

ALLATTAMENTO AL SENO

Una scelta consapevole



A Giulia e Daniele

*Nutrire il bambino?
Sì. Ma non solo con il latte.
Bisogna accarezzarlo, cullarlo
e massaggiarlo questo piccino:
bisogna parlare alla sua pelle
bisogna parlare al suo dorso
che ha sete e fame
come il suo ventre*

F. Leboyer



U.O. Pediatria di Comunità ASLNuoro



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLATTAMENTO AL SENO

Una scelta consapevole

U.O. Pediatria di Comunità ASLNuoro

© 2011 U.O. Pediatria di Comunità - ASL Nuoro

Stampa: Studiostampa Nuoro

In copertina "Louise che allatta il suo bambino" dipinto di Mary Stevenson Cassatt
(Pittsburgh, 22 maggio 1844 - Château de Beaufresne, 14 giugno 1926)

Presentazione

La ASL Nuoro, attraverso la presente pubblicazione diretta alla Famiglia, ha l'obiettivo di diffondere, attraverso una facile lettura, le indicazioni pratiche sull'allattamento al seno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità.

La guida, curata dalla U.O. Pediatria di Comunità, non vuole essere un manuale tecnico, quanto un mezzo divulgativo volto alla maggior informazione verso l'argomento.

Il coinvolgimento responsabile verso la salute dei propri figli comincia già alla nascita: una corretta informazione eviterà comuni ed errate credenze, sull'allattamento e sull'alimentazione del neonato.

Con questo auspicio, la ASL Nuoro, da sempre impegnata verso la diffusione di argomenti di Salute Pubblica, dedica al neonato e alla sua Famiglia il presente dono.

A chent'annos

Nuoro, 26 Settembre

*Antonio Maria Soru
Direttore Generale*

6

Prefazione

Sembra una "frase fatta": l'allattamento al seno è una priorità fondamentale per la salute pubblica. OMS e UNICEF raccomandano l'allattamento esclusivo sino al 6° mese e, come alimento principale, sino all'anno. L'allattamento è, inoltre, suggerito sino ai 2 anni se il bambino mostra di volerlo ed è desiderio della madre (1). Il "latte di mamma" non è solo cibo ma soprattutto relazione; la prima relazione del bambino è quella con la propria madre.

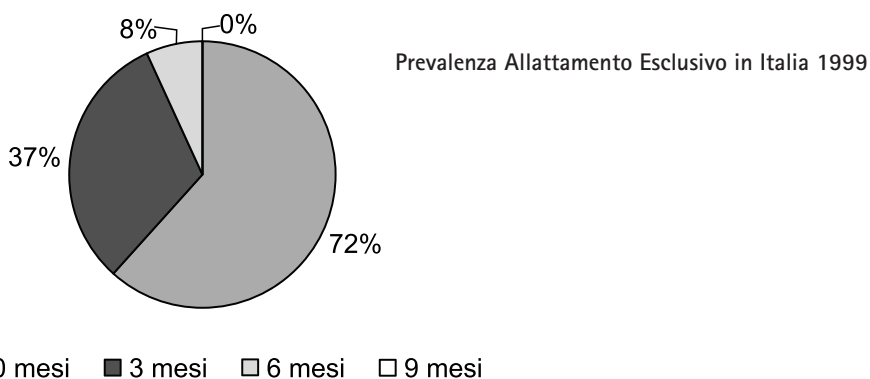
La vicinanza con la madre è importante soprattutto di notte, questo facilita sia la relazione che l'allattamento (2).

Negli ultimi anni sono molti i Movimenti, ormai non solo strettamente sanitari, che suggeriscono l'importanza dell'allattare ovunque ci si trovi, riportando la madre verso quella condizione naturale che le è propria (3).

Fin qua tutto bene. Ma quanto di questo che ci diciamo esce all'esterno? Quanto dei contenuti delle relazioni scientifiche, dei testi, dei movimenti vari, passa tra le strade, i supermercati, le scuole, le fermate della metropolitana o le campagne dove la gente vive?

Se dovessimo chiederci quanti sono attualmente i bambini allattati al seno, purtroppo dovremo dire che non lo sappiamo (4). Possiamo riferirci ad uno studio che ha interessato tutto il territorio nazionale e considerare quello di Riva e coll. (5) che indica come la prevalenza dell'allattamento esclusivo in Italia sia del 72%, del 37%, e dell'8% rispettivamente all'avvio, a 3 e 6 mesi.

Realmente sono molti i documenti degli ultimi anni che danno percentuali diversissime e molto lontane dal poter essere soddisfacenti; non sempre è ben dichiarato il tipo di allattamento (esclusivo o meno) e non sempre si fa riferimento alle 24 ore precedenti come l'Oms raccomanda.



Un'analisi locale

La U.O. Pediatria di Comunità, che organizza, all'interno della nostra Azienda, i Corsi per Operatori e collabora con Unità Operative e Servizi differenti, ha voluto analizzare la prevalenza dell'allattamento al seno, con l'obiettivo di individuare le criticità presenti.

Descrizione

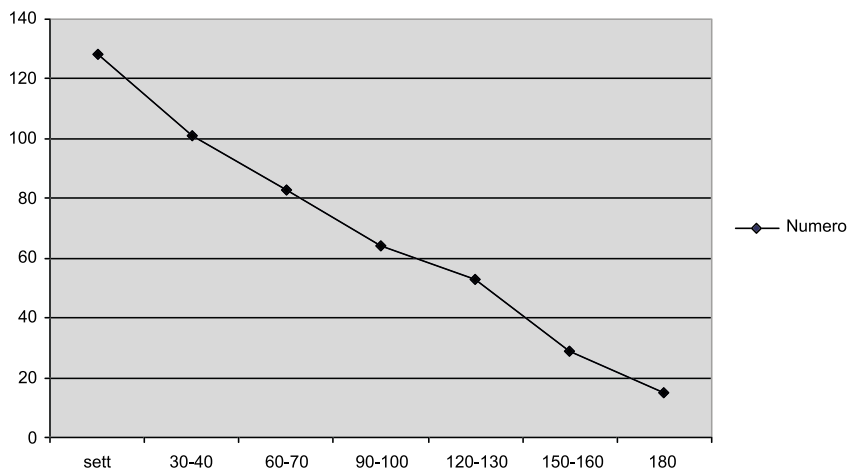
Il campione ha interessato 152 mamme che hanno partorito all'Ospedale san Francesco nel periodo Settembre-Dicembre 2008.

Si scelse di escludere i bambini che avessero un peso inferiore a gr. 2500, nati prima del termine o che avessero malformazioni o patologie importanti alla nascita.

Delle 152 mamme intervistate, 128 (84%) alla 1° chiamata a casa, alla fine della prima settimana di vita del bambino, riferirono di non aver usato altri liquidi se non il latte materno.

Nel campione considerato al momento della dimissione venne consigliato l'allattamento a richiesta; a cinque bimbi venne proposto qualche giorno di supplementazione.

Dai risultati emersi si notò (seguì grafico nella pagina seguente) come l'andamento dell'allattamento al seno scendesse progressivamente nei mesi successivi. Nella maggior parte dei casi è stato impossibile etichettare l'allattamento al 6° mese come esclusivo, per eventuali periodi di allattamento predominante (aggiunta di bevande non nutritive) o per il precoce inserimento di cibi solidi, generalmente frutta, anche prima del 6° mese.



Andamento dell'allattamento esclusivo dalla Prima settimana al 6° mese compiuto

Nel 12% dei casi è stato prescritto il divezzamento tra il 4° e il 5° mese di vita. Pertanto dall'analisi dei risultati si desume che:

L'allattamento esclusivo è stato del 84% all'avvio, del 42% al 3 mese, del 9% al sesto compiuto.

Il nostro dato del 6° mese, è sovrapponibile alla media italiana del 2000 (Riva e coll.).

Al 6° mese il 36% delle donne continuò ad allattare, a prescindere dall'introduzione di pappe (allattamento complementare) e talvolta con l'aggiunta di latte artificiale. L'analisi condotta ha permesso di individuare le maggiori criticità da ricercarsi soprattutto nella **manca di una rete tra il Centro Nascita e il territorio**.

È emerso anche uno **scarso interesse al problema** nella sua complessità da parte degli addetti ai lavori, dovuta ad una visione dell'allattamento strettamente legata all'alimentazione e relativa crescita ponderale (doppia pesata!!!).

Da qui la riflessione di come sia evidente che la promozione dell'allattamento al seno, sulla madre che ha da poco partorito, insieme al sostegno peraltro necessario, non sia sempre sufficiente per la riuscita dell'obiettivo.

I nostri dati, assolutamente sovrapponibili a quelli di alcuni tra i maggiori centri di riferimento nazionali, ci portano a considerare che tutte le energie (energie e sinergie!) spese per il sostegno all'allattamento siano state incomplete.

Questo non ci lascia in uno stato di negativo abbandono verso l'argomento: tut-

t'altro, siamo convinti che l'allattamento vada promosso ancor prima che la gravidanza abbia inizio.

Allattamento come alimentazione certo, ma anche come relazione affettiva, come buona base psicologica e infine come futura **Salute**, "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità" (OMS 1948), che non si ferma solo alle discussioni e alle relazioni, tanto amate, riservate ai pochi Operatori.

Auspicabile, e nostro obiettivo, è la facilitazione di scambi e informazioni, a questo riguardo, con interazioni non solo tra donne, attraverso gruppi di sostegno qualificati, ma anche a livello sociale usando più mezzi comunicativi possibili.

