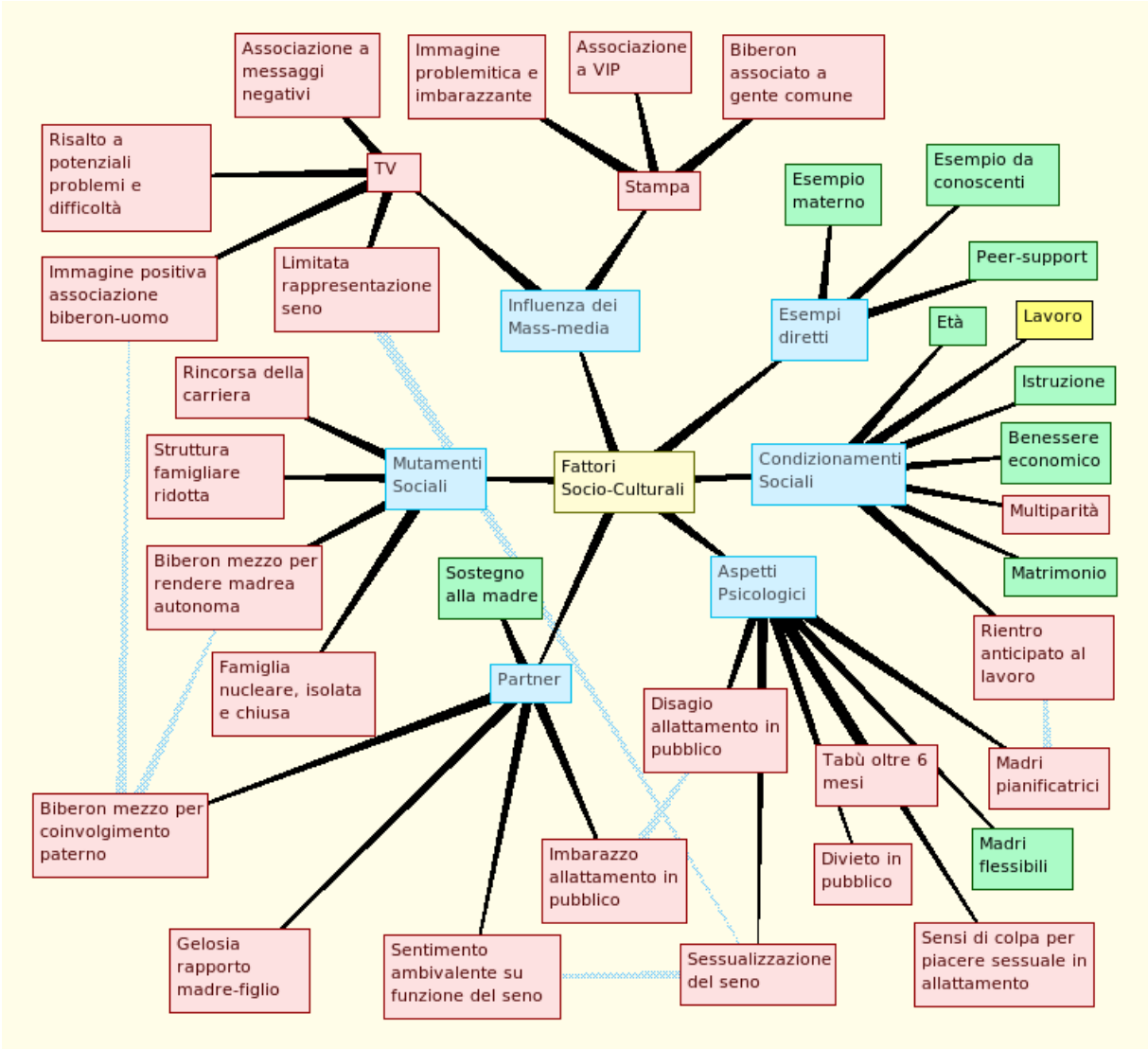

Figura 9: Mappa dei fattori socio-culturali individuati ed influenti sulla modalità di allattamento. (Fonte: elaborazione dell'autrice)

4.1 Fattori socio-economici e demografici

Le ricerche condotte sulle donne che allattano al seno evidenziano come l'**età**, il **livello di istruzione** e la **classe sociale** di appartenenza della neo-mamma sono tutti fattori che influenzano la scelta ad allattare o meno al seno il proprio bambino. In particolare da queste ricerche risulta che verso la fine del XX° secolo l'allattamento al seno sia più diffuso tra le donne con età superiore ai trenta anni, che hanno un livello di istruzione medio-alto e appartengono alle classi sociali meno svantaggiate. Ai giorni nostri si è ribaltato l'effetto, che all'inizio del novecento sembrava essere di diffusione solo presso le classi povere e ignoranti, che non potevano permettersi o comunque non erano capaci di gestire l'allattamento artificiale[93].

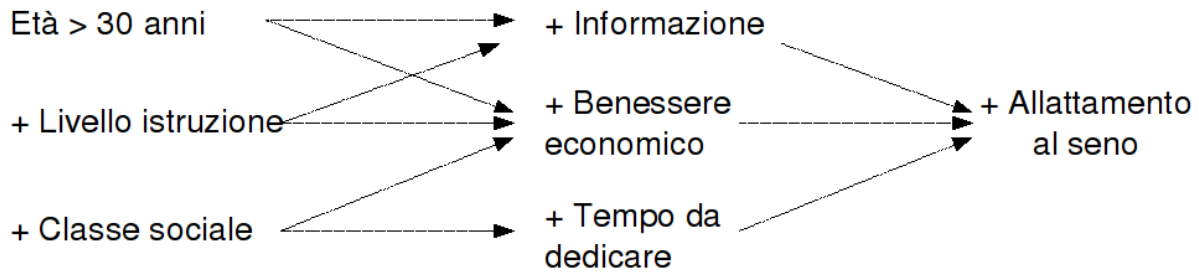

Figura 10: Effetti socio-demografici sulla riuscita dell'allattamento al seno. (Fonte: elaborazione dell'autrice)

Sembra invece che fattori quali la condizione di **multiparità** e **non essere coniugata** incidano negativamente sulla riuscita dell'allattamento al seno[94].

L'**attività lavorativa** non costituisce di per sé un ostacolo all'allattamento al seno o perlomeno non incide sulla scelta di una donna di iniziare ad allattare al seno il proprio figlio.

93 Vedi Bryder
94 Vedi NCT Report, p.6

Tuttavia, il rientro al lavoro e di conseguenza il minor tempo trascorso insieme al bambino è per molte donne causa dello svezzamento precoce dal seno, vale a dire prima dei sei mesi raccomandati dall'OMS[95].

95 Vedi Ryan e Martinez

4.2 Aspetti psicologici

Personalità materna. Anche la personalità della mamma ed i suoi sentimenti nei confronti dell'allattamento sembrano avere delle ripercussioni sulla scelta del tipo di allattamento. In generale gli studiosi hanno evidenziato come le madri poco flessibili, più vulnerabili all'ansia, che sopportano meno le situazioni stressanti e che preferiscono avere tutto sotto controllo sono più propense a scegliere l'allattamento artificiale, in quanto questa modalità di allattamento consente loro di gestire meglio la propria routine giornaliera. Al contrario le donne con un maggior livello di flessibilità e che hanno una maggiore capacità di rilassarsi riescono a gestire meglio l'allattamento al seno, che se condotto nella maniera ottimale per il bambino , vale a dire "a richiesta", non consente alla madre, almeno nei primi mesi di "rodaggio", una rigida pianificazione della giornata[96].

Duplice ruolo del seno femminile: sessualità e nutrimento Non bisogna poi dimenticare la funzione ambivalente del seno materno: da una parte quella sessuale, dall'altra quella nutritiva e materna. In particolare, negli ultimi decenni la pubblicità ed i mass-media hanno contribuito a diffondere l'immagine sessuale del seno femminile, mostrando spesso donne a seno scoperto per commercializzare ogni genere di prodotto. Molte donne si possono quindi sentire inibite ad allattare al seno proprio per via del valore erotico che questa parte del corpo ha per gli uomini[97]. Di certo la possibilità di allattare ad ogni momento su richiesta ed in ogni luogo viene fortemente ridotta per questo motivo, come spiegheremo meglio più avanti.

Piacere sessuale derivante dall'allattamento Alcune donne sperimentano sensazioni piacevoli di natura sessuale mentre allattano al seno il proprio bambino. Ciò è dovuto in parte al fatto che durante la poppata viene prodotto un ormone, l'ossitocina, che ha come effetto

96 Vedi Dracup e Sanderson
97 Vedi Maher

principale la contrazione delle varie fibre muscolari, tra cui quelle che si trovano sotto il capezzolo e l'areola, nonché quelle dell'utero e della vagina. Non a caso questo ormone viene prodotto anche durante l'orgasmo. Gli effetti dell'ossitocina sul corpo variano da donna a donna e in alcune donne può arrivare a provocare eccitazione sessuale, facendole sentire inadeguate e a disagio, ed inducendole a rinunciare all'allattamento. In realtà anche se si tratta di situazioni rare, sono del tutto fisiologiche e normali. Il vero problema quindi non è di carattere medico, ma di carattere psico-sociale[98], ovvero invece di accettare un fenomeno del tutto naturale e senza conseguenze, lo si vive con senso di colpa e quindi si previene scegliendo di non allattare al seno.

Allattamento in pubblico Infine, a rendere l'allattamento artificiale più appetibile si aggiunge un altro fattore di carattere psicologico, ossia il disagio e l'imbarazzo causati dall'allattamento in pubblico o comunque davanti ad altre persone, anche se appartenenti alla propria cerchia famigliare[99]. Un disagio che non veniva percepito in passato, quando l'allattamento al seno era più comune, ma che si è diffuso soprattutto a partire dal secondo dopoguerra, quando l'allattamento al seno ha raggiunto i livelli più bassi. Dopo la seconda guerra mondiale, infatti, con la stragrande maggioranza delle donne che sceglieva il latte artificiale, l'allattamento in pubblico cominciò ad essere visto come qualcosa di strano e sconveniente, in proporzione inversa al dilagare della propaganda delle industrie e al maggiore uso dell'immagine del seno come immagine sessuale. Probabilmente questo fattore si aggiunge alla minore abitudine a convivere quotidianamente con i propri familiari.

E' evidente che la scelta di non allattare in pubblico e di confinare quindi l'allattamento al seno entro le mura domestiche finisce per rendere questa attività troppo vincolante per una donna, specie durante i primi mesi di vita del bambino, quando le poppate sono molto frequenti ed è quindi un altro fattore importante di svezzamento precoce dal seno materno[100].

98 Vedi Kitzinger (1979)
99 Vedi Hoddinott e Roisin
100 Vedi Wolf (2008)

Divieti legislativi. Non bisogna poi dimenticare un altro aspetto, ovvero il fatto che attualmente allattare in pubblico in Inghilterra è vietato dalla legge. Le donne che lo fanno, possono infatti incorrere in una sanzione per "atto contrario alla pubblica decenza". Nel 2004, una madre fu allontanata dalla National Gallery di Londra, uno dei musei più importanti al mondo, mentre stava allattando il proprio bambino di undici mesi, perché secondo la guardia del museo "stava dando scandalo"[101]. La disavventura di questa signora non sembra essere un caso isolato, almeno secondo quanto riportato dalle associazioni che promuovono l' allattamento naturale in Inghilterra. Queste associazioni hanno raccolto diverse testimonianze a riguardo e hanno reso pubblico un sondaggio, da cui è emerso che il 63% delle mamme incassa pesanti commenti quando offre il seno al neonato in pubblico e il 40% ha difficoltà a trovare un luogo dove allattare fuori casa. Per fortuna, il parlamento inglese ha deciso di porre fine a questo inconveniente e sta ora discutendo una legge per consentire alle donne di allattare il proprio bambino nei luoghi pubblici, compresi bar, ristoranti e mezzi di trasporto pubblici. Tuttavia, non si sa ancora se la legge riguarderà tutti i poppanti, indistintamente dall'età, oppure verrà estesa solo ai bambini di età inferiore ai sei mesi[102].

Ad ogni modo, il problema dell'allattamento in pubblico non riguarda solo l'Inghilterra, ma è comune anche ad un altro paese anglosassone, gli Stati Uniti d'America[103]. Nonostante negli Stati Uniti sia consentito dalla legge allattare in pubblico (il primo stato a varare una legge in merito fu lo Stato di New York nel 1984) ancora oggi molte mamme americane sono costrette a girare con la legge in tasca poiché vengono ancora guardate con sospetto, come spiegano alla Leche League, associazione internazionale che da 50 anni sostiene le donne che allattano.

101 Vedi articolo del quotidiano *Times* di Londra: http://www.timesonline.co.uk/tol/life_and_style/health/article4139093.ece
102 Vedi articolo del quotidiano *Times* di Londra: http://www.timesonline.co.uk/tol/life_and_style/health/article4139093.ece
103 Vedi articolo del quotidiano *Corriere della Sera* di Milano: http://archiviostorico.corriere.it/2005/dicembre/19/Donne_svolta_Londra_Potete_allattare_co_9_051219047.shtml

Figura 11: Simbolo e segnale internazionale per luoghi pubblici riservati all'allattamento. (Fonte: sito Breastfeedingsymbol.org)

Il fatto di vedere poche donne che allattano al seno il proprio bambino contribuisce a rendere questa pratica ancora meno diffusa e a far percepire come l'allattamento con il biberon la "norma". Per questo è nato nel 2006, un simbolo internazionale per segnalare luoghi in cui è consentito o addirittura agevolato l'allattamento al seno (vedi figura 11).

Allattamento prolungato. Oltre a tutta una serie di ostacoli pratici che impediscono alla donna di proseguire a lungo l'allattamento al seno, vi è anche un ostacolo culturale. Se in molte società tradizionali le donne allattano al seno per periodi prolungati i propri figli[104], nel Regno Unito, così come anche negli Stati Uniti, l'allattamento oltre i sei mesi di vita del bambino è infatti considerato socialmente inaccettabile. Molte donne che continuano ad allattare oltre l'anno di vita, affermano di farlo di nascosto[105]. Eppure, allattare al seno per lunghi periodi è un'attività salutare sia per la madre che per il bambino, tant'è che, come

104 Vedi Balsamo (2007)
105 Vedi NCT report, p. 16

abbiamo più volte ripetuto, l'OMS e altre istituzioni internazionali consigliano di allattare al seno fino a due anni ed oltre, ovvero fino a a quando madre e bambino lo desiderano. Alcune ricerche mediche infatti sembrerebbero dimostrare che i benefici derivanti dall'allattamento al seno sono tanto maggiori quanto maggiore è la sua durata. Inoltre, secondo diversi dati antropologici e di biologia comparata la durata normale dell'allattamento nell'essere umano sembra oscillare tra i due anni e mezzo e i sette[106]. Senza dover osar tanto, è comunque doveroso riconoscere che se una madre ha la possibilità e la volontà di allattare al seno il proprio bambino, anche quando questi è più grandicello, dovrebbe essere libera di farlo, in quanto un allattamento prolungato può solo giovare alla salute del figlio.

106 Vedi Stuart-Macadam e Dettwyler

4.3 Ruolo del partner

Nella nostra società attuale si è spesso portati a pensare che l'allattamento sia una questione solamente femminile e che il ruolo del padre in questo processo sia del tutto marginale. La realtà però è ben diversa.

Nella prima parte della tesi abbiamo visto come già in passato l'uomo influenzava la donna nella sua scelta di allattare o meno al seno i propri figli. Tra i secoli XVI e XIX, infatti, quando si pensava che i rapporti sessuali guastassero il latte, i mariti delle classi sociali elevate preferivano affidare i propri figli ad una balia piuttosto che rinunciare ai loro privilegi sessuali, impedendo così alle proprie mogli di allattare esse stesse i loro figli[107]. Le donne, dal canto loro, non sembravano più di tanto opporsi a questa pratica.

Ancora oggi l'atteggiamento del partner nei confronti dell'allattamento al seno pare essere determinante nella buona riuscita o meno dell'allattamento. Una donna che ha partorito da poco ha bisogno di continue conferme e di appoggio da parte delle persone che le stanno intorno. Nella delicata fase che segue alla nascita del bambino, infatti, la donna va incontro ad una vera e propria tempesta ormonale che la rende particolarmente fragile e vulnerabile dal punto di vista emotivo. Il **sostegno del partner** si rivela in questa circostanza particolarmente importante e la sua posizione in merito all'allattamento influisce notevolmente sulla scelta della sua partner di allattare o meno il bambino[108].

Sebbene oggi molti uomini riconoscono che allattare al seno è il modo ideale e più naturale per nutrire il bambino, molti di essi sembrano avere ancora dei problemi riguardo all'allattamento al seno per tutta una serie di motivi.

107 Vedi Stone
108 Vedi Littman, Medendorp e Goldfarb

Alcuni padri sono **gelosi del rapporto** che si crea **tra madre e figlio** e che viene enfatizzato dall'allattamento al seno. L'uomo può sentirsi in competizione con il nuovo arrivato e provare emozioni di abbandono e di risentimento, arrivando così ad incentivare la propria compagna a ricorrere al biberon[109]. Alcuni padri, invece provano un **sentimento ambivalente** nei confronti dell'allattamento, dato dalla duplice funzione del seno femminile: organo sessuale e fonte di nutrimento allo stesso tempo e sono riluttanti a "cedere" il loro oggetto del desiderio ad un'altra persona. Altri ancora si sentono in **imbarazzo** se la compagna allatta in pubblico, specie se di fronte ad amici o parenti, come testimoniato da alcune donne nello studio condotto da Hoddinott e Roisin[110].

Dal canto loro, alcune donne, indipendentemente dall'atteggiamento del compagno, preferiscono ricorrere all'allattamento con il biberon sia per **coinvolgere il partner nella cura** del figlio (e quindi per una divisione più equa del ruolo di genitori), sia per godere di **maggiore autonomia**[111].

