

Allattamento al seno: tra arte, scienza e natura

INTRODUZIONE

Questa formazione a distanza è pensata per i professionisti coinvolti nel sostegno all'allattamento al seno. Si tratta di medici di medicina generale, anestesisti, psichiatri, altri medici specialisti, psicologi, farmacisti, infermieri e operatori che, pur non essendo dedicati specificamente al sostegno all'allattamento, entrano in contatto con le madri. Per la riuscita delle "Iniziative amiche dell'allattamento", in ospedale come sul territorio, è essenziale che tutti gli attori giochino attivamente il proprio ruolo all'interno della rete di sostegno.

Questa offerta formativa ha lo scopo di aumentare le conoscenze in tema di fisiologia dell'allattamento materno e di gestione appropriata di comuni problemi che si possono presentare durante l'allattamento, di fornire indicazioni su come accedere a un'affidabile fonte di riferimento per la prescrizione di farmaci alle madri che allattano al seno e su come indirizzare le madri alle figure professionali più appropriate per l'aiuto e il sostegno all'allattamento.

Questo pacchetto formativo si inserisce tra le iniziative del progetto Pinc (Programma nazionale di informazione e comunicazione), coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità (Iss). Pinc è nato come attività di supporto a [Guadagnare Salute](#), con l'obiettivo di realizzare specifiche campagne di comunicazione sui temi di Guadagnare Salute e di offrire formazione e strumenti e prodotti comunicativi agli operatori sanitari impegnati nella promozione della salute.

La partnership tra il programma Guadagnare Salute e Unicef per la formazione degli operatori e la diffusione dell'iniziativa "Insieme per l'allattamento" ha permesso di sviluppare questo percorso a distanza.

Il pacchetto formativo si compone dei due dossier:

La promozione dell'allattamento al seno nell'ambito della strategia Guadagnare Salute
Allattamento al seno: tra arte, scienza e natura.

La lettura di questi due dossier, insieme alla risoluzione dei casi e la risposta alle domande finali comporta il raggiungimento degli 8 crediti Ecm previsti.



Per saperne di più

Per chi fosse interessato ad approfondire il tema della promozione dell'allattamento al seno e del contrasto alle malattie croniche sono inoltre disponibili i seguenti materiali integrativi:

► Dossier Guadagnare Salute

- [Dossier fumo](#) [aprile 2011]
- [Dossier attività fisica](#) [maggio 2011]
- [Dossier alcol](#) [maggio 2011]
- [Dossier alimentazione](#) [giugno 2011]
- [Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale](#) [dicembre 2011]
- [Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore](#) [giugno 2012]

► Schede

- Istruzioni per fare un modello di seno in tessuto
- Scheda per l'osservazione di una poppata
- I bambini con bisogni speciali
- Checklist prenatale – Alimentazione infantile
- Checklist postnatale – Informazioni per le madri che allattano al seno
- Checklist postnatale – Informazioni per le madri che utilizzano sostituti del latte materno

► Materiali multimediali

- **La prevalenza dell'allattamento al seno: il caso della Norvegia.** Video tratto da *Breast is best* per gentile concessione del Movimento Allattamento Materno Italiano (Mami, www.mami.org).
www.youtube.com/watch?v=itOGQkQsefM&feature=youtu.be
- **L'alimentazione guidata dal bambino.** Video tratto da *From bump to Breastfeeding di Best Beginnings* (www.bestbeginnings.org.uk/), pubblicato per gentile concessione sul sito Oms/Unicef.
www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Resources/AudioVideo/Baby-led-feeding/
- **L'accoglienza del neonato.** Video tratto da *Breast is best* per gentile concessione del Movimento Allattamento Materno Italiano (Mami, www.mami.org).
http://youtu.be/kS_R8XVom4E
- **Iniziare l'allattamento al seno con il breast crawl.** Oms/Unicef.
<http://www.youtube.com/watch?v=X0J2GQmUkf4>
- **L'avvio dell'allattamento.** Video tratto da *Breast is best* per gentile concessione del Movimento Allattamento Materno Italiano (Mami, www.mami.org).
<http://youtu.be/o0T6y9aOZwg>
- **Spremitura e conservazione del latte materno.** Video tratto da *Breast is best* per gentile concessione del Movimento Allattamento Materno Italiano (Mami, www.mami.org).
<http://youtu.be/1tgvYx64mBo>

NOTA

Nei documenti proposti sono stati utilizzati prioritariamente i termini di **allattamento al seno** (sinonimi "allattamento", "allattamento materno") e di **alimentazione artificiale** (sinonimi "alimentazione con latte di formula", "latte artificiale", "latte formulato", "formula", "alimento formulato", "sostituto del latte materno"). Alcuni termini non sono stati modificati quando riprendono testualmente dei documenti).

**Autori**

- **Maria Enrica Bettinelli** - Responsabile settore materno infantile, Asl di Milano, Coordinatore Iniziativa “Comunità amica dei bambini per l’allattamento materno” Bfci - Unicef Italia
- **Angela Giusti** - Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Iss, Roma, membro del Comitato tecnico scientifico Unicef per la Bfhi/Bfci

Revisori

- **Adriano Cattaneo** - Unità per la ricerca sui servizi Sanitari e la salute Internazionale, Centro collaboratore dell’Oms per la salute materno infantile, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste
- **Elise Chapin** - Responsabile Ospedali & Comunità amici dei bambini, Comitato Italiano per l’Unicef
- **Rosellina Cosentino** - consulente professionale in allattamento materno (lbcl) - Task Force Unicef Italia
- **Eloisa Del Curto** - Asl di Sondrio, coordinatore rete Bfci – Unicef Italia
- **Romana Prosperi Porta** - Università degli studi “Sapienza”, membro Bfhi e presidente Il Melograno-Centro informazione, maternità e nascita di Roma
- **Leonardo Speri** - Ulss 20 Verona - responsabile progetti per l’allattamento della Regione Veneto e di “Genitoripù”

Si ringraziano per la disponibilità e la cortese collaborazione

- **Graziella Cattaneo**, infermiera pediatrica, consulente professionale allattamento (lbcl) - Asl Milano
- **Sofia Colaceci**, ostetrica - Università degli studi di Roma Tor Vergata,
- **Laura Lauria** - Reparto salute della donna e dell’età evolutiva, Cnsps-Iss,
- **Miriam Lelli**, infermiera pediatrica, consulente professionale allattamento (lbcl) - Asl Milano,
- **Mirta Mattina**, psicologa e psicoterapeuta

- **Angela Spinelli** - Reparto salute della donna e dell’età evolutiva, Cnsps-Iss, Roma, membro del Comitato tecnico scientifico Unicef per la Bfhi/Bfci

Si ringrazia il Movimento allattamento italiano per la disponibilità dei video tratti dalla versione italiana del Dvd “Breast is Best” del Centro Nazionale per l’Allattamento, Rikshospitalet University Hospital

Quando non diversamente indicato le immagini sono tratte da: Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell’allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.

Responsabile scientifico del corso

- **Barbara De Mei** - Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Iss, Roma, responsabile del progetto Pinc

Direttore Fad

- **Pietro Dri** - Zadig

Redazione

- **Maria Rosa Valetto** - Zadig

Coordinamento editoriale

- **Eva Benelli** - Zadig

Impaginazione e grafica

- **Corinna Guercini** - Zadig

©Editore Zadig

via Ampère 59 • 20131 Milano

tel. 02 7526 131

fax 02 7611 3040

via Arezzo 21 • 00161 Roma

www.zadig.it - segreteria@zadig.it



indice

INTRODUZIONE	1
1. Come si produce il latte materno	5
▶ Anatomia della mammella e fisiologia dell'allattamento	
▶ La cura del seno	
▶ La composizione del latte materno e i suoi benefici	
▶ Buone pratiche a sostegno dell'allattamento materno	
▶ La durata dell'allattamento materno: tra raccomandazioni e rispetto dei tempi dei bambini	
2. Perché è importante osservare una poppata	17
▶ Attacco e posizione nei primi giorni di vita e nei mesi successivi	
▶ Le posizioni per allattare	
▶ Come valutare la crescita del bambino allattato al seno	
3. La comunicazione sull'allattamento al seno	24
▶ Le competenze di base del counselling per il sostegno all'allattamento	
▶ I messaggi chiave per il counselling della donna che allatta: cosa, quando e come	
4. Come aiutare la mamma a mantenere e aumentare la produzione di latte	30
▶ I segnali di fame del bambino: imparare a riconoscerli	
▶ Bassa produzione e bassa introduzione di latte	
▶ La spremitura manuale del latte	
▶ Il latte donato	
▶ Somministrazione del latte materno spremuto	
▶ L'alimentazione con tazzina	
▶ Il latte artificiale	
5. I problemi in corso di allattamento al seno	39
▶ Patologie della mammella	
▶ I capezzoli invertiti	
▶ Le ragadi	
▶ L'ingorgo mammario	
▶ Il dotto ostruito	
▶ La mastite	
▶ Le infezioni da <i>Candida albicans</i>	
6. La salute della donna che allatta al seno	45
▶ L'alimentazione della mamma e gli stili salutari in allattamento	
▶ Le controindicazioni all'allattamento al seno	
▶ La contraccezione durante l'allattamento al seno	
7. Farmaci e allattamento al seno	52
▶ Le dimensioni del rischio dell'assunzione del farmaco in allattamento	
▶ Controindicazioni assolute e relative, false controindicazioni	
▶ Uso dei farmaci, gestione dell'allattamento e farmacovigilanza	
▶ Le informazioni alla donna che allatta al seno	
▶ Siti e telefoni utili	



1. COME SI PRODUCE IL LATTE MATERNO

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine di questo capitolo i partecipanti saranno in grado di:

- ▶ Descrivere i principi dell'anatomia e della fisiologia della lattazione umana
- ▶ Descrivere le pratiche nel percorso nascita a sostegno dell'allattamento materno
- ▶ Elencare come tradurre nella pratica le raccomandazioni sulla durata e sull'importanza dell'esclusività dell'allattamento, i tempi e i modi dell'introduzione di un'adeguata alimentazione complementare

IN SINTESI

Durante la gravidanza e subito dopo il parto, la mammella materna va incontro a modificazioni sulla base di stimoli ormonali in modo da garantire la produzione di latte e porre le condizioni per un allattamento al seno efficace. Successivamente, è la richiesta del seno da parte del bambino che garantisce il mantenimento della produzione del latte. Il latte materno è un tessuto vivo e l'alimento perfetto che assicura una crescita e uno sviluppo ottimale di tutti i bambini. Secondo l'Oms, l'allattamento esclusivo al seno è raccomandato fino al sesto mese compiuto di vita. Intorno al sesto mese, se il bambino è pronto, è opportuno complementare il latte materno con altri alimenti, proseguendo l'allattamento al seno per due anni e oltre, secondo il desiderio della mamma e del bambino.

Anatomia della mammella e fisiologia dell'allattamento

La mammella è una ghiandola esocrina organizzata in lobi, a loro volta costituiti da lobuli, la cui unità fondamentale è l'alveolo, all'interno del quale viene prodotto il latte, che viene riversato nei duttuli e nei dotti galattofori, che si aprono sul capezzolo. L'alveolo, la "centrale del latte", è costituito da due tipi di cellule (cellule epiteliali o lattociti, cellule mioepiteliali) (Figura 1). I lobi e i lobuli sono circondati da tessuto adiposo, separati tra loro e sostenuti da tessuto connettivo fibroso di sostegno.

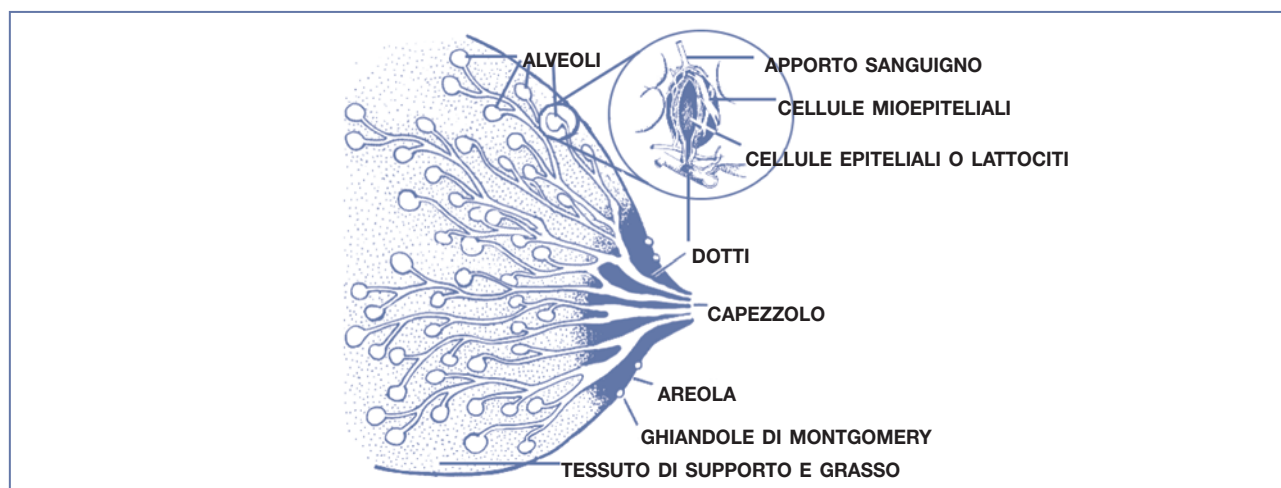


Figura 1. Anatomia della mammella ¹



Non influiscono sulla possibilità di allattare le dimensioni, la forma e l'eventuale presenza di modeste asimmetrie della mammella (**Figura 2**), mentre possono comprometterla una spiccata ipoplasia del tessuto ghiandolare che si associa in genere alla mancanza dei cambiamenti fisiologici di aumento delle mammelle durante la gravidanza (seni tubulari) e che può essere anche asimmetrica.^{1,2} Poiché la parte ghiandolare è indispensabile per la produzione del latte, una qualsiasi alterazione sia della quantità, sia dei circuiti necessari appunto per la produzione (sezioni di terminazioni nervose o dei duttuli) può comprometterla, come è stato segnalato in caso di mastoplastica riduttiva, biopsie estese, traumi importanti o terapie radianti della mammella.¹ La forma del capezzolo non ha influenza sulla capacità di allattare, ma se ne deve tenere conto nella gestione dell'allattamento materno.

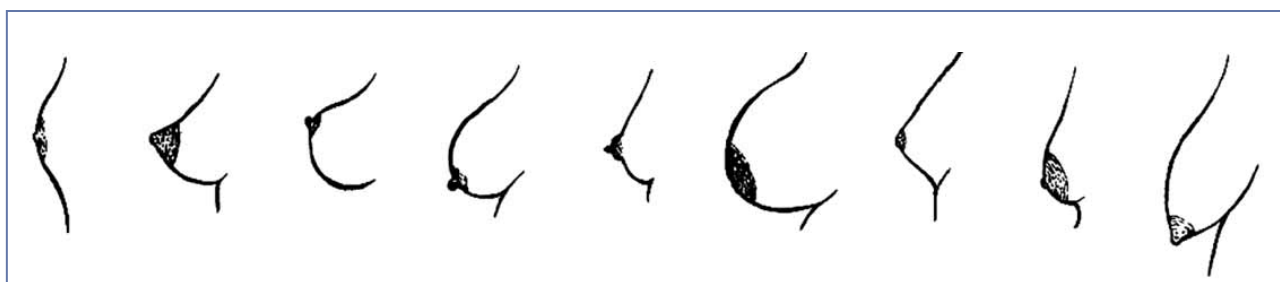


Figura 2. Forma e dimensioni dell'areola e del capezzolo ¹

La lattazione umana si suddivide in diverse fasi:³

- ▶ **lattogenesi I (da metà gravidanza fino al 2° giorno dopo il parto):** inizia la sintesi del latte, la produzione del latte è sotto controllo endocrino
- ▶ **lattogenesi II (dal 3° all'8° giorno):** inizia la produzione abbondante di latte (normalmente sono necessarie 30-40 ore dopo il parto), il seno è caldo e turgido (mammella piena di latte), la produzione del latte è ancora sotto controllo endocrino
- ▶ **galattopoiesi (dal 9° giorno all'inizio dell'involuzione):** la produzione del latte è regolata dalla suzione del bambino e dallo svuotamento del seno ed è sotto controllo locale autocrino (meccanismo della domanda-offerta). Normalmente la produzione di latte si adatta alle esigenze del bambino e si stabilizza intorno a 4-6 settimane (calibrazione). La dimensione del seno si riduce tra il 6° e il 9° mese dopo il parto
- ▶ **involuzione (circa 40 giorni dopo l'ultima poppata):** quando si introducono nella dieta del lattante cibi diversi dal latte (alimentazione complementare), l'accumulo di peptidi inibitori la produzione del latte (Feedback Inhibitor Factor – FIL) riduce via via la produzione.

Fin dalla prima mestruazione (menarca) e successivamente dall'inizio della gravidanza, gli ormoni agiscono sul tessuto ghiandolare in modo diverso:¹⁻⁴ gli estrogeni stimolano la crescita del sistema dei dotti galattofori, il progesterone aumenta le dimensioni degli alveoli e dei lobi e la prolattina favorisce l'aumento di volume della mammella. Anche i vasi sanguigni sottocutanei diventano visibili e aumenta la pigmentazione e la grandezza dell'areola e del capezzolo.