Riteniamo che le cause di una bassa prevalenza dell'allattamento al seno in generale, a prescindere dalla ASL o Regione, sia fundamentalmente riconducibile alla perdita della consapevolezza di se stessi come individui facenti parte di un sistema naturale. Possiamo chiamare pertanto "norma biologica" l'allattamento e tutto ciò che è diverso diventa di conseguenza deficitario e a volte dannoso.

Causa di questa perdita, nel tempo, la spinta delle industrie sugli Operatori (prima) e mediatica (ora sempre di più) in modo spesso subdolo:

"Il latte materno è l'optimum, la scelta ideale", ma le mamme normali, quelle stanche, quelle di tutti i giorni, possono anche scegliere l'uso del biberon e lasciare che le "estremiste fissate" continuino ad insistere con questa mania di dare a qualsiasi prezzo il latte del loro seno.

È proprio questo, in sintesi, il messaggio desunto dalle pubblicità dei vari latti artificiali, di qualsiasi tipo e "qualità" in commercio che in ogni caso mettono sempre in bella mostra (anche perché obbligati dalla Legge) l'immancabile scritta "il latte materno è considerato l'alimento ideale del neonato nei primissimi mesi di vita." Latti ormai reperibili anche nei negozi di abbigliamento infantile e nei più sperduti supermercati.

Il concetto di "migliore, ottimale" presuppone che esista qualcos'altro ad un livello inferiore che sia ugualmente accettabile, (A. Cattaneo, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste; D. Spanu, U.O. Pediatria di Comunità ASLNuoro, Convegno "Le pratiche amiche dei bambini" – Nuoro, 15 novembre 2010).

Allattare al seno deve invece essere considerata la normalità, l'unica possibile, e solo in casi estremi si deve ricorrere al latte artificiale.

Sappiamo quanto, proprio in casi patologici e nelle patologie neonatali, il latte di mamma (quello della propria possibilmente, se prematuri) sia letteralmente di "vitale" importanza.

Subdolo il nuovo modo di chiamare i lattici ARTIFICIALI "lattici di formula" (6), presentati come "formulati sulle specifiche esigenze del bambino". Abominevole. Ricordo "artificiale": da artificio: espediente, accorgimento per conseguire un determinato effetto.

Altra possibile causa di rinuncia dell'allattamento al seno come prassi normale è il cattivo esempio, come conseguenza di questi ultimi decenni, fenomeno lento e inesorabile quasi una deriva dei continenti ormai, davvero difficile da arrestare. Le nuove generazioni ancora, come la nostra ahimè, dei Paesi più sviluppati economicamente, continuano a crescere con bambole che prevedono un ciuccio e un biberon, per il loro benessere (!), all'interno della confezione, così come guardano e leggono media dove l'oggetto biberon è usato in ogni argomento sia inerente al neonato o alla nascita, di per se stessa.

A queste considerazioni si ispirano ancor di più le nostre azioni per iniziare ad operare, seppur piccoli, dei cambiamenti: il trovarsi in una posizione privilegiata come Operatori di Pediatria di Comunità, ci spinge verso la Scuola in primis, per la possibilità di incidere su un'età come quella della Scuola Primaria sino all'adolescenza (Scuole Superiori di secondo grado), con progetti di diffusione e sensibilizzazione verso l'allattamento al seno.

La nostra presenza all'interno delle comunità infantili dai primissimi mesi di vita (asilo nido), ci permette anche di proporre o consolidare attività, rivolte alle giovani mamme, per il sostegno all'allattamento.

La presente pubblicazione, diretta alla Famiglia, nasce dall'esperienza pratica di anni e sul riferimento delle pubblicazioni dell'OMS (7).

L'intento è quello di rendere le persone più sensibili verso un tema talvolta poco divulgato correttamente, con mezzi più semplici, di facile reperibilità, che possano contrastare l'azione di "controemata" da parte dei Media.

Le informazioni che seguono potranno essere condivise dal padre che può così sostenere la compagna nei momenti più critici anche nella fase dell'allattamento. La figura paterna, non sempre coinvolta, assume un ruolo fondamentale nel primo tipo di aiuto che deve avere una madre, in gravidanza e una volta a casa; il compagno può e deve partecipare con la protezione, il conforto e il sostegno emotivo che le è proprio.

In anni in cui si cerca di coinvolgere il Territorio e tutta la comunità, per una facilitazione della pratica dell'allattamento al seno (nascono in Italia le prime Comunità amiche del bambino), crediamo che il modo più incisivo per iniziare un cambiamento culturale anche sull'allattamento, sia il coinvolgimento di ciascun individuo, maschile o femminile, Operatore o meno.

Tutto ciò è ancora più importante in questo momento storico, dove si inizia a parlare dell'uomo come **responsabile** della propria salute, con i propri stili di vita, e della sua **partecipazione consapevole** anche alla cura; Uomo che accetta che gran parte delle malattie non vengono "dall'esterno" ma dalla nostra condotta e dai nostri atteggiamenti; Uomo che vive il Progresso ma con un occhio alla naturalità delle cose.

È necessario spostare, forse, la propria attenzione al mondo della Natura per vedere come ci siano leggi insite in ogni essere vivente, già perfette, che hanno preventivamente definito i **modi** e i **tempi** di ogni nostra necessità.

Damiana Spanu
U.O. Pediatria di Comunità

Introduzione

“La mortalità dei bambini è massima nel primo anno di vita. I pregiudizi e la trascuratezza dei genitori sono la causa principale di tale mortalità. Si ricordi sempre che regola principale è l'allattamento materno, mentre quello "mercenario" ed ancor più quello "artificiale" costituisce l'eccezione. Possibilmente l'allattamento duri un anno; l'alimentazione del bambino prima del settimo mese, con pappe di qualsiasi qualità, può recare gravi disturbi digestivi e predisporre alla rachitide. Soltanto il medico può decidere se il frenulo della lingua impedisca al neonato di poppare, essendovi altre cause capaci di determinare tale impedimento (...). L'allattamento misto, al seno ed al poppatoio, è meno buono di quello naturale, ma preferibile a quello esclusivamente artificiale”.

Igiene della donna e del bambino, 1912

Niente da aggiungere...

Francesco Fadda
U.O. Pediatria di Comunità
21 Ottobre 2011



Una scelta consapevole

Pensare e iniziare ad allattare al seno deve essere possibile in ogni contesto. La donna che allatterà deve sentirsi sicura di se e poter accedere a tutte le informazioni necessarie.

Ascoltare i messaggi che invia il proprio corpo è spesso garanzia di successo nell'allattamento; poterli agire è un diritto.

Allattare il proprio piccolo è un investimento sulla sua futura salute, fisica ed emotiva, un percorso di consapevolezza che permette alla madre di sentirsi vicina a lui, ancora per un po' prima di considerarlo, inevitabilmente, un individuo disgiunto (ma parte di noi!!!) che diventa indipendente e si allontana.

Affinché una donna possa compiere una scelta consapevole è necessario che conosca gli ostacoli culturali e sociali che incontra, si da poter aumentare la propria capacità di giudizio verso il suo ambiente immediatamente circostante; è altresì fondamentale la conoscenza delle capacità intrinseche al proprio corpo; è ancora per esempio diffusa l'idea errata che non tutte le donne abbiano il latte.

Una scelta adeguata può essere fatta solo quando vi è consapevolezza delle differenze fra i due tipi di alimentazione.

I vantaggi per il bambino

È ormai condiviso a livello internazionale che l'allattamento al seno:

- riduce l'incidenza e la durata delle gastroenteriti
- protegge dalle infezioni respiratorie
- riduce il rischio di sviluppare allergie
- migliora la vista e lo sviluppo psicomotorio
- migliora lo sviluppo intestinale e riduce il rischio di occlusioni

Alcuni studi, inoltre, hanno evidenziato come il latte materno possa contribuire a ridurre il rischio di numerose patologie

- numerose infezioni (enterocolite necrotizzante, meningite, botulismo e infezioni del tratto urinario)
- malattie autoimmunitarie, come per esempio il diabete di tipo 1 e di tipo 2
- sindrome da morte improvvisa del lattante (Sids)
- obesità nella vita adulta.

I vantaggi per la madre

Anche per la madre l'allattamento al seno ha delle ricadute positive:

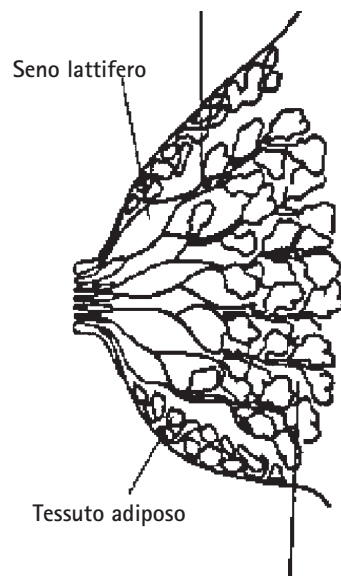
- quanto più comincia precocemente, accelera la ripresa dal parto e l'involutione dell'utero e riduce il rischio di emorragia e di mortalità
- riduce la perdita di sangue, contribuendo così a mantenere il bilancio del ferro
- prolunga il periodo di infertilità post parto
- favorisce la perdita di peso e il recupero del peso forma
- riduce il rischio di cancro della mammella prima della menopausa.