109 Vedi Bar-Yam e Darby
110 Vedi Hoddinott e Roisin
111 Vedi Maher

4.4 Mass-media

Nei paragrafi precedenti abbiamo visto come il ruolo del partner, della famiglia e dell'ambiente circostante in generale esercitano una forte influenza sulla donna che ha appena partorito, giocando un ruolo importante nel determinare la scelta di allattamento. I mezzi di comunicazione di massa, come la televisione ed i giornali, non fanno eccezione data la loro capacità di esercitare una notevole influenza sull'opinione pubblica. In questo paragrafo ci occuperemo in particolare di comprendere come viene rappresentato l'allattamento al seno e quello al biberon nei principali mezzi di comunicazione in Gran Bretagna. A questo scopo faremo riferimento direttamente ad uno studio condotto in materia da Lesley Henderson, Jenny Kitzinger e Josephine Green intitolato "*Representing infant feeding: content analysis of British media portrayals of bottle feeding and breastfeeding*"[112] pubblicato sul British Medical Journal. Gli studiosi hanno esaminato per un mese intero tutti i riferimenti sull'allattamento presenti sui principali mezzi di comunicazione britannici, vale a dire giornali quotidiani, riviste settimanali e mensili e su alcuni programmi televisivi, alcuni a carattere medico-divulgativo, altri come soap operas, serie televisive e così via.

Per quanto riguarda il **materiale televisivo** analizzato, sono stati individuati 235 riferimenti all'allattamento. I risultati prodotti da questa ricerca sono interessanti. In particolare da questo studio non solo emerge chiaramente come in televisione l'allattamento al seno sia rappresentato molto meno rispetto all'allattamento artificiale ma anche che spesso il messaggio che viene dato è un **messaggio negativo** (con implicazioni negative). L'allattamento al seno viene infatti sovente associato ad imbarazzo, alla mancanza di controllo sul proprio corpo, al valore erotico del seno. Inoltre, viene spesso dato **risalto ai potenziali problemi** legati all'allattamento al seno, quali ingorghi mammari, mastiti, ragadi, nonché alle **difficoltà** pratiche ed emotive date ad esempio dal dover lasciare a qualcun altro il

112 Vedi Henderson, Kitzinger e Green

proprio bambino. Al contrario, è stato rilevato un solo riferimento ad un potenziale svantaggio dovuto all'allattamento al biberon, ossia il fatto di dover sterilizzare i biberon.

Per quanto riguarda la pubblicità, sono stati individuati due spot che mostravano uomini intenti a preparare il biberon di latte nonostante il soggetto da reclamizzare fosse totalmente diverso: in un caso si trattava di pubblicizzare il whisky, nell'altro pacchetti della televisione digitale. L'allattamento al **biberon** viene quindi associato all'**immagine positiva di coinvolgimento paterno** nella cura del bambino. Un altro aspetto rilevante di questa indagine è che non vengono **mai citati esplicitamente i vantaggi** derivanti dall'allattamento al seno, nonostante essi siano molteplici.

Per quanto riguarda l'analisi del **materiale stampato**, il risultato non cambia. L'allattamento al seno è rappresentato come problematico ed imbarazzante e viene spesso associato a personaggi famosi, mentre al contrario l'allattamento al biberon è associato alla gente comune.

Questi risultati mostrano chiaramente come i mezzi comunicazione britannici non promuovono un'immagine positiva dell'allattamento al seno, nonostante sia il metodo di alimentazione infantile migliore in assoluto. Inoltre, non solo non mostrano gli indiscussi vantaggi dell'allattamento al seno, ma esso viene rappresentato come qualcosa di problematico, difficile da attuare, una pratica che solo le donne ricche e famose possono permettersi. Al contrario, l'allattamento al biberon sembra essere la scelta più semplice e più vicina alla gente comune.

E' vero che i mass-media tendono a rappresentare la realtà quotidiana e quindi mostrano quello che effettivamente accade nella società inglese, ossia il fatto che poche donne allattano al seno e che la maggior parte ricorre al biberon. Tuttavia, come osservano gli autori dello studio in oggetto, i mass-media contribuiscono a formare l'opinione pubblica ed influenzano enormemente le scelte delle persone. Potrebbero quindi svolgere un ruolo importante nella

promozione e nella diffusione dell'allattamento al seno. Per fare ciò, però, dovrebbero incominciare a rappresentare questa pratica come se fosse la norma e non l'eccezione. Il che significa non solo mostrare più donne che allattano, ma anche trasmettere messaggi positivi in tal senso. Di conseguenza, fintanto che l'allattamento al seno continuerà ad essere rappresentato poco ed in maniera negativa, sarà difficile che le donne inglesi lo preferiscano al biberon.

4.5 Modelli di esempio diretti

Modifiche nella struttura famigliare. Un tempo era più frequente vivere in famiglie allargate, a stretto contatto con numerosi fratelli e parenti, e questo presentava l'indubbio vantaggio per una donna che aveva appena partorito in quanto poteva contare sull'aiuto pratico da parte delle altre donne della famiglia, la madre o la suocera ad esempio e quindi aveva la possibilità di dedicarsi alla cura del proprio figlio senza doversi preoccupare, almeno per un certo periodo di tempo, delle varie incombenze domestiche. Questo tipo di struttura famigliare permetteva inoltre ad una donna di imparare il ruolo di madre ancor prima di diventarlo, semplicemente osservando quello che facevano le altre donne all'interno della famiglia e facendo pratica "sul campo". La cura dei bambini era infatti affidata non solo alla madre naturale, ma anche alle nonne, alle zie, alle sorelle e così via che condividevano lo stesso tetto.

In questa prospettiva, l'**isolamento e la chiusura** sempre maggiore **della famiglia nucleare** verificatesi nel corso del XX secolo a spese di rete relazionali più ampie, composte da parenti o altre persone, se da un lato hanno permesso ai coniugi di godere di maggiore autonomia ed intimità, hanno però di fatto privato molte donne della possibilità di apprendere in maniera semplice e rapida l'arte dell'allattamento al seno.

Mancanza di esempi diretti. Abbiamo visto come a partire dal secondo dopoguerra la percentuale di donne che allattavano i propri figli diminuì drasticamente. Questo significa che le donne che diventano madri oggi spesso non sono state allattate dalle proprie madri e quindi non possono beneficiare dell'esperienza delle loro madri e molto spesso neanche di quella di amiche o conoscenti, in quanto anch'esse si trovano nella stessa situazione. Si tratta di una perdita non da poco se si pensa che per alcune donne l'aver visto allattare al seno con successo delle loro conoscenti, amiche o parenti sembra essere più efficace di qualsiasi libro o

propaganda nel convincerle ad intraprendere lo stesso percorso e a proseguirlo nel migliore dei modi. Ciò è stato confermato anche da uno studio condotto da Hoddinott e Roisin e pubblicato sul British Medical Journal[113]. I due ricercatori hanno preso in esame un campione di ventuno donne primipare a basso reddito, residenti nella parte orientale di Londra e appartenenti ad una fascia socioeconomica caratterizzata da una bassa percentuale di bambini allattati al seno. Lo scopo dello studio consisteva nell'individuare le motivazioni che inducono queste donne ad optare per una forma di allattamento rispetto all'altra. I due ricercatori hanno scoperto che nonostante la maggioranza delle donne intervistate conoscesse i benefici derivanti dall'allattamento al seno, le donne più propense ad allattare al seno il proprio bambino erano proprio quelle che avevano visto altre donne di loro conoscenza allattare con successo.

L'importanza del ***peer-support***, ovvero del supporto da mamma a mamma è testimoniato anche dalla Leche League, la Lega per l'Allattamento Materno, che come abbiamo già visto nel precedente capitolo ha dato vita alla figura della mamma-consulente, ossia di una madre che mette a disposizione di altre la propria esperienza favorevole e le proprie conoscenze in materia di allattamento al seno, andando a colmare spesso quelle che sono le lacune in campo medico-sanitario.

113 Vedi Hoddinott e Roisin

4.6 Miti e credenze sull'allattamento al seno

Nonostante le scarse conoscenze in materia di allattamento al seno, molte donne, anche quelle che non sono madri o quelle che non hanno mai allattato, si mostrano subito disponibili a dare consigli alla puerpera in merito all'allattamento materno. Si tratta però spesso di consigli sbagliati, dettati da false credenze e pregiudizi duri a morire, che rischiano di compromettere seriamente la buona riuscita dell'allattamento. Di seguito ne elenchiamo alcuni, quelli più radicati nella cultura occidentale, per mostrare ancora una volta come l'ambiente circostante e le influenze socioculturali siano altrettanto importanti quando si parla di allattamento[114].

- **"Non avere latte a sufficienza"**. Molte donne affermano di aver smesso di allattare al seno il proprio bambino e di essere passate al biberon perché "non hanno latte "o non ne hanno a sufficienza[115]. In realtà, a parte rari casi (mastectomia, intensi traumi emotivi) tutte le donne sono in grado di produrre latte in quantità sufficiente per nutrire il proprio bambino. Nella grande maggioranza dei casi la ipogalattia, ovvero la scarsa quantità di latte prodotto, è imputabile non tanto ad un difetto fisico della puerpera, ma semplicemente alla posizione errata del bambino al seno o al fatto che l'allattamento non è condotto "a richiesta", ovvero assecondando il bambino tutte le volte che manifesta l'esigenza e il desiderio di suzione.

- **"Seno piccolo, poco latte".** Non è vero che chi ha il seno piccolo produce meno latte. La produzione di latte è infatti assolutamente indipendente dalle dimensioni della ghiandola mammaria.

- **"Avere latte poco nutriente".** Non esiste latte di scarsa qualità. Il latte che una madre

114 Vedi Balsamo (2007), p. 73
115 Vedi Newman

produce è sempre adeguato per il proprio bambino. C'è di più: a differenza del latte artificiale che ha sempre lo stesso sapore e la stessa composizione, il latte materno è un vero e proprio alimento fatto "su misura", adattabile alle diverse esigenze del neonato. E' stato provato che il latte materno varia composizione a seconda che il bambino sia nato a termine o sia prematuro, a seconda della sua età e addirittura all'interno della stessa poppata: all'inizio esso è composto quasi esclusivamente di acqua e zucchero per placare subito la sete del bambino e compensare l'eventuale disidratazione, alla fine invece è un concentrato di grassi in modo da tale da permettere al bambino di sentirsi sazio. Alla luce di quanto detto, risulta altrettanto infondata la diceria secondo cui dopo qualche mese il latte che produce una donna è ormai "acqua", ovvero poco nutriente e che bisogna quindi svezzare il bambino dal seno. Proprio per la sua caratteristica di adattarsi alle diverse esigenze del bambino, il latte materno continua ad essere un ottimo alimento anche per i bambini più grandicelli che hanno iniziato ad assaggiare anche cibi diversi, tant'è che l'OMS raccomanda l'allattamento materno fino al secondo anno di età e oltre[116].

- **"Restrizioni alimentari per la madre che allatta".** Non è vero che bisogna seguire delle diete particolari in allattamento. Non solo si può mangiare di tutto (preferendo chiaramente alimenti sani) ma una dieta ricca e variata è addirittura auspicabile in allattamento perché il sapore del latte materno varia a seconda dei cibi consumati dalla madre e permette quindi al bambino di abituarsi ai diversi aromi, prima ancora di averli assaggiati.

- **"Bere tanta acqua aumenta la produzione di latte".** Si tratta di una diceria molto diffusa, che però, in realtà è priva di alcun fondamento scientifico. E' vero che la madre che allatta sente un bisogno maggiore di liquidi, ma sforzarsi a bere anche

116 L'OMS raccomanda l'allattamento materno esclusivo per almeno i primi sei mesi di vita del bambino, mantenendo il latte materno come alimento principale fino al primo anno di vita pur introducendo gradualmente cibi complementari. Suggerisce inoltre di proseguire l'allattamento fino ai due anni e oltre, se il bambino si dimostra interessato e la mamma lo desidera. (Tratto da http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/)

quando non si ha sete non solo è inutile (non aiuta ad aumentare la produzione di latte, ma solo il volume delle urine) ma può addirittura interferire negativamente con la lattazione[117].

- **"Le madri fumatrici non devono allattare"**. Una donna può allattare al seno il proprio bambino anche se è fumatrice. I figli di genitori fumatori sono infatti più esposti a problemi respiratori, quali otiti, bronchiti e polmoniti. Il latte materno protegge in parte da questi problemi, pertanto continuare l'allattamento al seno in queste circostanze sembra la scelta migliore per limitare i danni che il fumo produce sui bambini[118]. Ovviamente sarebbe meglio se la madre non fumasse, ma se proprio non riesce a smettere, meglio che una donna fumatrice allatti piuttosto che continui a fumare e allatti artificialmente il proprio bambino. Anche l'assunzione di modiche quantità di sostanze alcoliche non pregiudicano l'allattamento.

- **"Le donne miopi non possono allattare"**. Non è scientificamente dimostrata alcuna riduzione della vista in allattamento. Può solo essere messo in evidenza un difetto precedentemente passato inosservato.

- **"Se la madre si ammala non deve allattare", malattie della madre**. Quando una madre si ammala e deve ricorrere all'assunzione di farmaci, sovente il medico che la segue le ordina di interrompere l'allattamento al seno per il timore che la terapia farmacologica possa nuocere al bambino. In realtà, nella maggioranza dei casi la madre può tranquillamente continuare ad allattare il proprio bambino anche mentre assume medicinali, perché la quantità di principio attivo che passa attraverso il latte materno è talmente ridotta da non essere nociva per la salute del bambino[119]. Non mancano tuttavia farmaci, che sono effettivamente incompatibili con l'allattamento al seno. Anche in questo caso, ad ogni modo, anziché prescrivere alla madre di svezzare

117 Vedi Park
118 Vedi DiFranza, Aligne e Weitzman
119 Vedi American Academy of Pediatrics Committee on Drugs (2001)

il bambino, passando ad un'alimentazione artificiale, sarebbe più corretto, se i tempi lo permettono, consigliare alla madre di fare scorta di una certa quantità di latte materno prima di iniziare l'assunzione di medicinali, in modo tale da poterlo poi dare al bambino tramite biberon fintanto che è in corso la terapia. In questo modo, il bambino continua ad assumere latte materno e la madre attraverso l'estrazione del latte può mantenere la produzione di latte pressoché costante.

- **"L'allattamento fa perdere i capelli"**. L'allattamento non provoca la caduta dei capelli. E' vero che dopo il parto le donne tendono a perdere più capelli del solito, ma questa caduta è da ricondurre allo stress del parto e non all'allattamento[120]

- **"Quando fa caldo il bambino allattato al seno necessita di acqua".** Non è vero, anzi il latte materno si adatta alle necessità del bambino per contenere tutta l'acqua di cui il ha bisogno, nelle giuste proporzioni. Quindi il bambino allattato al seno a richiesta non rischia la disidratazione nemmeno quando la temperatura esterna è molto elevata.

- **"Bisogna lavare il seno prima di ogni poppata".** Non è necessario. Anzi, l'eccesso di sapone può eliminare le sostanze protettive naturali e favorire la comparsa di ragadi.

- **"L'allattamento al seno è doloroso"**. Se il bambino è posizionato in maniera corretta mentre succhia il seno della madre, l'allattamento non dovrebbe risultare doloroso per la madre. Le ragadi o altri problemi al seno sono infatti spesso provocate da una scorretta posizione del bambino al seno, facilmente risolvibile imparando ad attaccarlo nel modo giusto[121].

- **"Il bambino deve poppare cinque-sei volte al giorno ogni tre-quattro ore".** Questa è un'altra credenza popolare molto diffusa (peraltro supportata ancora in alcuni casi in

120 Vedi sito www.aad.org/PressReleases/baby.html della American Academy of Dermatology; vedi Gonzalez, p. 302
121 Vedi Park

ambiente medico) è quella secondo cui se il bambino desidera succhiare il seno prima che sia passato un certo periodo di tempo dalla poppata precedente, non è per fame ma "sta usando la madre come ciuccio". Questa credenza si diffuse soprattutto in concomitanza con la diffusione dell'allattamento artificiale. Il latte artificiale, infatti, essendo meno digeribile deve essere assunto ad intervalli di tempo di tre-quattro ore per evitare problemi al bambino. Date le scarse informazioni in materia di allattamento materno, molti medici pensarono di prescrivere queste indicazioni temporali anche nel caso dell'allattamento al seno. Tuttavia, il latte materno, come abbiamo già chiarito nel corso della tesi, ha una composizione diversa rispetto a quella del latte artificiale e risulta più digeribile. Pertanto è normale che un bambino che riceve latte materno faccia più poppate rispetto ad un altro bambino che invece assume latte artificiale. E' vero anche che il bambino a volte richiede il seno solo per conforto o per rilassarsi. La suzione al seno materno permette infatti di soddisfare non solo le esigenze nutritive del bambino, ma anche quelle emotive e relazionali con la madre. Pertanto, limitare le poppate solo quando il bambino sente veramente fame, magari per paura di viziarli, significa ignorare il bisogno di affetto e di contatto tipico dei neonati e dei bambini in generale.

Come si evince da questo breve elenco, la maggioranza delle credenze e dei miti sull'allattamento al seno contribuiscono a dare un'immagine negativa di questa pratica. L'allattamento infatti è sovente associato ad inutili e faticose restrizioni e rinunce per la madre, ed è comprensibile che spesso venga percepito come qualcosa di difficile ed impraticabile, un vero e proprio sacrificio per la madre. In realtà, se condotto nel modo giusto, ignorando queste ed altre errate raccomandazioni, l'allattamento al seno non solo risulta di gran lunga più comodo e pratico rispetto all'allattamento artificiale (il latte è disponibile subito, alla temperatura giusta, senza bisogno di sterilizzare biberon o tettarelle), ma rappresenta anche un momento di grande appagamento sia per la madre che per il bambino.