Dopo il parto, avviene una riduzione dei livelli di estrogeni e di progesterone e un aumento della prolattina, che agisce sulle cellule epiteliali dell'alveolo stimolando la produzione del latte, e dell'ossitocina, che agisce sulle cellule mioepiteliali che circondano l'alveolo, che si contraggono e spingono il latte verso il capezzolo (riflesso ossitocinico, o riflesso di eiezione del latte). La prolattina, che induce un senso di rilassamento nella madre, ha un ritmo circadiano ed è più alta di notte, per cui allattare di notte consente una maggiore produzione di questo ormone. L'ossitocina è prodotta in maggiore quantità a seguito di stimoli visivi, tattili, uditivi, psicologici associati al bambino e se la madre è in una situazione tranquilla, mentre la sua secrezione è inibita da dolore, stress, disagio psico-fisico nonché da nicotina e alcol.¹

Esiste un terzo fattore importante sulla regolazione della produzione di latte, il Fattore di Inibizione della Lattazione (FIL): prodotto localmente dalle cellule alveolari fa diminuire la produzione di latte quando la mammella è troppo piena. Solo la rimozione del latte, grazie a poppate efficaci e frequenti o con la spremitura manuale o l'uso di un mastosuttore, può ripristinare la produzione del latte.¹

La cura del seno

Durante l'allattamento, è sufficiente la normale igiene della mamma con lavaggio quotidiano, anche solo con acqua, mentre non è necessario lavare il seno dopo ogni poppata e va evitato l'uso di creme o unguenti o di saponi profumati. La mammella è provvista di ghiandole sebacee (del Montgomery) che provvedono a una naturale disinfezione dell'areola.^{1,5}

La composizione del latte materno e i suoi benefici

Il latte materno non è un semplice alimento ma un tessuto vivo, con diverse centinaia di componenti noti, tra cui cellule staminali, e molti altri non noti. In una goccia di latte materno ci sono 4.000 cellule, nella maggior parte macrofagi. Il latte materno è composto per l'88% di acqua. Il resto è rappresentato da zuccheri (principalmente lattosio), grassi, proteine, azoto non proteico, vitamine, sostanze minerali, oligoelementi, ormoni e cellule. Per questa sua caratteristica, il latte materno, oltre a essere specie-specifico, è anche individuo-specifico: questo significa che ogni madre produce un latte adatto alle esigenze del proprio bambino. Il colostro, il latte materno di transizione e il latte materno maturo sono infatti prodotti in funzione all'età gestazionale e ai bisogni nutrizionali contingenti. La composizione del latte varia durante la poppata, da poppata a poppata, di giorno in giorno e di mese in mese per rispondere ai bisogni del bambino.¹

Il **colostro**, un liquido denso e vischioso di colore variabile dal giallo all'arancio, è prodotto dal seno a partire dal settimo mese di gravidanza e la sua produzione continua durante i primi giorni dopo il parto. Il colostro è perfetto come primo alimento dei neonati: è povero di grassi e ricco di carboidrati, proteine, vitamina A e anticorpi. Ha un'alta digeribilità e nello stesso tempo un elevato potere nutrizionale. Il suo effetto lassativo aiuta il neonato a eliminare le prime feci (meconio) e a espellere l'eccesso di bilirubina, cosa che aiuta a prevenire l'ittero.^{1,4}

Il colostro è prodotto in piccole quantità, adeguate alle dimensioni dello stomaco del neonato e alla funzione dei reni che, ancora immaturi, non sono in grado di gestire grandi volumi di liquidi.

Le IgA secretorie contenute nel colostro rivestono l'intestino del neonato e rappresentano la prima immunizzazione contro molti virus e batteri, favorendo la colonizzazione dell'intestino con batteri benefici. Se al neonato si danno acqua o latte artificiale, una parte di questa protezione sarà rimossa aprendo la strada alle infezioni.¹ È interessante notare che i livelli di IgA contenuti nel colostro arrivano fino a 5 mg/ml contro 1 mg/ml del latte maturo, garantendo in questo modo un bolo iniziale e un apporto costante al bambino nelle fasi successive dell'allattamento.³



Nei 2-3 giorni successivi al parto il colostro si trasforma gradualmente per diventare latte maturo. Il latte prodotto in questa fase si definisce **latte di transizione** e, dati i cambiamenti della composizione in atto, diventa più opaco e progressivamente più bianco. La formazione del **latte maturo** avviene in genere dopo 3-4 giorni dal parto con la montata lattea che può essere un po' più tardiva in caso di parto cesareo.⁶ I tempi di evoluzione da colostro a latte maturo sono comunque soggetti a grande variabilità interindividuale.

Nei primi 6 mesi, il bambino soddisfa le proprie esigenze fisiologicamente: se ha sete assume prevalentemente il **primo latte**, prodotto all'inizio della poppata meno grasso e più ricco di acqua e lattosio, se ha fame rimane attaccato più a lungo, fino a prendere anche il **latte terminale**, molto più ricco di grassi e utile per la crescita dei bambini.²

La composizione del latte varia da donna a donna e anche a seconda dello stadio della lattazione e dell'allattamento. Il **latte materno pretermine** (prodotto da una donna che ha partorito prima delle 37° settimana di gravidanza) contiene una maggiore quantità di proteine, maggiori livelli di alcuni minerali, come il ferro, e ha proprietà immunologiche più spiccate del latte maturo, il che lo rende più adatto ai bisogni del neonato nato prima del termine.

Il **latte materno maturo** contiene tutti i nutrienti principali: proteine (tra cui enzimi), carboidrati, grassi, ormoni, vitamine, minerali e acqua, in quantità che rispecchiano i bisogni del bambino e in forma assimilabile. Esso cambia in relazione all'ora del giorno, alla durata di una poppata, ai bisogni del bambino e alle condizioni della madre, per esempio gli antigeni con cui la madre ha avuto contatto. Il latte materno, con un valore energetico di 65 kcal/100 ml, a un volume di 200 ml/kg/die, permette un introito energetico di 130 kcal/kg/die.^{1,7}

IL LATTE MATERNO: TUTTO DA SCOPRIRE

I componenti del latte materno forniscono sia i nutrienti sia le sostanze che aiutano la digestione, la crescita, lo sviluppo e danno protezione contro le infezioni (**Figura 3**):^{1,7,8}

- ▶ **proteine:** la quantità di proteine nel latte materno è adeguata per la crescita del bambino e per lo sviluppo neurologico e non è influenzata dalla dieta materna. Si tratta di proteine facili da digerire e rapidamente assorbite. Per le sue caratteristiche di tessuto biologico, la composizione proteica del latte materno non è replicabile nel latte artificiale
- ▶ **grassi:** sono la principale fonte di calorie per il bambino. Le lipasi, enzimi presenti nel latte materno iniziano la digestione dei grassi in modo che siano immediatamente disponibili in forma di energia al bambino. I grassi del latte materno comprendono gli acidi grassi a catena lunga, importanti per la crescita del cervello e degli organi di senso, come gli occhi; il colesterolo, le cui elevate quantità inducono i sistemi metabolici che verranno utilizzati per tutta la vita. Il tipo di grassi del latte materno può essere influenzato dalla dieta materna, ma la loro quantità complessiva non dipende da questa, se non in caso di grave denutrizione
- ▶ **carboidrati:** il principale zucchero è il lattosio, che facilita l'assorbimento del calcio, lo sviluppo delle cellule nervose e ritarda la crescita degli organismi patogeni nell'intestino. La sua digestione è lenta, per cui la presenza del lattosio nelle feci del bambino non è un segno di intolleranza



- **ferro:** è presente nel latte materno in quantità non elevate ma in forma molto ben assorbibile dall'intestino del bambino, grazie a fattori di trasporto del latte materno stesso. Nel latte artificiale è aggiunto ferro in alta quantità, perché non è ben assorbito, e questo eccesso fornisce un substrato per la crescita di batteri patogeni nell'intestino. L'anemia da mancanza di ferro è rara nei primi 6-8 mesi di vita per i bambini allattati esclusivamente al seno, se nati sani e a termine, e se non si taglia troppo presto il cordone ombelicale alla nascita
- **acqua:** un bambino con allattamento al seno esclusivo e a richiesta non ha bisogno di prendere altra acqua, nemmeno nei climi molto caldi e secchi perché il latte materno è molto ricco in acqua. Il latte materno non sovraccarica i reni del bambino né il bambino ritiene liquidi in eccesso. Dal momento che il latte materno è il nutrimento ideale, adeguato in termini di apporto sia idrico sia nutrizionale, fino ai 6 mesi circa non è necessaria la somministrazione di acqua o acqua zuccherata, succhi di frutta o altri alimenti.

Il latte materno è importante per la **protezione immunitaria** del bambino. Infatti, poiché il sistema immunitario alla nascita è fortemente immaturo e completerà la sua maturazione intorno al terzo anno di vita, il latte materno costituisce di fatto la più importante fonte di protezione dalle infezioni. Questa protezione è sia passiva, attraverso il passaggio nel latte di anticorpi e leucociti materni e altre sostanze non anticorpali (lattoferrina, oligosaccaridi, lattoperossidasi), sia attiva, attraverso la promozione del sistema immunitario del bambino (immunoglobuline, fattore bifido e altre). La crescita di batteri benefici (*Lactobacillus bifidus*) nell'organismo di un bambino allattato al seno lascia poco spazio per la crescita di batteri patogeni, per i quali non restano disponibili nutrienti. Per esempio, la lattoferrina lega il ferro sottraendolo a microrganismi patogeni.¹

Recentemente, molti studi hanno riconosciuto la funzione del colostro e del latte materno come continue fonti di batteri commensali, mutualistici e potenzialmente probiotici per il bambino. Il latte materno, in passato considerato sterile, costituisce di fatto la fonte principale di batteri per l'intestino del bambino e questo spiega perché la **composizione batterica del microbioma intestinale del lattante** sia strettamente collegata a quella della madre. Oggi sappiamo che ogni ghiandola mammaria ha un suo microbioma, il cui sviluppo inizia durante la gravidanza e termina, a fine allattamento, con il processo di apoptosi dell'involutione mammaria. Si sa ancora poco su questo tema, ma la costituzione del microbioma nelle prime fasi della vita è probabilmente fondamentale per la salute futura del bambino.¹⁰

Il sapore del latte materno dipende dalla dieta della madre e le variazioni di sapore abitano il bambino ai cibi consumati in famiglia e alla transizione a questi cibi nel momento in cui il bambino sarà pronto, in genere dopo i 6 mesi compiuti.

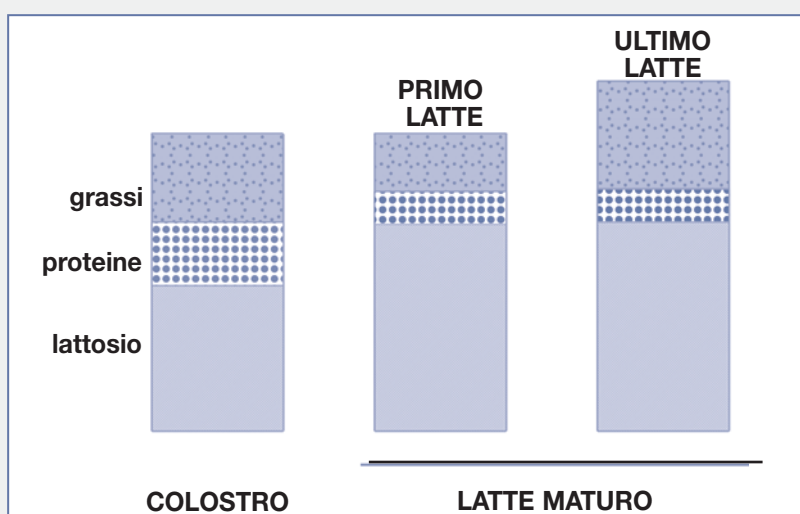


Figura 3. Composizione del latte nei diversi stadi di maturazione ⁹



Buone pratiche a sostegno dell'allattamento materno

Le azioni a sostegno dell'allattamento materno sono molte e si distribuiscono lungo tutto il percorso nascita.¹¹ Da più di vent'anni Oms e Unicef hanno diffuso buone pratiche assistenziali, utili a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno, sostenute da prove di efficacia: i 10 passi della *Baby Friendly Hospital Initiative* (Bfhi).^{12,13} Queste indicazioni sono state recentemente arricchite da buone pratiche (7 passi) da applicarsi a livello dei servizi territoriali, *Baby Friendly Community Initiative* (Bcfi), e durante il parto *Cure amiche della madre* (consulta il [modulo 1](#)). Nel nostro Paese non sono ancora diffuse in egual misura su tutto il territorio nazionale, per cui è importante considerare che parliamo di un processo auspicabile, ancora in corso, e che tuttavia sarebbe importante riuscire a generalizzare in tempi brevi.

In particolare va promossa una scelta consapevole delle madri e dei genitori su come alimentare il proprio bambino offrendo loro informazioni indipendenti dagli interessi commerciali, nel rispetto del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno e del piano di allattamento individuale e fornendo un aiuto pratico individualizzato lungo il percorso nascita (gravidanza, travaglio, parto, puerperio) e primi anni di vita del bambino.^{1,14-17}

Le buone pratiche a sostegno delle madri sono le seguenti:

► informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e della gestione dell'allattamento al seno (passo 3 Bfhi/Bcfi)

Mentre in alcune culture è naturale che le donne allattino al seno, in altre (soprattutto dove i sostituti del latte materno sono largamente promossi e pubblicizzati), la maggior parte delle donne decide se allattare al seno o no prima della nascita del bambino. È importante che gli operatori sanitari informino sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno le donne molto presto in gravidanza (consulta la *check list* prenatale) e identifichino le madri e i bambini potenzialmente a rischio di successivi problemi con l'allattamento. Una decisione informata comporta un'informazione accurata e basata su prove scientifiche sull'importanza dell'allattamento al seno e sui rischi dell'uso dei sostituti del latte materno, adattata alla situazione di ciascuna donna (in termini di linguaggio e contestualizzazione) e deve suscitare nella donna fiducia sulla propria capacità di allattare al seno esclusivamente (o di poter trovare un metodo di alimentazione sostitutiva). La madre deve essere informata anche delle pratiche che nel travaglio del parto e al parto sono favorevoli all'allattamento materno (*Cure amiche della madre*), per esempio la possibilità di avere una persona accanto a sé, di poter mangiare cibi leggeri e di essere informata correttamente sull'uso dei farmaci in travaglio di parto e sul loro effetto sull'allattamento al seno.

► facilitare il contatto pelle-a-pelle (passo 4 Bfhi/Bcfi)

È dimostrato che un contatto precoce pelle-a-pelle (*skin to skin*) tra madre e bambino, insieme all'allattamento da subito, frequente e senza limitazioni, garantiscono una produzione di latte costante e adeguata già dai primi giorni e anche nei mesi successivi.^{1,2,7}

Immediatamente dopo la nascita, o quanto prima possibile, il neonato deve essere asciugato bene e messo nudo in contatto pelle-a-pelle sul seno e l'addome della madre coperto con un telo o un panno asciutto e caldo. Questo contatto deve durare quanto più a lungo possibile, idealmente per almeno un paio d'ore o fino al completamento della prima poppata. Mamma e bambino, insieme al papà se presente, vanno lasciati liberi di interagire spontaneamente, senza interferenze esterne.^{1,18,19}

Il contatto con il corpo della madre, la mammella, il capezzolo e l'areola causa il rilascio dell'ossitocina, che favorisce la contrazione dell'utero e il controllo dell'emorragia *post partum*. Il corpo della madre aiuta il bambino a mantenere una temperatura adeguata (molto importante per bambini molto piccoli o nati pretermine, ma anche per i bimbi sani nati a termine) e il bambino è meno stressato, più calmo e ha respiro e battito cardiaco più regolari.¹



Una madre che allatta in sala parto ha più probabilità di allattare a lungo di una madre che ritarda nel tempo la prima poppata.⁵ Il contatto pelle-a-pelle immediato e l'assistenza per l'inizio dell'allattamento al seno possono essere pratiche di routine anche dopo il parto con taglio cesareo. I neonati e le madri non stabili subito dopo la nascita, possono avere il contatto pelle-a-pelle più tardi, una volta stabilizzati.^{1,20} Se il contatto pelle-a-pelle viene interrotto per motivi medici o per una scelta pienamente informata della madre, gli operatori devono essere consapevoli dell'importanza di incoraggiare una ripresa del contatto non appena madre e bambino sono disponibili.

