

### Conflitto di interesse

La Risoluzione 49.15 del 25 maggio 1996 dell'Assemblea Mondiale della Salute sollecita gli stati membri "ad assicurare che il sostegno finanziario ai professionisti che operano nel campo della salute materno-infantile non crei conflitti di interesse". Ma che cos'è un conflitto di interesse?

Questa è una delle definizioni accettate: " Un insieme di condizioni in cui il giudizio professionale che riguarda un interesse principale tende a essere indebitamente influenzato da un interesse secondario" (1). Non ci sono dubbi sull'interesse principale di un operatore sanitario: agire per il massimo vantaggio e arrecare il minimo danno all'individuo e alla comunità che serve. Ma che cos'è l'interesse secondario e da dove origina? Un operatore sanitario può avere un conflitto di interesse politico, accademico, religioso o personale.

Ma molto spesso la natura dell'interesse secondario è di natura economica. Sono state descritte sedici diverse forme di coinvolgimento finanziario fra operatori sanitari e ditte: dall'accettazione diretta o indiretta di regali alla frequentazione di cene ed eventi sociali o ricreativi sponsorizzati, dal possesso di azioni alla conduzione di ricerca sponsorizzata, dalla fondazione di posizioni accademiche o associazioni mediche al pagamento di consulenze e produzione in incognito di articoli "scientifici". Da questa breve lista è chiaro che un conflitto di interesse economico può essere individuale e/o collettivo; cioè un operatore sanitario può non avere coinvolgimento individuale con una ditta, ma può appartenere ad una associazione o partecipare ad un evento che lo ha. I conflitti d'interesse collettivi possono implicare enormi quantità di danaro. Nel 2001-03 per esempio, l'Associazione Americana di Pediatria (AAP) ha venduto un totale di 600.000 copie de "La guida all'Allattamento al Seno per la Neo-mamma" alla Abbott Ross, per una somma di danaro non nota. La Abbott Ross ha distribuito il libro alle madri dei neonati, col proprio nome e logo, tramite dottori e infermiere. Più recentemente, la Nestlé ha pagato perché ciascun membro della AAP (più di 60.000 in totale), ricevesse una copia del "Manuale di Nutrizione Pediatrica". Entrambi i casi sono buoni esempi di "trasferimento di immagine", una strategia che rinforza l'immagine per associazione con rispettabili corpi professionali. Agganci similari tra operatori sanitari e loro associazioni e industria sono comuni ovunque. La dimensione dei conflitti d'interesse è ancora più vasta quando sono coinvolte le ditte farmaceutiche. Un'analisi recente di 37 lavori di ricerca delle principali riviste mediche ha scoperto che un terzo degli autori principali aveva un conflitto d'interesse economico : per esempio, brevetti, azioni o compensi per partecipare a comitati consultivi (3). L'industria degli alimenti per l'infanzia e quella del farmaco non rivelano quanto spendono per gli operatori sanitari, come individui o associazioni. Ma spendono il 10-15% del loro bilancio nel marketing e una grossa fetta di questo è probabilmente usata per finanziare gli operatori sanitari in molti modi diversi. Si dice spesso che il conflitto d'interesse è una "condizione", non un "comportamento". Di conseguenza la soluzione suggerita è la trasparenza: gli operatori sanitari e le loro associazioni dovrebbero svelare e dichiarare la competizione con interessi finanziari. Sfortunatamente questo non accade. Molti operatori sanitari non dichiarano il loro conflitto d'interesse perché pensano di essere onesti e non influenzati (4). E' vero che la maggior parte degli operatori sanitari sono onesti, ma allo stesso tempo è molto probabile che siano influenzati, per es. inconsciamente a causa dei loro conflitti d'interesse. Sia le scienze sociali che la ricerca medica mostrano questo. Per esempio, quando i risultati di studi sponsorizzati dall'industria venivano paragonati a quelli non sponsorizzati, risultati più favorevoli all'industria venivano ritrovati quattro volte più facilmente negli studi sponsorizzati (3). La ragione è che "anche quando gli individui cercano di essere oggettivi, il loro giudizio è soggetto a inclinazioni automatiche inconsce e involontarie" (5). La divulgazione dei propri attaccamenti finanziari non solo è difficile da far rispettare, ma più seriamente, non elimina l'influenza dell'industria sui finanziamenti alla ricerca o sul comportamento dei dottori. Porre dei limiti ai volumi di danaro da dare a individui o associazioni, come recentemente ha fatto l'Associazione Medica Americana, non risolve il problema: anche piccoli doni alimentano un'automatica inclinazione inconsua e non intenzionale.