4.7 Il tabù del co-sleeping

L'allattamento al seno viene spesso percepito come un'attività estremamente impegnativa e vincolante per la madre perché significa offrire parte del proprio corpo e del proprio tempo al bambino, senza possibilità di deleghe (a meno che il latte non venga spremuto e dato da bere al bambino con il biberon). In una società come quella inglese in cui l'indipendenza dal bambino se non obbligatoria è perlomeno auspicabile, i genitori si prefiggono da subito obiettivi ambiziosi, come consolare il proprio bambino senza tenerlo troppo in braccio per evitare di "viziarlo", far dormire il bambino da solo nel proprio lettino, in una stanza separata, per tutta la notte, nonché introdurre il prima possibile cibi complementari per ridurre il numero di poppate, specie quelle notturne[122].

Questi comportamenti finiscono però per compromettere seriamente l'allattamento al seno, in quanto riducendo le occasioni di contatto fisico con il neonato ed eliminando troppo presto le poppate notturne si interferisce con i meccanismi di secrezione della prolattina, l'ormone responsabile della produzione del latte, che raggiunge i massimi livelli proprio di notte. Se si desidera continuare ad allattare, è bene dunque assecondare le esigenze del bambino, non solo di giorno ma anche di notte. E' stato infatti rilevato che i bambini allattati a richiesta nell'arco delle 24 ore, arrivano ad assumere fino al 25 percento della quota giornaliera di latte proprio con le poppate notturne, ad ulteriore dimostrazione che i cuccioli dell'essere umano sono stati programmati per nutrirsi anche di notte[123].

Tuttavia i continui risvegli notturni a cui sono sottoposti i neo-genitori nei primi mesi di vita del bambino (e nella maggioranza dei casi anche oltre) sono duri da gestire, specie se la madre ha ripreso a lavorare, e aiuta a comprendere perché molte madri scelgono di integrare

122 Vedi NCT Report, p.10
123 Vedi Jelliffe DB e Jelliffe EFP

l'allattamento al seno con il latte artificiale proprio la sera, prima di mettere a letto il bambino, nella speranza che questo accorgimento sia utile a prevenire i risvegli notturni. Ed effettivamente, in molti casi, questo piccolo accorgimento funziona: il latte artificiale, infatti, essendo un alimento meno digeribile rispetto al latte materno, aiuta a dare un senso di sazietà al bambino e a prolungarne il risposo notturno (limitarne i risvegli). Tuttavia, adottando questo stratagemma si finisce nella maggioranza dei casi a compromettere l'allattamento al seno, per i motivi che abbiamo illustrato precedentemente. Come fare allora per conciliare le esigenze materne con quelle del bambino, senza dover rinunciare all'allattamento al seno?

Un rimedio efficacie per ridurre al minimo il disagio provocato dalle poppate notturne è rappresentato dal **sonno condiviso (*co-sleeping*)**, ovvero dal far dormire il bambino nel letto dei genitori, lasciando libero il bambino di accedere quando e quanto desidera al seno. Sono numerosi ormai gli studi in materia psicologia infantile che dimostrano come il bambino necessiti di contatto fisico costante con la madre, anche di notte. In questa prospettiva, la condivisione del sonno permette quindi di assecondare le esigenze nutritive ed emotive del bambino e di rendere al tempo stesso meno faticoso il "lavoro" per la madre. Non a caso, la maggior parte delle madri che allattano pratica il sonno condiviso per minimizzare le interruzioni di riposo notturno, come confermato da uno studio inglese condotto nel 2003[124].

Tuttavia, il sonno condiviso sembra essere più diffuso nelle società tradizionali, come ad esempio quelle presenti nell'Africa sub sahariana[125], mentre fatica ad essere accettato nella maggior parte dei paesi industrializzati (ad eccezione del Giappone, dove rappresenta ancora la norma[126]) e viene pertanto rigettato, almeno inizialmente, da molte coppie di genitori perché in netto contrasto con quelle che sono le aspettative culturali sul sonno del bambino

124 Vedi Ball

125 Nelle società dove invece vige come norma culturale quella dell'interdipendenza tra madre e figlio, come ad esempio in alcune parti dell'Africa sub sahariana, le madri trascorrono molte ore al giorno lontane da casa per lavorare e di notte dormono insieme ai figli per allattarli e recuperare il tempo perduto. Vedi Maher.

126 Il Giappone ha una società altamente industrializzata nella quale il sonno condiviso tra genitori e figli viene considerato una pratica normale e desiderabile. I bambini dormono con i genitori fino ai cinque anni e dopo questa età solitamente vanno a dormire con un nonno (se vive in casa) fino all'adolescenza. Per ulteriori informazioni in merito si può consultare lo studio effettuato da Latz, Wolf e Lozoff.

attualmente vigenti.

La società inglese infatti al pari di molte altre società del mondo occidentale, incoraggia sin da subito lunghe e frequenti separazioni del neonato dalla madre e contribuisce a diffondere una cultura di aspettative irrealistiche sul sonno dei bambini, ovvero in netto contrasto con le eredità biologico-genetiche dei bambini, quelle che determinano le reali necessità in fatto di sonno e di contatto fisico. Queste aspettative difficilmente realizzabili creano non pochi problemi e frustrazioni sia nei bambini che nei genitori.

In commercio vi sono numerose pubblicazioni rivolte ai genitori che hanno lo scopo di insegnare ai propri figli quelli che secondo gli autori sarebbero i comportamenti "normali" che un bambino "normale" dovrebbe adottare, ovvero addormentarsi da solo, nel proprio letto e dormire per tutta la notte lontano dai genitori. Se il bambino si oppone e reclama l'attenzione e la presenza dei genitori, non bisogna assecondarlo, ma bisogna lasciarlo piangere finché non si rassegna. Uno dei libri più famosi e venduti sull'argomento è quello scritto dal pediatra americano Richard Ferber, direttore della clinica per i disturbi del sonno *The Center for Pediatric Sleep Disorders* del *Children's Hospital Boston* intitolato "*Solve your child's sleep problems"* edito nel 1986. In questo libro Ferber esorta i genitori a non dormire insieme ai propri figli per non instaurare in loro delle "cattive abitudini". Il sonno condiviso è inoltre accusato di turbare il bambino sul piano emotivo o sessuale o di creare un'iper-stimolazione e come afferma Ferber "farlo dormire con voi può creare nel bambino confusione e ansia piuttosto che rassicurarlo e tranquillizzarlo".

L'autore illustra inoltre il metodo del *controlled crying* (noto anche come "metodo Ferber"), che ha lo scopo di insegnare ai genitori a far addormentare da soli i loro bambini di pochi mesi. Riassunto in poche parole, questo metodo prevede che al momento di andare a dormire, il bambino venga lasciato da solo, ancora sveglio, nel suo lettino. Il genitore infatti deve uscire dalla stanza e se il bambino piange, deve lasciarlo piangere per periodi via via sempre più lunghi prima di farvi rientro per consolarlo, astenendosi però dal toccarlo o dal

prenderlo in braccio.

Se è vero che il "metodo Ferber"risulta efficace in molti casi (molti bambini si rassegnano e finiscono per abituarsi ad addormentarsi da soli, rinunciando a piangere o reclamare l'attenzione dei genitori, come sembrerebbero dimostrare alcuni studi in materia di sonno infantile[127]), è anche vero che il metodo *"controlled crying"* non sembra essere privo di effetti collaterali dannosi, tant'è che ha suscitato numerose proteste in campo medico e scientifico in tutte le parti del mondo. Di seguito ne elenchiamo alcune, che non solo condannano il "metodo Ferber", ma si schierano apertamente a favore del sonno condiviso (o co-sleeping):

- **l'Australian Association for Infant Mental Health (AAIMHI, Associazione Australiana per la salute mentale infantile)**, che esorta i genitori ad approfondire le loro conoscenze sulla fisiologia del sonno dei bambini piccoli e suggerisce la condivisione del letto, quando possibile e desiderata, come metodo per assicurarsi al tempo stesso un sonno più tranquillo e una più facile gestione dei risvegli notturni[128].

- Anche una delle massime autorità inglesi in materia di psicologia infantile, **Margot Sunderland**, direttrice del Center for Child Mental Health di Londra, si schiera a favore del sonno condiviso, consigliando ai genitori di respingere l'opinione dominante e permettere ai bambini di dormire nel "lettone", con papà e mamma, sino all'età di cinque anni. La pratica del *co-sleeping*, afferma la dottoressa nel suo libro *"The Science of Parenting"*, rende più probabile che i bambini diventino degli adulti calmi, sani ed emotivamente equilibrati. Non solo: l'uso comune in Gran Bretagna e in altri paesi occidentali di abituare i bambini a dormire da soli da quando hanno soltanto poche settimane di vita è "dannoso, perché la separazione dai genitori aumenta il flusso di ormoni dello stress come l'idrocortisone". La sua scoperta, come lei stessa la definisce, si fonda su progressi compiuti negli ultimi vent'anni sulla comprensione di

127 Vedi Hiscock e Wake
128 Vedi AAIMHI (Australian Association for Infant Mental Health), http://aaimhi.org/documents/position%20papers/controlled_crying.pdf

come si sviluppa il cervello dei bambini, in particolare su studi che usano lo scanner per analizzare come reagisce il cervello in determinate circostanze. Per esempio, uno studio neurologico di tre anni fa, citato dal suo libro, rivela che un bambino separato dai genitori ha un'attività cerebrale simile a quella provocata dal dolore fisico.

- L'antropologo americano **James McKenna**, il più grande specialista in tema di *co-sleeping* a livello internazionale, fa notare come il desiderio di ottenere l'indipendenza del neonato sia un valore culturale recente comune anche alla popolazione dell'ex colonia inglese, ovvero gli Stati Uniti d'America. La maggior parte degli americani infatti ritiene che il sonno solitario sia normale e rappresenti il modello più sano e meno pericoloso per i bambini, in quanto pensano che questa pratica promuova l'autonomia infantile fisiologica e sociale. Tuttavia, avverte, che studi scientifici recenti forniscono molte ragioni per supporre dei potenziali benefici per i bambini che dormono vicino ai loro genitori, benefici che non sembrano possibili dormendo separatamente. Secondo questi studi infatti i piccoli *co-sleepers* sono in realtà più autonomi, soddisfatti e maggiormente a loro agio con il proprio corpo rispetto ai loro coetanei che dormono da soli[129]. A questo proposito anche una ricerca inglese (Heron, 2000) condotta su bambini di ceto medio mostra come i bambini a cui non è mai stato permesso condividere il letto dei genitori sono più paurosi, più difficili da controllare, meno capaci di affrontare eventi stressanti e meno felici di quelli che hanno praticato il sonno condiviso[130].

- La Dott.ssa **Katherine Dettwyler**, Professore Associato per l'Antropologia e la Nutrizione presso la Texas A&M University, sostiene che i cuccioli della nostra specie, in quanto mammiferi e primati, hanno la necessità di stare in costante contatto fisico con la propria madre, non solo di giorno, ma anche di notte. La stessa composizione del latte materno lo testimonia. Infatti, il latte materno essendo un alimento altamente

129 Vedi McKenna (1993)
130 Vedi McKenna (2000), p.5

digeribile fa si che il bambino necessiti della presenza costante della madre nell'arco delle ventiquattro ore, proprio per permettere poppate frequenti. In altre parole i bambini sono stati "programmati" dalla natura per stare in stretto e costante contatto fisico con la propria madre e di conseguenza per essere allattati su richiesta frequentemente e per dormire accanto a lei di notte[131].

Fino a poco tempo fa le poppate notturne e il sonno condiviso tra madre e bambino erano diffuse congiuntamente in tutte le società. Peraltro anche nelle società dove sono abitudini contrastate, risultano in pratica inevitabili e indissolubili, e vengono perciò adottate da un numero sempre maggiore di genitori occidentali. Quando è praticato in buone condizioni, il sonno condiviso e l'allattamento rappresentano un sistema di cure dell'infanzia molto efficace, adattivo e integrato, capace di favorire l'attaccamento, la comunicazione, la nutrizione e l'efficienza del sistema immunitario del neonato. Inoltre il sonno condiviso nel lettone e l'allattamento contribuiscono indirettamente alla salute materna e infantile, aumentando la distanza fra le nascite. Grazie all'aumento del contatto con la madre e della frequenza delle poppate, i pianti sono significativamente ridotti e, contrariamente a quello che spesso si pensa, la durata complessiva del sonno di madre e figlio può aumentare, non diminuire[132].

131 Vedi Stuart-Macadam e Dettwyler
132 Vedi McKenna (2005)

4.8 Iniziative basate sulle pratiche ospedaliere e loro efficacia

Nel terzo capitolo abbiamo visto come pratiche ospedaliere errate possono seriamente ostacolare il buon avviamento dell'allattamento al seno ed influenzare la scelta della madre in fatto di allattamento naturale o artificiale. A questo proposito è doveroso ricordare alcuni sforzi fatti dalle istituzioni internazionali in difesa dell'allattamento al seno materno. In Particolare nel 1991, gli esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'UNICEF si sono riuniti a Firenze, presso L'Istituto degli Innocenti e hanno redatto la **Dichiarazione degli Innocenti**[133], un documento in cui sono stati individuate delle strategie comuni per promuovere in modo concreto l'allattamento al seno nelle strutture sanitarie e che è stato sottoscritto anche dal governo inglese (p. 79 tutte le mamme/ report). Nel 1992 l'UNICEF ha lanciato la cosiddetta Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini. L'iniziativa fornisce agli ospedali le **linee guida** per diventare veri e propri centri di sostegno all'allattamento materno. Un ospedale "amico dei bambini" si impegna a **non accettare campioni gratuiti o a buon mercato** di surrogati del latte materno, di biberon o tettarelle e ad **applicare i "Dieci passi per il successo dell'allattamento al seno"**[134]**,** che di seguito riportiamo:

1. **Definire un protocollo scritto** per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario.

2. **Preparare tutto il personale sanitario** per attuare compiutamente questo protocollo.

3. **Informare tutte le donne in gravidanza** dei vantaggi e dei metodi di realizzazione

133 Il testo integrale della Dichiarazione è disponibile sul sito UNICEF all'indirizzo seguente: http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/2004

134 Vedi sito UNICEF all'indirizzo: http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1146

dell'allattamento al seno.

4. **Aiutare le madri** perché comincino ad allattare al seno già mezz'ora dopo il parto.

5. **Mostrare alle madri come allattare** e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.

6. **Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno**, tranne che su precisa prescrizione medica.

7. **Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre** (*rooming-in*), in modo che trascorrano insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale.

8. **Incoraggiare l'allattamento al seno** a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento.

9. **Non dare tettarelle artificiali** o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento.

10. **Favorire la creazione di gruppi di sostegno** alla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo essere state dimesse dall'ospedale o dalla clinica.

Tuttavia, migliorare le pratiche ospedaliere non sempre è sufficiente per diffondere l'allattamento al seno. Alcuni studi, ad esempio, dimostrano che i benefici derivanti dal partorire in ospedali "amici dei bambini" siano in realtà piuttosto effimeri, nel senso che incidono più sui tassi iniziali di allattamento mentre non sembrano avere grandi ripercussioni sulla sua durata[135].

Altri studi mettono in evidenza il fatto che più che le pratiche ospedaliere e la

135 Vedi Bartington e Griffiths

medicalizzazione del parto, sono i **forti condizionamenti culturali ad incidere significativamente sulle scelte in allattamento** delle neo-mamme[136]. Nei paesi occidentali viene posta sempre più enfasi all'indipendenza della donna e al suo ruolo nel mondo lavorativo ed economico. In questo contesto, il seno femminile viene rappresentato come simbolo erotico e non come simbolo di nutrimento e affetto materno. Sembra inoltre plausibile che una donna investa tutto il suo potenziale nella carriera professionale, mentre non viene attribuita altrettanta importanza al suo ruolo di madre, come se crescere i figli fosse meno importante e impegnativo di un'attività lavorativa. Pertanto la donna occidentale moderna si sente in molti casi costretta a dover dedicare più tempo alla carriera e al lavoro extradomestico e a delegare le cure dei propri figli a terzi (asili nidi, nonni o baby-sitter) per non perdere il treno della modernità e dell'emancipazione. E' evidente che in questo contesto culturale, in cui si auspica un coinvolgimento emotivo e pratico della madre ridotto al minimo, c'è poco spazio per l'allattamento al seno, una pratica che al contrario implica tempo, attenzione e dedizione da parte della madre.

136 Vedi Palmer, Avery e Taylor

Parte III. MODELLI DI *MATERNAGE* A CONFRONTO

"L'allattamento è il legame che tiene ancora attaccato alla madre l'embrione spirituale ed è un fatto comune a tutte le culture" Montessori M.

In questa terza ed ultima parte della tesi analizziamo e confrontiamo alcune pratiche di *maternage* presso le diverse culture presenti nel mondo. Ci soffermeremo in particolare su quelle culture tradizionali, ancora diffuse e tipiche nei paesi sottosviluppati dell'Asia e dell'Africa, dove vige un sistema di cure materne che differisce notevolmente da quello occidentale.

5 MODELLI "AD ALTO CONTATTO" E "A BASSO CONTATTO"

I vari modi di approcciare le cure materne, dette anche *maternage*, diffusi nelle diverse parti e culture del mondo rispecchiano usanze, tradizioni, ambiente, clima, stile di vita, situazione economica e sociale caratteristiche di ciascuna società. Al di là delle specifiche differenze che occorrono tra le varie culture, costumi e tradizioni, nell'etnopediatria[137] si raggruppano e schematizzano i vari approcci in due modelli di *maternage* di riferimento: uno definito ***ad alto contatto***, più diffuso presso le società tradizionali[138], ed un altro ***a basso contatto,*** contrapposto al primo e ad oggi prevalente nei paesi occidentali[139].

Nei paragrafi che seguono vedremo una definizione dei due modelli di riferimento (paragrafo102) e analizzeremo l'approccio alle cure materne tipiche di alcune di queste società tradizionali. Porremo l'attenzione su aspetti importanti del *maternage*, quali il contatto fisico (*baby-carrying*, *co-sleeping*, *holding*, contatto pelle-a-pelle) nel paragrafo 5.2 e l'allattamento (di tipo naturale, a richiesta e prolungato) nel paragrafo 5.3, evidenziandone le differenze da quelli caratteristici delle società industrializzate. Chiuderemo nel paragrafo 5 con una panoramica su rituali e credenze, che non caratterizzano uno specifico modello di *maternage* ma contribuiscono alla specificità presenti nelle realtà di ciascuna cultura e riportano all'importanza dei fattori culturali nel determinare il reale tasso di diffusione dell'allattamento al seno.