Se il neonato non inizia ad allattare in sala parto, bisogna assicurarsi che il personale che si occuperà della madre e del bambino ne sia a conoscenza: deve fare in modo che continui il contatto pelle-a-pelle e controllare i segnali che mostrano che madre e neonato sono pronti per allattare. Non è necessario fare le profilassi o il bagnetto dopo la nascita. Il bagnetto può essere offerto dopo un lungo periodo di contatto pelle-a-pelle, dopo circa 6 ore e preferibilmente dopo 3 giorni (alla dimissione), insieme con la madre

- **mostrare alle madri come attaccare al seno il neonato e come spremere il seno (passo 5 Bfhi/passso 4 Bfci)**, vedi anche le sezioni “osservare una poppata” e “spremitura manuale del latte”. La madre deve poter tenere con sé il bambino e avere assistenza per l'allattamento nelle prime sei ore dopo la nascita, ricevendo sostegno e informazioni su come posizionare e attaccare correttamente il bambino al seno. La maggior parte dei problemi di allattamento hanno infatti le loro radici in un attacco e posizione non corretti e potrebbero essere evitati o risolti se la madre ne fosse correttamente informata.²⁰ Durante la degenza e anche sul territorio, vanno fornite informazioni su come spremersi il latte, fornendo materiale informativo o indicazioni su dove ricevere assistenza

- **allattare in maniera esclusiva, senza acqua o aggiunte (passo 6 Bfhi/passso 5 Bfci)**

In ospedale, ai bambini allattati al seno non dovrebbe essere dato nulla di diverso da latte materno, ad eccezione dei casi in cui esista una chiara indicazione medica (vedi il capitolo Le controindicazioni all'allattamento al seno). Le madri dovrebbero essere incoraggiate ad allattare esclusivamente al seno e gli operatori devono garantire che qualsiasi decisione di non allattare esclusivamente al seno sia risultato di una scelta da parte della madre maturata in modo consapevole e in base a informazioni corrette e indipendenti da interessi commerciali. Sono considerati alimenti pre-lattei tutti i liquidi e gli alimenti dati al neonato prima della montata lattea: acqua, soluzione glucosata, latte artificiale, altri cibi o bevande dati tradizionalmente come miele, banana, datteri, tisane o altre sostanze. Anche pochi cucchiaini o sorsi di questi alimenti pre-lattei possono aumentare il rischio di infezione e di allergia nel bambino. I neonati non hanno bisogno di acqua o di altri alimenti per verificare la capacità di suzione e deglutizione. Nelle rare situazioni in cui il neonato ha qualche anomalia di deglutizione, il colostro (una sostanza naturale e fisiologica) comporta meno rischi in caso di inalazione per i polmoni di una sostanza estranea come l'acqua o il latte artificiale.¹

La produzione di latte nei primi 5 giorni dopo il parto è molto variabile, ma nelle prime 4-6 settimane (**calibrazione**) si verifica un adattamento alle richieste di ogni singolo bambino, che in genere comporta un progressivo incremento della produzione stessa, a meno che si creino condizioni di ridotta richiesta (favorite per esempio dall'uso di altri alimenti o bevande, come la soluzione glucosata, le tisane e le “aggiunte” di latte formulato, da poppate inefficaci o limitate nella durata o nella frequenza). In questi casi si assiste a un meccanismo controllato (*down regulation*) di inibizione della produzione di latte che può essere irreversibile, pertanto è importante evitare tutte le procedure o le pratiche che possono interferire negativamente con l'allattamento e favorire quelle che lo facilitano.^{2,7} A questo scopo, la madre va incoraggiata a rispondere ai primi segnali del neonato quando mostra di essere pronto ad attaccarsi al seno, senza avere fretta e forzarlo ad attaccarsi.¹



► **favorire il *rooming in* (passo 7 Bfhi/passso 4 Bfci)**

Questa pratica comporta benefici per il bambino, la madre e l'ospedale. Per le madri che hanno avuto taglio cesareo con anestesia generale il *rooming in* deve iniziare non appena sono sveglie e in grado di occuparsi del figlio.^{1,20} Le madri rispondono alle esigenze dei bambini più rapidamente, con minori segnali di pianto e di conseguenza ridotto dispendio di energia da parte dei bambini e minore tendenza della madre a propendere per l'alimentazione con latte artificiale. Inoltre le poppate frequenti riducono l'incidenza di iperbilirubinemia e di ittero, di infezioni del bambino (minor contatto con il personale sanitario e maggiore protezione immunologica grazie al latte materno e alla colonizzazione da parte della stessa flora batterica della madre) e di sindrome della morte improvvisa (SIDS).^{1,20} Il *rooming in* aumenta inoltre la sicurezza della madre sulle proprie capacità di gestire il neonato, anche dopo la dimissione.¹ Sono correlati al *rooming in* un migliore attaccamento materno, meno abuso da parte dei genitori e un minor abbandono.¹

In ospedale la condivisione del letto facilita l'allattamento, ma deve avvenire in un contesto di sicurezza con procedure rigorose (vigilanza degli operatori sul benessere della coppia madre-bambino e culla che si attacca al letto della madre). Gli operatori sia del punto nascita che dei servizi territoriali devono trasmettere informazioni sulle condizioni per la condivisione del letto a casa: evitare di addormentarsi sui divani o superfici troppo morbide, non addormentarsi con il bambino nel letto se fumatori o in caso di ridotte condizioni di vigilanza (droga, alcool, stanchezza, malattie, temperatura eccessiva, lattante prematuro o sottopeso)²⁰

► **incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta o guidato dal bambino (passo 8 Bfhi/passso 4 Bfci)**

Nei primi giorni un neonato tende a poppare a intervalli di 1-3 ore, ma le poppate possono essere anche più frequenti. Una volta che il latte è arrivato (lattogenesi II, "montata latte"), è usuale allattare 8-12 volte nelle 24 ore. Ci possono essere intervalli più lunghi di altri tra le poppate. La frequenza e la durata delle poppate devono essere determinate dai bisogni e dai segnali del bambino. Le poppate notturne sono importanti per assicurare un'adeguata stimolazione della produzione di latte e la sua assunzione da parte del bambino, e per sopprimere l'ovulazione. Durante i periodi di crescita rapida, un bambino può avere più fame del solito e può mangiare più spesso per alcuni giorni, per aumentare la produzione di latte. Alcuni bambini sono molto tranquilli e aspettano per essere allattati, o si riaddormentano se i loro segni di fame non sono notati. Ciò può provocare una sotto-alimentazione. Altri si svegliano rapidamente e diventano molto nervosi, se non allattati immediatamente. Bisogna aiutare le madri a riconoscere il temperamento del proprio bambino e a imparare il modo migliore per soddisfarne le esigenze (vedi anche "segnali e pianto"). Nei primi mesi, la maggioranza dei bambini allattati esclusivamente al seno poppa almeno 8-12 volte nelle 24 ore, comprese le poppate notturne. Nei mesi successivi l'allattamento sarà guidato dai bisogni dei bambini e in relazione al loro sviluppo psico-motorio

► **non usare ciucci, tettarelle e biberon (passo 9 Bfhi/passso 4 Bfci)**

Tettarelle artificiali e ciucci possono essere causa di difficoltà per un bambino allattato al seno. Infatti, dopo aver usato una tettarella artificiale, il bambino potrebbe preferire la tettarella artificiale e avere difficoltà con l'attacco al seno perché si tratta di due diversi modi di usare la bocca. I ciucci sono spesso utilizzati per calmare i bambini irrequieti, ma questo può essere il segnale di una poppata inefficace o insufficiente, mascherando problemi di allattamento^{1,20}



► **creare ambienti accoglienti per l'allattamento al seno (passo 6 Bfci)**

È molto importante che la madre si senta accolta, quindi vanno sostenute tutte le iniziative che favoriscono l'allattamento delle madri anche negli spazi pubblici, compresi quelli commerciali (Unicef Italia *Baby pit stop* Milano). Per primi i servizi sanitari devono saper accogliere le mamme che allattano i propri bambini, ma anche i nidi e gli ambienti di lavoro dovrebbero allestire ambienti confortevoli, in cui la madre possa estrarre il latte, se lo desidera, o allattare il suo bambino, se possibile

► **sostegno nella comunità dopo la dimissione ospedaliera (passo 10 Bfhi/passso 7 Bfci)**

I servizi territoriali, al primo incontro individuale con ogni madre, dovrebbero effettuare una valutazione dell'allattamento che dovrebbe portare allo sviluppo di un piano di assistenza personalizzato e comprendere una discussione sulle questioni utili per allattare con successo, specie in caso di problemi, al momento della ripresa del lavoro o di inserimento del bambino al nido. Consulta la *check list* postnatale.^{1,20}

La durata dell'allattamento materno: tra raccomandazioni e rispetto dei tempi dei bambini

Per raggiungere accrescimento, sviluppo e salute ottimali, è raccomandato che i bambini siano allattati esclusivamente al seno per i primi 6 mesi di vita (6 mesi compiuti, pari a 26 settimane ovvero 180 giorni di vita dalla nascita). Allattamento al seno esclusivo significa quindi che il bambino non riceve altre bevande o alimenti al di fuori del latte materno, fatta eccezione, quando necessario, di vitamine e sali minerali (eventuale soluzione orale reidratante) e farmaci.¹ Successivamente, per rispondere al cambiamento delle esigenze nutrizionali, in particolare ridotto apporto di ferro e alcuni micronutrienti, i bambini devono ricevere un'alimentazione complementare adeguata e sicura. La prosecuzione dell'allattamento al seno mantiene la sua importanza anche dopo i 6 mesi (il latte materno può fornire da un terzo a metà delle calorie necessarie per un bambino di 12 mesi) e può continuare fino ai 2 anni di vita e oltre, se mamma e bambino lo desiderano.¹

Queste indicazioni sono condivise da Oms, Unicef, Unione Europea, ministero della Salute italiano. Sono inoltre recepite da numerose società scientifiche nazionali e internazionali. Altre associazioni, come il Comitato sulla nutrizione dell'Espghan (Società europea di gastroenterologia, epatologia e nutrizione pediatrica) si sono discostate da questa posizione, esprimendosi a favore dell'introduzione di alimenti complementari a partire dalla 17^a settimana di vita del bambino.²⁰ La forza delle prove a favore di queste indicazioni è stata confutata.²¹

Bisogna tenere conto però della grande variabilità individuale, per cui i 6 mesi rappresentano un riferimento temporale da adattare al singolo caso: se è vero che alcuni bambini possono aver bisogno di altri alimenti prima, è ancora più vero che altri (probabilmente la maggioranza) possono essere più che soddisfatti dal latte materno anche dopo i 6 mesi. Quindi la raccomandazione più realistica e coerente con i dati della letteratura e della pratica clinica è di affrontare caso per caso la scelta, tenendo conto del fatto che, come altre tappe dello sviluppo, l'essere pronti per l'alimentazione complementare si realizza in un intervallo di tempo ragionevolmente situato attorno alla fine del 6° mese di vita del bambino. Con questo approccio, diventa importante il ruolo dei genitori nel riconoscere i segnali che il loro bambino è pronto.²²

A queste esigenze nutrizionali, si associa la necessità di familiarizzare il bambino con nuovi cibi, di sapore e consistenze diversi, per l'iniziazione a corrette abitudini alimentari. Il bambino è in genere incuriosito da ciò che mangiano i genitori. Le evidenze scientifiche attuali non giustificano indicazioni restrittive. Non ci sono alimenti controindicati, né ci sono motivi per ritardare o evitare l'introduzione dei cibi considerati allergenici. Peraltro è bene introdurre il latte di mucca dopo i 12 mesi, eventualmente iniziando prima in piccola quantità per la cottura degli alimenti. Vanno evitati tè, infusi e tisane a base di erbe per la presenza di sostanze, come i tannini, in grado di limitare l'assorbimento del



ferro. Poiché i bambini sono meno efficienti nell'eliminare un eccesso, ma anche per non abituare il palato a cibi eccessivamente sapidi, l'assunzione di sale deve essere moderata.³

I cibi di produzione industriale per l'infanzia non offrono vantaggi nutrizionali sui cibi familiari ben preparati. A parte la comodità in alcune situazioni particolari (viaggi) contengono in genere elevate quantità di zuccheri semplici e di sale, di grassi di origine a volte non dichiarata e danno un apporto calorico più elevato dello stesso prodotto fatto in casa.²³

È dimostrato che i bambini che sono alimentati al seno e che successivamente seguono l'approccio dell'alimentazione complementare guidata dal bambino (consigliamo la visione del video "L'alimentazione guidata dal bambino")²⁴ esprimono una maggiore capacità di andare verso i cibi salutari e una maggiore capacità di autoregolazione rispetto alla quantità di cibo.^{25,26}



BIBLIOGRAFIA

1. Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.
http://www.unicef.it/Allegati/Corso_20_Ore_7ott10.pdf
2. Gannon L. Breastfeeding: an update. BMJ learning.
http://learning.bmj.com/learning/module-intro/breast-feeding.html?locale=en_GB&moduleId=5003232.
3. Riordan J, Wambach K. Breastfeeding and human lactation, 4th ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2010.
4. Iowa Lactation Task Force. Breastfeeding promotion and support guidelines for healthy full term infants. Iowa Lactation Task Force 2001.
http://www.idph.state.ia.us/wic/common/pdf/breastfeeding_guidelines.pdf
5. DeChateau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. Acta Paediatr 1977;66:145-51.
6. Hodinott P, Tappin D, Wright C. Breast feeding. Br Med J 2008;336:881-7.
7. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk Pediatrics 2012;129:e827-41.
8. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, 2003.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>
Versione italiana:
http://www.unicef.it/Allegati/Strategia_globale_alimentazione_neonati_bambini.pdf
9. World Health Organization. Combined course on growth assessment and IYCF counselling. 2012.
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241504812/en/index.html>
10. Fernandez L, Langa S, et al. The human milk microbiota: origin and potential roles in health and disease. Pharmacol Res 2013;69:1-10.
11. Commissione Europea Salute Pubblica e Valutazione del Rischio IRCCS Burlo Garofolo Trieste, Protezione, Ricerca sui Servizi Sanitari, Epidemiologia e Salute Internazionale Centro Collaboratore dell'Oms per la Salute Materno Infantile. Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa: un programma d'azione, 2008.
<http://www2.burlo.trieste.it/documenti/newblueprintit.pdf>
12. Ospedali Amici dei Bambini, 10 passi per l'allattamento al seno
<http://www.unicef.it/doc/150/dieci-passi-per-allattamento-al-seno.htm>
13. Cattaneo A. Significato della Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) per la promozione dell'allattamento al seno: le prove d'efficacia, VR 3-4.10.2002 In Speri L. "L'ospedale Amico dei Bambini". Masson, Milano 2004.
14. Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno.
http://www.unicef.it/Allegati/Codice_sostituti_latte_materno_1.pdf
15. Nelson AM. A metasynthesis of qualitative breastfeeding studies. J Midwifery Womens Health 2006; 51:e13-20.
16. Larsen JS, Hall EO, Aagaard H. Shattered expectations: when mothers' confidence in breastfeeding is undermined – a metasynthesis. Scand J Caring Sci 2008;22:653-61.
17. Nelson AM. A meta-synthesis related to infant feeding decision making. MCN Am J Matern Child Nurs 2012;37:247-52.
18. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva, 1996.
<https://apps.who.int/rht/documents/MSM96-24/msm9624.htm>
19. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltrusko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. Acta Paediatr 2002;91:1301-6.



20. Ospedali&Comunità Amici dei Bambini, uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. Guida all'applicazione dei Passi.
http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_Passi_16mag12.pdf
21. Cattaneo A, Williams C, et al. ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence? *Maternal and Child Nutrition* 2011;7:335-43.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1740-8709.2011.00363.x/pdf>
22. Agostoni C, Decsi T, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2008;46:99-110.
23. Società italiana di neonatologia. Linee guida per la costituzione e l'organizzazione di una banca del latte umano donato. Società italiana di neonatologia, 2007.
<http://www.aiblud.org/file/BLUD.PDF>
24. L'alimentazione guidata dal bambino. Video tratto da From bump to Breastfeeding di Best Beginnings
www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Resources/AudioVideo/Baby-led-feeding/
25. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open* 2012;2:e000298.
26. Taberas EM; Scanlon KS, et al. Association of breastfeeding with maternal control of infant feeding at age 1 year. *Pediatrics* 2004;114:e577-83.



2. PERCHÉ È IMPORTANTE OSSERVARE UNA POPPATA

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine di questo capitolo i partecipanti saranno in grado di:

- ▶ Descrivere i segni di un attacco corretto al seno e le principali posizioni in allattamento nei primi giorni di vita e nei mesi successivi
- ▶ Osservare una poppata
- ▶ Valutare la crescita di un bambino allattato al seno

IN SINTESI

Il neonato deve essere attaccato correttamente al seno fin dall'inizio dell'allattamento ed è fondamentale da parte della madre capire e da parte dell'operatore osservare se la poppata sia efficace, a garanzia del successo dell'allattamento stesso e dell'accrescimento del lattante. Le modalità di allattamento variano ovviamente a seconda dell'età del bambino. La madre deve essere informata di come valutare l'andamento dell'allattamento. L'Oms ha elaborato curve di crescita di bambini allattati al seno, che rappresentano il *gold standard* per la valutazione della crescita di tutti i bambini.

Attacco e posizione nei primi giorni di vita e nei mesi successivi

All'inizio, l'allattamento è guidato dall'istinto del bambino, poi di giorno in giorno diventerà un comportamento acquisito anche da parte della madre. Nelle prime ore di vita il neonato è particolarmente tranquillo e recettivo e dovrebbe rimanere insieme alla madre in modo ininterrotto per almeno due ore o finché la madre lo desidera. Non tutti i neonati si comportano allo stesso modo: alcuni cercano con il proprio istinto il seno della madre e riescono a raggiungerlo facilmente, mentre altri impiegano anche un'ora per arrivare al capezzolo alternando movimenti e pause. Alla fine della sua ricerca il neonato trova il seno, prende in bocca il capezzolo e una buona porzione del seno e succhia staccandosi da solo alla fine della poppata (consigliamo la visione del video "Accoglienza del neonato").¹⁻³ Dopo circa due ore dalla nascita la maggior parte dei neonati cade in un sonno profondo.

Madre e neonato spesso conseguono spontaneamente una corretta posizione e un buon attacco da soli. Se ciò non avviene, gli operatori sanitari devono fornire assistenza nel mostrare come attaccare il bambino al seno in questi primi tentativi, anche con l'ausilio di bamboletto o di mammella di pezza (vedi la scheda sul modello di mammella),¹ e mettendo in gioco le risorse della madre e del bambino, con una modalità di comunicazione empatica e non giudicante (vedi anche il capitolo sulla comunicazione).^{1,4,5}



Per attaccare il suo bambino al seno, la mamma deve verificare che abbia la pancia a contatto con il suo corpo, che l'orecchio, la spalla e il bacino siano in asse, che il naso del bambino sia di fronte al capezzolo. La mamma deve aspettare che la bocca del bambino sia ben aperta per permettergli di prendere in bocca una buona porzione di seno oltre al capezzolo e muovere il bambino verso la mammella (e non viceversa). Queste indicazioni valgono per i neonati e nelle prime settimane di avvio dell'allattamento. Successivamente, i bambini diventano esperti nel poppare al seno e, in genere, gestiscono efficacemente l'attacco e la posizione insieme alla madre.

Quando il bambino si attacca al seno, si attivano riflessi neurormonali che stimolano la produzione di latte (prolattina) e la sua emissione (ossitocina).

È molto importante capire se il bambino è attaccato bene al seno della madre (**Figura 4**). Il bambino è attaccato correttamente se:^{1,5}

- ▶ la bocca è ben aperta e le labbra sono estroflesse
- ▶ il bambino ha in bocca oltre al capezzolo anche buona parte dell'areola (si deve vedere più areola libera sopra la bocca del bambino che sotto)
- ▶ il mento del bambino è a contatto con la mammella.