Non c'è una soluzione semplice. La prima cosa da fare è riconoscere che il problema esiste, che è enorme, e che è complesso. Tutti gli operatori professionali e le loro associazioni dovrebbero porsi le seguenti domande: cosa penserebbero i nostri pazienti, la gente che noi serviamo, se sapessero che una parte del nostro reddito deriva dalla fabbricazione dei prodotti che prescriviamo, e che il costo è recuperato nel prezzo degli stessi prodotti? Cosa penserebbero se sapessero che il nostro consiglio non è basato su un giudizio indipendente, ma che invece è influenzato? Ci sono alternative alle sontuose conferenze sponsorizzate dall'industria che assicurino un più efficace aggiornamento medico? L'incapacità a dare un'adeguata risposta agli individui e alla collettività a queste domande minerà progressivamente l'immagine degli operatori sanitari e la fiducia degli utenti. Come indicato dal professore di legge Mark A. Rodwin, la rivelazione dei conflitti d'interesse è solo un primo passo: "La rivelazione può aiutare a identificare il conflitto d'interesse, ma solo se è parte di una politica che definisce elevati standard di condotta, che definisce chiaramente il lecito dall'inaccettabile, che sviluppi istituti che controllino i comportamenti e impongano sanzioni significative per assicurarne l'osservanza."(6). E come annotato da Dana e Lowenstein, "Poiché i *bias* (influenze n.d.t.) sono inconsci e involontari, c'è poca speranza di poterli controllare quando esiste un interesse economico. Le implicazioni per i doni da parte dell'industria sono chiare: dovrebbero essere proibiti" (5)

1. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. N Engl J Med 1993
2. Moynihan R. Who pays for pizza?
3. Redefining the relationships between doctors and drug companies. BMJ 2003; 326:1189-96
4. Bekelman JE et al. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research. A systematic review. JAMA 2003;289:454-65
5. Hussain A et al, Declaring financial competing interests: survey of five general medical journals. BMJ 2001; 323:263-4
6. Dana J et al. A social science perspective on gifts to physicians from industry. JAMA 2003; 290:252-5
7. Rodwin MA. Medicine, money and morals: physicians' conflicts of interest. New York and Oxford, Oxford University Press, 1993

## **Punti salienti**

Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scopo e impatto dei conflitti d'interesse nella ricerca biomedica. Revisione sistematica. JAMA 2003; 289:454-65

Questa è la revisione di 37 studi contenenti dati quantitativi e originali sulle relazioni finanziarie fra industria, ricercatori scientifici e istituzioni accademiche. L'obiettivo di questa revisione era di stimare entità, impatto e gestione di conflitti d'interesse economici. Gli studi sono stati identificati con una ricerca MEDLINE (gen 1980- ott 2002) e altri database e contattando esperti. Circa un quarto degli investigatori ha affiliazioni con l'industria, e più o meno due terzi delle istituzioni accademiche ... ..che sponsorizza la ricerca nelle stesse istituzioni. Otto articoli, che insieme valutavano 1140 studi originali, esaminavano la relazione fra sponsorizzazione dall'industria e esiti. L'aggregazione dei risultati di questi articoli mostrava un'associazione statisticamente significativa fra sponsorizzazione dell'industria e conclusioni pro-industria. La sponsorizzazione dall'industria era inoltre associata con restrizioni sulla pubblicazione e condivisione dei dati. Gli autori concludono che le relazioni finanziarie fra industria, ricercatori scientifici e istituzioni accademiche sono diffuse e che i conflitti d'interesse che originano da questi legami può influenzare la ricerca biomedica in modo importante.