137 L'etnopediatria è una disciplina recente nata in America, che si pone l'obiettivo di studiare i differenti modelli di cure parentali per valutarne l'effetto sulla salute globale del bambino, in una prospettiva evoluzionistica e transculturale. Si tratta di un lavoro congiunto di antropologi, pediatri e psicologi che cercano di capire in che modo la cultura modifichi lo stile di cure rivolte ai bambini e in che modo, a sua volta, lo stile di cure materne modifichi la crescita e il benessere dei bambini.

138 Il termine "società tradizionale" è usato in sociologia ed antropologia solitamente in contrapposizione alla società industrializzata, urbanizzata e capitalistica moderna. In questa tesi viene utilizzato solamente per raggruppare ed identificare un insieme ampio, ancorché variegato, di società, senza alcuna connotazione negativa che spesso assume in relazione alle loro caratteristiche.

139 Vedi Balsamo (2002)

5.1 Caratteristiche dei due modelli di riferimento

Il modello ad *alto contatto* ha come obiettivo principale quello di garantire il benessere e la sopravvivenza dei bambini attraverso un maggiore soddisfacimento e accettazione dei loro bisogni innati. In particolare, il modello ad *alto contatto è* caratterizzato da uno stretto ed intenso rapporto fisico tra madre e bambino che ha luogo fin dalla nascita. Il parto avviene normalmente in ambiente domestico, il neonato rimane per un lungo periodo a contatto pelle a pelle con la madre, l'allattamento viene condotto a richiesta e per periodi prolungati.

Figura 12: Esempio di alto contatto presso una famiglia Maasai, Africa. (Fonte: ©Mindy Pollack-Fusi 2008)

Di notte il bambino divide lo stesso letto con la propria madre, o comunque dorme nelle immediate vicinanze, mentre durante le ore diurne viene portato sulla schiena della madre e

rimane a stretto contatto fisico con lei, partecipando così a tutte le attività quotidiane che la vedono coinvolta. La risposta al pianto del bambino da parte degli adulti è immediata. Infine, la cura dei bambini è affidata non solo ai genitori, ma è un impegno condiviso dall'intera comunità. Questo modello *ad alto contatto* è quello che ha caratterizzato la maggior parte della storia dell'uomo e che ancora oggi contraddistingue molte società tradizionali, sparse nei cinque continenti, che vivono di caccia, come i Pigmei dell'Ituri o di agricoltura come i Gusii del Kenya.

Il modello *a basso contatto* mira ad insegnare ai bambini a diventare precocemente indipendenti dai loro genitori dal punto di vista fisico ed emotivo. La nascita avviene quasi sempre in strutture ospedaliere e si fa un notevole ricorso alla tecnologia. Il taglio del cordone ombelicale è immediato e il neonato viene quasi immediatamente separato dalla madre per essere sottoposto ad una serie di controlli di routine. Questo modello è inoltre caratterizzato, come ricorda il nome stesso, da poco contatto fisico tra la madre ed il bambino, che durante il giorno trascorre gran parte del tempo in appositi contenitori studiati per lui, vale a dire sdraiette, carrozzine, passeggini, box, girelli e così via. Durante la notte il bambino dorme da solo in una culla o un lettino, spesso situati in una stanza diversa da quella dei genitori. Per quanto riguarda il tipo di alimentazione, è molto diffuso l'allattamento artificiale. L'allattamento al seno materno, quando praticato, è perlopiù limitato ai primi mesi di vita del bambino e generalmente viene condotto in maniera non esclusiva. Il modello *a basso contatto* infine, essendo prerogativa delle famiglie mononucleari, è caratterizzato dalla non condivisione delle cure materne che sono quindi generalmente affidate alla madre, solo sporadicamente supportata dal partner. Questo tipo di modello si basa soprattutto sulla separazione corporea del bambino dalla madre per gran parte del giorno e della notte e rappresenta il modello di *maternage* di riferimento delle società industrializzate.

Questi due tipi di modelli differenti possono essere riassunti schematicamente come segue:

Modello a Basso Contatto	*Modello ad Alto Contatto*
Medicalizzazione del parto	Parto naturale ed in ambiente domestico
Precoce separazione madre-bambino dopo il parto	Immediato contatto a pelle a pelle dopo la nascita
Ritardata risposta al pianto del bambino	Risposta immediata e diretta (tramite contatto corporeo) ai bisogni del bambino
Uso di surrogati materni (ad esempio succhiotti)	Non utilizzo di surrogati materni
Prevalenza allattamento artificiale o svezzamento precoce	Allattamento al seno a richiesta e prolungato
Ridotto contatto fisico madre-bambino durante il giorno attraverso il ricorso a "contenitori" vari (sdraiette, passeggini, box, girelli)	Baby-carrying
Ridotto contatto fisico madre-bambino durante le ore notturne	Co-sleeping

Tabella 1: Caratteristiche dei modelli di maternage di riferimento.

5.2 Il contatto fisico, *baby-carrying* e *co-sleeping*

Abbiamo visto che uno dei capisaldi del *maternage* ad alto contatto è l'importanza del **contatto fisico pressoché costante** della madre con il bambino, e questa è anche una caratteristica diffusa presso le società tradizionali. Uno studio condotto da Lozoff e Brittenham[140] dimostra che in media nelle società tradizionali il bambino passa più del 50 percento del tempo durante il giorno a contatto fisico con la propria madre o un altro adulto, mentre nelle società industrializzate questa percentuale è di gran lunga inferiore.

Figura 13: Passeggino con parapioggia, Stati Uniti, 1913. (Fonte: sito commons.wikimedia.org)

Negli Stati Uniti, ad esempio, i bambini si trovano a contatto fisico solo per il 25 percento del

140 Vedi Lozoff e Brittenham

giorno[141] (ad esempio trasportare un bambino su passeggino, come in figura 13, è un modo per determinare una mancanza di contatto fisico).

In Gran Bretagna, il tempo che le madri trascorrono a contatto con i propri bambini, già di per sé piuttosto limitato, si riduce progressivamente, perlomeno durante il primo anno di vita del bambino. Uno studio britannico recente[142] ha rilevato che le madri tengono il loro bambino di 6 settimane in braccio addormentato oppure mentre sta piangendo per una durata complessiva di 61 minuti nell'arco delle 24 ore; a dodici mesi questo tempo si riduce a 17 minuti. Complessivamente le madri britanniche dedicano nelle prime settimane 3 ore e 27 minuti per la cura fisica dei loro bambini, che scendono a 2 ore e 23 minuti nelle 24 ore quando i bambini hanno un anno di vita.

Figura 14: Esempio di trasporto a contatto mediante il Kanga, presso la tribù Samburu in Kenya. (Fonte: sito bbc.co.uk)

141 Vedi Murdock e White
142 Vedi Baildam, Hillier , Menon, Bannister, Bamford e Moore

Nel modello a basso contatto il bambino viene "portato" il meno possibile. Al contrario quasi ogni società tradizionale ha le propria modalità di ***baby-carrying***, ossia di "portare i bambini piccoli", modalità che riflettono la propria cultura e il proprio stile di vita. I supporti porta bebè tradizionali variano da cultura a cultura e sono diversi anche in base alla diversa disponibilità di materie prime per fabbricarli. In molte culture, inoltre, dove la pratica del baby-carrying è molto diffusa e radicata, il supporto porta bebè tradizionale ha un nome proprio: il *Mei Tai* in Cina (figura 17), il *Podeagi* in Corea, il *Bambaran* in Guinea-Bissau, il *Pagne* in Senegal, il *Kanga* in Kenya (figura 14), il *Kikoy* nelle aree situate sulla costa occidentale africana, il *Bilum* in Papua Nuova Guinea (figura 16), il *Selendang* in Indonesia, il *Rebozo* in Messico e *l'Amautik* degli Inuit in Alaska (figura 15), tanto per citare i più conosciuti[143].

Figura 15: L'Amautik usato dagli Inuit in Alaska. (Fonte: sito aria6688.pixnet.net)

143 Vedi Weber

In generale i porta bebè sono fatti di stoffe semplici, di tessuti ricamati o stampati, con lacci lunghi o teli corti, adeguatamente piegati o annodati. Ci sono porta bebè fatti di canapa, o altre fibre grezze. Altri sono fatti di cuoio, pelle, pelo. Altri ancora sono semplici ceste o zaini. Se le condizioni climatiche lo permettono, alcuni bambini vengono portati a contatto pelle a pelle.

Figura 16: Il Bilum, usato in Papua Nuova Guinea. (Fonte: sito ucalgary.ca)

E' indubbio che in alcune parti del mondo il fatto che i bambini trascorrano più tempo a contatto fisico con gli adulti è dettato da uno stato di pura necessità: in alcune zone impervie della terra infatti portare i bambini in braccio o sulla schiena rappresenta l'unica modalità di trasporto praticabile e sicura per quei bambini che non sono ancora in grado di camminare. Tuttavia, spesso in queste aree geografiche, questo tipo di approccio più fisico nei confronti

dei bambini si riflette anche nel modo di crescerli ed educarli, e si traduce in una maggiore attenzione ai loro bisogni fisici ed emotivi, riconoscendo quindi le loro necessità di contatto non solo per questioni pratiche (essere trasportati da un luogo all'altro) ma anche per questioni sentimentali (stare in braccio o dormire vicino ai genitori per sentirsi al sicuro)[144].

Figura 17: Esempio di Mei Tai, Cina.
(Fonte: sito foxdenlane.com)

Esistono tuttavia diversi modelli di cure materne anche all'interno delle cosiddette società tradizionali e non tutte sono contraddistinte da un approccio amorevole con i bambini. Per esempio, l'antropologa **Margaret Mead** ha individuato due approcci molto diversi tra due tribù, gli **Arapesh** e i **Mundgumor**, che vivono entrambe in Papua Nuova Guinea e che riflettono il loro modo di essere. Se gli Arapesh sono tenuti a stretto contatto con la madre per gran parte della giornata, i bambini piccoli della tribù dei Mundgumor, al contrario,

144 Vedi Weber

trascorrono molte ore da soli, dentro una cesta appesa alla capanna. Quando sono in grado di gattonare vengono messi a terra e lasciati a se stessi. Secondo Margaret Mead questi due approcci differenti nei confronti dei bambini sono essenzialmente dovuti a diversi valori sociali nelle due tribù: per i Mundgumor l'uomo e la donna ideale sono guerrieri duri e intransigenti, mentre gli Arapesh sono una tribù molto pacifica[145].

Figura 18: Simbolo a favore del co-sleeping promosso dall'UNICEF attraverso The Baby Friendly Initiative. (Fonte: sito babyfriendly.org.uk)

Nella seconda parte della tesi abbiamo visto infine come una delle preoccupazioni principali dei genitori occidentali sia quella di far dormire il proprio figlio tutta la notte il prima possibile, cosa che implica l'eliminazione delle poppate notturne. Nelle culture tradizionali, invece, dove i bambini dormono insieme ai genitori, le aspettative sul sonno dei bambini sono molto differenti, più realistiche e rispettose di quelle che sono le vere esigenze del bambino, e viene praticato il *co-sleeping*. I bambini infatti dormono insieme ai loro genitori, nello stesso letto o comunque nella stessa stanza, e vengono lasciati liberi di

145 Vedi Mead

accedere al seno tutte le volte che lo desiderano (si veda ad esempio in figura 19). Sovente, come nel caso della Thailandia, le poppate notturne sono più frequenti rispetto a quelle diurne[146]. Anche in questo aspetto le società tradizionali si dimostrano più vicine al modello di *maternage ad alto contatto*.

Figura 19: Co-sleeping presso una società africana. (Fonte: sito babble.com)

146 Vedi Stuart-Macadam e Dettwyler, p. 388

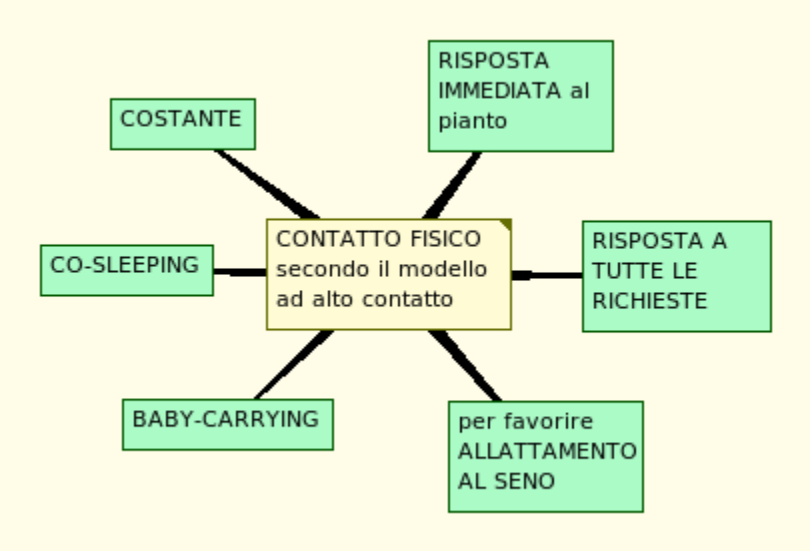

Figura 20: Schema riassuntivo delle caratteristiche di Contatto Fisico secondo il modello ad alto contatto*. (Fonte: elaborazione dell'autrice)*

5.3 Allattamento “a richiesta” e prolungato

Nel *maternage ad alto contatto* l'allattamento è guidato dalle esigenze e richieste del bambino, quindi “a richiesta”, ovunque e prolungato fino a quando richiesto. Nelle culture tradizionali di tutto il mondo l’allattamento ha sempre ricoperto un ruolo molto importante, e si avvicina molto a questo modello.

Figura 21: Esempio di allattamento prolungato ed in tandem, nonché di baby-carrying*, Bangladesh. (Fonte: sito tulipgirl.com)*

In generale, nelle società prettamente rurali, lontane dalla modernizzazione e

dall'industrializzazione, l'allattamento viene condotto a richiesta, ossia al bambino viene concesso di succhiare il latte materno ogni volta che lo desidera, e nessuno sembra preoccuparsi della frequenza e della durata della poppata, come invece avviene nella maggioranza dei paesi occidentali. Questo atteggiamento si traduce in una frequenza molto elevata di suzione con intervalli liberi molto brevi, come ad esempio presso i !Kung del Kalahari, dove l'intervallo intermedio tra una poppata e l'altra è addirittura di quindici minuti[147]. Anche in casi meno estremi, comunque, la frequenza delle poppate resta notevole: nelle zone rurali del Kenya i lattanti succhiano circa 20 volte al giorno nei primi quattro mesi di vita[148]; in Bangladesh la frequenza di suzione giornaliera si aggira intorno alle 15 volte per i bambini nel secondo anno di vita e sulle 8-10 volte per la piccola percentuale di bambini che ricevono ancora latte materno a 5-6 anni di vita (che rappresentano rispettivamente il 9 e il 2 percento dei bambini)[149]. Di solito il seno viene offerto non appena il neonato piange o dà segni di irrequietezza. Le donne interrompono immediatamente ciò che stanno facendo per allattare i propri piccoli, ovunque esse si trovano. Se in Occidente è spesso considerato sconveniente allattare in pubblico, nei paesi del sud del mondo non è raro vedere donne che allattano addirittura mentre camminano, tenendo il bambino in braccio o dentro un marsupio[150].

Presso le società tradizionali il seno della mamma è a completa disposizione del bambino, non solo come fonte di nutrimento ma anche di gioco e consolazione nei momenti di difficoltà. Il latte materno infatti non è concepito solo come cibo per il corpo del bambino, ma è fluido capace di soddisfare anche i bisogni emozionali e promuovere l'attaccamento tra il piccolo e la sua mamma. Per il il popolo **Khmir** nel nord-ovest della Tunisia, come nel resto del Maghreb, l'allattamento al seno è *baraka*, una vera e propria benedizione, un gesto attraverso il quale la madre trasferisce al bambino la sua forza vitale, la sua energia[151]. Anche

147 Vedi Balsamo (2002)
148 Vedi Dimond
149 Vedi Greiner
150 Vedi Stuart-Macadam e Dettwyler
151 Vedi Maher

nelle **culture africane** l'allattamento al seno rappresenta la norma e costituisce per la madre un momento di privilegiato contatto e scambio affettivo con il proprio figlio. L'allattamento diventa anche occasione di scambi verbali con la madre che canta e che parla con il bambino mentre lo allatta, perché come dicono gli anziani in Africa "il cibo senza parole riempe lo stomaco, ma non la testa"[152].

L'ipogalattia, ossia una carente produzione di secrezione lattea, che, come abbiamo visto nella seconda parte della tesi, rappresenta una delle cause più frequenti di precoce abbandono dell'allattamento al seno nei paesi industrializzati, è praticamente inesistente nelle società tradizionali[153]. Questo conferma che tale insufficiente produzione di latte (comunemente viene detto che la mamma "non ha latte") in realtà non ha origini patologiche ma semplicemente nelle modalità e tempi sbagliati con cui il seno viene offerto al neonato.

L'allattamento a richiesta è indubbiamente il metodo più efficace e naturale di condurre l'allattamento al seno. A dimostrarlo è la stessa composizione del latte umano. Il latte prodotto dalle femmine della nostra specie infatti differisce notevolmente da quello prodotto da altri mammiferi. Si tratta di un latte molto diluito, poverissimo in proteine ed in particolare di caseina, a medio contenuto di grassi e molto ricco di lattosio. Caratteristiche queste che permettono ai cuccioli della nostra specie, che nascono fortemente immaturi, di rallentare al massimo l'accrescimento totale della massa corporea, dando tempo al cervello di completare la sua maturazione. Se confrontiamo il latte umano con il latte vaccino, ad esempio, ci accorgiamo che quest'ultimo contiene quasi dieci volte più calcio e fosforo, ovvero minerali necessari all'ossificazione, e tre volte più proteine, per assicurare un rapido sviluppo del sistema locomotorio del vitello. La composizione del latte umano ci indica quindi che il cucciolo dell'uomo è stato programmato per avere pasti frequenti e un contatto pressoché continuo con la madre nei suoi primi momenti di vita[154].