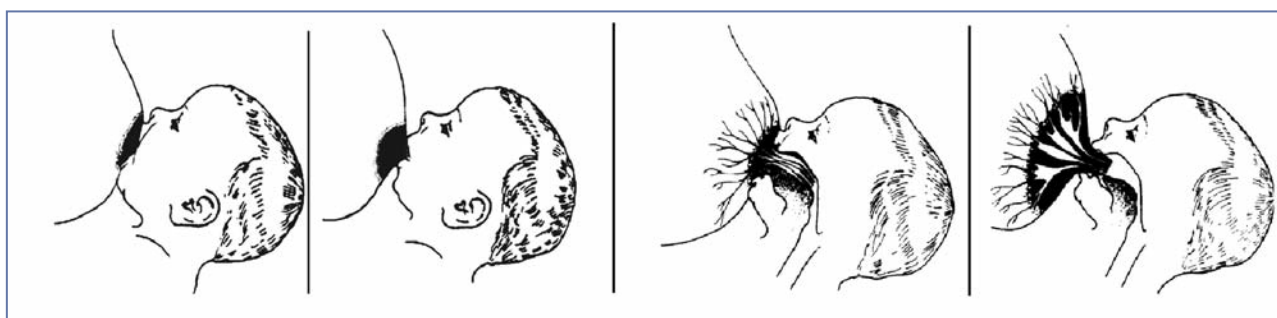


Figura 4. I segni di un attacco al seno corretto o non corretto (visione esterna e in sezione interna) ^{1,4}

Se l'attacco è corretto, la mamma non prova dolore (anche se nei primi giorni potrebbe avere un po' di fastidio subito dopo l'attacco).

Per quanto riguarda la suzione, quando il seno tocca le sue labbra (o quando sente l'odore del latte), il bambino sposta la testa leggermente all'indietro, apre bene la bocca e posiziona la lingua in basso e in avanti per cercare il seno (**riflesso di orientamento**). Quando il bambino si trova sufficientemente vicino al seno e ne ha preso una porzione abbastanza grande, il capezzolo arriva a toccare il palato molle stimolando il **riflesso di suzione** (**Figura 5**). A questo punto i muscoli della lingua si contraggono in un'onda interna alla bocca e diretta da davanti a dietro e si crea un vuoto all'interno della bocca, che spreme il latte dai dotti sotto l'areola verso la bocca del bambino.^{1,5}



Figura 5. I segni di un attacco al seno corretto o non corretto (visione esterna e in sezione interna) ¹



Il bambino deglutisce quando la parte posteriore della bocca si riempie di latte (**riflesso di deglutizione**). I riflessi di orientamento, suzione e deglutizione sono innati in un bambino sano a termine, mentre possono non essere così presenti in caso di bambini prematuri, malati o se la madre ha avuto un parto medicalizzato.

Sono segni che il bambino sta succhiando in maniera efficace:^{1,5}

- ▶ una suzione lenta e profonda, a volte con una breve pausa
- ▶ una deglutizione visibile e udibile, in assenza di altri rumori
- ▶ guance piene e arrotondate, non infossate
- ▶ fine spontanea della poppata da parte del bambino, che lascia il seno da solo e sembra soddisfatto.

Sono segni che il bambino non sta succhiando in maniera efficace:^{1,5}

- ▶ suzioni rapide
- ▶ suzioni accompagnate da rumori di scatto o schiocco
- ▶ guance infossate
- ▶ il bambino è agitato, sembra irrequieto, si stacca e riattacca in continuazione
- ▶ una richiesta frequente di allattamento (intervalli inferiori a un'ora, ogni giorno)
- ▶ una suzione prolungata (più di un'ora a ogni poppata), con l'eccezione dei bambini di basso peso alla nascita
- ▶ il bambino non sembra soddisfatto alla fine della poppata.

Durante la poppata, la madre non deve avvertire dolore, ma piuttosto un senso di rilassamento fino alla sonnolenza, sete, sgocciolamento e formicolio dal seno opposto (per effetto del riflesso ossitocinico). Quando esce dalla bocca del bambino il capezzolo dovrebbe essere allungato ma non schiacciato o abraso.^{1,5}

Se la donna avverte dolore è opportuno staccare il bambino dal seno inserendo delicatamente un dito nella bocca del neonato e riposizionarlo.

Uno strumento che può guidare l'operatore a prendere in considerazione tutti gli elementi per l'osservazione e la valutazione della poppata è la scheda di osservazione della poppata.^{1,5}

Il neonato dovrebbe essere allattato al seno liberamente, senza orari fissi e frequentemente. Una frequenza di 8-12 poppate al giorno è da ritenersi nella norma, così come un ritmo irregolare delle poppate (per esempio 2-3 poppate a intervallo di un'ora l'una dall'altra, quindi concentrate nell'arco di un paio d'ore, dette anche *cluster feeds*).^{1,4,5} La durata del pasto è molto variabile, in rapporto alla velocità di flusso del latte e al comportamento del neonato: quando il bambino è sazio si stacca da solo.

Le posizioni per allattare

Per una buona riuscita dell'allattamento, particolarmente nei primi giorni dopo il parto, la mamma deve assumere una posizione confortevole che sostenga la schiena e tenere i piedi, appoggiati al pavimento o su un rialzo, in modo che le gambe siano rilassate e tenere il bambino (posto eventualmente su un cuscino) con la mano che sorregge le spalle e la mammella, se necessario, con la mano libera messa a piatto a formare una C.

In generale, il bambino deve avere il corpo rivolto e stretto alla madre, deve essere comodo e avere testa, bacino e spalle in asse. Il naso deve essere di fronte al capezzolo. Non esiste una posizione da preferire perché quella migliore varia da mamma a neonato, anzi secondo la coppia mamma-neona-



to.^{1,4-6} Recenti studi hanno infatti dimostrato che permettere alla madre di assumere una posizione rilassata e semireclinata (**Figura 6**), le consente di esprimere meglio le abilità istintive e di stimolare meglio i riflessi antigravitari del bambino, con la conseguenza di avere meno problemi con l'attacco e allattamento. Questo approccio, denominato **biological nurturing**, dimostra che l'allattamento è una pratica innata per mamma e bambino e quindi l'indicazione alle varie posizioni in allattamento non può essere una prescrizione rigida.^{7,8}



Figura 6. Le posizioni per l'allattamento al seno secondo l'approccio del biological nurturing ^{7,8}

Per la mamma sono descritte le seguenti posizioni di allattamento (**Figura 7**):^{1,4-6}

- ▶ **posizione sdraiata (Figura 7a)** o di lato aiuta la madre a riposare, è quindi raccomandata nel primo periodo dopo il parto, soprattutto alle donne che hanno avuto un parto cesareo. Mamma e bambino devono essere sdraiati su un fianco il corpo del bambino rivolto verso quello della mamma, il bambino deve avere il naso a livello del capezzolo della madre e non deve piegare il collo per raggiungere il seno
- ▶ **posizione a culla (Figura 7b)**, la più classica, è quella in cui la mamma è seduta e ha in braccio il bambino. La pancia del bambino è a contatto con il corpo della mamma, il bambino è appoggiato al braccio della mamma ed è ben sostenuto. La mamma deve tenere sollevato il braccio dal lato del seno che viene offerto al bambino. Il braccio del bambino che sta in basso è infilato attorno al fianco della madre, non tra il petto del bambino e la madre. Fare attenzione che la testa del bambino non sia nella piega del gomito della madre, altrimenti il seno viene stirato di lato per arrivare al bambino e questo gli rende difficile rimanere attaccato
- ▶ **posizione incrociata (Figura 7c)**, è utile per neonati piccoli o ammalati e può essere utile per apprendere ad allattare. La madre, infatti, ha un buon controllo della testa e del corpo del neonato. Fare attenzione che la testa del bambino non sia afferrata troppo stretta impedendone il movimento
- ▶ **posizione rugby (Figura 7d)**, è utile quando la mammella è molto piena di latte per drenarne tutte le regioni o nel caso si allattino 2 gemelli. Dà alla madre una buona visione dell'attacco. La donna tiene il bambino con il braccio corrispondente al seno che offre. È utile mettere un cuscino al fianco della mamma e appoggiarvi sopra il bambino con il corpo sotto al braccio della mamma. Con la mano sostiene la testa del bambino e la avvicina alla mammella. Fare attenzione che il bambino non pieghi il collo, forzando il mento in basso verso il torace.

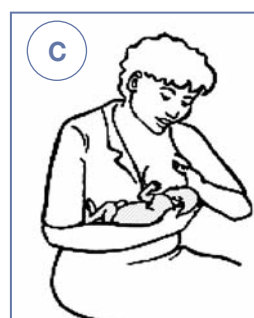
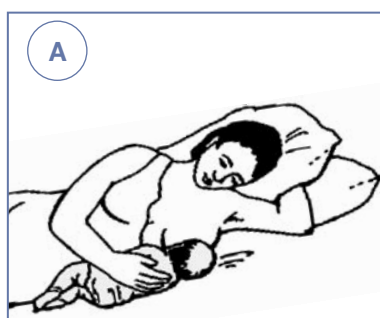


Figura 7. Le posizioni per l'allattamento al seno ¹



Come valutare la crescita del bambino allattato al seno

I segni affidabili di un'adeguata produzione e assunzione di latte sono l'emissione di urine e feci e un bambino vivace e che cresce bene. Se l'allattamento procede bene, il bambino deve bagnare 5 o 6 pannolini al giorno con urina chiara e diluita. Per quanto riguarda le feci, è normale il passaggio dal meconio alle feci il quarto giorno di vita, e l'emissione di feci molto liquide e giallastre (3-8 scariche al giorno per tutto il primo mese, poi in media almeno una scarica ogni 3-4 giorni).⁹

L'aumento di peso è un segno affidabile, se è disponibile una bilancia accurata e si possono ripetere regolarmente i pesi con la stessa bilancia. I neonati possono perdere il 7-10% del loro peso alla nascita nei primi giorni, ma devono riguadagnare quanto perso in 2-3 settimane. Se le madri iniziano ad allattare in maniera esclusiva subito dopo la nascita, con poppate frequenti ed efficaci, possono perdere pochissimo peso. Data la variabilità dell'assunzione di latte materno da poppata a poppata, l'utilizzo della doppia pesata prima e dopo i pasti non è consigliata perché non dà indicazioni affidabili e utili, ed è fonte di preoccupazione per le madri, può minare la confidenza materna nella propria capacità di allattare al seno e insinua la tentazione di offrire delle aggiunte.^{1,5}

Indicativamente, un lattante raddoppia intorno al quarto-sesto mese il proprio peso corporeo alla nascita e lo triplica all'anno. I bambini nutriti subito dopo la nascita esclusivamente con latte materno, rispetto a quelli nutriti con latte artificiale, guadagnano più rapidamente peso nei primi 3-4 mesi, poi l'andamento si fa relativamente più lento.^{1,4,10}

Per valutare la crescita di tutti i bambini, sia quelli allattati al seno sia quelli alimentati con formula, sono disponibili gli standard dell'Oms, elaborati raccogliendo le misure di crescita per i bambini allattati al seno fino a 4-6 mesi (Figura 8).¹¹⁻¹³ Le curve dell'Oms costituiscono il riferimento fisiologico e ottimale per l'accrescimento e correggono le precedenti curve di crescita in gran parte basate su campioni di bambini nutriti con latte artificiale [rimando modulo I, i benefici].¹⁴

Resta il fatto che se le curve di crescita non vengono interpretate in modo adeguato, si rischia di dare alla madre informazioni non corrette e questo può comportare inutili preoccupazioni e perdita di fiducia nelle proprie capacità.

Le curve di crescita elaborate dall'Organizzazione mondiale della sanità e il software gratuito sono scaricabili dal sito www.who.int/childgrowth/en/.¹¹

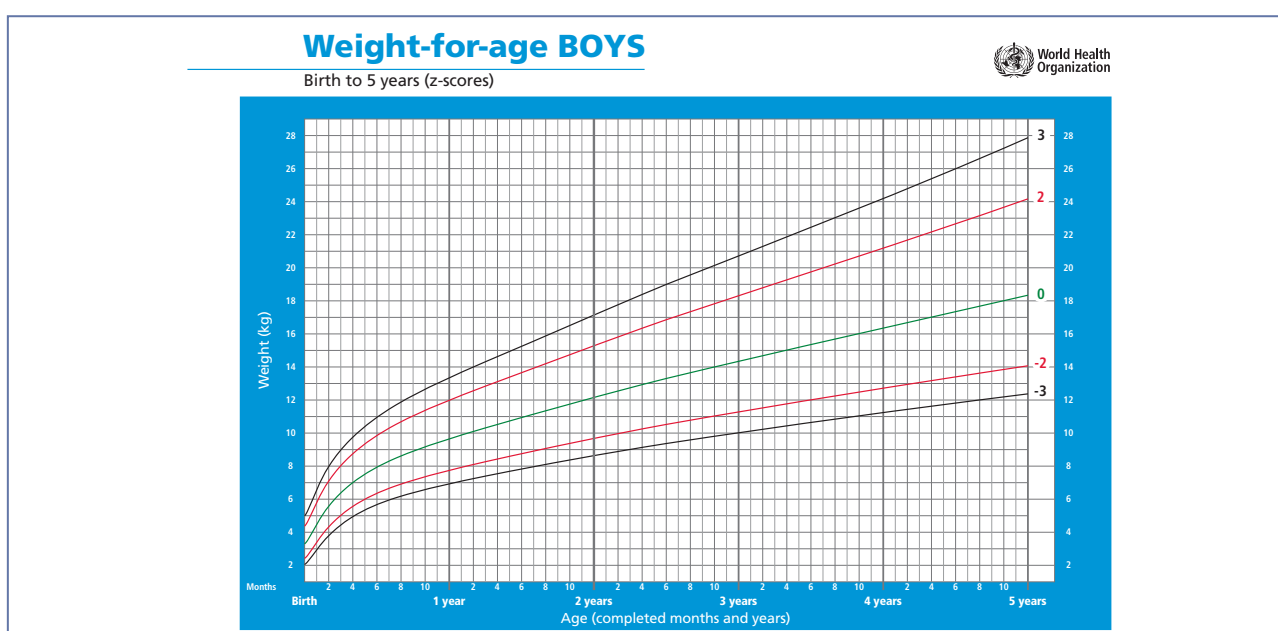


Figura 8. Le curve di crescita Oms (maschi) ¹¹

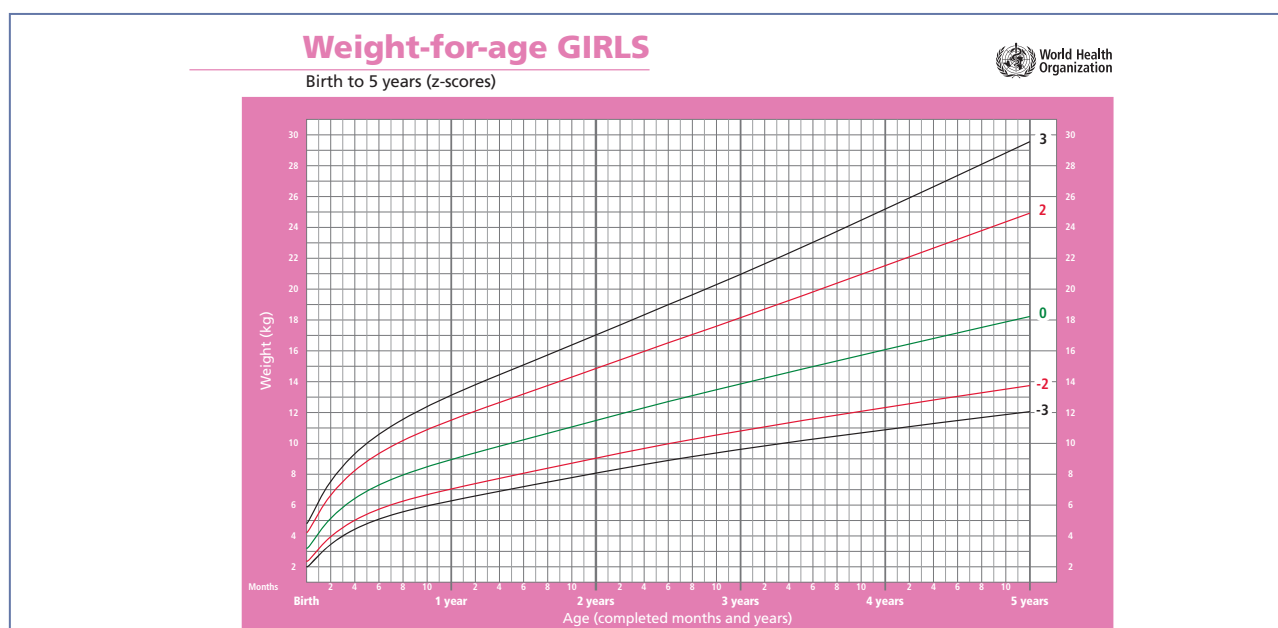


Figura 8. Le curve di crescita Oms (femmine) ¹¹

Il mancato aumento di peso in un bambino va valutato con attenzione. È importante distinguere il bambino che mangia poco o mostra segni di malattia e il bambino che sembra desideroso di poppare e non mostra segni di malattia, ma ha uno scarso aumento di peso (da rivedere la gestione dell'allattamento e aiutare la madre).^{1,5} Sia agli operatori sanitari sia ai genitori va detto che per decidere un'integrazione di latte artificiale non è importante il percentile di peso in cui si colloca il bambino, ma la diminuzione della velocità di crescita verificata con almeno tre pesate a intervalli appropriati. In ogni caso la decisione non va mai presa valutando solamente la curva di crescita, ma bisogna considerare anche le condizioni generali di salute del bambino.