Alcuni studi, inoltre, hanno ipotizzato che il latte materno possa contribuire anche a ridurre il rischio di cancro dell'ovaio e di osteoporosi (s1).

Precedenti esperienze di allattamento, non proprio positive, devono poter essere analizzate e talvolta "metabolizzate", per poter aumentare la propria conoscenza di fronte a problematiche oggettive.

1) Note di fisiologia dell'allattamento

Durante la gravidanza il seno si prepara per l'allattamento. La produzione di latte materno inizia al momento del parto e prosegue fin tanto che il bambino viene attaccato al seno. Il latte prodotto durante la poppata negli acini circondati dal tessuto adiposo viene convogliato, attraverso i dotti, verso i seni galattofori o lattiferi sotto l'areola, da cui verrà drenato durante la poppata. I seni galattofori terminano infatti con piccoli canali, all'interno del capezzolo, che convogliano nella bocca del bambino il latte drenato grazie ai movimenti ritmici che la lingua opera premendo contro il palato duro.



La produzione del latte materno

La produzione del latte materno è regolata dall'ormone prolattina il cui rilascio, a sua volta, è causato dalla suzione del bambino. **Più poppa e più latte è prodotto.** Non si arriva mai a svuotare del tutto la mammella dato che la produzione di latte è un processo continuo che raggiunge il culmine appena terminata la poppata. In assoluto la prolattina viene secreta maggiormente durante la notte. Se il latte non viene drenato via dalla mammella, una proteina presente nel latte inibisce la produzione di Prolattina e la successiva formazione di latte.

L'emissione del latte materno

È l'ormone Ossitocina che determina l'efflusso del latte facendo contrarre le cellule mioepiteliali intorno agli alveoli, con un'azione che spinge il latte fuori dal lume alveolare.

Il rilascio dell'ossitocina avviene, per via riflessa, a causa della suzione del bambino oppure della semplice vista o al pensiero del bambino da parte della madre ("riflesso di emissione o eiezione"). L'ossitocina fa scorrere il latte verso l'areola, dove si raccoglie nei seni lattiferi.

L'estrazione del latte materno

A differenza della tettarella del biberon, il capezzolo non contiene del latte. Per estrarre il latte dalla mammella, la bocca del bambino deve premere sui seni lattiferi posti a monte del capezzolo: tale pressione può essere esercitata soltanto se il bambino è attaccato al seno in modo corretto con la bocca completamente spalancata e gran parte dell'areola in bocca.

Una corretta suzione è uno dei fattori cruciali per la prevenzione e la soluzione dei problemi dell'allattamento.

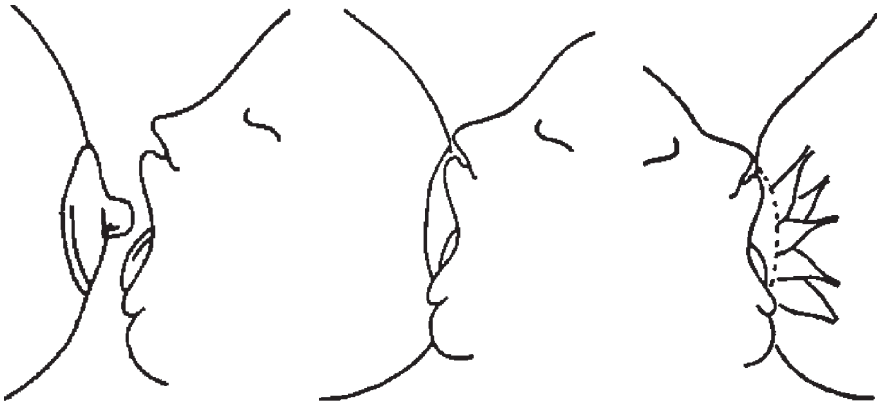
Il bambino che succhia come se fosse attaccato a un biberon, infatti, non prende molto latte e diventa presto irrequieto, affamato ed arrabbiato (al punto che potrebbe anche rifiutare il seno). La situazione può portare a ingorgo mammario, dotti ostruiti e una diminuita produzione di latte materno.

Il modo corretto di poppare

- 1) La bocca del bambino è ben aperta, spalancata, e il labbro inferiore è estroflesso (girato in fuori). Il capezzolo arriva in profondità nella bocca del bambino.
- 2) Le labbra e le gengive del bambino premono contro l'areola, la zona scura at-

torno al capezzolo. Il labbro inferiore si trova un po' più lontano dalla base del capezzolo rispetto al labbro superiore.

- 3) La lingua è posta sotto l'areola, a coprire la gengiva e il labbro inferiore, ed estrae il latte, comprimendo l'areola e il capezzolo contro il palato duro, con un'onda peristaltica. La perfetta giustapposizione della bocca del bambino, intorno a capezzolo e areola, creano una pressione negativa, che facilita il trasferimento del latte.



Modi sbagliati di poppare

- 1) Il bambino succhia o "mastica" il capezzolo.
- 2) La lingua agisce sulla punta del capezzolo.
- 3) Labbra e gengive premono sul capezzolo e non sull'areola.
- 4) Il labbro inferiore è verticale o introflesso.

(Dopo la poppata il capezzolo appare biancastro e deformato, è facile che si formino ragadi)

La cura del seno

Durante la gravidanza le mammelle e i capezzoli si preparano naturalmente per l'allattamento: nella maggioranza dei casi **non occorre** una particolare attenzione o preparazione.

Quindi

- 1) Non lavate troppo il seno e non usate mai sapone sui capezzoli per non privarli delle loro sostanze emollienti prodotte dall'areola.
- 2) Evitate sui capezzoli l'uso di creme, pomate e spray, i cui campioncini sono "regalati" alla nascita.
- 3) Contrariamente a quanto si legge in molte delle riviste che parlano di mamme

e bambini (!) le mammelle e i capezzoli NON vanno lavate prima di ogni poppata: potrebbe essere dannoso e rendere l'allattamento complicato. Se possibile lavarsi le mani prima di allattare quando si è fuori casa (e nel caso si abbia bisogno di toccare i capezzoli).

- 4) Lasciate asciugare all'aria i capezzoli, quando possibile dopo l'allattamento.
- 5) Evitate di indossare un reggiseno troppo stretto.
- 6) Non adoperate le coppette assorbi-latte foderate di plastica perché possono rendere la cute dei capezzoli più sensibile.

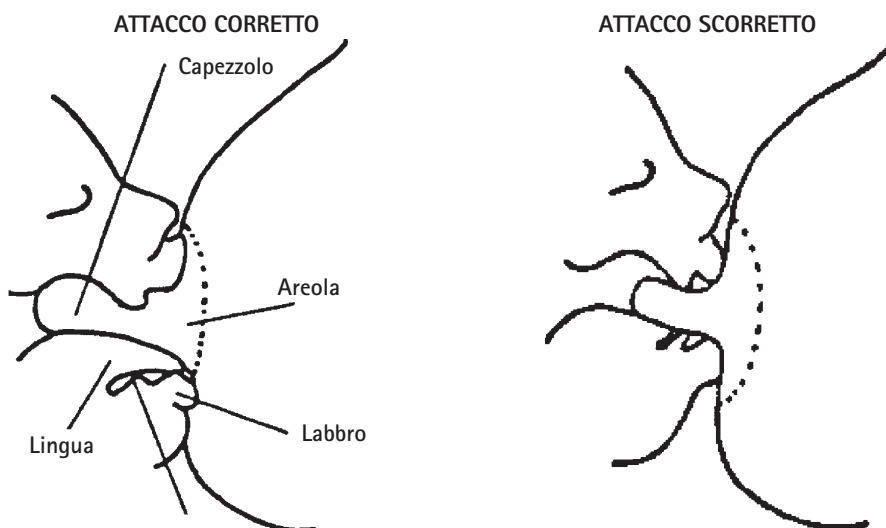
Allattamento "comodo"

L'importante è che la madre scelga una posizione comoda che le permetta di rilassarsi; dev'essere in grado di tenere il bambino accostato al seno per parecchio tempo e senza sforzo.

Il bambino va rivolto verso il proprio corpo, così che lui possa soltanto inclinare la testa un po' indietro senza doverla girare, per arrivare al capezzolo; è il modo corretto di contenerlo perché inizi a poppare. La testa del bambino dovrebbe poggiare sull'avambraccio e non nella piega del gomito; il nasino del piccolo, non la bocca, sta all'altezza del capezzolo così che lui debba compiere una leggera estensione del capo.

La mammella va portata di modo che il bambino prenda in bocca non solo il capezzolo, ma anche buona parte dell'areola, più di sotto che di sopra.

questo è quello che accade all'interno:



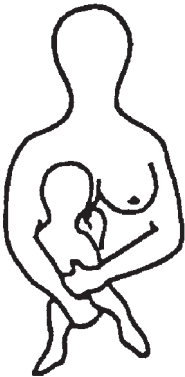
In breve, soprattutto all'inizio dell'allattamento, quando le poppate sono molto frequenti e un cattivo attacco potrebbe danneggiare il capezzolo, è bene che la madre allatti rilassata, con le spalle non contratte e la schiena possibilmente appoggiata.

Tutto il corpo del bambino sta vicino a quello della madre, rivolto petto contro petto; (orecchio, spalla, anca lungo una linea retta); quando è ben attaccato, il mento del bambino tocca il seno (e forse il nasino); la bocca del bambino è spalancata (forse si può vedere la lingua fra il labbro inferiore e la mammella); il labbro inferiore è estroflesso, non girato in dentro o diritto (come se succhiasse da una cannuccia).