152 Vedi Balsamo (2002)
153 Vedi Balsamo (2002)
154 Vedi Balsamo (2002)

Nelle società tradizionali, inoltre, le **donne allattano per periodi prolungati**. La durata media si aggira intorno ai due anni ed è anche ciò che raccomandano testi sacri come il Corano e la Torah ebraica[155]. Agli inizi del Novecento in **Cina** e in **Giappone** le madri arrivavano ad allattare i loro figli fino all'età di 5 o 6 anni. Nelle **zone rurali** del **Sudan**, del **Kenya**, del **Botswana**, del **Mali** e **dell'Etiopia** e di altri paesi africani la durata media dell'allattamento al seno è attualmente di due anni[156].

Anche in alcuni paesi occidentali vi sono madri che allattano a lungo i loro figli. Come afferma l'antropologa Dettwyler, negli Stati Uniti vi sono molti più bambini grandicelli che ancora succhiano il latte della madre di quanto si pensi. Tuttavia, a differenza delle donne che vivono nei paesi non industrializzati le madri americane che allattano i bambini oltre l'anno di età difficilmente lo fanno in pubblico e preferiscono non rivelarlo nemmeno ai loro conoscenti o parenti perché certe di incontrare la loro disapprovazione[157]. Molte donne, inoltre, lo negano persino al pediatra, cosicché anche molti medici americani pensano che allattare un bambino già in grado di camminare sia un comportamento poco comune.

Tuttavia, anche nei paesi del sud del mondo, in seguito all'incontro con l'Occidente industrializzato e alla massiccia urbanizzazione, la pratica dell'allattamento al seno a richiesta e prolungato nel tempo sta perdendo vigore e diffusione. L' unica eccezione è rappresentata dal **Bangladesh**, dove la cultura dell'allattamento è fortemente radicata: uno studio di Greiner ha riportato una prevalenza di allattamento al 97 percento nei bambini di 12-13 mesi e una del 32 percento nei bambini di 3- 4 anni[158]. La causa principale del declino dell'allattamento nei paesi in via di sviluppo è rappresentata dalle sempre maggiori pressioni commerciali sulla popolazione da parte dell'industria del latte artificiale. Le compagnie produttrici di sostituti del latte materno infatti hanno da tempo realizzato che la crescente monetarizzazione dell'economia dei paesi del sud del mondo crea nuovi promettenti mercati. Pertanto esse

155 Vedi Gatrad
156 Vedi Dimond e Ashworth
157 Vedi Stuart-Macadam e Dettwyler
158 Vedi Greiner

hanno lanciato campagne pubblicitarie volte a persuadere le madri ad adottare l'allattamento artificiale, presentandolo come la modalità di alimentazione migliore per i propri figli[159].

Più in generale il vero nemico dell'allattamento al seno nei paesi più poveri è rappresentato dalle influenze culturali da parte del mondo occidentale e industrializzato. Il mito dell'Occidente, della società dei consumi con tutti i suoi veri o falsi comfort è stato esportato grazie alla realtà coloniale in tutti i paesi del Sud del mondo, e viene ancora rafforzato dalle campagne pubblicitarie delle multinazionali, non solo in ambito alimentare infantile, determinandovi una grave perdita di identità culturale[160].

L'allattamento artificiale nei paesi del sud del mondo si è rivelato un vero e proprio *baby-killer* e in certe zone è diventato un'importante causa di malnutrizione e di infezioni e quindi di mortalità infantile. Autorevoli organizzazioni internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità stimano in un milione e mezzo i bambini uccisi ogni anno a causa dell'allattamento artificiale[161]. I motivi di questa strage sono sostanzialmente due: l'eccessiva diluizione e la mancata sterilizzazione. Dato l'alto costo del latte in polvere, infatti, molte madri tendono a diluirlo in maniera eccessiva per ridurre le dosi quotidiane. In questo modo, senza rendersene conto, danno ai loro figli un alimento poco nutriente che finisce per essere causa di grave malnutrizione. Inoltre, in ambienti dove le condizioni igieniche sono carenti preparare un biberon di latte artificiale può risultare davvero difficile. L'acqua utilizzata per diluire il latte in povere è perlopiù infetta e ricca di germi, poppatoi e tettarelle non vengono sterilizzati e diventano pertanto veicoli di infezione. E' evidente come in questo contesto, l'allattamento al seno rappresenti, ancora una volta ed ancor di più rispetto ai paesi sviluppati, la soluzione migliore da adottare[162].

In figura 22 si riporta una immagine rappresentativa come caso di malnutrizione nei paesi poveri dovuta:

159 Vedi Negri
160 Vedi Balsamo (2002)
161 Vedi WHO (1993)
162 Vedi Balsamo (2002)

- cattiva informazione, dato che alla madre era stato detto alla nascita dei suoi due gemelli che avrebbe avuto latte a sufficienza per uno solo; sappiamo che ciò è assolutamente errato e che la produzione di latte si adatta alla richiesta e quindi anche a soddisfare entrambi i gemelli; la madre in questione ha invece allattato uno solo dei due gemelli, dando il latte artificiale all'altro;
- uso improprio od in condizioni di scarsa igiene del latte artificiale, dato che in foto sono estremamente evidenti le diverse condizioni dei due gemelli; evidentemente quello allattato con il latte artificiale non ne ha ricevuto a sufficienza, determinando una grave carenza.

Figura 22: Caso di cattiva informazione ed uso improprio del latte artificiale, Pakistan. (Fonte: sito unscn.org)

Per cercare di limitare i danni prodotti dall'introduzione dell'alimentazione artificiale nei paesi sottosviluppati sono nati numerosi gruppi di protesta e di pressione, che nel 1981 sono

riusciti a far approvare all'Organizzazione Mondiale della Sanità il **Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno**[163]. Il Codice è stato approvato da tutti i paesi membri con la sola eccezione degli Stati Uniti d'America. Il Codice, che non si riferisce solo al latte formulato, riguarda espressamente tutti gli alimenti che possono sostituire il latte materno nonché biberon e tettarelle, e vieta tra le altre cose:

- ogni tipo di pubblicità e promozione commerciale rivolte al pubblico
- ogni tipo di contatto tra rappresentanti delle compagnie e donne o madri
- omaggi, campioni e doni alle madri e agli operatori sanitari
- etichette e pubblicità che idealizzano i prodotti con termini come "umanizzato" o "maternizzato" oppure con immagini di neonati e bambini

Figura 23: Esempio di violazione del codice in Gran Bretagna. (Fonte: sito babyfeedinglawgroup.org.uk)

163 Vedi WHO (1981), *www.who.int/nutrition/publications/**code**_english.pdf*

In figura 23 si può vedere un esempio di violazione del codice in Gran Bretagna, in particolare con scritte che lo definiscono ispirato al latte materno, e contemporaneamente anche un esempio di strategia sostitutiva che tende formalmente a rispettare il codice ma a produrre comunque gli effetti avversati dal codice stesso, con l'immagine dell'orsetto polare che mira ad intenerire il consumatore quanto quella di un neonato.

Tuttavia, nonostante questi interventi formali volti a tutelare l'allattamento al seno, le compagnie produttrici di latte artificiale continuano sistematicamente a violare il codice sulla commercializzazione dei loro prodotti[164], soprattutto attraverso le forniture gratuite di latte artificiale ai reparti maternità degli ospedali[165]. Dal canto loro, le leggi nazionali presenti dei vari paesi che hanno approvato il Codice sono piuttosto deboli[166]. Trattandosi infatti di una convenzione internazionale che rientra nella categoria dei codici di comportamento, il Codice Internazionale non è vincolante giuridicamente nei singoli stati. Ad ogni modo, il suo peso politico e morale rimane altissimo, dal momento che è stato messo a punto dai maggiori esperti scientifici mondiali in campo di salute infantile e dai Ministri della Sanità di tutti i governi mondiali[167].

164 Vedi Costello e Sachdev
165 Vedi Reiff e Essock-Vitale
166 Vedi Negri
167 Vedi Negri

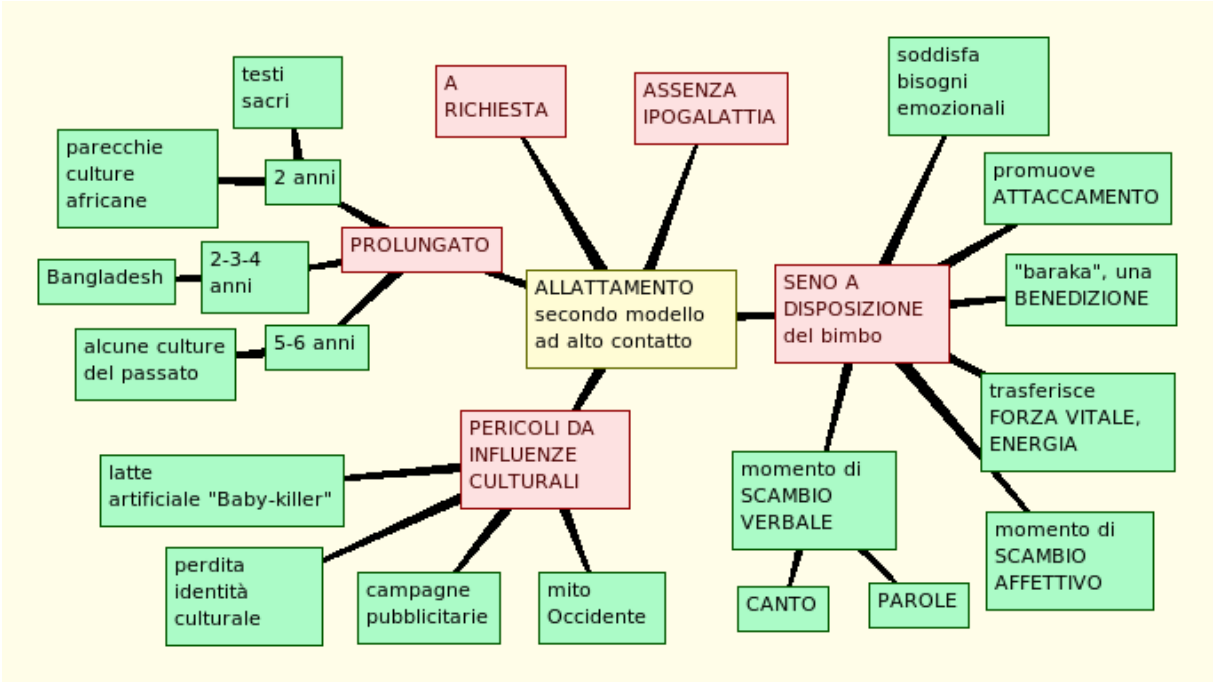

Figura 24: Schema riassuntivo delle caratteristiche di Allattamento secondo il modello ad alto contatto. *(Fonte: elaborazione dell'autrice)*

5.4 Rituali e credenze sull'allattamento

Se nel mondo occidentale il latte materno è concepito soprattutto come alimento, nelle realtà tradizionali acquista indubbiamente un significato più ampio e profondo, e il puerperio così come la nascita sono accompagnati da una serie di credenze e rituali che variano notevolmente da cultura a cultura.

Alcune culture, ad esempio, riconoscono l'importanza del **colostro**, ovvero il latte prodotto dalle ghiandole mammarie verso la fine della gravidanza ed immediatamente dopo il parto che rappresenta un vero e proprio concentrato di anticorpi ed ha varie funzioni, tra cui quella di favorire l'espulsione del meconio (le prime feci del neonato) e di permettere al bambino di abituarsi gradualmente all'alimentazione per via orale. Molte altre, invece, considerano il colostro come un latte "cattivo", ormai vecchio perché prodotto prima del parto, e pertanto prescrivono alle neo-madri di spremerlo e gettarlo via. In particolare, il colostro viene ritenuto nocivo presso le popolazioni native di paesi molto diversi e distanti tra loro, ovvero **Guatemala**, **Sierra Leone**, **Bangladesh**, **Arabia Saudita**, **Corea** e **Lesotho**[168]. L'usanza di non somministrare il colostro ai neonati oltre ad essere una precauzione inutile può rivelarsi molto dannosa perché significa privare il neonato di un importante alimento studiato apposta per garantirgli una prima immunizzazione contro numerose patologie[169]. Sovente in attesa della produzione del latte più maturo, considerato "buono", al neonato vengono somministrati altri alimenti di varia natura, tra cui miele e latte vaccino, esponendo il bambino al potenziale rischio di sviluppare future allergie. Anche in **Bangladesh**, dove l'allattamento al seno è fortemente radicato nella cultura locale e viene praticato dalla quasi totalità delle madri per periodi anche molto prolungati nel tempo, il neonato nei primissimi giorni di vita viene nutrito con miele e talvolta latte vaccino diluito, anche se alcune ricerche recenti sembrano

168 Vedi Conton
169Vedi Riordan e Gill-Hopple

dimostrare un'inversione di tendenza a favore della somministrazione del colostro[170]. In **Vietnam**, invece, in attesa della montata lattea che di solito ha luogo due-tre giorni dopo il parto al neonato vengono dati da bere infusi di zenzero o semplicemente acqua zuccherata[171].

Inoltre, presso alcune culture, il ruolo dell'allattamento al seno è così importante, che in assenza della madre naturale, è la nonna o la zia o la vicina ad offrire al bambino il suo seno da succhiare, per consolazione o anche con funzione nutritiva se la donna in questione sta a sua volta allattando un altro bambino. In questo ultimo caso, nel mondo musulmano, i bambini allattati dalla stessa donna diventano **"fratelli di latte"**, instaurando un vero e proprio legame di parentela, che impedisce ad esempio il matrimonio tra i due in età adulta[172]. La madre di latte svolge in pratica lo stesso ruolo della balia europea di una volta, con la differenza che il baliatico europeo non creava alcun tipo di parentela legalmente riconosciuta, mentre la legge islamica prevede oltre alla parentela di sangue e quella creata dal matrimonio anche quella di latte[173]. La donna mussulmana, incinta o che allatta, durante il ramadan può astenersi dal digiuno[174].

La fratellanza di latte determinata dal baliatico è un fenomeno che presso molte culture ha assunto significati sociali al di là del semplice scopo di nutrimento in sostituzione della madre naturale. Un caso molto significativo riguarda alcuni villaggi cristiani del nord della **Georgia** negli anni precedenti alla rivoluzione russa. A quei tempi, per un padre previdente, indirizzare in modo intelligente i matrimoni dei propri figli era un modo strategico di estendere la rete di parentela ed opportunità della propria famiglia nelle giuste direzioni; usare la fratellanza di latte dei propri figli era un altro modo di ottenere lo stesso scopo nei confronti di chi non si poteva far sposare, ad esempio per diversità di credo religioso. Tali villaggi avevano strettissimi legami commerciali con villaggi mussulmani situati al di là della catena montuosa de Caucaso. Le comunicazioni molto difficoltose, dati i passi di alta montagna da superare,

170 Vedi Greiner
171 Vedi Henderson e Brown
172 Vedi Gatrad
173 Vedi Maher, p. 119-139
174 Vedi Prentice A.M, Prentice A, Lamb , Lunn e Austin

rendevano ancor più necessario trovare un modo per rinsaldare i legami al di là dell'aspetto commerciale. Pertanto, non potendo organizzare matrimoni incrociati, ricorrevano alla pratica di dare i propri figli a balia presso i partner commerciali al di là della catena montuosa creando appunto forti legami attraverso la fratellanza di latte che si veniva a creare, molto rispettata e pubblicizzata presso entrambe le società interessate. I bambini venivano in pratica temporaneamente adottati e raramente visitati dai parenti naturali, e rimanevano tali fino all'adolescenza, ben oltre il periodo dell'allattamento. In questo modo si creavano legami fortissimi ed utili al mantenimento delle relazioni commerciali e non solo tra le due società attraverso le successive generazioni. I fratelli di latte parlavano infatti la stessa lingua, conoscevano le reciproche tradizioni e potevano aiutarsi nei loro viaggi per il trasporto, commercio ed ospitalità[175].

Presso tutte le culture del mondo si ritiene che ci siano alcune sostanze, alimenti in grado di favorire ed aumentare la produzione di latte materno. Nella parte settentrionale del **Messico**, si preparano tisane a base di sesamo, mentre in alcune regioni dell'**America Latina** si usano infusi a base di erbe per stimolare la produzione di latte[176]. In **Asia**, invece, per aumentare la produzione di latte, le madri vietnamite, cinesi e cambogiane invece mangiano zuppe a base di cavoli, carote, cavolfiori e patate. In questi paesi le donne che allattano si astengono dal consumare cibi freddi perché ritenuti causa di diarrea, raffreddore e tosse nel neonato[177].

L'allattamento al seno è condotto "a richiesta" e per periodi prolungati dalla maggioranza di donne residenti nei paesi meno sviluppati. Tuttavia, presso le culture tradizionali l'allattamento al seno raramente viene condotto in maniera esclusiva. Sovente, infatti, si assiste all'**introduzione precoce di alimenti complementari**, già a partire dai primissimi

175 Si veda soprattutto MacClancy, che riporta un'ampia casistica di uso sociale della fratellanza di latte (*milk-kinship*), da cui è stato riporto questo caso estremamente significativo di pratica strategica del baliatico al fine di creare fratellanza di latte..
176 Vedi Baumslag
177 Vedi Mathews e Manderson (1980)

mesi di vita del neonato[178].