## **Perché allattare al seno**

**L'ospedalizzazione per malattie respiratorie**

Galton Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR. L'allattamento al seno e il rischio di ospedalizzazione per malattie respiratorie nell'infanzia: una metanalisi. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157:237-43

Il rischio di ospedalizzazione per malattie delle basse vie respiratorie in bambini sani e a termine allattati al seno con accesso a cure mediche avanzate è molto basso in paesi ad alto reddito. Sono stati analizzati i dati di 33 studi. I lattanti che non erano allattati al seno presentavano un rischio di tre volte più alto di ospedalizzazione per grave malattia respiratoria a paragone di quelli che erano allattati esclusivamente per 4 mesi. Questo effetto rimaneva stabile e statisticamente significativo dopo aggiustamento per gli effetti di fumo e condizione socio-economica.

### **Asma e allergia**

Kull I, Wickman M, Lilja G, Nordvall SL, Pershagen G. Allattamento al seno e malattie allergiche nei lattanti- studio prospettico di coorte. Arch Dis Child 2002; 87:478-81

L'allergia è stata regolarmente collegata all'alimentazione artificiale dei bambini. Per investigare l'effetto dell'allattamento al seno sulle malattie allergiche fino a 2 anni d'età, 4.089 bambini sono stati seguiti prospettivamente dalla nascita in uno studio di coorte a Stoccolma. I bambini allattati esclusivamente per 4 mesi o più avevano avuto il 30% in meno di asma, il 20% in meno di dermatite atopica e il 30% in meno sospetto di rinite allergica. C'era anche una riduzione significativa del 30% di asma associata con allattamento parziale per 6 mesi o più.

da Costa Lima RC, Victora CG, Menzes AMB, Banos FC. I fattori di rischio per l'e infezioni e la malnutrizione infantile proteggono contro l'asma? Uno studio di adolescenti brasiliani maschi . Am J Public Health 2003;93:1858-64

Quest'articolo contraddice il precedente, ma era condotto in un ambiente diverso , con metodi diversi e in un diverso gruppo d'età. Circa il 18% di una coorte di 2.250 maschi di 18 anni aveva asma. Parecchi fattori nell'età giovanile erano associati significativamente all'aumentato rischio di asma : essere di elevato livello socio-economico, vivere in ambienti non affollati, ed essere allattati per 9 mesi o più. Questi risultati sono coerenti con l' "ipotesi dell'igiene", secondo la quale la precoce esposizione a infezioni fornisce protezione contro l'asma. Se allattare al seno più di 9 mesi dovesse essere confermato come fattore di rischio per l'asma, l'indirizzo di una politica sanitaria sarebbe difficile da definire, dato il suo effetto protettivo nei confronti di gravi malattie dei bambini.

### **Sviluppo cerebrale**

Wang B, Mc Veagh P, Petocz P, Brand-Miller. Confronto fra gangliosidi e glicoproteine dell'acido sialico nel cervello di bambini allattati al seno e di bambini alimentati artificialmente. Am J Clin Nutr 2003; 78:1024-9

La concentrazione di acido sialico del cervello è stata collegata alle capacità d'apprendimento negli studi su animali. In questo studio la concentrazione di acido sialico nel cervello di bambini allattati al seno e alimentati con biberon è stato confrontato su 25 campioni di corteccia frontale che proveniva da bambini deceduti per sindrome da morte improvvisa. Le concentrazioni più alte di acido sialico nei bambini alimentati con latte umano suggerisce un potenziale maggiore per lo sviluppo cerebrale.