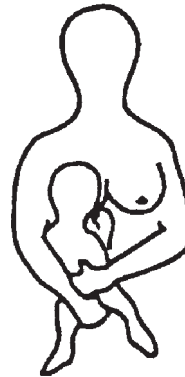
Avviato il riflesso di emissione, il bambino succhia a lungo e profondamente, utilizzando la mascella inferiore (forse si noterà il movimento dei muscoli vicino all'orecchio);

le guance NON si incavano; non si sentono schiocchi.

Il bambino è calmo e rilassato, almeno una volta che la poppata è ben avviata; alla madre il capezzolo non fa male.



Posizione verticale



Posizione sottobraccio
("presa da giocatore di rugby")



Posizioni orizzontali



La madre può assumere varie posizioni

È bene sostenere la schiena del bambino, NON la testa. Toccarli la testina potrebbe far sì che si giri verso la direzione sbagliata. NON tentate di far entrare nella bocca del bambino tutta l'areola!

La lingua e il labbro inferiore dovrebbero essere a contatto con la parte dell'areola sotto stante il capezzolo.

Avvicinate il bambino verso il seno e non viceversa. Se si muove la mammella è molto difficile che il bambino assuma una posizione giusta.

Si può sostenere la mammella soltanto da sotto, tenendo la mano con le quattro dita in posizione piatta contro le coste. Con il pollice si può "orientare" il capezzolo premendo leggermente sul seno.

Non cercate di allontanare la mammella dal nasino del bambino; se tenuto in posizione corretta riuscirà a respirare comunque.

Cambiando la posizione del bambino il mento può toccare punti diversi della mammella. Questo fa sì che vengano drenati quadranti differenti; questo sistema può essere usato efficacemente in caso di ingorgo/ostruzione di un dotto: il mento "massaggia" il quadrante interessato.

Infine sulla posizione del bambino "addosso" alla madre, si deve considerare che il piccolo si aggiusta istintivamente sul corpo e sul seno materno, se è ben sostenuto.

La madre ha per il piccolo e il suo corpo un'attenzione e una cura istintiva che si riflette anche nel modo in cui lo tocca. Le carezze sulla pelle del piccolo sono un modo perché avvenga la stimolazione appropriata del sistema nervoso.

A questo proposito è bene ricordare che attraverso il massaggio possiamo proteggere la salute e stimolare la crescita del bambino.

La madre attraverso i movimenti ripetuti, ristabilisce quei contatti che il bambino percepiva in utero. Attraverso la pelle, che è il primo organo di senso che si forma nell'embriogenesi, il bambino stabilisce un contatto che incrementerà quell'unione di fiducia parentale e di forza che sarà fondamentale per il suo futuro. Sin dall'inizio il bambino "conosce" attraverso la pelle, che ci separa ma ci unisce, anche, al resto del mondo; il modo in cui è toccato e abbracciato, diventa lo specchio del suo universo.

Un bambino che da piccolo sia stato massaggiato, toccato, abbracciato, da grande a sua volta avrà l'impulso, il desiderio, la naturalezza di abbracciare e toccare gli altri, in un contesto relazionale molto più ampio e armonioso.

Montague – Il Linguaggio della Pelle



2) L'alimentazione del neonato

Il bambino allattato al seno non ha bisogno di alimenti o liquidi diversi dal latte materno prima dei sei mesi d'età all'incirca. Il latte materno contiene tutto quello che serve, nelle proporzioni giuste: la sua composizione cambia in modo parallelo ai bisogni del bambino (tutta la bibliografia disponibile soddisfa questo enunciato!).

L'aggiunta di latte artificiale riduce la frequenza delle poppate del bambino e l'uso del biberon può portarlo a succhiare in modo scorretto.

Se la mammella non viene adeguatamente svuotata, nell'arco della giornata, non riceverà lo stimolo per una produzione di latte sufficiente.

Il colostro, la prima secrezione gialla che a volte è presente anche prima del parto, è proprio quello di cui ha bisogno il bambino appena nato e non deve essere privato.

Sebbene presente in scarsa quantità, il colostro rappresenta un alimento completo fino all'arrivo del latte maturo. Il colostro è ricco di anticorpi protettivi e il neonato ha riserve di acqua e calorie normalmente sufficienti, nei primi giorni di vita.

La Natura è più "organizzata" di quanto si creda, il latte umano è un alimento VIVO e personalizzato che si adatta alle necessità del neonato in ogni momento: è differente per un prematuro e per un bambino.

Il latte materno maturo rimpiazza gradualmente il colostro; esso viene già prodotto dal secondo o terzo giorno, se le mammelle sono sufficientemente stimolate con poppate frequenti, altrimenti si verifica la "montata latte", di solito nella prima settimana. Se adeguatamente svuotata la mammella potrebbe non dare il sintomo di "pesantezza" e tensione improvvisa.

Il latte materno rappresenta tutto ciò che necessita al bambino per almeno sei mesi: di norma il bambino allattato al seno non ha bisogno di acqua, in aggiunta a quella presente nel latte materno, neanche d'estate né in zone dal clima molto caldo.

Il latte materno da solo è sufficiente poco più di sei mesi, passati i quali continua a essere valido fino al secondo anno di vita (ed oltre), anche trattandosi di piccole quantità in virtù dell'importante contenuto, insieme all'alimentazione complementare.

Infatti le vitamine e i sali minerali contenuti nel latte materno, sono generalmente sufficienti a coprire il bisogno del bambino nei primi sei mesi e oltre. Sebbene la quantità di ferro in esso contenuto sia scarsa, questo è molto ben assorbito rispetto a quanto avvenga in caso di allattamento artificiale; difatti raramente si riscontra una carenza di ferro nel bambino allattato al seno.

Dopo i sei mesi però il ferro inizia a diminuire e, anche per un discorso rapporto volume/fabbisogno calorico, è necessario introdurre un'alimentazione complementare mentre si continua ad allattare al seno.

Durate delle poppate... ovvero quando "non si staccherebbe mai!!!"

I "sacri testi - OMS" citano «L'allattamento senza limiti di tempo, con poppate frequenti sia di giorno che di notte, favorisce una adeguata produzione di latte materno e previene l'insorgenza di molti problemi causanti l'insuccesso dell'allattamento».

Se il bambino è posizionato nel modo corretto al seno, va lasciato poppare finché vuole: ciò *non* comporterà danno ai capezzoli.

Dato che il latte materno è digerito più facilmente e rapidamente dei surrogati, il bambino allattato al seno ha, spesso, fame prima di quanto si aspetti la madre. I bambini allattati al seno variano molto fra loro: possono voler poppare 8 - 12 o più volte, oppure solamente 6 - 8 volte nelle ventiquattr'ore (dipende anche dall'età). Alcuni poppano velocemente, altri ci mettono di più. Alcuni poppano a scatti, riposandosi fra le suzioni ma tenendo sempre in bocca il capezzolo, altri in maniera costante, senza pause. Alcuni si accontentano di una sola mammella, altri le chiedono entrambe.

Se il parto è stato fisiologico e le condizioni lo hanno permesso, il bambino è stato attaccato al seno nelle prima ora di vita, al massimo entro la seconda, e durante la degenza madre e bambino hanno potuto proseguire con un allattamento a richiesta.

La madre dovrebbe offrire il seno al primo accenno di fame o irrequietezza, il bambino infatti quando sente la necessità di essere attaccato al seno, inizia a leccarsi le manine o semplicemente protrude la lingua, si gira intorno, "cercando" il capezzolo (non tutte sanno che i bambini "chiamano" la loro madre prima in silenzio, e poi urlano come aquile).

A casa sarebbe opportuno tenere la culla accanto al letto, in modo che sia facile portarlo a letto per farlo poppare. La madre non rischia di schiacciarlo (a meno che non abbia una patologia psichiatrica o sia sotto l'effetto di droghe), per questo il piccolo può dormire anche nel letto, fatto salvo che la madre o il padre non fumino: maggior rischio di SIDS - "morte in culla"; si ricorda a questo proposito, che la posizione di sicurezza, durante il sonno, nei primi mesi di vita è quella supina, non di fianco.

È più facile affrontare le poppate notturne utilizzando poca luce, facendo poco rumore e cambiando il pannolino solo se proprio necessario.

Far poppare il bambino senza badare a quanto tempo trascorre al seno. Il bambino che viene spostato diverse volte da una mammella all'altra, nel corso della poppata, potrebbe prendere principalmente il primo latte, quello a minore contenuto di grassi, da ciascuna mammella.

Dall'inizio della poppata il contenuto di nutrienti varia, all'inizio è più acquoso poi aumenta il contenuto di proteine e grassi.

Il latte drenato dopo la poppata appare infatti più bianco.

È buona regola lasciare che sia il bambino a decidere quando staccarsi dalla prima mammella.

È utile permettere al bambino di fare pausa con il capezzolo in bocca; prima o poi (!) - appena sazio - lo lascerà andare.

Dopo un'interruzione della poppata è bene offrire di nuovo la stessa mammella per assicurarsi che il bambino abbia preso il latte finale, a maggiore contenuto lipidico. Se il bambino preferisce una mammella ciò non costituisce un problema: è possibile nutrire un bambino con una sola mammella. È comunque buona norma cercare di farlo attaccare ad entrambe.