In generale, il periodo del **puerperio** è considerato in molti paesi del mondo come un momento molto delicato nella vita della donna che può ora godere di attenzioni e cure speciali. In **Vietnam, Cina e Cambogia**, ad esempio, dare alla luce un bambino viene considerato un evento estremamente gravoso che lascia la donna completamente priva di calore, sangue e forza vitale. Durante i 28-30 giorni che seguono al parto, le donne sono particolarmente vulnerabili al freddo, al vento e alle forze magiche. Al fine di ritrovare il giusto equilibrio, le neo-madri devono pertanto stare a casa, al caldo, senza lavarsi e trascorrere la maggior parte del tempo a letto, a riposo. Alle donne viene inoltre prescritta una dieta a base di alimenti, quali pollo, maiale, sale, pepe nero, zenzero, riso bollito e te cinese[179]. In **Sri Lanka**, presso i **Tamil**, la puerpera e il neonato non possono uscire di casa per trenta giorni. Durante questo lasso di tempo la neo-madre deve astenersi dal svolgersi qualsiasi attività domestica che richieda sforzo fisico. La famiglia si prende cura di lei e l'aiuta nelle faccende domestiche. Nei primi cinque giorni successivi al parto, la donna fa dei bagni a base di erbe e consuma solo un pasto al giorno a base di riso e pesce essiccato. Deve inoltre limitare l'assunzione di acqua e non può consumare frutta, nemmeno sotto forma di succhi, né verdure[180].

Anche le **culture ispaniche** credono che la puerpera e il neonato siano più vulnerabili durante il postpartum e pertanto le donne che hanno appena partorito osservano la cosiddetta *cuarentena*, che dura quaranta giorni durante i quali devono stare a riposo e devono astenersi dal lavarsi, avere rapporti sessuali e consumare cibi piccanti[181]. In **America Latina** è inoltre molto diffusa la credenza secondo cui eventi stressanti possono causare la *leche agitada* (latte agitato), ossia viene alterata la qualità e la quantità del latte prodotto dalla madre, rendendolo acido. Questa convinzione spinge alcune madri ad optare per il latte artificiale[182].

178 Vedi Riordan e Gill-Hopple
179 Vedi Mathews e Manderson (1981)
180 Vedi Agnew, Gilmore e Sullivan
181 Vedi Zepeda
182 Vedi Weller e Dungy

Come abbiamo visto nella prima parte della tesi, in passato nel mondo occidentale alle donne veniva prescritta l'astensione dai rapporti sessuali durante tutto il periodo dell'allattamento in quanto si pensava che il seme maschile guastasse il latte materno. In alcune culture questa convinzione è ancora fortemente radicata, come nel caso della popolazione dei **Lusi**, in **Papua Nuova Guinea**[183].

Presso gli **Hmong** del **Laos**, invece, le donne non solo continuano ad allattare i propri figli anche se sono gravide, ma spesso protraggono l'allattamento anche oltre, dopo la nascita del nuovo figlio, praticando quello che viene definito l**'allattamento in tandem**[184]. Si veda in figura 21 a pagina 113 un esempio di tandem, in Bangladesh. Sia l'allattamento prolungato che l'allattamento in stato di gravidanza sono pratiche oggetto di tabù presso le culture occidentali, senza alcun supporto di evidenze scientifiche; i benefici sembrano essere maggiori dei possibili inconvenienti e La Leche League lo promuove e supporta se la mamma lo vuole.

L'allattamento al seno, come abbiamo visto, non rappresenta soltanto un processo biologico, ma è indubbiamente anche un processo culturale[185]. Questo spiega perché ci sono così tante differenze tra una cultura e l'altra anche in fatto di alimentazione infantile e di cure materne. Tuttavia, alcuni studi sembrano dimostrare che una volta immigrati in un altro paese, molte persone tendono ad adottare le pratiche culturali del paese ospitante[186]. Si tratta del processo dell'acculturazione, ovvero dei cambiamenti dei modelli culturali originari, che si manifestano nel momento in cui gruppi o individui di culture differenti entrano in contatto. Anche l'incidenza dell'allattamento al seno pare seguire il trend di quella del paese di immigrazione[187].

Una volta immigrate in Inghilterra o negli Stati Uniti, ad esempio, molte donne che

183 Vedi Riordan e Gill-Hopple
184 Vedi Nelson e Hewitt
185 Vedi Stuart-Macadam e Dettwyler
186 Vedi Abraido-Lanza, Armbrister, Florez e Aguirre
187 Vedi Henderson e Brown (1987)

provengono da paesi dove l'allattamento al seno prolungato costituisce la norma culturale sono più propense ad optare per l'allattamento artificiale o comunque ad allattare per periodi molto più brevi. Questa tendenza è stata confermata anche in uno studio britannico[188] condotto su 50 donne immigrate provenienti da regioni rurali dell'Asia, dove l'allattamento al seno è diffuso e viene condotto per periodi prolungati. In particolare, questo studio ha evidenziato una sensibile riduzione dell'allattamento al seno tra queste donne una volta giunte in Gran Bretagna.

Le ragioni di questo comportamento sono molteplici. La mancanza di sostegno a livello sia famigliare che ospedaliero è indubbiamente la causa principale dell'abbandono dell'allattamento al seno tra le donne immigrate[189]. Non bisogna tuttavia dimenticare che sia l'Inghilterra che gli Stati Uniti sono paesi dove la cultura dominante è favorevole all'allattamento artificiale, pertanto molte donne immigrate scelgono questa forma di alimentazione infantile per sentirsi più integrate nella nuova società. Anche lo stile di vita e i frenetici ritmi quotidiani del mondo occidentale rendono talvolta impossibile alle donne immigrate attenersi alle tradizioni del loro paese d'origine, soprattutto se non possono contare sul sostegno e l'aiuto della rete famigliare[190]. Solo una minoranza davvero determinata riesce a conservare le usanze tradizionali in fatto di allattamento nonostante le pressioni da parte dei mass-media e la facilità con cui si riesce a reperire il latte artificiale[191].

188 Vedi Evans, Walpole, Qureshi, Memon e Everley Jones
189 Vedi Riordan e Gill-Hopple
190 Vedi Morse
191 Vedi Riordan e Gill-Hopple

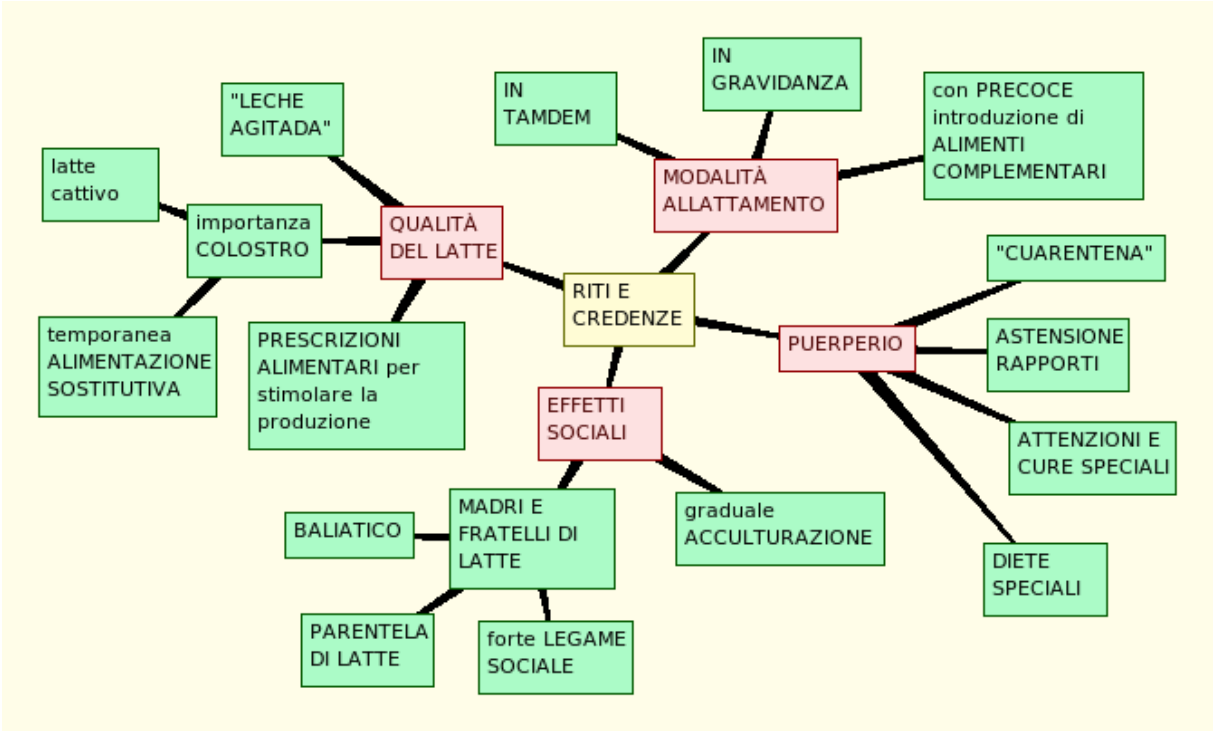

Figura 25: Schema riassuntivo dei vari riti e credenze riportati nel paragrafo. (Fonte: elaborazione dell'autrice).

Conclusioni

L'allattamento al seno è indubbiamente una delle pratiche più naturali e ancestrali per la nostra specie. Per milioni di anni le femmine della nostra specie hanno offerto il loro seno alla prole come nutrimento, consolazione oppure solo semplicemente come coccola, senza porsi troppi interrogativi sulla corretta frequenza e durata delle poppate e sui reali motivi che spingevano i loro cuccioli a cercare il seno materno.

Tuttavia, come abbiamo avuto modo di vedere nel corso di questa tesi, l'allattamento al seno non è solo un processo biologico, ma è anche e soprattutto una pratica che risente delle influenze socio-culturali di ogni singolo paese. Ciò spiega perché in ogni epoca e luogo, l'atteggiamento degli uomini, delle donne e della classe medica nei confronti dell'allattamento al seno non ha seguito un andamento lineare. Nel Settecento e nell'Ottocento, ad esempio, tra le donne inglesi appartenenti alle classi sociali altolocate l'allattamento al seno era visto come una pratica priva di alcun prestigio sociale e pertanto le madri ricche preferivano dare i loro figli ad una balia. Nello stesso periodo, la classe medica inglese riteneva il latte materno l'alimento infantile per eccellenza, per poi mutare radicalmente idea nel corso del Novecento, quando, con la nascita di formule lattee sempre più simili come composizione al latte materno, finì per avvallare l'uso del latte artificiale.

I metodi di allattamento più diffusi negli ultimi tre secoli di storia inglese sono stati diversi e si sono alternati con un andamento che è stato condizionato ampiamente dalle condizioni sociali e dai condizionamenti culturali. Si veda una sintesi di questa alternanza nel grafico qualitativo in Figura 26.

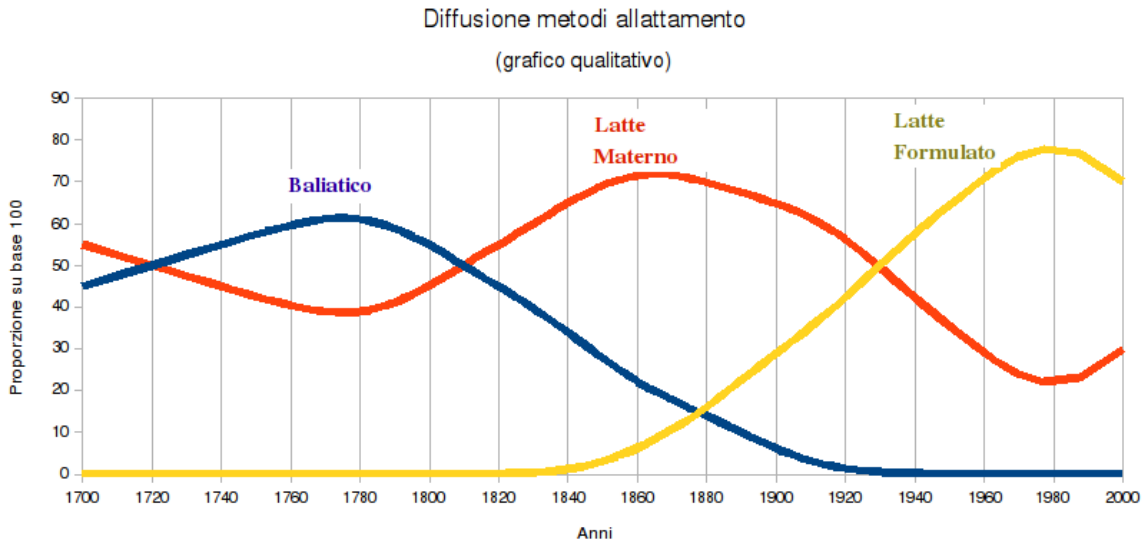

Figura 26: Grafico qualitativo sull'evoluzione dei metodi di allattamento più diffusi in Inghilterra. (Fonte: elaborazione dell'autrice)

Un'altra possibile sintesi può essere data nello schema seguente in Tabella 2, dove con un po' di semplificazioni si è cercato di evidenziare secolo per secolo il metodo predominante e le motivazioni sottostanti alla sua diffusione.

Fenomeno predominante	Secolo	Motivazioni sottostanti
Baliatico[192]	XVIII	Partecipazione a vita sociale; cessione a balia esperta.
Ritorno al Latte Materno	XIX	Soprattutto etiche contrarie al baliatico.
Latte Artificiale	XX	Pressione da parte delle industrie alimentari, mancato supporto alle madri, maggiore partecipazione femminile al mondo del lavoro, e soprattutto condizionamenti culturali.
Rivalutazione del seno materno (tendenza in atto)	Oggi	Salute psico-fisica della coppia madre-figlio.

Tabella 2: Metodi di allattamento predominanti e motivazioni sottostanti. (Fonte: elaborazione dell'autrice)

192 Il baliatico era il fenomeno culturalmente predominante e adottato prevalentemente dalle classi sociali più agiate. Nella pratica le grandi masse non avevano alternative all'allattamento al seno materno.

Ancora oggi l'Inghilterra insieme agli Stati Uniti d'America detiene i tassi di allattamento al seno più bassi al mondo. A determinare questa situazione sono concorsi diversi fattori, tra cui la sempre più massiccia medicalizzazione della gravidanza e del parto, nonché l'imperante cultura a favore dell'allattamento artificiale che costituisce uno dei principali ostacoli alla diffusione dell'allattamento al seno in Inghilterra. Abbiamo visto come negli ultimi decenni sono stati fatti diversi sforzi da parte di autorevoli istituzioni internazionali per invertire questa tendenza. Tuttavia, per aumentare la percentuale di donne che allattano al seno il proprio bambino non è sufficiente migliorare le pratiche ospedaliere, ma è necessario creare una cultura a favore dell'allattamento al seno. Un passo in questa direzione potrebbe essere quello di valorizzare il ruolo di madre e della sua funzione all'interno della società. Il che richiede indubbiamente molto tempo ed impegno da più parti.

Abbiamo infine visto che esistono modalità per accudire e crescere un bambino che variano notevolmente da cultura a cultura. Questi diversi approcci alle cure materne possono essere raggruppati in due modelli principali: il modello ad alto contatto e il modello a basso contatto. Il modello ad alto contatto, tipico delle società tradizionali propone indubbiamente una cura dei bambini più naturale, più fisiologica, più in linea con le aspettative del neonato. Tuttavia, sarebbe riduttivo e anche errato dare un giudizio in merito ad un modello di cure materne rispetto ad un altro. Non esiste infatti un modello migliore del prendersi cura dei bambini piccoli, ma qualsiasi modello, anche quello occidentale, è sempre funzionale all'obiettivo che si vuole raggiungere.

In generale, ogni cultura sviluppa il proprio modo di crescere e di educare i figli. Quegli aspetti del *maternage* che sono considerati importanti in una cultura, possono assumere un valore completamente diverso in un'altra. Ogni comportamento, infatti, andrebbe analizzato alla luce di ciò che esso rappresenta all'interno della scala di valori di quella data società e cultura. Basti pensare, ad esempio, al diverso atteggiamento di alcune società occidentali, tra cui quella britannica, nei confronti del sonno irregolare dei bambini e alla loro richiesta di

costante attenzione e contatto rispetto a quello di alcune società tradizionali. Se nel mondo occidentale ed industrializzato, i bambini "ad alta richiesta" con abitudini di sonno irregolari sono considerati "difficili" perché interferiscono con il modo di vivere dei genitori, presso i Kipsigis del Kenya i bambini difficili sono quelli a cui non piace essere portati sulle spalle[193]. Inoltre non bisogna dimenticare che alcune culture tradizionali che mostrano grande indulgenza me attenzione nei confronti del bambino nei primi anni di vita, adottano in seguito metodi educativi molto più rigidi e duri[194]. L'allattamento al seno, infine, nonostante sia molto diffuso nelle società tradizionali, sovente viene condotto in maniera non esclusiva, ma si ricorre all'inutile introduzione precoce di alimenti complementari nella dieta del bambino, mentre il colostro, che rappresenta un'importante fonte di anticorpi per il neonato viene spesso spremuto e gettato via[195].

In conclusione, volendo prendere gli aspetti positivi dal modello ad alto contatto e riproporli anche solo parzialmente nella società inglese per conferire un maggior benessere psico-fisico alla coppia madre-bambino, occorrerebbe innanzitutto mettere in atto tutta una serie di iniziative volte prima di tutto ad indirizzare diversamente molti dei fattori influenzanti che sono stati evidenziati in questa tesi. Ad esempio mettendo in atto le indicazioni OMS per gli ospedali, diffondendo i consigli OMS per l'allattamento ed aumentando l'informazione indipendente e basata su evidenze scientifiche, ostacolando a livello governativo l'azione pubblicitaria e divulgativa da parte delle multinazionali dell'alimentazione nonché produttrici di latte artificiale, supportando e diffondendo l'azione dei gruppi di *peer support*, bilanciando le spese per la ricerca scientifica verso pratiche che hanno minor interesse da parte dell'industria (quindi abbastanza trascurati oggi) ma maggiore per la gente, quali ad esempio il *co-sleeping*, il *babywearing*, l'allattamento al seno prolungato (evitando quindi tutti i prodotti quali pappine, latti di proseguimento, omogeneizzati), l'allattamento a richiesta (evitando uso dei ciucci ed oggetti transizionali sostitutivi della mamma), contrastando la

193 Vedi Martini
194 Vedi Balsamo (2002)
195 Vedi Riordan e Gill-Hopple

diffusione di messaggi e pratiche che pretendono la precoce indipendenza dei piccoli dimostrando invece che il modo migliore per renderli adulti autonomi sia quello di ascoltare le loro esigenze e dar loro sicurezza ed autostima, basi sicure per il resto della loro vita; infine aggiornare in modo indipendente i pediatri sul tema dell'allattamento e nel contempo fare in modo che le mamme si affidino meno a loro e di più sul loro istinto materno.