BIBLIOGRAFIA

1. Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.
http://www.unicef.it/Allegati/Corso_20_Ore_7ott10.pdf
2. Oms/Unicef. L'accoglienza del neonato.
http://youtu.be/kS_R8XVom4E
3. Oms/Unicef. Iniziare l'allattamento al seno con il *breast crawl*.
<http://www.youtube.com/watch?v=X0J2GQmUkf4>
4. Gannon L. Breastfeeding: an update. BMJ learning.
http://learning.bmj.com/learning/module-intro/breast-feeding.html?locale=en_GB&moduleId=5003232
5. Oms/Unicef. Allattamento al Seno: Corso pratico di counselling.
<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/Oms.asp>
http://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf
Versione inglese più recente:
Infant and young child Feeding Counselling. An Integrated Course
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241594745/en/index.html
http://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf
6. Hoddinott P, Tappin D, Wright C. Breast feeding. Br Med J 2008;336;881-7
7. Colson SD, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. Early Hum Dev 2008;84:441-9.
8. La Leche League. Biological Nurturing Or Laid Back Breastfeeding.
<http://www.llli.org/btissue5pg04>
9. Wilson-Clay B, Hoover K. Breastfeeding materials. Diapers of the breastfed baby.
<http://www.breastfeedingmaterials.com/view-breastfed-baby-stool>
10. Horta BL et al. Evidence of the long-term effects of breastfeeding Geneva WHO 2007.
11. The WHO Child Growth Standards WHO 2006.
<http://www.who.int/childgrowth/en/>
12. Dewey K. Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant. Pediatr Clin North Am 2001;48:87-104.
13. Acta Paediatrica 2006 (suppl S450);95:5-101. Numero dedicato allo studio multicentrico per gli standard di crescita infantile (WHO Multicentre Growth Reference Study Group).
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.2006.95.issue-S450/issuetoc>
14. Cattaneo A. Le nuove curve di crescita dell'Oms: una riflessione.
http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/curve_crescita.asp



3. LA COMUNICAZIONE SULL'ALLATTAMENTO AL SENO

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine di questo capitolo i partecipanti saranno in grado di:

- ▶ Descrivere l'importanza delle competenze di base del counselling in allattamento
- ▶ Individuare alcuni messaggi chiave per il sostegno competente della donna che allatta

IN SINTESI

Le abilità di counselling rappresentano lo strumento ideale per il sostegno dell'allattamento al seno. La donna ha tutte le competenze necessarie che devono essere promosse e valorizzate durante il percorso nascita con un ascolto empatico delle eventuali difficoltà e dei bisogni che possono emergere, sostenendo la fiducia nella possibilità di allattare, rafforzando il bagaglio informativo riguardo i comportamenti che possono facilitare l'allattamento e trovando le soluzioni più appropriate per superare gli ostacoli.

Le competenze di base del counselling per il sostegno all'allattamento

La relazione, condotta utilizzando le competenze di counselling non può essere improvvisata, ma pur mantenendo la freschezza e l'autenticità della relazione umana, deve prevedere una strutturazione secondo passaggi predefiniti e scelte comunicative ragionate in funzione di obiettivi specifici. Le abilità di counselling permettono all'operatore di condurre la relazione in modo attivo e professionale, focalizzando l'attenzione sul vissuto e sulle esigenze di "quella mamma in quel momento", considerando costantemente il suo punto di vista e la sua percezione. Lo scopo è facilitare la donna a riconoscere e far emergere le proprie risorse e a creare le condizioni relazionali e ambientali che contribuiscono al suo benessere. **L'approccio di counselling in allattamento è coerente con le strategie della comunicazione del Programma Guadagnare Salute** (vedi i due documenti per una comunicazione consapevole in ambito sanitario).^{1,2}

Le abilità di counselling in allattamento sono inoltre promosse in specifiche sezioni dei corsi Oms/Unicef per gli operatori a contatto con madri e bambini.³⁻⁵

Per sostenere la madre nella sua scelta di alimentazione del bambino e rinforzare le sue competenze e quelle del suo piccolo, è fondamentale che l'operatore sappia ascoltare attivamente e sappia utilizzare le strategie dell'informazione personalizzata. La pratica dell'ascolto permette ai professionisti di comprendere i bisogni e i desideri della madre, di porre attenzione alle implicazioni emotive che emergono nello scambio relazionale, di focalizzare eventuali "problemi o difficoltà emergenti", offrendo le informazioni in modo personalizzato e calato nel contesto quotidiano della mamma e del bambino, senza incorrere nel rischio di trasformare le raccomandazioni di salute in standard da perseguire a tutti i costi.

Anche dove l'allattamento materno è promosso attivamente, si segnalano difficoltà e ostacoli nella sua realizzazione. I principali problemi che le mamme riferiscono riguardano la percezione e il vissuto di contrapposizione tra il loro benessere e quello del bambino: la sensazione di colpa se l'allattamen-



to non si avvia subito nelle modalità attese; la rigidità di approccio dell'applicazione dei protocolli che non tengono conto delle situazioni reali; la scarsa attenzione degli operatori ai ritmi di vita e di lavoro della madre, di cui si tiene poco conto quando si parla di allattamento esclusivo.³⁻⁵ Il rischio degli operatori è quello di contrapporre una madre ideale, che riesce con l'allattamento e fa tutto per il bene del suo bambino, a una madre reale, con le sue difficoltà e le sue esigenze personali e familiari. A questo si associano le informazioni scorrette che ancora oggi vengono date alle madri e che rendono difficile l'avvio dell'allattamento, come la durata prestabilita delle poppate, la doppia pesata, l'allattamento a orari, lo svezzamento precoce già dal 4° mese e altre ancora, che sono patrimonio di una vecchia puericultura, ormai superata dalle nuove conoscenze sullo sviluppo del bambino.

Il rischio di indurre nella madre un senso di inadeguatezza e farla sentire sola, poco compresa, non è tanto legato ai contenuti quanto all'atteggiamento degli operatori sanitari e delle persone della propria rete di relazioni. Un atteggiamento prescrittivo, in cui si dice alla madre cosa fare anziché accompagnarla nel suo percorso induce più facilmente il senso di colpa e di non-competenza. Non si tratta di "prescrivere" alla madre l'allattamento esclusivo fino a 6 mesi quanto, piuttosto, di ascoltarla, chiederle come si sente e cosa pensa, quali sono i suoi bisogni, offrire informazioni sulle buone pratiche al momento opportuno e **aiutarla a valutare in quale modo i bisogni suoi e del bambino possano essere conciliati con successo e soddisfazione di entrambi.**

È utile fare più incontri con la mamma, individualmente o in gruppo, per affrontare gradualmente le diverse fasi della crescita del bambino, analizzando insieme a lei di volta in volta i punti di successo, le eventuali difficoltà, e le possibili opzioni che possono aiutarla a risolverle. Gli aspetti critici su cui il sostegno può essere più necessario sono: la gestione dell'allattamento notturno, la percezione di non avere latte a sufficienza, la stanchezza, il bisogno di recuperare i propri spazi di vita, il rientro al lavoro oltre ai problemi specifici di allattamento che si possono presentare. A queste difficoltà si aggiunge l'ingerenza di persone esterne alla coppia, spesso poco o male informate, soprattutto per le mamme che allattano oltre l'anno di età.

Prestare maggior attenzione ai diversi sistemi valoriali, attitudini ed emozioni all'interno delle famiglie può aiutare a riconciliare l'ideale con la realtà e di conseguenza a raggiungere gli obiettivi di durata e di esclusività a cui mirano le raccomandazioni internazionali in tema di allattamento materno, ma che devono essere, prima di tutto, ciò che la mamma, la coppia e il bambino desiderano.⁶ In questo, il supporto e il confronto con altre mamme è di grande utilità ed esistono **opportunità di incontro sia nei consultori familiari sia nei gruppi di auto-aiuto organizzati dalle stesse mamme**⁷.

I messaggi chiave per il counselling della donna che allatta: cosa, quando e come³⁻⁵

Le abilità di counselling in allattamento non sono mirate a: «dare consigli e informazioni generalizzate», ma a creare e mantenere una relazione basata sull'ascolto attivo e finalizzata alla promozione del senso di fiducia della madre nelle proprie capacità. Nel caso dell'allattamento al seno esclusivo, per esempio, l'intervento può essere orientato a evidenziare le risorse della donna e della rete che la circonda. Attraverso l'ascolto empatico l'operatore può aiutare la donna a individuare attivamente gli ostacoli, soprattutto nel momento immediatamente successivo al parto e al ritorno a casa, e le situazioni di maggiore difficoltà (nelle pratiche corrette dell'allattamento, scarsa produzione di latte reale o presunta, ripresa dei ritmi della vita e del lavoro). Inoltre ascoltando empaticamente l'operatore può aiutare la donna a esplorare il proprio vissuto e le proprie aspettative rispetto all'allattamento, a valutare l'influenza delle opinioni di persone significative nella rete familiare e sociale e degli stereotipi sociali sulla propria capacità di fare scelte autonome.



Per ascoltare, comprendere e creare una relazione accogliente, basata sulla fiducia, l'operatore deve avere a disposizione strumenti e competenze specifiche per essere in grado di:^{3,4}

- ▶ utilizzare in modo consapevole i canali della prassi comunicativa: comunicazione verbale, non verbale e paraverbale e quindi saper cogliere le caratteristiche delle proprie modalità comunicative e nello stesso tempo porre attenzione a quelle della mamma^{1,2}
- ▶ applicare il metodo del rispecchiamento empatico: saper porre domande aperte (capacità d'indagine), saper rimandare o restituire contenuti ascoltati (riformulazione) ed emozioni osservate (delucidazione) con un messaggio in prima persona
- ▶ essere empatico, comprendere come la madre si sente e restituire questa comprensione
- ▶ evitare di essere giudicante, usando espressioni o parole che esprimono una valutazione.

Una delle frasi più comuni che esprime un giudizio è la classica: «Signora, pensa di avere **abbastanza** latte?» può essere sostituita con una semplice domanda aperta come: «Signora, come va l'allattamento?».

Per dare sostegno e rafforzare il rapporto di fiducia, l'operatore può:

- ▶ accettare in modo non giudicante ciò che una madre pensa e sente (accettazione incondizionata)
- ▶ riconoscere, valorizzare e rinforzare i comportamenti che la madre riferisce come positivi per sé, per il proprio bambino e per il loro rapporto
- ▶ offrire un aiuto pratico, soprattutto durante la degenza in ospedale e alle mamme con bisogni speciali (vedi oltre)
- ▶ offrire informazioni rilevanti, chiare e significative per la mamma, con un linguaggio adeguato
- ▶ proporre possibili soluzioni e facilitare la mamma nella scelta di quella più adeguata in quel momento alle sue specifiche esigenze.

Nei materiali^{3,4} messi a punto da Oms e Unicef sono disponibili esempi pratici, esercitazioni, dimostrazioni sull'applicazione delle competenze di counselling a sostegno dell'allattamento. Resta il fatto che si tratta di competenze che richiedono formazione, tempo e pratica per essere interiorizzate dagli operatori sanitari e da coloro che si occupano di sostegno alla genitorialità, fino a diventare parte integrante della professionalità, insieme alle competenze tecnico-scientifiche, del ruolo svolto.

Anche il programma *GenitoriPiù* ha messo a punto una serie di raccomandazioni sull'uso delle abilità di counselling a favore dell'allattamento al seno nel percorso nascita.⁵

Per facilitare il passaggio da una visione teorica o lontana dell'allattamento della donna in attesa, all'esperienza diretta come comportamento, è necessario:^{3,4,5,8}

▶ in gravidanza

- esplorare le conoscenze della futura mamma e anche della famiglia, dal momento che le esperienze di familiari o amiche e le conseguenti informazioni esercitano maggiore influenza di quelle degli operatori
- introdurre e integrare in modo equilibrato le informazioni adeguate sui vantaggi, benefici e bellezza dell'allattamento al seno, evitando un eccessivo ottimismo o entusiasmo sugli aspetti positivi che tendono ad allontanare la donna che ha timori, dubbi, o esperienze negative
- costruire con la mamma una mappa degli obiettivi desiderati, degli ostacoli immaginati e delle risorse utilizzabili, senza svalutare alcuna delle difficoltà evocate
- aiutare la mamma a costruire un'immagine realistica e concreta dell'allattamento al seno, eventualmente colmando carenze informative teoriche o pratiche

**► al momento del parto**

- dare attenzione alla mamma e non solo al bambino e considerare che la coppia mamma-bambino si crea in quel momento. Ciò significa parlare con la madre, ascoltarla, capire cosa pensa e prova, senza eccedere nel linguaggio verbale, evitando consigli ed enfasi e rispettando i tempi della mamma

► nei primi giorni dopo il parto

dare tutte le indicazioni e le informazioni utilizzando le strategie dell'informazione personalizzata. In particolare:

- predisporre all'attenzione e all'ascolto attivo
- valutare il bisogno di informazioni
- chiarire cosa la mamma sa già e desidera sapere
- non dare troppe informazioni alla volta
- facilitare l'esplicitazione di dubbi e domande e rispondere a una domanda per volta
- porre attenzione alle emozioni
- valutare le implicazioni relative a quanto è stato detto
- riassumere e verificare quanto e cosa la mamma ha compreso
- separare gli aspetti specificamente informativi dalle indicazioni di comportamento
- usare un linguaggio chiaro e comprensibile
- completare sempre ogni informazione e ogni indicazione di comportamento con l'incoraggiamento e la verifica della comprensione dei messaggi e delle difficoltà rilevate
- rispettare i tempi della mamma
- tenere conto di bisogni, cultura, schemi cognitivi, stato emozionale, difese, stili di *coping* della mamma
- evitare ogni atteggiamento colpevolizzante

► nel sostegno alla mamma dopo il ritorno a casa:

- individuare eventuali ostacoli all'allattamento materno esclusivo nelle dinamiche familiari e gli strumenti a disposizione della mamma e della famiglia per superare questi ostacoli
- capire quali comportamenti, modalità, azioni non adeguatamente apprese richiedono un ulteriore intervento educativo
- proporre azioni per accrescere la motivazione a proseguire l'allattamento e superare gli ostacoli
- dare indicazione di aiuti concreti disponibili sul territorio (gruppi di mamme e opportunità di supporto per il rientro al lavoro o l'inserimento del bambino al nido).

È fondamentale che quando si parla o si scrive di allattamento, latte materno o alimentazione infantile, si fornisca un'informazione chiara, indipendente dal *marketing*, fondata sulla realtà e sulla fisiologia, rispettosa dei sentimenti sia delle mamme che allattano sia di quelle che non allattano. Un messaggio che non sia veicolo di pregiudizi culturali, ma al contrario contribuisca a cambiare positivamente la cultura dell'allattamento e che abbia un'utilità concreta a sostegno delle mamme e dei bambini.⁹

In particolare, quando si parla di latte materno bisogna parlarne come dell'alimentazione normale dei bambini, evitando di fare paragoni con il latte artificiale, in modo da non incappare involontariamente in una pubblicità comparativa del latte artificiale.¹⁰ La comunicazione sull'allattamento al seno deve essere quindi rispettosa del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno¹¹ che, come già detto, garantisce un'alimentazione sicura e adeguata dei bambini, riducendo l'esposizione degli operatori sanitari e delle madri alla disinformazione, assicurando che i sostituti del latte materno siano usati in maniera appropriata solo quando sono necessari.



In particolare, di fronte a una richiesta di informazioni sull'alimentazione artificiale da parte della donna, bisogna parlarle delle differenze tra il latte materno e il latte formulato, del costo del latte artificiale e della necessità di imparare come prepararlo in maniera sicura. In una sessione prenatale di gruppo non si deve insegnare la preparazione del latte artificiale: mostrare le pratiche dell'alimentazione artificiale come parte integrante dell'educazione prenatale darebbe alle donne l'impressione sbagliata, che ci si aspetta, cioè, che preparino il latte artificiale per il loro bambino e questo può influenzare alcune donne. Se la donna non intende allattare, va fatto un colloquio individuale per trovare una soluzione adeguata alla sua scelta.



BIBLIOGRAFIA

1. Guadagnare Salute. Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. [dicembre 2011].
http://learn.snlg.it/file.php/1/Counselling_GS_corretto20feb.pdf
2. Guadagnare Salute. Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore nella relazione professionale. [giugno 2012].
http://learn.snlg.it/file.php/1/Le_competenze_di_counselling_2_GS_Fad.pdf
3. Oms/Unicef Infant and young child Feeding Counselling. An Integrated Course
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241594745/en/index.html
http://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf
4. Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.
http://www.unicef.it/Allegati/Corso_20_Ore_7ott10.pdf
5. Quadrino S. Il counselling in più. In: GenitoriPiù, prendiamoci cura della loro vita. Materiale informativo per gli operatori. Sette azioni per la vita del bambino Allattarlo al seno, 2009.
<http://www.genitoripiu.it/pages/14>
6. Hoddinott P, Craig LCA, et al. A serial qualitative interview study of infant feeding experiences: idealism meets realism. BMJ Open 2012; 2 :e000504.doi:10.1136/bmjopen-2011-000504)
7. Il sostegno tra pari per l'alimentazione infantile: le prove di efficacia a sostegno di una pratica antica
www.epicentro.iss.it/temi/materno/SostegnoPari.asp
8. Schmied V, Beake S, et al. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. Birth 2011;38:49-60
9. Unicef Italia. Settimana mondiale dell'allattamento 2011. Allattamento: bada a parli e a come scrivi: perché quello che dici e scrivi fa cultura.
<http://www.unicef.it/Allegati/ALLATTAMENTO%20-%20Bada%20a%20come%20parli%20e%20a%20come%20scrivi%20perch%C3%A9%20ci%20B2%20che%20dici%20fa%20cultura.pdf>
10. Wiessinger D. Watch your language! The Language of Breastfeeding. J Hum Lactat 1996;12(1)
<http://www.bobrow.net/kimberly/birth/BFLanguage.html>
11. Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno.
http://www.unicef.it/Allegati/Codice_sostituti_latte_materno_1.pdf



4. COME AIUTARE LA MAMMA A MANTENERE E AUMENTARE LA PRODUZIONE DI LATTE

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine di questo capitolo i partecipanti saranno in grado di:

- ▶ Descrivere le principali cause di bassa produzione e bassa introduzione di latte
- ▶ Elencare i bisogni speciali di alcune mamme e bambini
- ▶ Descrivere la tecnica di spremitura manuale e quando usare il mastosuttore
- ▶ Descrivere come somministrare il latte materno spremuto

IN SINTESI

Le donne che allattano hanno spesso la preoccupazione che la propria produzione di latte sia insufficiente. Nella maggior parte dei casi si tratta di bassa introduzione di latte da parte del bambino dovuto a poppate poco frequenti o non efficaci: la madre va quindi rassicurata sulla possibilità di allattare con successo. La madre deve essere informata su come spremersi il latte in caso di separazione dal bambino e deve sapere come somministrare il latte materno spremuto con modalità che non interferiscono con la suzione al seno.