3) La produzione di latte materno

Talvolta le madri, e spesso questa è anche una delle preoccupazioni già alla fine della gravidanza, a seconda dell'esperienza avuta in precedenza, si sentono insicure riguardo alla propria capacità di produrre latte materno in quantità sufficiente, o addirittura riguardo al fatto che il proprio latte possa essere non sufficientemente nutriente per il loro piccolo.

Un pensiero che spesso affigge una donna che vuole allattare è la misura delle proprie mammelle!

Il volume del seno dipende dalla quantità di tessuto adiposo in esso presente e NON dalla quantità di tessuto ghiandolare e non è rilevante nella produzione di latte. Talvolta seni piccoli aumentano considerevolmente già in gravidanza per l'aumento e l'ipertrofia del tessuto ghiandolare mammario, che si prepara alla sua fisiologica funzione; più spesso il seno cambia di poco e semplicemente inizia a produrre latte in base a quanto viene drenato, senza grossi cambiamenti.

NON è scomparso il latte quando le mammelle diventano più morbide. Una volta avviato l'allattamento, si riduce l'eccesso di vascolarizzazione presente in principio nel tessuto mammario; le mammelle sembrano "vuote" rispetto al momento iniziale, ma continuano a produrre latte in abbondanza.

Il latte non si "perde improvvisamente". Se non affluisce nemmeno quando il

bambino poppa correttamente ciò significa che è inibito o ostacolato il riflesso d'emissione.

Difficoltà con il riflesso d'emissione

Sono molto comuni le difficoltà con l'emissione di latte. Mentre la produzione di latte avviene senza problemi sotto lo stimolo di suzioni efficaci, l'efflusso di latte può invece essere ritardato o inibito da stress, preoccupazione, paura, affaticamento, dolore, imbarazzo o qualsiasi altra **emozione negativa che inibiscono la produzione di ossitocina**.

Quando è ostacolato il riflesso d'emissione, il bambino non prende quasi latte, anche se succhia in maniera corretta: spesso si stacca dal seno piangendo. Può allora frustrarsi e rifiutarsi di poppare in altre occasioni. Se il bambino appare scontento, piange, vuole poppare più spesso o rifiuta il seno, la madre incomincia a preoccuparsi. Il primo pensiero sarà quello di non avere latte e si innescherà un circolo vizioso (può tranquillizzare la madre sapere invece che nel momento in cui, aumentando il peso del bambino, aumentano anche le sue necessità in termini quantitativi).

Ma come si fa a sapere che la quantità di latte è quella "giusta"?

Talvolta il bambino vuole essere attaccato più spesso e il latte può non bastargli, per questo necessita di qualche poppata in più. Mentre questa "calibrazione" più spesso avviene naturalmente, con poche richieste aggiuntive di attacco, talvolta si sente maggiormente e per qualche giorno il piccolo necessita di stare attaccato molte volte, soprattutto durante la notte.

Facendo riferimento al momento in cui si ha il picco della Prolattina, è facile pensare al perché il bimbo si voglia "naturalmente" attaccare più spesso di notte: sarà maggiore e più efficace l'effetto sul picco della prolattina!

Il principio è ancora quello di succhiare di più per far aumentare la quantità di latte prodotta attraverso il meccanismo brevemente citato in precedenza.

La conoscenza di se e il far proprio il concetto della possibilità di regolare la produzione di latte è fondamentale per aumentare la sicurezza di una madre che allatta, che si sente così attiva e padrona della fisiologia del proprio corpo.

Sono molte le madri che si chiedono se il loro latte sia sufficiente e che vivono il controllo del peso con ansia.

NON si deve fare la doppia pesata al bambino (cioè pesarlo prima e dopo la poppata).

NON è importante sapere il volume preciso di latte preso, per non parlare del fatto che questa pratica, a volte ambulatoriale (ahimè!), porta l'attenzione sul peso del bambino, non sulla madre e la salute del piccolo, creando una sorta di ansia da prestazione!

Il latte è sufficiente:

- se il bambino ha un aspetto sano (!);
- se è sveglio (attivo ed attento) per più di 4 ore nelle ventiquattro;
- se riceve soltanto latte materno. Infatti se il bambino assume solo latte materno stiamo soddisfacendo la legge per cui: una madre produrrà nelle pop-pate successive, la quantità di latte sufficiente se i seni sono stati svuotati nella misura necessaria al bambino secondo questo principio, quando arriva il momento dell'alimentazione complementare, il seno inizia a produrre meno latte autonomamente... perché non è più necessaria la quantità precedente e questa informazione "gli" viene passata perché non viene svuotato più come in precedenza, grazie a un Fattore Inibente la Prolattina, PIF, che è presente nel latte;
- se poppa senza limiti di tempo almeno 6 volte al giorno; nei primi due mesi anche 8;
- se poppa al seno in maniera corretta (l'attacco corretto è un'altra *condizione qua non* per un corretto allattamento);
- se il latte affluisce, cioè si verifica il riflesso d'emissione;
- se le feci del bambino sono morbide e gialle o color senape e ci sono scariche a intervalli non superiori a 7 giorni (alcuni bambini vanno di corpo più volte in un giorno specie nel periodo neonatale);
- se vi è un aumento ponderale di circa 115 gr. a settimana in media;
- **se ha almeno 6 minzioni di urina chiara e inodore/24 ore** (questo è il dato oggettivo che una madre può valutare, dato che indirettamente dà una buona misura dei liquidi introdotti, a patto che si tratti di allattamento esclusivo!).

N.B. L'aumento di peso è soltanto uno dei fattori nella valutazione della salute del bambino. I bambini crescono a ritmi diversi, alcuni in maniera costante, altri, altrettanto sani, aumentano di poco o per nulla, durante una certa settimana, poi poppano di più per "rifarsi" nel corso della settimana successiva (o due).

Sapere questo rassicura una madre, l'attenzione va spostata sul fatto che lei sta provvedendo all'alimentazione del piccolo, con l'unico alimento giusto per il neonato, la crescita è secondaria al benessere momentaneo del neonato. (Cresce-

rebbe molto e anche in fretta se "allevato" con un latte di ben più grossa mammifera!!!).

4) Non problemi ma difficoltà... da superare

La maggior parte delle madri, come è emerso dallo studio riportato in Prefazione (Nuoro 2008), inizia ad allattare e prosegue con successo almeno sino al primo mese in modo esclusivo.

Le normali difficoltà che sopraggiungono non riescono però a venir superate, più spesso, per scarsa informazione e scarsa fiducia nelle proprie capacità fisiologiche di provvedere al proprio piccolo anche con l'allattamento.

Di seguito alcuni esempi.

Capezzoli che sono corti, piatti o retrattili (rientranti, ombelicati)

I capezzoli delle donne hanno forme diverse, non tutti sporgono in stato di riposo. Alcuni sono molto corti o completamente piatti e altri sembrano retrattili o ombelicati.

La protrattilità o l'elasticità del capezzolo - cioè il poter essere facilmente tirato in fuori - è ad ogni modo più importante del semplice aspetto. Soltanto pochissimi capezzoli sono veramente poco elastici.

Tutte le madri possono allattare: molti capezzoli corti, piatti e persino retrattili cambiano spontaneamente durante la gravidanza; inoltre sarà il bambino a far protrudere il capezzolo.

Possiamo comunque fare qualcosa per migliorarne l'elasticità.

Si può spremere un po' di latte prima della poppata per ammorbidire la zona areolare, che può essere tesa, in modo che si possa posizionare il bambino in maniera corretta al seno (così il capezzolo sporgerà di più).

Capezzoli che fanno male o che presentano ragadi

Uno dei problemi più comuni della prima fase dell'allattamento sono i capezzoli irritati.

Una tecnica sbagliata di suzione, dovuta a attacco errato al seno, è la causa principale di dolore e ragadi. Anche i limiti posti alla durata della poppata o al numero delle poppate porta il bambino a succhiare in maniera scorretta perché la mammella è troppo tesa.

Accorgimenti utili

1. Variate la posizione d'allattamento per cambiare il punto del capezzolo dove il bambino esercita più pressione.
2. Permettete al bambino di poppare quanto vuole, non limitando la durata delle poppate.
3. Limitate le poppate per conforto, se fa troppo male, (offrendogli magari come sostituto il polpastrello del proprio dito ben pulito, con l'unghia tagliata e girato verso il palato).
4. Togliete il bambino dal seno con cautela e solo dopo aver interrotto la presa inserendo il dito fra le gengive.
5. Alla fine della poppata lasciate sul capezzolo qualche goccia di latte materno.
6. Evitate l'uso di sapone, creme varie e spray.
7. Tenete asciutti i capezzoli
8. Esponete all'aria il più possibile i capezzoli, almeno di notte.
9. Se Vi sembra indicato, applicate delicatamente sopra il capezzolo dell'olio vitaminico (La maggior parte delle pomate NON aiutano e possono anzi causare problemi).
10. Talvolta i primi gg, in caso di ragadi sulla punta del capezzolo, allattare al seno è doloroso, si può allattare il bambino usando un paracapezzolo per uno-due giorni al massimo, (Nota: l'uso del paracapezzolo non è scevro di rischi: cattivo attacco, errato sfregamento sulla cute areolare, perdita della fisiologica stimolazione per il riflesso dell'ossitocina).

Si può anche spremere il latte a mano, per evitare trauma ulteriore al capezzolo, dando al bambino il latte spremuto, meglio se con tazzina o cucchiaino, invece che col biberon.