Bibliografia

Abbott, M. (2003) *Family Affairs: A History of the Family in 20th Century England*, London: Routledge.

Abraido-Lanza, A.F., Armbrister, A.N., Florez, K.R. e Aguirre, A.H. (2006) 'Toward a theory-driven model of acculturation in public health research', *American Journal of Public Health*, 96: 1342-1346.

Agnew, T., Gilmore, J. e Sullivan , P. (1997) *A Multicultural Perspective of Breastfeeding in Canada* , Canada : Minister of Public Works and Government Services Canada.

American Academy of Pediatrics (2005) 'Breastfeeding and the Use of Human Milk' Policy Statement, *Pediatrics*, 115(2).

American Academy of Pediatrics Committee on Drugs (2001) 'The transfer of drugs and other chemicals into human milk', *Pediatrics*, 108(3): 776-789.

Apple, R.D. (1987) *Mothers and medicine: a social history of infant feeding, 1890-1950*, Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.

Atkins, P.J. (2000a) 'Milk consumption and tuberculosis in Britain, 1850-1950', in Fenton, A. (ed) *Order and disorder: the health implications of eating and drinking in the nineteenth and twentieth centuries,* East Linton: Tuckwell Press, pp. 83-95.

— (2000b) 'The pasteurization of England: the science, culture and health implications of milk processing, 1900-1950', in Smith, D.F. e Phillips, J. (eds) *Food, science, policy and regulation in the twentieth century: international and comparative perspectives*, London: Routledge, pp. 37-51.

Baildam, E.M., Hillier, V.F., Menon, S., Bannister, R.P., Bamford, F.N. e Moore, W.M.O. (2000) 'Attention to infants in the first year', *Child: Care, Health and Development*, 26: 199-216.

Ball, H.L. (2003) 'Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep', *Birth*, 30(3): 181-188.

Balsamo, E. (2002) 'Bambini immigrati e bisogni insoddisfatti: la via all'etnopediatria', in *La casa di tutti i colori, Mille modi di crescere*, Milano: Franco Angeli.

— (2007) *Sono qui con te. L'arte del maternage,* Torino: Il leone verde.

Bartington, S. e Griffiths, L. (2006) 'Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK?', in *International Journal of Epidemiology*, 35(5): 1178-1186.

Baumslag, N. (1987) 'Breastfeeding: Cultural practices and variations', *Advanced International Maternal and Child Health*, 7: 36-50.

Bianchi, A. (1833) *Dello allattamento. Memoria fisiologico-medico-politica in cui si trovano esposti i più recenti metodi di allattamento artificiale*, Milano: Alessandro Dozio.

Bolling, K., Grant, C., Hamlyn, B. e Thornton, A. (2007) *Infant feeding survey 2005*, UK Department of Health, Information Centre.

Brown, L.P., Bair, A.H. e Meier, P.P. (2003) 'Does federal funding for breastfeeding research target our national health objectives?', *Pediatrics*, III(4): 360-364.

Bryder, L. (2005) 'Breastfeeding and Health Professionals in Britain, New Zealand and the United States, 1900-1970', *Medical History*, 49: 179-196.

Cadogan, W. (1748) *Essay upon nursing, and the management of children*, London: Committee of the Foundling Hospital.

Campbell, C. (1996) 'Breastfeeding and health in the Western World', *British Journal of General Practice*, 46: 613-617.

Campbell, L. (1989) 'Wet-Nurses in Early Modern England: Some Evidence from the Townshend Archive', *Medical History*, 33: 360–370.

Conton, L. (1985) 'Social, economic and ecological parameters of infant feeding in Usino, Papa Nuova Guinea', *Ecology Food Nutrition*, 16: 39-54.

Cooter, R. (1992) 'In the Name of the Child: Health and Welfare, 1880-1940', in British Paediatric Association (ed) *Society for the Social History of Medicine*, London: Routledge.

Corridori, M., Fanos, V. e Farnetani, I. (2006) *Nascere nella storia*, Milano: Mondadori Electa.

Costello A. e Sachdev H.S. (1998) ‘Protecting breastfeeding from breast milk substitutes. The WHO code is widely violated and needs monitoring and supporting’*, British Medical Journal*, 316: 1103-1104.

Cunningham, H. (1995) *Children & Childhood in Western Society since 1500*, New York: Longman.

Di Franza, J.R., Aligne, C.A. e Weitzman, M. (2004) ‘Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure, and children's health’, *Pediatrics*, 113: 1007-1015.

Dick-Read, G. e Odent, M. (2004) *Childbirth Without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth*, London: Pinter & Martin Ltd.

Dimond, H.J. e Ashworth, A. (1987) ‘Infant feeding practices in Kenya, Mexico e Malaysia’, *Human Nutrition: Applied Nutrition*, 41(A): 51-64.

Dracup, C. e Sanderson, E. (1994) ‘Health visitor’s perceptions of breastfeeding mothers’, *Health Visitor*, 67(5): 158-60.

Evans, N., Walpole, I.R., Qureshi, M.U., Memon, M.H. e Everley Jones, H.W. (1976) ‘Lack of breastfeeding and early weaning in infants of Asian immigrants to Wolverhampton’, *Archives of Disease of Childhood*, 51: 608-612.

Falkus, M. (1987) *Britain Transformed: an Economic and Social History 1700-1914*, Ormskirk: Causeway Press L.T.D.

Ferber, R. (1986) *Solve your child’s sleep problems*, London: Dorling Kindersley.

Fildes, V. (1988a) *Wet Nursing: A History from Antiquity to the Present*, Oxford: Blackwell.

— (1988b) ‘The English wet-nurse and her role in infant care 1538-1800’, *Medical History*, 32: 142-173.

Flandrin, J. (1984) *La famiglia. Parentela, casa, sessualità nella società preindustriale,* Milano: Edizioni di comunità.

Gatrad, A.R. (1994) ‘Attitudes and beliefs of Muslim mothers towards pregnancy and infancy’, *Archives of Disease in Childhood*, 71: 170-174.

Gonzalez, C. (2008) *Un dono per tutta la vita*, Torino: Il Leone Verde.

Greiner, T. (1997) ‘Breastfeeding in Bangladesh: a review of the literature’, *Bangladesh Journal of Nutrition*, 10: 37-50.

Guillemeau, J. (1612) *Nursing the Child.* London.

Henderson, L., Kitzinger, J. e Green, J. (2000) 'Representing infant feeding: content analysis of British media portrayals of bottle feeding and breast feeding', *British Medical Journal*, 321: 1196-1198.

Henderson, S.M. e Brown J.S. (1987) 'Infant feeding practices of Vietnamese immigrants to the Northwest United States'*, Research and Theory for Nursing Practice*, 1(2): 153-169.

Hiscock, H. e Wake, M. (2002) 'Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood', *British Medical Journal*, 324: 1062.

Hoddinott, P. e Roisin, P. (1999) 'Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London', *British Medical Journal*, 318: 30-34.

Houlbrooke, R.A. (1984) *The English Family 1450-1700*, London: Longman.

Jelliffe, D.B., Jelliffe, E.F.P. (1978) *Human milk in the Modern World,* Oxford: Oxford University Press.

Kitzinger, S. (1979) *The Experience of Breastfeeding*, Taylor & Francis.

— (1980) *Donne come madri: gravidanza, parto, cure materne in un confronto di culture diverse,* Milano: Bompiani.

Kleinman, R.E., Barness, L.A. e Finberg, L. (2003) 'History of Pediatric Nutrition and Fluid Therapy', *Pediatric Research*, 54(5): 762-772.

Latz, S., Wolf, A.W. e Lozoff, B. (1999) 'Cosleeping in context. Sleep practices and problems in young children in Japan and the United States', *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 153: 339-346.

Lauwers, J. e Swisher, A. (2005) *Counseling a nursing mother. A Lactation Consultant's guide. Fourth Edition,* Jones & Bartlett Publishers.

Lerner, L. (1978) *The Victorians*, London: Methuen and co. LTD.

Littman, H., Medendorp, S.V. e Goldfarb, J. (1994) 'The decision to breastfeed: the importance of fathers' approval', *Clinical Paediatrics*, 33(4): 214-219.

Lozoff, B. e Brittenham, G. (1979) 'Cache or Carry', *Pediatrics*, 95(3): 478-483.

MacClancy, J. (2003) 'The milk tie', *Anthropology of Food*, 41.

Maffei, F. (2000) *Primo Cibo, Primo Amore*, Milano: Franco Angeli.

Maher, V. (1992) *The Anthropology of Breastfeeding: Natural Law or Social Construct (Cross-cultural Perspectives on Women)*, Berg Publishers.

Martini, N. (2002) 'Mamme e bambini stranieri- Continuità, fratture e riadattamenti in emigrazione', in Chinosi, L. (ed), *Sguardi di mamme*, Milano: Franco Angeli.

Mathews, M. e Manderson, L. (1980) 'Infant feeding practices and lactation diets among Vietnamese immigrants'*, Australian Paediatric Journal* (Continued by: *Journal of Paediatrics and Child Health*), 16: 263-266.

— (1981) 'Vietnamese behavioral and dietary precautions during confinement', *Ecology of Food and Nutrition*, 11: 9-16.

McKenna, J. (1993) 'Il sonno salutare dei neonati e dei bambini: nuove considerazioni', *L'allattamento moderno*, Leche League Italia, 1993:0.

— (2000) 'Cultural influences on infant and childhood sleep biology and the science that studies it: Toward a more inclusive paradigm', in Laughlin, J., Marcos, C. e Carroll, J. (eds) *Sleep and Breathing, Children and Pediatrics*, Marcel-Dekker Pub, pp. 99-130.

— (2005) 'Il neonato dell'età della pietra nell'epoca della conquista spaziale', relazione tenuta al Convegno di Versailles de la Leche League Francia del 18/03/2005 riportata su *L'allattamento moderno*, 2005:1.

McLaren, D. (1979) 'Nature's Contraceptive: Wet-Nursing and Prolonged Lactation: The Case of Chesham, Buckinghamshire, 1578–1601', *Medical History*, 23: 426–441.

Mead, M. (2001) *Sex and temperament in three primitive societies*, Harper Perennial.

Mendelsohn, R. (1984) *How to raise a healthy child... In spite of your doctor*, Chicago: Contemporary Books.

Morse, J.M. (1989) '"Euch, those are for your husband!" Examination of cultural values and assumptions associated with breastfeeding', *Health Care for Women International*, 11: 223-232.

Murdock, G.P. e White, D.R. (1969) 'Standard cross-cultural sample'*, Ethnology,* 8: 329-369.

NCT (1999) *Baby Feeding Report*, the National Childbirth Trust.

Negri, P. (2005) *Tutte le mamme hanno il latte: rischi e danni dell'alimentazione artificiale*, Torino: Il leone verde.

Nelson, C.C. e Hewitt, M.A. (1983) 'An Indo-Chinese refugee population in a nurse-midwife

service', *Journal of Nurse Midwifery*, 28: 9-14.

Newman, J. (1986) 'Breastfeeding: the problem of "not enough milk"', *Canadian Family Physician,* 32: 571-574.

Odent, M. (1990) *Votre bèbè est le plus beau des mammifères,* Parigi: Albin Michel.

— (2002) *The Farmer and the Obstetrician*, London: Free Association Books.

Palmer, S.R., Avery, A. e Taylor, R. (1979) 'The influence of obstetric procedures and social and cultural factors on breastfeeding rates at discharge from hospital', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 33: 248-252.

Park, F. (1987) *The womanly art of breastfeeding*, Illinois: La Leche League International.

Prentice, A.M., Prentice, A., Lamb, W.H., Lunn, P.G. e Austin, S. (1983) 'Metabolic consequences of fasting during Ramadan in pregnant and lactating women', *Human Nutrition: Clinical Nutrition*, 37(4): 282-294.

Purvis, J. (1995) *Women's History. Britain 1850-1945*, London: UCL Press.

Raphael-Leff, J. (1990) *The Psychological Processes of Childbearing*, London: Chapman and Hall.

Reiff, M.I. e Essock-Vitale, S.M. (1985) 'Hospital influences on early infant feeding practices', *Pediatrics*, 76: 872-879.

Riordan, J. e Gill-Hopple, K. (2001) 'Breastfeeding Care in Multicultural Populations', *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30: 216-223.

Rose, L. (1986) *The Massacre of Innocents. Infanticide in Great Britain (1800-1830)*, London: Routledge and Kegan Paul.

Ryan, A.S. e Martinez, G.A. (1989) 'Breastfeeding and the working mother: a profile', *Pediatrics,* 83: 524-531.

Shorter, E. (1975) *The making of the Modern Family*, New York: Basic Books.

Stone, L. (1977) *The family, sex and marriage in England, 1500-1800*, London.

Stuart-Macadam, P. e Dettwyler, K.A. (1995) *Breastfeeding, biocultural perspectives*, New York: Aldine de Gruyter.

Sunderland, M. (2008) *The Science of Parenting*, London: Dorling Kindersley Publishing.

Weber, E. (2007) *Portare i piccoli: un modo antico, moderno e ....comodo per stare insieme,*

Torino: Il Leone Verde.

Weinberg, F. (1993) 'Infant feeding through the ages', *Canadian Family Physician*, 39.

Weller, S.C. e Dungy, C.I. (1986) 'Personal preferences and ethnic variations among Anglo and Hispanic breast and bottle feeders', *Social Science and Medicine*, 23(6): 539-548.

WHO (1981) *International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes*, Ginevra.

— (1993) *Infant and young child nutrition*, Ginevra.

— (1998) *Evidence for the 10 steps to a successful breastfeeding,* Ginevra.

— (2001) *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Results of a WHO Systematic Review*, Ginevra.

Wickes, I.G. (1953) 'A history of infant feeding. Part II. Seventeenth and eighteenth centuries', *Archives of Disease in Childhood*, 28(139): 232-240.

— (1953) 'A history of infant feeding. Part III: Eighteenth and Nineteenth Century Writers', *Archives of Disease in Childhood*, 28(140): 332–340.

— (1953) 'A history of infant feeding. Part IV: Nineteenth century continued', *Archives of Disease in Childhood*, 28(141): 416-422.

Wolf, J.H. (2001) *Don't Kill Your Baby: Public Health and the Decline of Breastfeeding in the 19th and 20th Centuries*, Columbus, Ohio: Ohio State University Press.

— (2003) 'Low Breastfeeding Rates and Public Health in the United States', *American Journal of Public Health*, 93:12.

— (2008) 'Got milk? Not in public!', *International Breastfeeding Journal*, 3:11.

Zepeda, M. (1982) 'Selected maternal-infant care practices of Spanish-speaking women', *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 11(16): 371-374.

Sitografia

American Journal of Public Health, pubblicazioni di studi relativi a ricerche, metodi di ricerca e valutazione programmi nel campo della sanità pubblica: http://www.ajph.org/

Anthropology of food, rivista accademica a libero accesso, dedicata alle scienze sociali dell'alimentazione: http://aof.revues.org/

Archive of British Journal of General Practice: http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=261&action=archive

Archive of Medical History: http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=228&action=archive

Archives of Disease of Childhood, a peer review journal for health professionals and researchers covering conception to adolescence: http://adc.bmj.com/

Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine: http://archpedi.ama-assn.org/

Australian Association for Infant Mental Health (AAIMHI): http://aaimhi.org

Birth, Issues in Perinatal Care: http://www.wiley.com/bw/journal.asp?ref=0730-7659

British Medical Journal: http://www.bmj.com

Canadian Family Physician, a peer reviewed medical journal dedicated to serving Canadian family physicians and advancing the specialty of family medicine worldwide: http://www.cfp.ca/

Child: Care, Health and Development, The multidisciplinary journal - incorporating Ambulatory Child Health: http://www.wiley.com/bw/journal.asp?ref=0305-1862&site=1

Clinical Paediatrics journal: http://cpj.sagepub.com/

Department of Health della Gran Bretagna: http://www.dh.gov.uk

Ecology of Food and Nutrition, an international journal of the nutritional sciences in the broadest sense: http://www.tandf.co.uk/journals/titles/03670244.html

Ethnology, an international journal of cultural and social anthropology, University of Pittsburgh, Department of Anthropology: http://www.pitt.edu/~ethnolog/

Health Care for Women International, Official Journal of The International Council on Women's Health: http://www.tandf.co.uk/journals/titles/07399332.html

Infant Feeding Devices Blog della Woodward Library, University of British Columbia: http://wdmem.blogspot.com

International Breastfeeding Journal, an open access journal publishing on all aspects of breastfeeding: http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/

International Journal of Epidemiology: http://ije.oxfordjournals.org/

Journal of Epidemiology and Community Health, a peer review journal for health professionals and researchers in all areas of epidemiology: http://jech.bmj.com/

Journal of Nurse Midwifery: http://www.sciencedirect.com/science/journal/00912182

Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: http://jognn.awhonn.org/

Journal of Paediatrics and Child Health: http://www3.interscience.wiley.com/journal/117968610/home

La Leche League International: http://www.lalecheleagueinternational.com

Mother-Baby Behavioral Sleep Lab, laboratorio di ricerca e di insegnamento, diretto da Dr. James J. McKenna, University of Notre Dame: http://www.nd.edu/~jmckenn1/lab/

NCT, the National Childbirth Trust, UK's leading charity for parents: http://www.nct.org.uk

OMS sull'allattamento: http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/

OMS, pubblicazioni: *www.who.int/nutrition/publications*

Pediatric Research, pubblicazione scientifica mensile della International Pediatric Research Foundation: http://www.pedresearch.org

Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics: http://pediatrics.aappublications.org/

Research and Theory for Nursing Practice, an International Journal: http://www.springerpub.com/journal.aspx?jid=0889-7182

Social Science & Medicine, publication for the dissemination of research findings, reviews and theory in all areas of common interest to social scientists, health practitioners and policy makers: http://www.sciencedirect.com/science/journal/02779536

Ted Greiner's website: http://global-breastfeeding.org/

The Baby Friendly Initiative, UNICEF: Health Benefits of Breast Feeding: http://www.babyfriendly.org.uk

The International Breastfeeding Symbol, simbolo e segnale internazionale per luoghi pubblici riservati all'allattamento: http://www.breastfeedingsymbol.org/

Wikipedia, l'enciclopedia libera: http://www.wikipedia.org

Fonti delle Illustrazioni

Le seguenti illustrazioni sono state gentilmente concesse da:

Figure 1 a p.33, 2 a p.34, 3 a p.35, 5 a p.39: *Memorial Room, Woodward Library, University of British Columbia*, Vancouver, Canada

Figura 12 a p.102: ©*Mindy Pollack-Fusi* 2008, scrittore e fotografo; foto consultabili sul sito *www.mindypollack.com*

Le seguenti immagini sono state prese da:

Figura 6 a p.44: dal sito *Flickr.com*

Figura 11 a p.75: dal sito *Breastfeedingsymbol.org*

Figura 13 a p.105: dal sito *commons.wikimedia.org*

Figura 14 a p.106: dal sito *bbc.co.uk*

Figura 15 a p.107: dal sito *aria6688.pixnet.net*

Figura 16 a p.108: dal sito *ucalgary.ca*

Figura 17 a p.109: dal sito *foxdenlane.com*

Figura 18 a p.110: dal sito *babyfriendly.org.uk*

Figura 19 a p.111: dal sito *babble.com*

Figura 21 a p.113: dal sito *tulipgirl.com*

Figura 22 a p.118: dal sito *unscn.org e babymilkaction.org*

Figura 23 a p.119: dal sito *babyfeedinglawgroup.org.uk*

Le restanti figure, 4 a p.37, 7 a p.45, 8 a p.55, 9 a p.69, 10 a p.70, 24 a p.121, 25 a p.128, 26 a p.130 sono elaborazioni personali dell'autrice di informazioni raccolte ed esposte nella tesi.