I segnali di fame del bambino: imparare a riconoscerli

La madre va aiutata ad apprendere la posizione e l'attacco del bambino ed è importante chiederle come si sente mentre allatta. La situazione va gestita senza fretta e in un ambiente tranquillo.^{1,2} Quando si sta aiutando una madre bisogna osservare sempre come allatta prima di offrire aiuto, darlo solo se è in difficoltà, lasciare che la madre faccia da sola per quanto possibile, ma anche assicurarsi che capisca in modo che possa fare da sola. In questa fase è utile fare domande aperte per identificare le possibili cause di un problema.^{1,2}

Una mamma che allatta è in genere particolarmente attenta, in alcuni casi anche preoccupata, rispetto al comportamento del bambino. Può essere quindi aiutata a valutare i segnali di fame (**Figura 9** nella pagina seguente) e a gestire un bambino sonnolento o un bambino che piange (consigliamo la visione del video "L'avvio dell'allattamento"³).

I segnali precoci di fame che la mamma deve imparare a riconoscere sono irrequietezza che può arrivare ad agitazione e irritabilità, movimenti rapidi degli occhi, movimenti della bocca e del collo, rumore di suzione, tendenza a portarsi le mani alla bocca. Il pianto è invece un segnale tardivo di fame, che può compromettere negativamente la buona riuscita dell'allattamento.^{1,2,4,5}

Il pianto del bambino è senza dubbio uno degli eventi che hanno un maggior impatto sulla madre e sulla sua capacità di gestire la situazione. È importante spiegarle che il bambino può piangere per molte ragioni, non solo per la fame.^{1,2} Le madri possono essere riluttanti ad allattare frequentemente i bambini se si aspettano poppate ogni 3-4 ore o se allattano a orari fissi.

Il pianto viene spesso attribuito alle coliche, una circostanza in realtà non facile da chiarire e accertare, in cui ha importanza l'esclusione di altre cause. Un bambino con le coliche cresce bene e tende a piangere in certi momenti del giorno, più spesso la sera, ma è tranquillo in altri momenti.



Raramente sono alcuni elementi della dieta materna o sostanze eccitanti (compreso il fumo passivo) a portare disagio al bambino o a renderlo irrequieto, ma non è facile individuarli ed escluderli.^{1,2}

SEGNALI PRECOCI - *“Ho fame”*



- Mi muovo



- Apro la bocca



- Giro la testa di lato, cerco il seno

SEGNALI INTERMEDI - *“Ho molta fame”*



- Mi stiracchio



- Mi muovo sempre di più



- Porto la mano alla bocca

SEGNALI TARDIVI DI FAME -

“Aiutami a calmarmi, poi nutrimi”



- Piango



- Mi agito



- Divento rosso

È il momento in cui calmare il bambino che piange:

- Coccialo
- Tienilo in contatto pelle a pelle sul petto
- Parlagli
- Accarezzalo



Figura 9. I segnali di fame del bambino⁶



Bassa produzione e bassa introduzione di latte

Poiché il timore di avere poco latte ha un peso rilevante, bisogna illustrare alla madre i segni affidabili di un'adeguata introduzione e produzione di latte. Si deve verificare la presenza di cause della bassa produzione e assunzione di latte, per offrire possibili soluzioni.^{1,2} Si devono usare le abilità della buona comunicazione per ascoltare, osservare, rispondere e infondere fiducia.

Sono da considerare criteri validi di una possibile insufficiente produzione o introduzione di latte materno tali da giustificare, dopo attenta valutazione, il ricorso a modalità alternative:^{1,7,8}

- ▶ un calo ponderale oltre il 10% rispetto a quello alla nascita in un lattante sotto le 2 settimane
- ▶ un mancato recupero del calo ponderale fisiologico entro le prime 2 settimane
- ▶ un'oliguria prolungata per oltre 24 ore, quantificabile con <5 pannolini bagnati di urina in 24 ore dal 5° giorno di vita, 6-7 se si tratta di pannolini di stoffa che vengono cambiati più frequentemente
- ▶ la mancata produzione di feci entro la fine della prima settimana
- ▶ la presenza di segni di disidratazione
- ▶ un incremento ponderale medio <20 grammi al giorno tra la seconda settimana e il terzo mese o un calo ponderale inspiegabile
- ▶ una curva di accrescimento piatta e in decelerazione in un lattante sopra i 3 mesi.

Una delle preoccupazioni più diffuse tra le mamme è che le necessità del bambino non siano soddisfatte dalla quantità di latte prodotto. In realtà una madre può produrre latte a sufficienza per due bambini, o anche tre.

Le cause più frequenti di bassa produzione sono legate ai fattori che limitano la quantità di latte che il bambino estrae dal seno con conseguente inadeguata produzione per la scarsa stimolazione della mammella (numero ridotto di poppate, poppate troppo brevi o a orario rigido, attacco scorretto, suzione inefficace per prematurità o malattia del bambino, eliminazione delle poppate notturne, supplementazioni con latte artificiale, uso del ciuccio, in particolare durante la fase di calibrazione del latte).^{1,5}

Una produzione di latte materno realmente insufficiente su base anatomica si verifica in casi rari.⁵⁻⁸ Situazione che può essere anche secondaria a interventi con incisioni nella zona periareolare, biopsie escissionali, drenaggi di ascessi, interventi di mastoplastica riduttiva ed estetica.⁵ Cause molto rare di bassa produzione di latte sono la parziale ritenzione di cotiledoni placentari o la denutrizione grave. Anche una nuova gravidanza può ridurre temporaneamente la produzione di latte. L'allattamento può comunque proseguire anche durante la gravidanza e dopo il parto. Questa pratica è comune ed è nota come allattamento in tandem.

Oltre alla prematurità, tra i fattori che possono interferire con la capacità del neonato di poppare vanno indagati: la presenza di un frenulo corto (3% dei bambini), che in alcuni casi può rendere necessaria la frenulectomia, un intervento risolutivo e privo di rischi; alterazioni minori della struttura della cavità orale, come la micrognatia, che può comportare difficoltà nella suzione e causare lesioni al capezzolo per effetto di un attacco non corretto; malattie cardiache, respiratorie, neurologiche, specie se associate a ipotonia e ipertonia (vedi scheda di approfondimento "I bambini con bisogni speciali").

In linea di massima, in caso di impossibilità che il neonato prenda il latte materno dal seno, occorre o favorire la spremitura del latte materno e la somministrazione del latte materno spremuto o reperire latte materno di banca. Se queste opzioni non sono possibili, si ricorre al latte artificiale.

La spremitura manuale del latte

La spremitura manuale del latte è utile per:^{1,2,9,10}

- ▶ alimentare un bambino con difficoltà a coordinare la suzione, o che non vuole attaccarsi
- ▶ alimentare un bambino con basso peso o con una malattia che gli impedisce di succhiare
- ▶ mantenere la produzione del latte quando la madre e il bambino sono separati
- ▶ alimentare il bambino con latte materno quando la mamma lavora
- ▶ drenare un seno eccessivamente teso e aiutare il bambino ad attaccarsi
- ▶ spremere il latte direttamente nella bocca del bambino per invogliarlo ad attaccarsi
- ▶ ridurre un ingorgo, l'ostruzione di un dotto galattoforo o una stasi di latte
- ▶ alleviare secchezza e dolore ai capezzoli.

La spremitura manuale è preferibile perché può essere fatta ovunque, una volta che la mamma diventa esperta è rapida ed efficace, la stimolazione pelle-a-pelle è preferibile al contatto della coppa di plastica del mastosuttore.^{1,2}

I passaggi chiave per la spremitura manuale (**Figura 10**) sono:^{1,2}

- ▶ stimolazione del deflusso del latte: in posizione seduta comoda e rilassata, la mammella va scaldata e massaggiata e i capezzoli vanno stimolati con le dita. Una persona presente può massaggiare la schiena della madre per facilitare il riflesso ossitocinico
- ▶ identificazione dei dotti: il seno viene palpato partendo dal capezzolo ed estendendo il raggio di esplorazione fino a trovare una parte del seno diversa al tatto, simile a una corda con dei "nodi". Questo è il punto dove si deve esercitare una pressione per spremere il latte mettendo il pollice da un lato e 2-3 dita dall'altro
- ▶ compressione del seno sopra i dotti: il pollice e le dita sono spinte all'indietro verso il torace, il pollice e l'indice sono premuti uno contro l'altro e poi mossi verso il capezzolo. La manovra va ripetuta ritmicamente e lentamente fino a quando il latte inizia a uscire (possono occorrere 3-4 minuti)
- ▶ la manovra va inoltre ripetuta in tutte le parti del seno, ruotando le dita attorno al seno per comprimere tutti i dotti. Si passa all'altro seno dopo 1-2-minuti che la fuoriuscita di latte si è interrotta.

La quantità di latte spremuto aumenta con la pratica, in particolare il colostro potrebbe uscire solo in piccolissime quantità (raccolgerlo in contenitori adatti, cucchiaino, siringa, tazzina, ecc.).

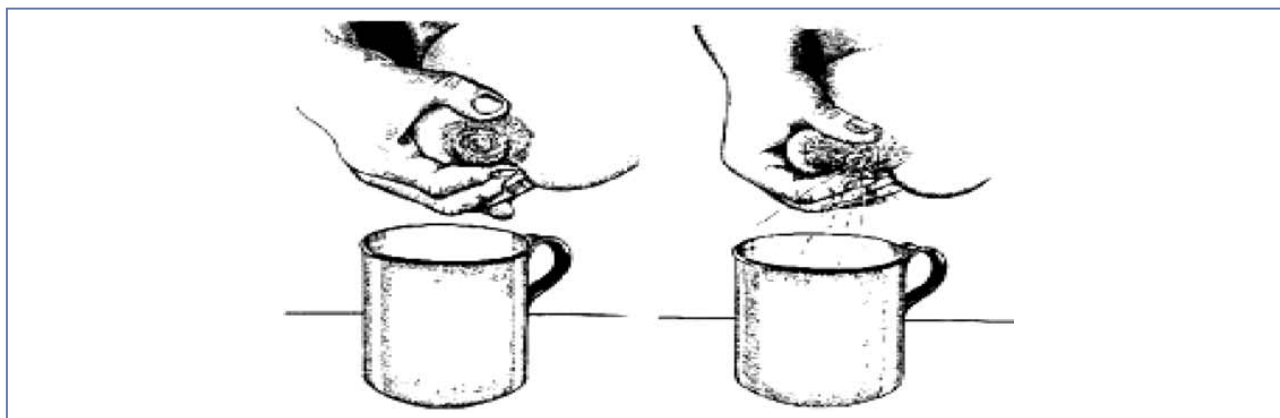


Figura 10. La procedura per spremere il latte manualmente
(consigliamo la visione del video "Spremitura e conservazione del latte materno")¹¹



La frequenza della spremitura dipende dal motivo per il quale si effettua la manovra, se il bambino è molto piccolo e non è in grado di alimentarsi al seno, anche ogni 2-3 ore.

È importante avere le mani ben pulite e usare contenitori puliti per il latte spremuto, di vetro o di plastica, con coperchio. Non far bollire il latte materno spremuto né scaldarlo in forno a microonde, perché perde le sue proprietà e può ustionare la bocca del bambino.

Se la madre produce più latte di quanto necessiti al bambino, il latte spremuto può essere lasciato riposare per un breve periodo perché l'ultimo latte ricco di grassi vada in superficie. Questa parte più ricca di grassi può poi essere aggiunta al latte preparato per un pasto per aumentare la concentrazione di energia.

Se è disponibile un **mastosuttore**, detto comunemente "tiralatte", o se una madre ha bisogno di usarne uno, bisogna aiutarla a scegliere un modello efficace, mostrarle come usarlo e leggere assieme a lei le istruzioni del produttore. Sono utili le stesse tecniche descritte per la spremitura manuale del latte.

Con qualunque mastosuttore bisogna usare un livello di suzione confortevole simile a quella del bambino (suzioni brevi e rapide seguite da suzioni più lunghe e più lente), anche perché una maggiore suzione non estrae più latte e può causare danno al seno. La madre non deve continuare a pompare se il latte defluisce bene. Se la madre non ottiene latte o ne ottiene poco, bisogna controllare che il mastosuttore funzioni bene e che la madre lo sappia usare, senza affrettarsi a concludere che non ha latte.

I mastosuttori elettrici di grandi dimensioni consentono di estrarre il latte simultaneamente dalle due mammelle, il che fa aumentare il livello di prolattina materna e facilita la produzione di grandi volumi di latte in poco tempo. È importante la fase di sterilizzazione e bisogna assicurarsi che la madre ne conosca la tecnica.

Il latte donato

In Italia il latte umano donato viene utilizzato soprattutto nei casi di bambini nati pretermine ricoverati in terapia intensiva neonatale per i quali non è disponibile il latte materno (vedi scheda "I bambini con bisogni speciali"). La donazione del latte umano in Italia non è regolamentata da una normativa specifica, ma dal punto di vista medico-legale la donazione del latte è assimilabile a quella di altri materiali biologici (sangue, tessuti, organi). In Italia è attivo un *network* nazionale di banche l'Aiblu ([Associazione italiana banche del latte umano donato](#)).

Somministrazione del latte materno spremuto¹

Il latte spremuto può essere somministrato al bambino con varie modalità, da decidere su base individuale per ogni madre e ogni bambino.

L'alimentazione con tazzina¹

L'alimentazione con tazzina ([Figura 11](#)) è indicata nei bambini in grado di deglutire ma non di succhiare (ancora) abbastanza da alimentarsi direttamente e totalmente al seno.

Si può considerare un metodo di transizione verso l'allattamento direttamente al seno, per esempio un bambino nato a 30-32 settimane di gestazione può spesso iniziare a prendere i primi pasti con tazzina, ricordando che questa modalità non interferisce con la suzione al seno. Le madri vanno informate e seguite, mostrando la procedura, e devono essere rassicurate sulla capacità di farlo da sole. L'alimentazione con tazzina permette al bambino di usare la lingua e di apprendere i sapori, lo aiuta a coordinare respirazione, suzione e deglutizione, stimolando la digestione.



Il bambino deve essere tenuto vicino, seduto in verticale o in semiverticale sulle ginocchia e con schiena, testa e collo sostenuti.

La tazzina con il latte va poggiata sul labbro inferiore del bambino, mentre il bordo tocca la parte esterna del labbro superiore e poi inclinata finché il latte bagna le labbra del bambino, ma senza versare il latte in bocca. In genere un neonato pretermine inizia a prendere il latte in bocca usando la lingua, mentre un neonato a termine o un bambino più grande succhiano il latte, versandone un po'.

Quando il bambino ha preso abbastanza latte, chiude la bocca e non ne vuole più. La quantità di latte nelle 24 ore va comunque misurata.



Figura 11. L'allattamento con tazzina ¹

Il latte materno spremuto può anche essere somministrato con:

- ▶ **sondino**, tenendo conto che i grassi possono aderire alle pareti del sondino, riducendo l'apporto di calorie del pasto. Se si somministra latte materno continuamente, bisogna piegare il contenitore del latte e piazzare il sondino in uscita nel punto più alto del contenitore per far sì che la parte più grassa del latte passi per prima
- ▶ **biberon e tettarelle artificiali** che hanno forme e dimensioni diverse. Non esiste una tettarella migliore o più simile al seno materno. I bambini che usano biberon e tettarella possono perdere interesse per il seno. Un bambino può passare dal sondino alla tazzina e da questa al seno. Non ha bisogno di imparare ad alimentarsi con biberon e tettarella come parte del suo sviluppo. Se una madre pensa di usare biberon e tettarella, deve essere istruita sulle questioni di salute e sicurezza associate al loro uso
- ▶ **dispositivo per l'alimentazione supplementare** che può essere utile per garantire che il bambino prenda latte a sufficienza mentre lo si incoraggia a succhiare più a lungo al seno, o se succhia debolmente. Per usarlo, il bambino deve essere in grado di attaccarsi al seno e di succhiare.



CONSERVAZIONE DEL LATTE MATERNO ^{1,2}

Lattante sano a casa

► Latte materno fresco

- a 25-37 °C per 4 ore
- a 15-25 °C per 8 ore
- a meno di 15 °C per 24 ore
- non conservare a più di 37 °C.

► Latte materno refrigerato

- 2-4 °C, fino a 8 giorni. (Mettere il contenitore nella parte più fredda del frigorifero. Siccome molti frigoriferi non mantengono una temperatura costante, è preferibile usare il latte entro 3-5 giorni o congelare quello che non si userà entro 5 giorni, se c'è un congelatore).

► Latte materno congelato

- nel comparto congelatore di un frigorifero: 2 settimane
- nel comparto congelatore di un frigorifero congelatore: 3 mesi
- in un congelatore separato a bassa temperatura: 6 mesi
- scongelato lentamente in un frigorifero: 24 ore (non ricongelare), o mettendo il contenitore in una pentola o terrina con acqua calda per uno scongelamento più rapido.

Lattante malato in ospedale

► Latte materno fresco

- a temperatura ambiente (fino a 25 °C) per 4 ore
- in frigorifero (2-4 °C) per 48 ore.

► Latte materno congelato

- nel comparto congelatore di un frigorifero: 2 settimane
- nel comparto congelatore di un frigorifero congelatore o in congelatore separato (-20 °C): 3 mesi
- scongelato in frigorifero: 12 ore (non ricongelare)
- scongelato lentamente in un frigorifero: 12 ore (non ricongelare).

Il latte artificiale

Sono ormai provati i benefici dell'allattamento al seno per la coppia mamma-bambino e i rischi associati all'alimentazione artificiale o al non allattamento. Le controindicazioni relative al bambino o alla madre sono pochissime (vedi oltre).

Il latte artificiale, in polvere o liquido, è preparato a partire dal latte di animali, modificando il contenuto in grassi, spesso aggiungendo grassi di origine vegetale, altri zuccheri e micronutrienti.¹ Non va comunque considerato l'alternativa ideale al latte materno, perché è in grado di sostituire soltanto alcuni dei suoi componenti nutritivi.