In questo caso, almeno la prima volta è meglio rivolgersi ad un operatore specializzato o al Pediatra di fiducia.

Talvolta l'uso del ciuccio o della tettarella (biberon) può causare il consolidamento di un attacco errato da parte del bambino, (il modo di attaccarsi è completamente diverso infatti) pertanto si consiglia di non usarli almeno nei primi due mesi.

Se i capezzoli continuano a far male anche se il bambino è ben posizionato e poppa nella maniera giusta si devono ricercare altre spiegazioni:

Esempio: un'infezione orale da **Candida albicans** (il "mughetto") del bambino può propagarsi ai capezzoli della madre rendendoli dolenti. Si presenta come

delle piccole chiazze bianche, nella bocca del bambino, che non si tolgono facilmente. I capezzoli possono essere infetti anche se non si riscontrano sintomi visibili di candida. Bisogna curare sia i capezzoli della madre che la bocca del bambino pertanto rivolgersi al Pediatra (saranno necessarie almeno due settimane di terapia ininterrotta).

UNA CORRETTA TECNICA DI SUZIONE INSIEME A UN ALLATTAMENTO SENZA LIMITI DI TEMPO SERVE A PREVENIRE RAGADI E CAPEZZOLI DOLORANTI

Ingorgo mammario

Le mammelle spesso si ingorgano temporaneamente, in genere tra la seconda e la quarta giornata post-parto, e si fanno gonfie, dure, calde e doloranti. Qualche volta l'ingorgo è associato a lieve rialzo termico, che normalmente diminuisce senza farmaci.

L'ingorgo dei primi tempi dell'allattamento materno è causato dall'aumentato flusso del sangue nel tessuto mammario che si associa all'inizio della produzione del latte materno: è la prima "Montata Lattea".

Potrebbe anche verificarsi più tardi se per qualsiasi motivo il bambino poppa meno spesso del solito o succhia in maniera errata.

Un modo per prevenire l'ingorgo è quello di massaggiare le mammelle, accarezzandole profondamente ma con delicatezza in direzione del capezzolo mentre il bambino poppa.

Alla fine della poppata, spremere il latte manualmente fino a che le mammelle non siano abbastanza morbide e non dolgono più (SENZA cercare di "svuotarle" del tutto).

Cercate di riposare il più possibile (per non inibire la secrezione di ossitocina). Applicate sulle mammelle dell'acqua calda o degli impacchi caldi; meglio utilizzare un reggiseno che sostenga senza stringere.

Dotti galattofori ostruiti e mastite

Un dotto ostruito si presenta come un nodulo duro e dolente nella mammella e, via via che si accumula del latte dietro l'ostruzione, con un arrossamento della cute sovrastante.

La mastite è un'infezione della mammella che può svilupparsi in seguito a un ingorgo mammario o a un dotto galattoforo ostruito. La mammella infiammata diventa rossa, calda, dolente. La donna ha la febbre, fino a 40 gradi, e non si sente bene, ha una sintomatologia che ricorda l'influenza.

In questi casi è molto importante far poppare più spesso il bambino, specie dalla parte affetta e assicurarsi che poppi in modo corretto per drenare bene il latte. Pratiche utili sono le seguenti:

premere e massaggiare con molta delicatezza verso il capezzolo la parte percepita come più dura, dolente, mentre il bambino poppa.

Cambiate la posizione di allattamento più volte, durante la poppata, per svuotare le varie parti della mammella (vedi paragrafo sulle posizioni).

Dopo la poppata, si può spremere a mano più latte possibile dalla mammella affetta.

Cercate di liberare il dotto ostruito alternando la spremitura manuale con le poppate.

È bene riposarsi molto e tenere il bambino il più possibile a letto con sé per poterlo attaccare spesso.

Applicate del calore sulla mammella, se gradito.

Se la situazione non si risolve in 24 ore e in caso di febbre o spossatezza è bene ricorrere al Curante, che segue l'allattamento, perché potrebbe essere necessaria una terapia antibiotica (l'ingorgo ha causato una mastite che potrebbe essere anche batterica se in presenza di ragadi).

Generalmente antibiotici compatibili con l'allattamento sono efficaci.

Anche se la madre ha **febbre**, non solo può, ma deve allattare!

Infatti rimuovere la causa che ha determinato l'ingorgo prima e la mastite dopo è il vero trattamento efficace; a prescindere dalla eziologia, la febbre di per sé non è una controindicazione all'allattamento.

Solo in caso di emissione di sangue, pus in caso di ascesso, il latte può essere drenato e buttato per una paio di volte.

In caso di presenza di sangue, o anche pus, se la madre riesce, attaccare il bambino al seno NON è comunque dannoso.

Non attaccare il bambino per far "riposare" il seno è invece un errore imperdonabile.

Anche per febbre e infezioni materne diverse, l'allattamento è consigliabile: nel latte materno sono contenuti gli anticorpi prodotti dalla madre che possono in quel momento essere l'unica difesa per il neonato esposto agli stessi germi.

5) L'estrazione del latte materno

Spremere manualmente il latte può essere necessario in caso di separazione fra madre e bambino, se il bambino è troppo debole per poppare, se vi è ingorgo mammario o per stimolare la produzione latte. Esistono in commercio vari tipi di tiralatte. In alcune città questi possono essere noleggiati e adoperati a casa. È essenziale adoperarne uno che permetta di regolare la forza aspirante, per non danneggiare il capezzolo ed aumentare il rischio di infezioni.

La spremitura manuale

Spremersi la mammella a mano non causa traumi al capezzolo, inoltre molte donne trovano questo sistema più facile e pratico, una volta che hanno imparato a farlo, con la tecnica giusta:

dopo essersi lavate bene le mani e il contenitore che si intende usare

1. Rilassarsi.
2. Stimolare il riflesso d'emissione, stimolando il capezzolo e massaggiando la mammella dalla periferia verso il capezzolo.
3. Chinarsi in avanti e se necessario, sostenere la mammella da sotto.
4. Mettere il pollice sopra l'areola e le altre dita sotto, a una distanza di circa 1 - 2 cm. dalla base del capezzolo.
5. Premere le dita in dentro verso il torace.
6. Con il pollice e l'indice posti in opposizione e simmetricamente rispetto al capezzolo, comprimere i seni lattiferi situati dietro l'areola, poi rilasciare. Comprimere e rilasciare in continuazione fino a quando il latte non cessa di fuoriuscire.
7. Spostare le dita tutto attorno all'areola fermandosi in più punti e fare la stessa operazione fino a svuotare tutti i seni lattiferi (usando eventualmente anche l'altra mano se torna più comodo).
8. Di tanto in tanto si massaggia tutta la mammella premendo con un tocco leggero - una carezza - che parte dall'attaccatura e va verso il capezzolo, controllando che non vi siano zone dure.
9. Ripetere il procedimento fino a quando entrambe le mammelle non siano morbide.

N.B. Evitare di strizzare, tirare o pressare sulla mammella o il capezzolo (ciò non fa scorrere il latte e potrebbe essere dannoso).

Avere pazienza e rimanere rilassata anche se il latte tarda ad arrivare.

Esercitarsi a spremere il latte quando è abbondante.

LA SPREMITURA MANUALE DEL SENO, SPESSO PUÒ ESSERE UTILE OLTRE CHE PER SVUOTARE IL SENO, ANCHE PER INDURRE UNA MAGGIORE PRODUZIONE DI LATTE QUANDO SE NE DEVE CONSERVARE UNA PARTE

La conservazione e il riscaldamento del latte materno

Il latte materno va conservato in un contenitore sterile e chiuso, lasciato nel posto più fresco possibile. Si può conservare per 10 ore a una temperatura di 19° – 22° C, per 8 giorni in frigo (da 0° a 4° C) e per sei mesi o più in un congelatore autonomo (a una temperatura costante di -19° C).

1. Buttare via il latte che contiene sangue o qualsiasi farmaco.
2. Mescolare più porzioni di latte spremuto soltanto dopo averle ben raffreddate.
3. Surgelare il latte materno per la conservazione in piccole quantità. Il latte scongelato non deve essere di nuovo congelato, ma se non si riscalda può essere refrigerato e dato al bambino nel giro di 48 ore.
4. Lasciare scongelare il latte surgelato a temperatura ambiente oppure in frigo.
5. Scaldare il latte freddo a bagno in acqua calda, non su fonte di calore, meglio se lentamente; non occorre scaldare il latte a una temperatura superiore a quella ambiente.
6. **NON scaldare il latte materno in un forno a microonde:** è un alimento vivo, si altererebbe.

N.B. Il latte correttamente estratto, può se chiuso in contenitore adatto e sterile, essere consegnato al personale dell'Asilo Nido, che provvederà a somministrarlo al bambino ospitato, secondo protocollo di raccolta, conservazione, trasporto e somministrazione presentato previamente dal Pediatra di Comunità.



6) Situazioni particolari

Parto multiplo

La maggioranza delle donne è capace di produrre latte materno sufficiente a nutrire più di un bambino contemporaneamente, senza aggiunta.

La richiesta e la quantità di latte preso dai bambini stimolerà la produzione stessa di latte.

Alcune madri preferiscono allattare un gemello alla volta, mentre altre preferiscono allattarli allo stesso tempo. Infatti è possibile allattarli insieme nella posizione sottobraccio (rovesciata) o con uno in questa posizione e l'altro in quella tradizionale. Alcune madri alternano la mammella fra i bambini e altre lasciano scegliere a ciascun bambino la mammella preferita.