Bouwstra H, Boersma ER, Bohem G, Dijk-Brouwer DA, Muskiet FA, Hadders-Algra M.L' allattamento al seno esclusivo di bambini a termine per almeno 6 settimane migliora le condizioni neurologiche. J nutr 2003; 133:4243-5

Ci potrebbe essere una durata minima dell'allattamento al seno esclusivo che porta a uno sviluppo neurologico ottimale? La qualità dei movimenti generali (MG), un marker sensibile delle condizioni neurologiche, era valutata a 3 mesi in 147 bambini a termine allattati al seno seguiti dalla nascita. I MG erano classificati come normali-ottimali, normali sub-ottimali, lievemente anormali, e decisamente anormali. Le informazioni sulle condizioni sociali e pre-e perinatali e la durata

dell'allattamento al seno erano raccolte prospettivamente. Dopo aggiustamento per questi fattori, c'era un'associazione positiva fra durata dell'allattamento al seno e la qualità dei MG fino a circa 6 settimane d'età. In bambini allattati esclusivamente per 6 settimane o meno (n. 55), il 18% mostrava MG normali-ottimali, il 47% normali sub-ottimali, e il 47% lievemente anormali. Al contrario nei bambini allattati esclusivamente al seno per più di 6 settimane (n. 92), il 43% mostrava MG normali-ottimali, il 45% normali-sub-ottimali, e il 12% lievemente anormali.

### **Buona notte!** Arch Dis Child 2004;89:22-5

Home RS, Parslow PM, Ferens D, Watts AM, Adamson TM. Paragone fra risvegli evocati in bambini allattati al seno e bambini alimentati artificialmente.

Si ritiene che il risveglio dal sonno sia un importante meccanismo di sopravvivenza che può essere alterato nelle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS). In questo studio di 43 lattanti nati a termine, la soglia di risveglio era misurata a 2-4 settimane, 2-3 mesi, e 5-6 mesi. La soglia di risveglio non era differente fra bambini allattati al seno e quelli non, nello stadio di sonno tranquillo. Tuttavia nel sonno attivo, i bambini allattati al seno erano più facilmente risvegliabili dei bambini alimentati con formula a 2-3 mesi, età che corrisponde al picco d'incidenza di SIDS. Non c'era differenza fra i lattanti quando veniva paragonata la lunghezza del periodo di sonno.

### **Come allattare al seno**

#### **Lattanti pretermine**

Espy KA, Senn TE. Incidenza e correlati delle poppate di latte materno nei bambini pretermine ospedalizzati. Soc Sci Med 2003;57:1421-8

In questo studio, sono state esaminate le cartelle cliniche di 151 lattanti pretermine (età gestazionale 34 settimane o meno), ricoverati in terapia intensiva neonatale in un ospedale regionale degli USA. Circa il 51% dei lattanti ricevevano solo latte artificiale. In media, i bambini restanti ricevevano almeno un pasto di latte materno al giorno per il 44% della degenza in ospedale. L'età materna più avanzata e un punteggio Apgar superiore a 6 a 5 minuti erano i due fattori associati con una probabilità maggiore di ricevere pasti di latte materno.

#### **Banche del latte umano**

Azema E, Callahan S. Donatrici di latte materno in Francia: ritratto della donatrice tipica e dell'utilità delle banche di latte umano nel contesto dell'allattamento al seno in Francia. J Hum Lact 2003; 19: 199-202

Un ostacolo importante alla costituzione di banche di latte umano è la disponibilità delle donatrici. Mentre le caratteristiche dei donatori di sangue sono ben note, quelle delle donne che allattano e decidono di donare il proprio latte sono largamente sconosciute. Sono state contattate diciassette banche di latte in Francia e otto hanno accettato di partecipare a uno studio che esaminava le caratteristiche delle donatrici. I risultati mostravano che fra 103 donatrici, la maggior parte erano donne con un forte sostegno a casa; più della metà lavoravano fuori casa e in particolare nei servizi sanitari e sociali. Solo l'11.7% riportava problemi pratici nel donare il latte. Le ragioni principali per donare il latte erano l'altruismo e un atteggiamento ottimistico; quasi il 60% indicavano di avere "troppo latte". Questo studio può dare indizi per il reclutamento di potenziali donatrici.