Il latte artificiale non contiene cellule vive, anticorpi, fattori antinfettivi ed enzimi per cui non può proteggere i bambini dalle infezioni, né in modo attivo né passivo. Inoltre ha composizione fissa, senza



cambiamenti durante la poppata né secondo lo sviluppo del bambino.¹ Infine, nei primi mesi di vita, l'intestino del lattante è predisposto naturalmente ad assorbire il latte materno e qualsiasi altro alimento è meno digeribile, se non potenzialmente dannoso.¹²

Il latte artificiale liquido pronto all'uso è sterile prima dell'apertura della confezione e ciò può aiutare a ridurre il rischio di infezioni. La formula liquida deve essere utilizzata e conservata seguendo le indicazioni del produttore ed è consigliata ai bambini ad alto rischio, come ad esempio i neonati pretermine, quelli a basso peso alla nascita o quelli particolarmente vulnerabili alle infezioni. Una volta aperta, la formula liquida rimasta inutilizzata nel contenitore, deve essere conservata ben chiusa in frigorifero, per non più di 24 ore.

Le scatole e i pacchi di latte artificiale in polvere, anche se sono sigillati, possono contenere dei batteri, come il *Cronobacter sakazakii* (precedentemente conosciuto come *Enterobacter sakazakii*) e più raramente la Salmonella, i quali in alcuni rari casi, possono causare infezioni mortali.

È necessario che alle madri che alimentano i loro bambini con latte artificiale vengano date informazioni sulla corretta ricostituzione, in modo da ridurre il rischio d'infezione. Una volta preparato, il latte artificiale si conserva in frigorifero 24 ore, nella borsa frigo con mattonella del ghiaccio per 4 ore e a temperatura ambiente per 2 ore.

PREPARAZIONE DEL LATTE IN POLVERE ^{13,14}

1. pulire e disinfettare la superficie di lavoro
2. lavarsi bene le mani con acqua e sapone per 15 secondi, sciacquare abbondantemente, chiudere il rubinetto con il gomito e asciugare le mani
3. se si utilizza uno sterilizzatore a freddo sgocciolare la soluzione in eccesso dal biberon e dalla tettarella. Per risciacquarlo, usare acqua bollita e raffreddata (non direttamente dal rubinetto). Mettere la tettarella e il cappuccio sul coperchio rivoltato dello sterilizzatore, evitare di poggiarli direttamente sulla superficie di lavoro
4. riempire un contenitore con 1 litro di acqua di rubinetto appena fatta scorrere (non usare acqua già precedentemente bollita) e farla bollire. Lasciare raffreddare coperta per non più di 30 minuti, in modo che l'acqua abbia una temperatura di almeno 70 °C
5. mettere il biberon sulla superficie pulita e versare nel biberon la quantità di acqua necessaria per preparare il pasto, controllando che il livello sia corretto
6. riempire il misurino presente nella confezione con la polvere e livellare il contenuto senza pressare con un coltello pulito e asciutto o con il livellatore eventualmente fornito
7. aggiungere la polvere nel biberon con l'acqua ancora calda (70 °C)
8. tenere per il bordo la tettarella, appoggiarla sul biberon e avvitare la ghiera. Coprire la tettarella con il cappuccio e agitare il flacone fino a quando la polvere non si sarà sciolta
9. per evitare ustioni al bambino, è importante raffreddare il latte artificiale, mettendo il biberon sotto l'acqua corrente evitando che l'acqua tocchi la tettarella. Provare la temperatura del latte (deve essere tiepido) facendone cadere un po' sulla parte interna del polso
10. buttare il latte eventualmente avanzato dopo il pasto
11. riscaldare il latte eventualmente già preparato e mantenuto refrigerato a bagno maria (non più di 15 minuti), agitarlo per rendere uniforme la temperatura. Consumare il latte riscaldato entro 2 ore
12. non aggiungere al latte in polvere zucchero, cereali o biscotti.



BIBLIOGRAFIA

1. Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.
http://www.unicef.it/Allegati/Manuale_partecipante_Corso_20_ore1_7ott10.pdf
2. Oms/Unicef. Allattamento al seno: corso pratico di counselling.
<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/Oms.asp>
http://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf
Versione inglese più recente:
Infant and young child Feeding Counselling. An Integrated Course
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241594745/en/index.html
http://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf
3. L'avvio dell'allattamento. Video tratto da *Breast is best*
<http://youtu.be/o0T6y9aOZwg>
4. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Breastfeeding initiation, ottobre 2010.
http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_bf5-0.pdf
5. Gannon L. breast feeding: an update. BMJ learning.
http://learning.bmj.com/learning/module-intro/breast-feeding.html?locale=en_GB&moduleId=5003232
6. Baby feeding cues (signs). RBWH Breastfeeding Policy 20902/WNS via the QHEPS website. Queensland Government.
http://www.health.qld.gov.au/breastfeeding/documents/feeding_cues.pdf
7. Powers NG. How to assess slow growth in the breastfed infant. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(2):345-61.
8. Oms/Unicef. Ospedali&Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. Manuale del partecipante del corso di 20 ore per il personale della maternità. Allegato 1: Ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno.
<http://www.unicef.it/Allegati/ragioni%20mediche.pdf>
9. Iowa Lactation Task Force. Breastfeeding promotion and support guidelines for healthy full term infants. Iowa Lactation Task Force 2001.
http://www.idph.state.ia.us/wic/common/pdf/breastfeeding_guidelines.pdf
10. International lactation consultant association. Linee guida cliniche per l'attuazione dell'allattamento al seno esclusivo. International lactation consultant association 2005.
http://www.ibclc.it/docs/Linee_Guida_ILCA_ITA.pdf
11. Spremitura e conservazione del latte materno. Video tratto da *Breast is best*
<http://youtu.be/1tgvYx64mBo>
12. Cattaneo A, Williams C, et al. ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence? *Maternal and Child Nutrition* 2011;7:335-43.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1740-8709.2011.00363.x/pdf>
13. ... se non puoi allattarlo al seno. Opuscolo di Ministero della Salute-Ccm, UNICEF, Regioni Sicilia, Lazio, Marche, Veneto e ASL di Milano.
http://www.lattematerno.it/files/latte_artificiale_libretto.pdf
14. Guide to bottle feeding. How to prepare infant formula and sterilise feeding equipment to minimize the risks to your baby. National Health System, Baby Friendly Initiative Who-Unicef.
http://www.nhs.uk/start4life/Documents/PDFs/Start4Life_Guide_to_bottle_feeding.pdf



5.I PROBLEMI IN CORSO DI ALLATTAMENTO AL SENO

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine di questo capitolo i partecipanti saranno in grado di:

- ▶ Descrivere le cause delle patologie del seno
- ▶ Riconoscere e trattare le principali problematiche in corso di allattamento

IN SINTESI

Durante l'allattamento possono insorgere problemi o patologie che possono comprometterne la buona riuscita se non tempestivamente e appropriatamente trattate. Nella maggior parte dei casi derivano da una non corretta gestione dell'allattamento materno (attacco, posizione della coppia mamma-bambino, inadeguata frequenza e inefficienza delle poppate). Possono complicarsi in genere con processi infettivi che, se trattati e gestiti, raramente comportano la sospensione dell'allattamento.

Patologie della mammella

I principali problemi in corso di allattamento sono le ragadi, l'ingorgo mammario, il dotto ostruito, la mastite, le infezioni da *Candida albicans*. Riconoscono varie cause e rispondono a trattamenti appropriati, ma senza dubbio l'intervento più importante in grado di prevenire o di controllare tutti e ciascuno di essi è una corretta gestione pratica dell'allattamento al seno.

È importante prevenire e trattare tempestivamente questi problemi che sono spesso la causa ingiustificata di interruzione dell'allattamento al seno o di integrazione con il latte artificiale.

I capezzoli invertiti

In presenza di capezzoli invertiti, è necessario seguire con particolare attenzione la donna che allatta, cominciando col fornirle una maggiore rassicurazione. Nei primi due giorni bisogna dare maggiore aiuto per la posizione e l'attacco, spiegando che il bambino si attacca all'areola, non al capezzolo e che necessita di qualche tempo per imparare. Si può suggerire di modificare delicatamente la forma dell'areola per farla diventare a cono o a *sandwich* usando una presa a C, perché il neonato possa attaccarsi meglio, e che la madre attenda che la bocca del bambino sia ben aperta prima di portarlo al seno.^{1,2}

Può essere usato un mastosuttore che eserciti una blanda trazione sul capezzolo.¹ È anche indicato il metodo della siringa (da utilizzare prima dell'attacco al seno del bambino), che aiuta a far uscire un capezzolo invertito e va gestito dalla madre per controllare la forza della suzione ed evitare dolore e danni al capezzolo (Figura 12).²

È particolarmente importante prevenire l'ingorgo che renderebbe ancora più difficile l'attacco. Se necessario, si può spremere il latte e darlo con una tazzina mentre il neonato impara ad allattare al seno.¹

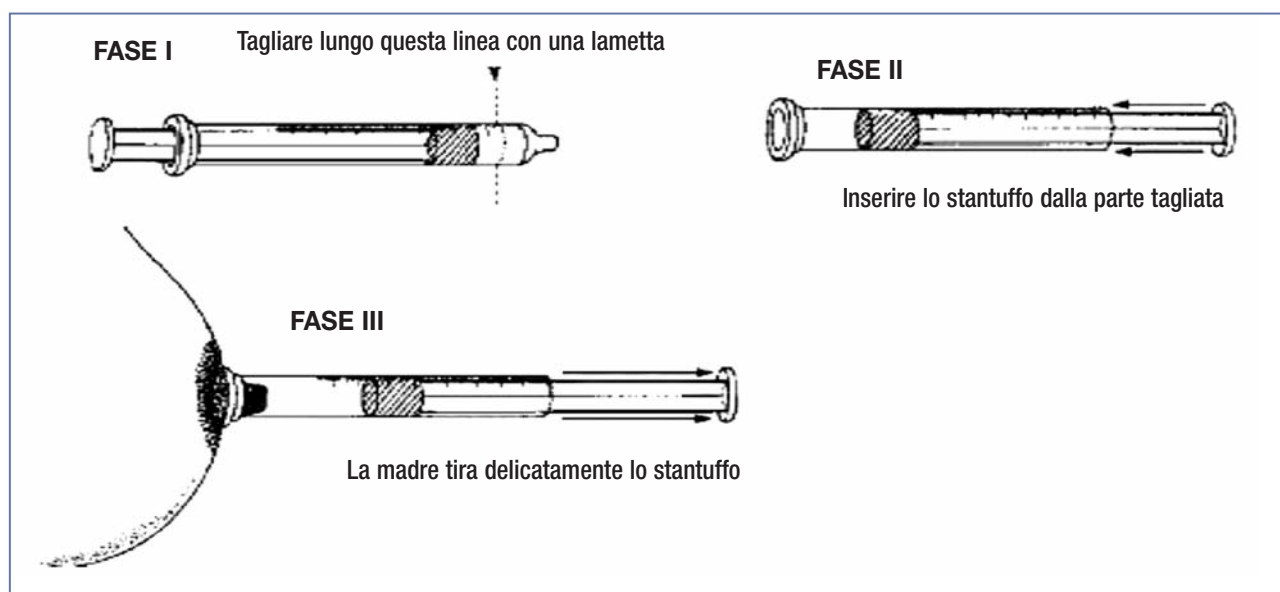


Figura 12. Metodo della siringa per i capezzoli invertiti ¹

Le ragadi

Nelle prime settimane di allattamento al seno è possibile la comparsa di dolore da irritazione del capezzolo. Se le madri in ospedale hanno dolore ai capezzoli, bisogna assicurarsi che tutto il personale sappia come aiutarle ad attaccare al seno i bambini. Se i bambini sono attaccati bene al seno e sono allattati frequentemente, il dolore ai capezzoli si presenta assai di rado.

Le lesioni del capezzolo (ragadi) sono il risultato di un cattivo attacco e di un'errata posizione durante l'allattamento per cui il bambino, a fronte di una poppata inefficace, ha succhiato con troppa forza.¹⁻³ Occorre osservare la mammella e i capezzoli, anche a fine poppata, e chiedere alla madre di descrivere ciò che sente: un dolore all'inizio della poppata che diminuisce quando il bambino si stacca è molto probabilmente dovuto a problemi con l'attacco; un dolore che peggiora durante la poppata e continua dopo che è finita, spesso descritto come bruciante o lancinante, potrebbe essere causato da *Candida albicans*. Non bisogna limitare la frequenza delle poppate e tantomeno smettere di allattare per far riposare il seno. Solo in caso di malattie della pelle, frenulo corto e altre condizioni meno comuni sussiste l'indicazione ad approfondimenti specialistici.¹

In caso di ragade, la madre va rassicurata che il dolore può guarire e si può prevenire in futuro. Il trattamento consiste nel trattare la causa, aiutando la madre con posizione e attacco. Occorre inoltre suggerire misure per metterla a proprio agio mentre i capezzoli guariscono, come applicare latte spremuto sui capezzoli dopo le poppate per lubrificare e ammorbidire i tessuti; applicare un impacco caldo al seno prima delle poppate per stimolare il riflesso ossitocinico; iniziare ogni poppata dal seno meno colpito; se il bambino si addormenta e non succhia attivamente, pur rimanendo attaccato, staccarlo dolcemente dal seno; lavare i capezzoli una sola volta al giorno, per una normale igiene, e non a ogni poppata; evitare il sapone sui capezzoli, dato che rimuove il grasso naturale. Vanno invece evitati unguenti e creme. La madre potrebbe avere un ingorgo che rende più difficile per il bambino attaccarsi al seno. L'apporto di latte diminuirà se non è rimosso dal seno. Se la lesione non tende a risolversi in 48 ore la donna dovrebbe richiedere una consulenza all'ostetrica o al medico.

L'uso dei paracapezzoli va evitato perché non è dimostrata l'efficacia per la prevenzione delle ragadi e perché potrebbe interferire con i tentativi del neonato di coordinare i movimenti della suzione. Inoltre,



in caso di uso o manutenzione non adeguata, possono ospitare agenti patogeni e causare irritazione o sfregamento del capezzolo. Non sono indicati e utili nel neonato sano, mentre possono avere un'indicazione nel neonato pretermine con difficoltà alla suzione. Sono accettabili anche se la mamma ha i capezzoli piatti o invertiti, se i capezzoli sono troppo grossi e l'attacco è difficile; se la produzione di latte è abbondante e il riflesso di emissione troppo forte, ma solo temporaneamente.¹

L'ingorgo mammario

Questo problema si verifica in tutte le situazioni in cui la mammella non viene svuotata completamente e di frequente (ritardo nell'inizio dell'allattamento dopo la nascita, attacco inadeguato, poppate poco frequenti o troppo brevi, mancanza delle poppate notturne, assenza di *rooming in*). È facilitato anche in presenza di dolore mammario, irritazione o ragadi.^{1,3}

Il seno diventa molto caldo, duro e dolente, e appare teso e lucente. Il capezzolo può essere stirato, teso e appiattito, rendendo difficile l'attacco del bambino e favorendo l'insorgere di ragadi, con tendenza a un circolo vizioso che peggiora l'ingorgo. La madre solitamente non ha febbre e le sue condizioni generali sono buone. Se l'ingorgo continua, il fattore di inibizione della lattazione riduce la produzione di latte e il latte non fuoriesce più.

Al contrario, per risolvere l'ingorgo bisogna rimuovere il latte e favorire la lattazione. Si deve facilitare l'attacco: può essere utile massaggiare delicatamente il seno e spremere manualmente per far fuoriuscire del latte e ammorbidire l'areola. Va inoltre incrementata la frequenza dell'attacco (8-12 volte in 24 ore), offrendo al bambino per primo il seno con l'ingorgo. Una doccia o un bagno caldo possono aiutare a far uscire il latte. Altri accorgimenti possono essere l'indossare reggiseni comodi che non comprimano il seno, mentre applicare impacchi freddi fra le poppate può ridurre il dolore.^{1,4-6}

L'ingorgo si differenzia dalla **mammella piena di latte**: quando c'è la montata lattea, arriva più sangue al seno per produrre più latte. Il seno si sente caldo e pesante. Questo è normale. Per alleviare la piechezza basta allattare il neonato spesso. Si possono fare degli impacchi freddi tra una poppata e l'altra.