Software utilizzato

Questa tesi è stata realizzata unicamente mediante uso dei seguenti software *open-source.*

Firefox, per la navigazione internet: http://www.mozilla.org/, http://it.wikipedia.org/wiki/Mozilla

Linux distribuzione UBUNTU, Sistema operativo: http://www.ubuntu.com/, http://it.wikipedia.org/wiki/Ubuntu

OpenOffice.org Drawing, per i disegni: http://www.openoffice.org/, http://it.wikipedia.org/wiki/OpenOffice.org

OpenOffice.org Presentation, per la realizzazione di diapositive di presentazione: http://www.openoffice.org/, http://it.wikipedia.org/wiki/OpenOffice.org

OpenOffice.org Spreadsheet, per la realizzazione di fogli di calcolo e grafici: http://www.openoffice.org/, http://it.wikipedia.org/wiki/OpenOffice.org

OpenOffice.org Word Processor, per la scrittura ed elaborazione dei testi: http://www.openoffice.org/, http://it.wikipedia.org/wiki/OpenOffice.org

Semantik, per le mappe mentali: http://freehackers.org/~tnagy/semantik.html, http://it.wikipedia.org/wiki/Mappa_mentale

Thunderbird, per la gestione della posta elettronica: http://www.mozilla.org/, http://it.wikipedia.org/wiki/Mozilla

Tipo di carattere o *font*

Nimbus Roman No9 L, è il *font* utilizzato per questo testo, in quanto quelli tradizionali sono proprietari di Microsoft. Questo font open source è infatti uno di quelli che più si avvicina ai font Microsoft consigliati (Arial, Tahoma e Verdana). Si veda un articolo specifico su questo tema in http://mondaybynoon.com/2007/04/02/linux-font-equivalents-to-popular-web-typefaces/

Summary

Breastfeeding culture in English society during the last three centuries

Breastfeeding is the most natural way for the human species to feed and nurture its babies. Throughout history, the majority of women of many societies have breastfed their children for the first two or more years of life. However, there have always been methods of feeding other than exclusive breastfeeding by the child's own mother, and there have also been many factors influencing the practice.

This thesis focuses on baby feeding practices in England throughout the last three centuries, describing major trends and relating them also to the rest of the Anglo-Saxon world. The various factors which influence breastfeeding practice in general and its current low rate of adoption in England are described and taken into account. We then conclude making a comparison of mothering models used by different societies around the world.

Wet-nursing in the XVIIIth century

In England, wet-nursing was common during the sixteenth and seventeenth centuries and increased in the late seventeenth and early eighteenth centuries. Wet-nursing was very popular especially among wealthy women while working-class mothers usually breastfed their own babies. In the eighteenth century, upper-class women did not breastfeed their own infants

because it was seen as unfashionable and degrading, because they feared it might injure their health and ruin their figures, and above all because it would interfere with their social life. Fathers encouraged wet-nursing because they thought that breastfeeding interfered with their sex life, there being a taboo against sexual intercourse with nursing mothers.

There were two different types of wet nurses: the parish nurse who took in parish infants and was usually receiving poor relief herself and the privately employed nurse, for whom wet-nursing was a significant and continuing occupation for which she received a good wage. Upper-class demand for wet nurses was great enough for wet-nursing to constitute the major industry in some rural counties. Some wet nurses were well known to the well-to-do families who hired them, as they were often former servants who had left the household to marry. In these cases wet nurses were trusted, reliable, well-paid and infants were properly cared for. Most wet-nursed infants, however, were raised far from their families for up to three years. In these cases there is evidence that as many as 80 per cent of them died during infancy, because they were reared by parish wet nurses who were often poorly paid and therefore were not in a position to do their best for their charges.

One of the main consequences of wet-nursing was the stark difference in birth rates between English upper- and working-class women. Breastfeeding, specifically exclusive, prolonged breastfeeding, suppresses ovulation and thus is a relatively reliable contraceptive. Being unwilling to suckle their infants and lacking reliable artificial contraceptives, wealthy women customarily gave birth annually. The near-constant pregnancy experienced by these women was quite debilitating, certainly more incapacitating than breastfeeding would have been. Poor women, on the contrary, gave birth at considerably longer intervals, about every three years. Moreover, research shows that, aside from famines and epidemics, rural mothers and infants were physically and psychologically healthier than upper-class mothers and infants.

Though wet-nursing was very popular in England, many moralists warned against it believing that a wet nurse might transmit her character, her temperament and her vicious inclinations through her milk. Most physicians, too, were against wet-nursing and exhorted women to nurse their own children themselves for the mutual benefit of mother and child. However, breastfeeding became popular among wealthy women only towards the end of the eighteenth century.

Breast milk substitutes in the XIXth century

During the nineteenth century, there was a decline in breastfeeding among both wealthy and working-class women. During the Industrial Revolution, in order to work in mine, mill or sweat shop, poor women had to abandon both suckling their own infants at an early age and the wet-nursing customs that had combined to keep their fertility down in the past. As a result there were high increases in birth rates among poor working-class women which contributed to great population growth, and there was a rise in infant death rates due to the widespread use of breast milk substitutes for babies.

Before the nineteenth century the only alternatives to breast milk were either animal milk used with or without modifications or else some form of concoction made with bread or flour. Through the ages, finding a substitute for breast milk had always posed a problem, because without pasteurization, animal milk goes sour within hours. Goat milk or donkey milk were thought to resemble human milk more closely than cow's milk but they were more expensive. By the nineteenth century, the variety of infant feeding devices in use was great. Feeders were made from wood, glass, silver and ceramics. They all, however, were a problem to clean, and the innermost areas must have teemed with bacteria. Therefore, sometimes the babies' mouth was applied directly to the teats of the animals. When the India rubber nipple was invented in 1845, the situation slightly improved.

Baby milk in the XXth century

The baby milk market developed in the late nineteenth century, mainly in response to a surplus of cow's milk. Nestlé produced the first condensed cow's milk in tin boxes in 1866, and later several more companies manufactured similar products. Artificial milk didn't play a major role in baby feeding in England until the Second World War. The increased percentage of women working outside the home as part of the war effort was partly responsible for this, but the introduction of the National Dried Milk in 1940 seems to have played a more important role. After then, there was a steady and rapid fall in the proportion of mothers who breastfed. National Dried Milk was subsidised or free and its use for babies became widespread. Unfortunately, it was an unsuitable food for babies, and nearly all the infant formulas which were commercially available at this time had similar defects, leading to brain damage or death for a number of babies. The decline in breastfeeding among English women continued and reached its peak in the sixties and seventies. By 1961 only 12 per cent of mothers in Britain still breastfed at six months, and 40 per cent of all babies had been weaned by the age of two weeks.

After the Second World War many doctors in England started doubting the superiority of breastfeeding over scientifically formulated milk products and began promoting formula milk. Recent formula milk available in England has improved greatly compared with decades earlier but research confirms there is always something to improve and that prolonged breastfeeding is best for both baby and mother.

Medical factors influencing breastfeeding choices

The decline in breastfeeding during the twentieth century was partially due to the medicalization[196] of childbirth which occurred in the post-war years. After the Second World

196 Medicalization is a term used by Bryder (2005), intending in this context the spread of the medical

War, the process of childbirth increasingly came under the jurisdiction of doctors. The increase in induction of labour, anaesthesia in labour, breech delivery, forceps and ventouse-assisted deliveries during the sixties and the seventies contributed to inhibit breastfeeding and made women prefer bottle-feeding. Moreover, as birth moved from homes to hospitals, most babies no longer stayed with their mothers following birth. The mother was sent to a hospital room, while her baby was cared for in a nursery. Mothers waited long hours to see their babies, and their newborns' visits often occurred only during scheduled feeding times. The medical community believed that babies were safer in the nursery because there was less chance that they would be exposed to germs. We now know that skin-to-skin contact provides an opportunity for a baby to be exposed to the normal bacteria on his mother's skin, and decreases the risk of the baby becoming sick due to harmful germs. Moreover, interrupting, delaying or limiting the time that a mother and her baby spend together after birth may have a harmful effect on their relationship and on breastfeeding success.

Other medical factors influencing breastfeeding rates are quantitative prescriptions given by paediatricians, like routine feeding[197], which could be regarded as the single most deleterious one. Nowadays, although breastfeeding is enjoying renewed popularity, many mothers switch to bottle-feeding within the first six months and England has one of the lowest rates of breastfeeding worldwide, especially among families from disadvantaged groups. A marked feature is the rapid decline over the first few weeks.

Sociocultural factors influencing breastfeeding choices

Research has shown that there are several factors that influence women's choice of feeding methods for infants and the duration of breastfeeding. Social factors such as age, length of education, social class and the woman's own mother feeding behaviour have an influence on

profession's activities, increasing involvement in the processes of birth and breastfeeding.

197 Term used by various authors, like Bryder (2005), which means feeding a baby according to a set schedule.

baby feeding decisions. In general, women who nurse successfully for a long time are usually well motivated, well educated, and are of a high economic status.

However, successful breastfeeding depends not only on education and motivation of the mother but also on the support received from her family, especially the husband, and from health care professionals. Research shows that the partner's attitude has a strong influence on a decision about baby feeding. Many men have problems with their partners' breastfeeding for a variety of reasons, including jealousy of the baby's use of "his" breasts, a feeling of being excluded from an intimate relationship and reduced opportunities for intercourse. Some fathers prefer bottle-feeding because it allows them to have a closer bond with the baby. Low-income women are more likely to breastfeed if they have heard positive things about breastfeeding from family members and friends. Moreover, a high degree of support from health professionals appears to play a key role in the success of breastfeeding, while its lack creates conditions for early weaning. Unfortunately, most physicians and nurses provide inconsistent and inaccurate advice about breastfeeding, because information on the involved physiology received in nursing and medical schools is usually scant and often comes from companies that produce baby formula. Therefore, such information is frequently biased, full of outdated myths, and prone to undermine mothers' confidence. Most women who manage to breastfeed their children often get proper support from specific peer support groups, such as La Leche League.

Cultural factors also have a large influence on the incidence of breastfeeding. The offering of the breast can be seen as the woman giving the whole of herself to the baby, her time and her attention. When independence from the baby is considered desirable in the dominant culture, such offerings can be perceived as threatening. In the UK, parents seem to experience a sense of urgency to reach milestones such as sleeping through the night, starting on solids and putting the children in their own room, all of which can interfere with breastfeeding. In

cultures where interdependence between mother and baby is expected, by contrast, parents' feeding and intimacy styles are less restrictive. In parts of sub-Saharan Africa for instance, where women work long hours without their babies, co-sleeping and frequent breastfeeding at night is seen as the norm.

In many countries, no one is concerned when women use their breasts in public for the primary biological function: to feed babies. In England, by contrast, breastfeeding in public is not generally accepted. Even if determined to breastfeed, women are often uncomfortable exposing their breasts in public because they are culturally associated with sex. This hesitation is a fundamental problem because human milk is low in fat and especially low in protein, much lower, for example, than cow's milk, and it is therefore quickly and fully digested. This means that human babies are almost constant feeders by design, which is why women in so many cultures literally wear their babies on the bodies, that is to say, for easy access so they can feed often. Therefore, if women are reluctant to breastfeed anywhere and anytime, they are going to end up housebound in order to continue successful breastfeeding. It is unusual for women in England and in other European countries to be willing to be housebound for months on end. This is why so many women just give up breastfeeding early on and opt for bottle feeding.

The mass media, too, rarely promote a positive image of breastfeeding, even though it is the method of feeding associated with the most health benefits. Media coverage usually shows bottle feeding more often than breastfeeding and bottle feeding is presented as less problematic. Moreover, bottle feeding is often associated with ordinary families whereas breastfeeding is associated with celebrity women, which makes breastfeeding seem as a difficult activity.

Since 1989, in order to increase breastfeeding rates in the world, the World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) have made several

recommendations to promote breastfeeding in hospitals. These recommendations include rooming-in throughout the hospital stay, breastfeeding on demand, early initiation of breastfeeding, breastfeeding guidance by health personnel and avoidance of supplementary fluids in addition to breast milk. There is strong evidence that these specific infant feeding policies can have a positive impact on lactation success. Yet, we are still far from achieving the WHO's recommendations, which suggest women breastfeed their children up to two years or beyond.

Comparison with other mothering models around the world

In many traditional societies around the world, breastfeeding is the norm. Babies are usually breastfed on demand and for two years or even more, for instance in Bangladesh, where the duration of breastfeeding remains stable at a mean of nearly 30 months. Moreover, infants are soothed and comforted and crying is understood as expressing a need which is quickly met. In the western part of the world, on the contrary, many parents leave their child crying for fear of spoiling him.

The practice of babywearing has been common for centuries in traditional societies. Carrying babies with different types of baby slings has undoubtedly many benefits for both mothers and babies since it allows mothers to accomplish different tasks while caring for the baby's needs at the same time. It also allows children to be involved in social interactions and to see their surroundings as an adult would.

Breastfeeding is not only a biological process but also a culturally determined behaviour and this explains the fact that every culture has its beliefs, myths, rituals, and practices related to breastfeeding. In many cultures throughout the world, for instance, colostrum[198] is

198 Colostrum is a form of milk produced by the mammary glands in late pregnancy and the few days after giving birth: it differs from typical milk in its higher content of protein, antibodies, vitamins and minerals, and its lower content of sugars and fats; it supplies essential immune bodies and aids in the establishment of the intestinal function.

encouraged as the first food for infants. Others, believing that colostrum is unfit for the newborn, express it and dispose of it until the "true" milk appears on the 2nd or 3rd day after delivery. This practice exists among people in countries thousands of miles apart, including the native peoples of Guatemala, Saudi Arabia, Korea, Sierra Leone, and Lesotho. In Arab Muslim countries, breastfeeding is so important that if the mother has died or is unable to breastfeed the child is breastfed by another woman, usually a relative. In religious law, children who receive breast milk from the same person are classed as *blood brothers and sisters*[199] and, therefore, can not marry each other.

Conclusions

This thesis has discussed different attitudes to breastfeeding among women both in England and in developing countries, and changing attitudes over time. It has found that breastfeeding in England was more common during the past, while after Second World War bottle-feeding became the cultural norm. In many traditional societies, by contrast, breastfeeding is still widely practised. However, we can not say that mothering models in traditional societies are better only because of higher breastfeeding rates and without taking all the influencing factors into account. The main reason for a different choice of mothering model is the fact that breastfeeding is culturally determined behaviour and women all over the world tend to adapt their feeding practices to their own circumstances and the environment they live in. Therefore, if a wider diffusion of successful breastfeeding is to be pursued in England, mothers should be provided with the right information and the proper support.

199 This term, usually intended for someone who has made a very serious promise to be loyal to someone else, is used in this context by Gatrad, A.R. (1994).

Ringrazio mio marito Fabio per avermi sostenuta durante il percorso di studi,
per aver creduto in me fino alla fine e per esserci stato sempre e comunque.
Ringrazio mia madre, per il suo amore incondizionato e per la cura e la dedizione
con cui mi ha cresciuta e mi aiuta ogni giorno a crescere i figli.
Ringrazio mio padre per il suo attaccamento alla famiglia
e per i suoi costanti sforzi e sacrifici per renderla felice.
Ringrazio mia sorella perché, nonostante qualche incomprensione,
resta un punto di riferimento importante nella mia vita.
Ringrazio la Prof.ssa Salvioni per avermi
dato l'opportunità di sviluppare una tematica a me così cara.
Ringrazio la Leche League Italia e tutte le associazioni che si occupano di sostegno all'allattamento al seno per avermi aiutata a liberarmi dai condizionamenti esterni, a ritrovare l'istinto materno e soprattutto per avermi permesso di godere appieno di una delle gioie più grandi della maternità: allattare i miei figli, a richiesta e a lungo nel tempo.