È sconsigliato l'impiego dell'aggiunta tranne che per precisa ragione medica.

Il taglio cesareo

L'allattamento al seno è certamente possibile dopo il taglio cesareo. Questo metodo di partorire rende più tardivo l'avvio dell'allattamento, la "montata latte" tende a verificarsi un po' in ritardo a causa del dolore post-operatorio e per le difficoltà iniziali nel movimento.

Malformazioni o Prematurità

In caso di palatoschisi o labiopalatoschisi è possibile che la reazione emotiva della madre, alla nascita del piccolo, possa influire negativamente sull'allattamento al seno (inibizione della secrezione di ossitocina).

Inoltre la madre dovrà dare il latte spremuto al suo piccolo inizialmente; ma con l'aiuto di particolari placche è però possibile allattare e proseguire con l'allattamento in modo efficace.

Il latte della madre che partorisce prematuramente è particolarmente adatto ai bisogni del suo bimbo.

In caso di nascita pretermine, la madre deve sapere che la composizione del latte materno cambia a seconda dell'epoca gestazionale. A seconda del grado di prematurità e delle condizioni cliniche, nel reparto di neonatologia, la madre sarà messa nelle condizioni di poter avviare l'allattamento e poter dare al piccolo il latte spremuto.

Potrà così essere partecipe anche a livello psicologico delle cure del piccolo (nei più piccoli l'assunzione di latte materno aumenta la possibilità di sopravvivenza!). In seguito non appena le condizioni del bambino lo permetteranno potrà attac-

carlo al seno normalmente. In questo caso sarà necessario sempre un valido aiuto pratico e un supporto psicologico.

Un parto pre-termine può far scaturire nella madre un senso di ansia dovuto alla separazione dal bambino e alla paura di non essere all'altezza del compito che l'aspetta. Molte madri provano frustrazione per la suzione debole che i bambini mostrano.

Per avviare l'allattamento, il contatto pelle-a-pelle è ancora più importante che nel caso di parto a termine. Molti bambini prematuri, insieme alle loro madri, traggono vantaggio dal metodo Kangaroo Mother Care (noto "madre canguro"). Ciò significa che la madre tiene il bambino sulle mammelle il più presto e il più spesso possibile: ciò la rende più sicura nel seguire il bambino e nel controllarne i progressi. Probabilmente si tratta del metodo che più favorisce il successo dell'allattamento materno in questi casi.

QUANTO PEGGIORI SONO LE CONDIZIONI DEL BAMBINO TANTO PIÙ È IMPORTANTE IL LATTE MATERNO

Ittero

Molti neonati diventano itterici. La cute si colora d'un giallo più o meno intenso per l'accumulo della bilirubina.

La forma più comune è l'ittero fisiologico che si manifesta nella seconda o terza giornata di vita, regredendo nel giro di una settimana o due senza trattamento. Però se il bambino si presenta itterico già alla nascita, oppure durante le prime ventiquattro ore, deve essere esclusa una patologia più grave. In questo caso occorre naturalmente l'intervento del medico.

L'ittero fisiologico non può nuocere al bambino, ma rappresenta una condizione normale, causata in genere dall'immaturità dell'intestino e del fegato.

La madre deve allattare al seno liberamente e, se il bambino è sonnolento, almeno ogni due ore. L'allattamento materno stimola la funzione digestiva e di conseguenza l'eliminazione della bilirubina. (Alle volte il bambino itterico non richiede tutto il latte che gli occorrerebbe). Se il valore della bilirubina è molto alto, il bambino potrebbe essere così sonnolento che la madre dovrà togliersi il latte perché venga somministrato col cucchiaino.

- **NON** andrebbe data l'aggiunta a meno che non sia evidente che il bambino non prende latte a sufficienza pur poppando frequentemente e liberamente.

L'aggiunta può comportare una minore richiesta di latte materno da parte del bambino, il che peggiorerebbe l'ittero.

- Consultate il pediatra se l'ittero si accentua, il colorito diventa più pronunciato oppure se il bambino sembra molto sonnolento.
- In caso di ricovero la madre deve continuare ad allattare spesso anche se il medico decide per la fototerapia.
- In caso si debba interrompere temporaneamente l'allattamento la madre, per mantenere abbondante la sua produzione di latte, dovrebbe togliere spesso il latte manualmente o col tiralatte.

Condizioni patologiche dei primi mesi di vita

La diarrea

Il latte materno NON provoca diarrea ai bambini. È vero invece che il latte materno ha un ruolo importante nel curarla. Più il bambino perde elementi nutritivi, più ha bisogno di ricuperarli.

Il solo alimento adatto al piccolo è sempre e solo il latte della madre.

Allergie

Non esiste l'allergia al latte materno.

Molti di loro però sviluppano un'allergia alle proteine del latte vaccino, cioè alle minutissime quantità di proteine del latte vaccino che giungono, dopo ingestione, nel latte materno di alcune donne.

In nessun caso dovrà essere sospeso l'allattamento.

Nel latte materno, alimento specie specifico, sono contenuti oltre ai nutrienti, tutti i fattori regolatori e modulanti l'immunità del bambino; il latte materno previene inoltre attraverso meccanismi immunitari, la possibilità che l'intestino dei bambini assorba proteine estranee che potrebbero causare sensibilizzazione. È fondamentale allattare al seno senza l'aggiunta per almeno sei mesi.

Le coliche gassose ...quando è lui il protagonista!

La maggior parte dei bambini che piangono molto lo fanno senza alcun motivo evidente e, non sapendo come spiegare il fenomeno, si parla di coliche gassose. L'esperienza insegna che la situazione può migliorare grazie al contatto pelle-a-pelle fra madre e bambino.

Infatti L'OMS consiglia:

1. Lasciare il bambino attaccato al seno finché lo desidera in modo da prendere

- più latte finale possibile.
2. Permettere che il bambino rimanga attaccato al seno per conforto tutto il tempo che vuole (se la madre è d'accordo).
 3. Provare ad allattare il bambino nella posizione orizzontale, mettendo il bambino disteso sopra il proprio corpo.
 4. Tenere il bambino sul braccio il più possibile. (Molti bambini irrequieti gradiscono la "presa da colica", con il pancino appoggiato sul braccio e il sederino più alto con le gambe penzoloni, effetto quasi immediato!).

() Impossibile non notare che questi ultimi in questi 4 punti c'è tutto l'allattamento... e che il tenere spesso il bambino addosso, nei primi mesi, comporta, oltre una manipolazione, anche un effetto calmante per il ripristino del dondolio a cui il piccolo è stato sottoposto in utero.*

Malattia della madre

Generalmente è molto più dannoso smettere di allattare che allattare prendendo qualche farmaco.

Il curante avrà modo di prescrivere un farmaco che sia compatibile con l'allattamento.

Essere allattato dà, inoltre, modo al piccolo di ricevere gli anticorpi materni specifici presenti in quel momento contro agenti infettivi a cui comunque può essere sottoposto anche il bambino.

Il caso di patologia materna cronica preesistente ci si atterrà ai consigli dello Specialista (8) (s2).

7) L'alimentazione e stili di vita della madre che allatta

Allattare richiede energia. Nutrirsi bene in gravidanza è determinante per poter allattare: quando l'assunzione calorica è sufficiente si creano delle riserve di grasso. Inoltre la madre che allatta al seno gode di un metabolismo più efficiente ed è quindi in grado di produrre molto latte anche ingerendo relativamente poche calorie. Persino le madri molto denutrite sono capaci di produrre tanto buon latte; il pericolo è che questo succeda a scapito delle loro riserve.

Scegliere sempre più varietà di alimenti, per assicurarsi un'alimentazione adeguata.

1. Evitate soltanto gli alimenti, nei confronti dei quali la madre oppure il bambino sviluppino una vera intolleranza.

2. Bere quando si avverte la sete. (Se la madre non sente particolarmente sete, dovrebbe regolarsi secondo il buon senso; non esiste un minimo di liquidi che deve per forza assumere mentre allatta).
3. Bere acqua e liquidi caldi (Non è necessario che beva latte per fare latte!!!!!!).
4. Evitate di fumare e bere alcolici.

Ancora a proposito di norme igieniche attenzione ad alcune creme contenenti ormoni o altri tossici.

8) Sessualità

Molte donne credono che allattare al seno le renderà meno attraenti agli occhi del partner. In particolare le primipare e le madri molto giovani sono qualche volta preoccupate per l'aspetto del proprio corpo e per la sessualità. Le madri adolescenti, spesso, devono ancora accettare la realtà del proprio sviluppo sessuale; queste potrebbero trovare i cambiamenti fisici, connessi con la gravidanza, difficili da accettare e provare sensazioni conflittuali nei riguardi della nuova esperienza dell'allattamento al seno.

Allattare al seno NON rovina il corpo della donna, anzi può aiutarla a dimagrire dopo il parto ed accelera il ritorno dell'utero allo stato pre-gravidico.

Allattare NON rende il seno cascante; è semmai in gravidanza che il seno si modifica.

Incoraggiare la madre a riprendere i rapporti sessuali quando si sente di farlo. Alcune donne avvertono un forte desiderio sessuale, altre no durante il periodo dell'allattamento.

Avvisare la madre che il rapporto sessuale a volte stimola il riflesso d'emissione. (È l'Ossitocina)

Il "capoparto" e il ripristino del ciclo mestruale comportano una fisiologica riduzione della quantità di latte prodotto, ma solitamente se l'allattamento è esclusivo questo non avviene prima dei 6-8 mesi del bambino, quando già è iniziata l'alimentazione complementare.