#### **Promozione a livello territoriale**

Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martinez J, Black RE, Bhan MK. Gruppo di studio sull'alimentazione infantile. Effetti della promozione a livello territoriale dell'allattamento al seno esclusivo su diarrea e crescita: studio di raggruppamento randomizzato controllato. Lancet 2003; 361: 1418-23

Questo studio ha valutato la fattibilità, l'efficacia e la sicurezza di un intervento educativo per promuovere l'allattamento al seno esclusivo per 6 mesi in India. Sono stati randomizzati in paia otto territori; uno di ogni paio ha ricevuto l'intervento e l'altro no. Nei territori in cui si è intervenuti, operatori di salute e di nutrizione sono stati formati a fare counseling in molteplici occasioni perché le madri allattassero al seno in modo esclusivo. Dopo la formazione sono stati arruolati 1.115 lattanti, 552 nei territori d'intervento e 473 nei territori di controllo. A 3 mesi l'allattamento al seno esclusivo raggiungeva il 79% nel territorio d'intervento e il 48% nel territorio di controllo. La prevalenza di diarrea per 7 giorni era più bassa a 3 mesi nei territori d'intervento (circa il 30% in meno) e a 6 mesi (circa il 15% in meno). Peso e lunghezza medi e la proporzione di malnutrizione non differiva fra i gruppi. La promozione di allattamento al seno esclusivo per 6 mesi tramite preesistenti servizi sanitari primari è fattibile, riduce il rischio di diarrea, e non porta a ritardo di crescita.

Graffy J, Taylor J, Eldridge S. Studio randomizzato controllato su madri che considerano di allattare al seno sostenute da consulenti volontari. *BMJ* 2004; 328: 26-31

E' sufficiente fornire sostegno all'allattamento al seno per far allattare le madri? Questo studio randomizzato controllato è stato condotto in 32 studi generici a Londra e nell'Essex meridionale per indagare se offrire sostegno volontario tramite consulenti potesse risultare in un maggior numero di donne che allattano al seno. L'intervento non aumentava significativamente la prevalenza di qualsiasi allattamento a sei settimane: il 65% (218/336) nel gruppo d'intervento e il 63% (213/336) nel gruppo di controllo. Né la durata dell'allattamento al seno né l'epoca d'introduzione di latte artificiale variava significativamente. Tuttavia solo il 20% delle donne nel gruppo d'intervento riceveva almeno una visita post-natale, il 43% aveva contatti telefonici dopo la nascita, e il 38% non aveva alcun contatto. Circa il 73% delle donne che contattavano i consulenti dopo la nascita li giudicavano molto validi e riferivano che i consigli più utili venivano dai consulenti piuttosto che da altre fonti. Il contatto persona-a-persona è il modo migliore per massimizzare il sostegno all'allattamento al seno.

### **Educazione alla madri in ospedale**

Labarere J, Bellin V, Foumy M, Gagnaire JC, Francois P, Pons JC. Valutazione di un intervento educativo strutturato mirato all'allattamento al seno : studio aperto randomizzato prospettivo. *BJOG* 2003;110:847-52

E' sufficiente una singola seduta educativa sull'allattamento al seno? Per determinare se una singola seduta educativa ospedaliera con modalità uno-a-uno potesse aumentare la frequenza d'allattamento al seno a 17 settimane, in Francia veniva condotto in un ospedale materno uno studio randomizzato. 106 coppie madri-bambini venivano collocate nel gruppo d'intervento (seduta educativa strutturata uno-a-uno in ospedale) e 104 nel gruppo di controllo (solito incoraggiamento verbale). La prevalenza di ogni allattamento (34.4% contro 40.2% nel gruppo di controllo) e di allattamento esclusivo (10.4% contro 14.4%) non era statisticamente significativa a 17 settimane. La guida fornita dal personale di maternità dovrebbe essere rinforzata da un sostegno multi articolato a lungo termine nei paesi con bassa o intermedia prevalenza d'allattamento al seno.