La fertilità e la contraccezione

Le madri che allattano hanno meno probabilità di andare incontro ad una gravidanza, poiché la prolattina inibisce l'ovulazione. L'effetto contraccettivo dell'allattamento è più accentuato quando si allatta esclusivamente al seno e senza aggiunta, frequentemente di giorno e di notte. Questo però non può essere considerato un buon metodo contraccettivo.

In caso di contraccezione orale NON va assunta da una madre che allatta al seno la pillola contraccettiva a base di estrogeni: può diminuire la produzione di latte materno. È necessaria una consulenza con il proprio Ginecologo curante.

Una nuova gravidanza

È giusto sapere che allattare durante la gravidanza non danneggia né il poppante né il feto. Il cibo assunto dalla madre viene innanzitutto utilizzato dal feto, poi dal poppante e infine dalla madre.

La gravidanza però potrebbe interferire con l'allattamento, diminuendo la produzione di latte così che il bambino chiede di poppare molto spesso. Per di più alcune donne quando sono gravide hanno i capezzoli molto sensibili, specie durante i primi mesi. Alcune donne semplicemente non se la sentono di allattare in questo stato mentre altre continuano ad allattare il loro precedente figlio per tutta la durata della nuova gravidanza e a volte anche dopo la nascita del nuovo bambino.

Ancora una volta, è la madre che deve scegliere una volta informata.

9) Il Lavoro

Conoscere l'esistenza delle seguenti norme, oggi raggruppate all'interno di un unico testo a cui si rimanda (decreto legislativo n. 151 del 26.03.2001, Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità) potrà essere di grande aiuto.

Riposi giornalieri della madre: l'art. 39 stabilisce che il datore di lavoro deve consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo retribuiti, della durata di un'ora ciascuno ed, eventualmente, cumulabili durante la giornata. Tali permessi si riducono ad un unico permesso, se l'orario di lavoro è inferiore alle sei ore, e vengono dimezzati nella loro durata qualora la madre usufruisca di un asilo nido o un servizio analogo, istituito dal datore di lavoro, all'interno dell'azienda o nelle sue immediate vicinanze. Inizialmente tali permessi vennero concepiti per consentire alla madre di allattare; oggi, invece, è possibile usufruire di questi riposi retribuiti dal datore di lavoro, per conto Inps, indipendentemente dall'allattamento. Ciò significa che, durante il primo anno di vita del bambino, non verrà chiesta alcuna giustificazione per questo tipo di assenze: a tale proposito è bene sapere che questi permessi consentono alla donna di uscire fisicamente dall'azienda e di farvi ritorno solo allo scadere del tempo.

10) Lo sapevate che

tecniche moderne di marketing giocano un ruolo predominante nel condizionare la capacità della donna, di prendere una decisione consapevole riguardo all'alimentazione infantile?

Viviamo immersi in una cultura del biberon dagli anni '50, quando si ruppe (e ruppero volutamente) la catena di trasmissione naturale dell'allattamento e già adesso non abbiamo a volte alcuna referente nella società (né madri, né nonne) che ci aiuti e insegni come allattare o crescere un neonato lontano dall'industria e se vogliamo optare per l'allattamento materno ci muoviamo in un terreno scivoloso.

Esiste un "Codice dell'OMS sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno"; questo fu adottato dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 1981 come un tentativo internazionale di tutelare le madri nei confronti dell'influenza commerciale che cerca di convincerle del valore superiore del latte artificiale rispetto al latte materno:

assicurare un uso appropriato dei sostituti del latte materno quando necessario, in base a informazioni adeguate e attraverso una commercializzazione e distribuzione corrette.

(Articolo 1)

Il codice proibisce qualsiasi promozione diretta o indiretta, pubblicità di qualsiasi sostituto del latte materno

I sostituti del latte materno sono oltre ai latti artificiali tutti i liquidi e formule quando vengono commercializzati o rappresentati come sostituzione parziale o totale dell'allattamento al seno, con gli strumenti atti alla loro somministrazione. È un codice di commercializzazione: non proibisce la vendita di alimenti per lattanti, ma vieta o limita strategie promozionali che invogliano le madri a sostituire il loro latte materno con prodotti industriali. Recentissima ed eclatante una pubblicità ora scomparsa che boicottava letteralmente l'allattamento in caso di gemellarità (s3).

Si dice nel Codice...

...Il Codice si applica al marketing di ogni tipo di latte in polvere e liquido, di partenza e di proseguimento, comprese le cosiddette "formule speciali" (anticolica, antireflusso, ecc.) ad ogni altro cibo e bevanda quando venduto e presentato come adatto a bambini di età inferiore a sei mesi ed anche biberon e tettarelle.

I medici oggi sanno che i bebè crescono meglio se vengono allattati esclusivamente al seno per i primi sei mesi di vita. Questo vuol dire che fino a quel momento non c'è bisogno di nessun altro latte, succo, acqua o cereale e quindi questi non devono essere pubblicizzati.

Dopo i sei mesi lo stomaco del bambino è abbastanza forte da digerire pappe, frutta e altro. L'allattamento può continuare finché la mamma e il bambino lo vogliono. È consigliato per due anni, o anche di più. Questo vuol dire che neanche il latte di proseguimento dovrebbe essere pubblicizzato.

In breve ogni prodotto che cerca di rimpiazzare il latte materno è un "sostituto del latte materno" e il Codice afferma che nessun sostituto dovrebbe essere pubblicizzato. Il Codice proibisce anche altri modi di promuovere questi prodotti, come offerte speciali, sconti, esposizioni, campioni gratuiti, omaggi di latte agli ospedali, ecc.....

I medici devono mostrare l'uso del latte artificiale solo alle poche madri che ne hanno veramente bisogno, non alle altre, perchè devono metterle in guardia sui rischi per la salute legati ad un dosaggio sbagliato e ad una preparazione non corretta del latte in polvere.

Gli ospedali e le cliniche non devono permettere nessun tipo di pubblicità commerciale: niente poster, calendari, orologi, immagini di alimenti per neonati, o immagini idealizzate dell'alimentazione con biberon.

11) Quante parole...

...l'allattamento è semplicemente parte della sessualità femminile!

Allattare va oltre due seni dispensatori di latte di prima qualità, è una funzione parte del nostro organismo e genera gli stessi ormoni presenti nella sessualità. L'allattamento ha numerosi benefici per la madre, per la salute fisica e psicologica, è una fonte di soddisfazione e un importante elemento di autoaffermazione personale.

Il Latte materno è l'unico alimento previsto naturalmente per il nostro bambino.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- 1) WHO, *The World Health Organization's infant-feeding recommendations*, Weekly Epidemiological Record 1995; 17:119-20.
- 2) American Academy of Pediatrics, *Workgroup on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk*, Pediatrics 1997; 100:1035-39.
- 3) Negri P., *Tutte le mamme hanno il latte*, Ed. Leone Verde, Torino, 2005.
- 4) Conti Nibali S., Cattaneo A., *I dati statistici italiani sull'allattamento*, "Dieci anni dopo la dichiarazione degli Innocenti", Firenze, 16-17 Marzo 2000.
- 5) Riva E., Banderali G., Agostoni C., Silano M., Radaelli G. and Giovannini M., *Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy*, Acta Paediatrica 1999; 88:411-5.
- 6) Spanu D., Cattaneo A., Quintero Romero S., *Protezione e promozione dell'allattamento al seno nelle comunità*, "Le pratiche amiche dei bambini, un'esperienza della U.O. Pediatria di Comunità", Nuoro, 15 Novembre 2010.
- 7) Allattamento al seno: come praticarlo con successo WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE COPENHAGEN, 1993, versione italiana aggiornata al 2000.
- 8) World Health Organization; UNICEF. Breastfeeding and maternal medication. Recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. Geneva: World Health Organization; 2002. (Raccomandazioni OMS per allattamento e terapie farmacologiche materne).

SITOGRAFIA

- s1) <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/allattamento.asp>
- s2) <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/532>
- s3) http://www.ibfanitalia.org/Documenti/Comunicato_CHICCO_STEP_UP.pdf
- s4) <http://www.toxnet.nlm.nih.gov/help/LactMedRecordFormat.htm>. (per i farmaci alla madre)

SITI e Testi a tema

<http://www.mami.org>

<http://www.Illitalia.org/>

<http://www.unicef.it/doc/150/dieci-passi-per-allattamento-al-seno.htm>

http://www.mami.org/altrepag/classif_allattOMS.htm

<http://www.ccm-network.it/node/1468>

INDICE

5	Presentazione
7	Prefazione
13	Introduzione
15	Una scelta consapevole
16	Note di fisiologia dell'allattamento
23	L'alimentazione del neonato
25	La produzione di latte materno
28	Non problemi ma difficoltà da superare
32	L'estrazione del latte materno
35	Situazioni particolari
38	L'alimentazione e stile di vita della madre che allatta
39	Sessualità
40	Il lavoro
41	Lo sapevate che
42	Quante parole...
45	Bibliografia essenziale
46	Sitografia

a cura della
Dott.ssa Damiana Spanu
U.O. Pediatria di Comunità - ASLNuoro
Responsabile Dott. Francesco Fadda

Tel. 0784 240996
e-mail: spanu.pedcom@aslnuoro.it

Con la collaborazione della



Fondazione Banco di Sardegna