### **Teenagers**

Quinlivan JA, Box H, Evans SF. Visite a domicilio postnatali per madri teenagers: studio randomizzato controllato. *Lancet* 2003; 361:893-900

A differenza del precedente, questo studio offriva cinque sedute di educazione sanitaria, compreso l'allattamento al seno, alle teenagers. Per verificare se un servizio di visite domiciliari post-natali destinato a madri con meno di 18 anni potesse ridurre la frequenza e gli esiti sfavorevoli neonatali, e migliorare la conoscenza di contraccezione, allattamento al seno, calendario vaccinale, questo

studio randomizzato controllato arruolava 139 adolescenti che frequentavano un ambulatorio ostetrico. Esse venivano assegnate a ricevere (n. 65) o non (n. 71) cinque visite strutturate postatali effettuate a domicilio da infermiere/ostetriche. Le visite domiciliari postatali erano associate con una riduzione di eventi neonatali sfavorevoli e un aumento significativo sulle conoscenze di contraccezione. Tuttavia non c'era un aumento significativo sulle conoscenze in allattamento o sui calendari vaccinali.

### **Madri lavoratrici**

Galtry J. L'impatto sull'allattamento al seno delle politiche e pratiche di mercato del lavoro in Irlanda, Svezia e USA. Soc. Sci Med 2003; 57:167-77

Le raccomandazioni internazionali consigliano di allattare al seno in modo esclusivo per 6 mesi. Ci sarebbe un potenziale considerevole per le politiche e le pratiche di lavoro, particolarmente per le condizioni di congedo materno/genitoriale ad influenzare la pratica dell'allattamento al seno. Prendendo i casi studio di Irlanda, Svezia e USA, questo studio conclude che sia il sostegno socio-culturale che le politiche di mercati/salute/infanzia sono importanti se nei paesi industrializzati si vogliono ottenere alte prevalenze di allattamento al seno insieme a impiego femminile.

### **Meno dolore**

Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Effetto analgesico dell'allattamento al seno sui nati a termine: studio randomizzato controllato. BMJ 2003; 326:13

L'allattamento al seno è efficace per alleviare il dolore dei prelievi venosi nel neonato? E' stato condotto uno studio per confrontare qualunque effetto dell'allattamento al seno con quello del glucosio per os insieme a succhiotto, in 180 neonati a termine randomizzati, 45 in ciascun gruppo. Durante il prelievo venoso i lattanti erano o allattati al seno (gruppo 1), o tenuti in braccio dalle madri (gruppo 2), o ricevevano placebo (gruppo 3), o ricevevano glucosio e succhiotto (gruppo 5). Due osservatori ciechi ai fini dello studio valutavano le registrazioni video della procedura. Il punteggio mediano del dolore per il gruppo allattato, tenuto in braccio alle madri, con placebo, e con glucosio al 30% più succhiotto era 1, 10, 10, e 3 in una scala del dolore, e 4.5, 13,12, e 4 con un'altra scala, con una differenza significativa fra i gruppi. L'allattamento al seno riduceva significativamente la risposta al dolore durante le procedure a minore invasività sui neonati a termine.

### **Trasmissione madre-bambino dell'HIV**

Jackson JB, Musone P, Fleming T, Guay LA, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C, Sherman J, Bakaki P, Owor M, Ducar C, Deseyve M, Mwatha A, Emel L, Duefield C, Mirochnik M, Fowler MG, Mofenson L, Miotti P, Gigliotti M, Bray D, Mmiro F. Mevirapina momino-dose intra parto e neonatale paragonata alla zidovudina nella prevenzione della trasmissione materno-infantile dell'HIV in Kampala, Uganda: follow-up a 18 mesi dello studio randomizzato HIVNET 012. Lancet 2003;362:859-68

Da nov 1997 ad apr 1999, 313 donne sieropositive erano assegnate a random a ricevere nevirapina(200 mg a inizio travaglio e 2 mg/kg per i bambini entro le 72 ore di vita) e altre 313 a ricevere zidovudina (600mg per os a inizio travaglio e 300 mg ogni 3 ore fino al parto, e 4 mg/kg al giorno per i bambini fino a 7 giorni); il 99% dei bambini erano allattati al seno (durata mediana di 9 mesi). Il rischio stimato di trasmissione HIV-1 nei gruppi zidovudina e nevirapina erano 10.3 e 8.1 alla nascita; 20.0 e 11.8 fra 6-8 settimane; 22.1% e 13.5 % fra 14-16 settimane; e 25.8% e 15.7% a 18 mesi. La nevirapina era associata col 41% di riduzione nel rischio relativo di trasmissione ai 18 mesi. Il regime di nevirapina è semplice, economico, ben tollerato e ha il potenziale di ridurre significativamente la trasmissione perinatale di HIV-1 nei paesi meno sviluppati.

Leroy V, Karon JM, Alioum A, Ekpini ER, van de Pena P, Greenberg AE, Msellati P, Hudgens M, Dabis F, Wiktor SZ; Gruppo di Studio PMTCT dell'Africa Occidentale. Trasmissione post-natale di HIV-1 dopo un breve ciclo materno di zidovudina nel peri-parto in Africa Occidentale. *AIDS* 2003; 17:1493-501

Per valutare il rischio di trasmissione post-natale di HIV-1 dopo un breve ciclo materno di un regime di zidovudina in una popolazione che allatta al seno, sono stati messi insieme i dati di due studi condotti in Burkina-Faso e Costa d'Avorio. Madri sieropositive consenzienti erano randomizzate a 36-38 settimane di gestazione a ricevere zidovudina per os o placebo. All'età di 24 mesi il rischio di trasmissione post-natale era simile nel gruppo zidovudina (9.8%, n=254) e in quello placebo (9.1%, n=225). La trasmissione post-natale si verificava con frequenze simili tra i bracci e perciò riduceva l'efficace globale a lungo termine di questo regime di zidovudina a 24 mesi.

## **Revisioni Cochrane**

### **Contatto precoce pelle-a-pelle**

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. contatto pelle-a-pelle precoce per madri di bambini sani e a termine. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD003519

Per valutare gli effetti del contatto precoce pelle-a-pelle su allattamento al seno, su comportamento, e fisiologia delle madri e dei rispettivi neonati, sono stati inclusi in questa revisione sistematica 17 studi che comprendevano 806 partecipanti. E' stato trovato che il contatto precoce pelle-a-pelle ha effetti positivi statisticamente significativi: più del doppio dei bambini erano ancora allattati a uno fino a tre mesi, la durata dell'allattamento al seno aumentava di 42 giorni in media, temperatura e glicemia erano tenute meglio nella norma, il pianto era grandemente ridotto, e i punteggi di comportamento materno affettuoso miglioravano. Non si rilevava nessun beneficio statisticamente significativo per le altre variabili cliniche maggiori: maturazione del latte materno, circonferenza del torace materno, frequenza cardiaca del neonato. Il contatto precoce pelle-a-pelle sembra fornire alcuni vantaggi clinici che riguardano specialmente gli esiti dell'allattamento al seno e il pianto dei lattanti e non ha apparentemente effetti negativi a breve o lungo termine.

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