Il dotto ostruito

A volte il latte non defluisce da una zona del seno per l'ostruzione di un dotto galattoforo. Questo può causare infiammazione dei tessuti fino alla mastite non infettiva, cui si può sovrapporre la forma infettiva. Anche questo problema è riconducibile a poppate poco frequenti e a una rimozione inadeguata di latte da una zona del seno. Inoltre può essere favorito da una maggiore pressione su una zona del seno, dovuta a vestiti stretti o alla pressione delle dita della madre, al fatto che la donna stia sdraiata comprimendo il seno o a un trauma. La donna può palpare un nodulo talvolta doloroso e la pelle sovrastante può essere arrossata. La madre solitamente non ha febbre e le sue condizioni generali sono buone. Il trattamento è simile a quello dell'ingorgo, aumentare le poppate, variando le posizioni in modo da drenare la mammella nelle varie parti. Per la riduzione dei sintomi può essere utile un antinfiammatorio, come l'ibuprofene o un analgesico, come il paracetamolo.¹

La mastite

L'estrema conseguenza dell'ingorgo mammario o dell'ostruzione di un dotto non trattati è la mastite, una condizione di infiammazione del tessuto mammario cui si sovrappone un'infezione batterica (le due fasi sono peraltro difficili da differenziare), favorita da eventuali concomitanti lesioni del capezzolo che rappresentano una porta di ingresso per i germi.^{3,7-9} Si sviluppa in circa un terzo delle donne, più spesso in quelle che allattano per la prima volta, ed è più frequente nel primo trimestre, anche se può insorgere in qualsiasi momento.³ Riconosce come fattori predisponenti tutte le situazioni che determinano un ingorgo mammario, come la riduzione della frequenza e della durata delle poppate,



legate sia a cause materne (privazione di sonno, ripresa del lavoro, stress, stanchezza e affaticamento, anemia, iperproduzione di latte, storia di chirurgia mammaria) sia al bambino (malattie intercorrenti, fasi di sonno notturno progressivamente più lungo).^{1,3}

Provoca tensione mammaria, gonfiore, eritema locale, dolore che si estende alla muscolatura toracica e malessere generale, sintomi sistemici simil-influenzali associati a febbre.^{3,7-9} In questa evenienza è buona norma contattare il medico. All'esame obiettivo la mammella presenta aree cuneiformi (corrispondenti ai lobi coinvolti nell'infezione) arrossate, più calde, gonfie e doloranti.³

Le donne con mastite devono essere incoraggiate a continuare l'allattamento offrendo il seno frequentemente (8-12 volte in 24 ore) e iniziando da quello con l'infezione. È importante che l'ostetrica o altro operatore controlli l'attacco e, se necessario, lo corregga. Vanno evitate pressioni da parte di indumenti o delle dita. Se il seno è molto grande è utile facilitare il deflusso del latte, oltre che con poppate frequenti, con massaggi delicati in direzione del capezzolo e impacchi caldi dell'area colpita prima della poppata. Solo raramente bisogna interrompere l'allattamento e in ogni caso bisogna continuare a rimuovere il latte dalla mammella con la spremitura manuale o con il mastosuttore; questa procedura ha anche il vantaggio di ridurre la sintomatologia.^{1,3,10,11}

In caso di mastite, è importante che la donna sia messa a riposo.^{1,3} La terapia antibiotica è indicata se ha febbre per più di 24 ore o i sintomi non recedono dopo 24 ore di poppate frequenti ed efficaci o spremitura del latte.¹

L'antibiotico va scelto tenendo conto dei possibili effetti negativi del farmaco sul lattante (vedi il capitolo sui farmaci). Le linee guida Oms sulla mastite raccomandano l'uso di antibiotici per bocca compatibili con l'allattamento di provata sicurezza.⁹ Dal momento che i germi più frequentemente isolati sono lo *Staphylococcus aureus* e lo *Staphylococcus albus* (sono segnalati meno spesso anche casi dovuti a *Escherichia coli*, mentre la mastite bilaterale è in genere provocata da streptococchi),^{3,7-9} si può ricorrere a un antibiotico delle classi delle penicilline o della cefalosporine, con un profilo di sicurezza e di efficacia accettabile (per esempio cefalexina, dicloxacillina amoxicillina + acido clavulanico).³ I chinoloni vanno invece usati con cautela per la segnalazione di danni articolari nei bambini.⁶

La terapia antibiotica va prolungata fino a 10-14 giorni. Per quanto non sia stata stabilita con sicurezza la durata appropriata del trattamento, è provato che cicli più brevi si associano al rischio di recidiva.^{1,7,8} Per il controllo del dolore si può associare un analgesico come paracetamolo o l'antinfiammatorio ibuprofene.¹

Nel 5-10% dei casi, in genere se il trattamento non è adeguato o tempestivo, la mastite evolve in un **ascesso mammario**.^{1,3} La raccolta di pus nel tessuto mammario si manifesta come un gonfiore doloroso, a volte con l'aspetto di una contusione.

L'ascesso deve essere aspirato con una siringa o drenato chirurgicamente. La madre può continuare ad allattare dal seno sano e anche dal seno interessato dall'ascesso, se il tubo di drenaggio o l'incisione è abbastanza lontano dall'areola e non interferisce con l'attacco. Se la madre non può o non vuole allattare dal seno colpito, deve spremere il latte. Il bambino può riprendere ad allattare da quel seno non appena inizia a guarire (di solito 2-3 giorni).¹

Le infezioni da *Candida albicans*

L'infezione del capezzolo da *Candida albicans* può derivare da un'infezione presente nella bocca del bambino (candidiasi orale) o far seguito a una terapia antibiotica per il trattamento di una mastite o di un'altra infezione, o di un taglio cesareo. Sono a rischio anche le donne con un'infezione vaginale da *Candida* e quelle che hanno subito un trauma del capezzolo.^{1,4,5}



I segni tipici della candidiasi sono:¹

- ▶ capezzoli o areola rosa-arancio, desquamati e pruriginosi oppure rossi e brucianti
- ▶ capezzoli screpolati
- ▶ fitte o punture al seno durante o dopo l'allattamento (talvolta descritte dalle mamme come dolori nella profondità della ghiandola mammaria).

Spesso, inoltre, quando la mamma ha un'infezione da *Candida* del capezzolo, nel bambino si osserva uno sfogo da pannolino, macchie bianche dentro la bocca e riluttanza a poppare.¹ Per ridurre il disagio e inibire la crescita del fungo, si raccomanda di:

- ▶ mantenere il capezzolo asciutto perché l'ambiente caldo umido ne favorisce la crescita. Alcune donne preferiscono farlo asciugare all'aria e lasciare per qualche minuto al giorno il seno libero ed esposto alla luce
- ▶ evitare di dare al bambino il ciuccio o le tettarelle e di usare il mastosuttore perché potrebbe favorire il trasferimento del fungo (se non si può evitare l'uso, bollirli per 20 minuti e cambiarli settimanalmente)
- ▶ evitare di conservare il latte perché questa procedura potrebbe favorire la reinfezione del bambino
- ▶ il reggiseno va cambiato ogni giorno e lavato in acqua calda saponata
- ▶ spiegare alla mamma la tecnica corretta di lavaggio delle mani per prevenire infezioni crociate tra mamma e bambino.

Il trattamento prevede l'utilizzo di un farmaco antimicotico che va somministrato sia alla madre sia al bambino (a volte anche al padre o partner, se si sospetta che faccia parte del ciclo di infezione/reinfezione e in caso di candidiasi vaginale) per evitare il continuo passaggio dell'infezione, spiegando alla mamma le modalità di applicazione. Usare un farmaco per i capezzoli e per la bocca del bambino seguendo le linee guida locali, trattando anche le infezioni degli organi sessuali esterni e dell'ano, se presenti. Continuare per 7 giorni dopo che il dolore è passato. Usare farmaci che non debbano essere lavati via dai capezzoli prima di ogni poppata.

Prima di iniziare il trattamento vanno escluse altre possibili cause di dolore.^{1,3} Un quadro caratterizzato da irritazione, bruciore e dolore ai capezzoli durante l'allattamento, talora irradiato all'ascella, associato a un arrossamento della mammella con qualche lesione satellite è stato per molto tempo definito come una candidiasi duttale e trattata con fluconazolo per via sistemica.^{5,10,11} Tuttavia, la presenza della *Candida* è stata esclusa in base al test all'1-3- β -D-glucano.^{1,12} Bisogna comunque tenere presente che un quadro del tutto simile alla candidiasi può essere sostenuto da un'infezione batterica. In particolare, il sospetto di un'origine batterica è giustificato in caso di fallimento del trattamento antimicotico, nel qual caso va presa in considerazione l'indicazione a una terapia antibiotica. Dopo aver cambiato il pannolino del bambino e dopo aver usato il bagno, bisogna lavare accuratamente le mani.



BIBLIOGRAFIA

1. Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.
http://www.unicef.it/Allegati/Corso_20_Ore_7ott10.pdf
2. Kesaree N, Banapurmath CR, et al. Treatment of inverted nipples using a disposable syringe. Journal of Human Lactation 1993;91:27-9.
3. Gannon L. breast feeding: an update. BMJ learning.
http://learning.bmj.com/learning/module-intro/breast-feeding.html?locale=en_GB&moduleId=5003232.
4. Iowa Lactation Task Force. Breastfeeding promotion and support guidelines for healthy full term infants. Iowa Lactation Task Force 2001.
http://www.idph.state.ia.us/wic/common/pdf/breastfeeding_guidelines.pdf
5. International lactation consultant association. Linee guida cliniche per l'attuazione dell'allattamento al seno esclusivo. International lactation consultant association 2005.
http://www.ibclc.it/docs/Linee_Guida_ILCA_ITA.pdf
6. Auerbach KG. Breastfeeding and maternal medication use. JOGNN 1999;28:554-63.
7. Hale TW, Berens P. Clinical therapy in breastfeeding patients. Amarillo, TX: Pharmasoft Publishing, 2002.
8. Riordan J, Auerbach KG. Breastfeeding and human lactation (second edition). Boston: Jones and Bartlett, 1999.
9. World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. Mastitis: causes and management. Geneva, 2000.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_13/en/
10. Hale W, Tiffany L. The absence of Candida albicans in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. J Breastfeeding Medicine 2009;4:57-61.
11. Merewood A, Philipp B. Breastfeeding: conditions and diseases. A reference guide. Amarillo, TX: Pharmasoft Publishing, 2001.
12. UK baby Friendly Annual Conference 2004. Influences of infant feeding practices on health inequalities in childhood. Professor Stewart Forsyth, Consultant Paediatrician, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee.
<http://www.babyfriendly.org.uk>



6. LA SALUTE DELLA DONNA CHE ALLATTA AL SENO

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine di questo capitolo i partecipanti saranno in grado di:

- ▶ Descrivere gli aspetti principali della salute della donna, dell'alimentazione materna e degli stili salutari in allattamento
- ▶ Descrivere le controindicazioni all'allattamento materno

IN SINTESI

Non è necessaria un'alimentazione particolare per la madre che allatta, né vi è un aumento del fabbisogno calorico e idrico. È sufficiente che la madre soddisfi il senso di fame e di sete e mantenga una dieta varia ed equilibrata. Sono poche le vere controindicazioni all'allattamento materno, a meno di particolari o gravi situazioni di salute della madre o del bambino. L'allattamento al seno esclusivo ad alta frequenza in assenza di mestruazioni conferisce una buona protezione rispetto a una nuova gravidanza almeno fino al sesto mese di vita del bambino, successivamente al quale è indicata una pianificazione familiare da parte della coppia.

L'alimentazione della mamma e gli stili salutari in allattamento

I bisogni nutrizionali della donna che allatta sono da sempre oggetto di attenzione particolare. In realtà per una mamma che allatta e non ha problematiche cliniche particolari, è sufficiente introdurre alimenti e bevande in quantità e di qualità adeguate a sentirsi bene ed essere in grado di prendersi cura della famiglia, assumendo tutte le proteine, le vitamine e i minerali di cui ha bisogno. Non è necessario mangiare alimenti speciali o evitarne alcuni durante l'allattamento.^{1,2}

La riserva di tessuto adiposo accumulato in gravidanza associata all'energia introdotta con l'alimentazione quotidiana assicurano la produzione di latte durante l'allattamento. Rispetto a una donna che non allatta, servono solo circa 500 calorie in più al giorno per produrre la quantità di latte (750-1.000 ml) che serve al bambino. Solo in condizioni di grave malnutrizione la produzione del latte viene compromessa: con una riduzione modesta di cibo entrano in gioco le scorte materne e, al massimo la produzione di latte si riduce di poco come quantità e come contenuto di grassi. In situazioni particolari di carenza di cibo, come le emergenze o le gravi carestie, per la salute e la nutrizione della madre e del bambino è preferibile e meno costoso dare del cibo alla madre, in modo che possa prendersi cura del bambino, piuttosto che dare latte artificiale al bambino (vedi anche [modulo 1](#), l'allattamento in situazioni di emergenza).^{1,2}

Quanto all'introito di liquidi, le madri che allattano al seno sono spesso incoraggiate a bere molto. Tuttavia è sufficiente soddisfare il naturale senso di sete e forzare questo meccanismo fisiologico non aumenta l'apporto di latte e può persino ridurlo. Una madre deve perciò bere quando ha sete o se nota che le sue urine sono scarse o concentrate.^{1,2}

Molte affermazioni e raccomandazioni su comportamenti da adottare o evitare durante l'allattamento sono privi di fondamento scientifico, tanto da essere considerate da più parti dei veri e propri "miti da sfatare", dimostrandone la mancanza di prove scientifiche e opponendo considerazioni razionali. Di seguito i principali.



- **Quando si allatta si deve mangiare per due: falso.**

Una mamma produce da 750 ml a un litro di latte e necessita di 500-700 calorie aggiuntive, una quota di energia facilmente assimilabile con una piccola porzione di cibo in più.

- **Molti cibi, come aglio, cipolla, cavoli, broccoli, sono controindicati durante l'allattamento: falso.**

Una donna che allatta al seno deve sentirsi libera di mangiare secondo le proprie abitudini. Non ci sono alimenti vietati, anche perché nella vita intrauterina il bimbo già si abitua a sapori, gusti o spezie. Più l'alimentazione della mamma è variata, più il latte cambia sapore e maggiore è il gusto che prova il bambino. Inoltre, poiché il cibo fa parte della cultura, rispettare le abitudini alimentari significa rispettare la cultura di una persona. L'alimentazione vegetariana non pone problemi in allattamento, mentre nell'alimentazione vegana il latte materno può essere carente di vitamina B12, che la mamma deve assumere.

- **Bere birra facilita la lattazione: falso.**

Non è neppure documentato che alcun tipo di bevanda assunto in abbondanza faciliti la produzione di latte, che dipende in gran parte dalla correttezza dell'attacco e della suzione.

- **Un bicchiere di vino non fa male: vero.**

Un bicchiere al pasto è consentito occasionalmente, ma è bene adottare la semplice precauzione di non allattare il bambino subito dopo che si è bevuto.

- **Il caffè e il tè vanno aboliti: falso.**

Non ci sono prove scientifiche sul fatto che siano dannosi e vadano quindi aboliti. Va usato il buon senso, non superando le tre tazzine al giorno se gradite. Solo con un consumo elevato (7-8 tazze) è descritto il rischio di irritabilità nel lattante, ma non ci sono prove che determinino insonnia.

- **È vietato fumare: vero.**

Gravidanza e allattamento sono una buona occasione per smettere di fumare. È importante creare un ambiente libero dal fumo, eliminando non solo il fumo passivo, ma anche quello cosiddetto di terza mano e cioè l'odore e le sostanze che rimangono sul corpo e sui vestiti dei fumatori (e sono presenti anche sugli arredi domestici) e vengono respirate e assorbite dai conviventi. L'impegno a non fumare vale per entrambi i genitori che devono essere consapevoli che il fumo in casa è più dannoso dell'inquinamento perché si respira in un ambiente più ristretto e chiuso. Se una donna che allatta non riesce comunque a smettere di fumare, questo non rappresenta una ragione per rinunciare all'allattamento al seno.

- **Durante il ciclo mestruale non si deve allattare: falso.**

Se si allatta in maniera corretta generalmente la ricomparsa delle mestruazioni viene ritardata. Alcune mamme hanno un capoparto (la prima mestruazione dopo la gravidanza) più precoce, ma questo non interferisce con l'allattamento e non disturba il bambino. È possibile che la madre noti un lieve calo nella produzione di latte in prossimità della mestruazione.

- **In caso di febbre, influenza, raffreddore o diarrea della mamma è meglio non allattare: falso.**

Se è comparsa la febbre, l'infezione è già in corso e quindi il bambino ha già reagito. Si possono prendere antipiretici come il paracetamolo o l'ibuprofene, ma non l'aspirina. In caso di diarrea si può proseguire tranquillamente l'allattamento, anche se è comunque prudente informare il medico.

- **Durante l'allattamento, la madre deve evitare l'attività sportiva: falso.**

La mamma può fare attività motoria.

- **Allattare indebolisce e depaupera le risorse dell'organismo materno. In particolare danneggia i denti della mamma: falso.**

Basta mantenere una corretta igiene orale.

- **Fa cadere i capelli: vero.**

Si tratta dei capelli che non sono caduti durante la gravidanza per effetto degli estrogeni e cadono tutti contemporaneamente dopo il parto con la discesa del tasso ormonale: una donna non in gravidanza ha lo stesso ricambio, ma più graduale.

- **Fa male alla vista ed è controindicato per le donne che soffrono di miopia: falso.**

Si tratta di una convinzione superata, non esistono controindicazioni al riguardo.



Le controindicazioni all'allattamento al seno

Sono poche le donne in salute non in grado di allattare e l'allattamento al seno di rado è controindicato.¹⁻³ Esistono comunque alcune situazioni in cui i rischi superano i benefici, ed è questo bilancio l'unico criterio valido per limitare la decisione dell'allattamento.³ Le condizioni della madre e del bambino che possono giustificare il fatto di non allattare in forma temporanea o permanente sono in numero relativamente ridotto e interessano poche coppie mamma-bambino.¹⁻⁴

Per quanto riguarda le **condizioni del bambino**, l'allattamento al seno è controindicato in:¹⁻³

- ▶ bambini minori di un anno che non dovrebbero ricevere latte materno o altro latte, con l'eccezione di latti formulati speciali:
 - bambini con galattosemia classica: hanno bisogno di una formula speciale senza galattosio
 - bambini con malattia delle urine a scioppo d'acero: hanno bisogno di una formula speciale senza leucina, isoleucina e valina
 - bambini con fenilchetonuria: hanno bisogno di una formula speciale senza fenilalanina (un allattamento al seno parziale è possibile, sotto stretta supervisione)
- ▶ bambini minori di un anno per i quali il latte materno è l'opzione migliore, ma che possono aver bisogno di un supplemento per un periodo limitato:
 - nati con un peso inferiore ai 1.500 g (peso molto basso alla nascita)
 - nati a meno di 32 settimane di gestazione (molto pretermine)
 - neonati a rischio di ipoglicemia per un difetto di adattamento metabolico o per un'aumentata richiesta di glucosio: nati pretermine, piccoli per l'età gestazionale o con un importante stress ipossico/ischemico *intrapartum*; neonati ammalati e in quelli con madre diabetica⁵ se la loro glicemia non risponde a un allattamento al seno o alimentazione con latte materno ottimale.

Per quanto riguarda le **condizioni della madre**, le linee guida distinguono:¹⁻³

- ▶ condizioni che possono giustificare un'astensione permanente dall'allattamento:
 - infezione da Hiv, solo nel caso in cui non sia disponibile il trattamento farmacologico anti-retrovirale ed esista un'alternativa AFASS per l'alimentazione del bambino (vedi box alla prossima pagina)⁶⁻⁹
- ▶ condizioni materne che possono giustificare un'astensione temporanea dall'allattamento:
 - malattia grave che impedisce alla madre di prendersi cura del figlio, per esempio una setticemia
 - infezione da virus *Herpes simplex* tipo 1: va evitato il contatto diretto tra le lesioni del seno della madre e la bocca del bambino fino a guarigione completa delle lesioni attive. Alcune linee guida sconsigliano l'allattamento anche in caso di varicella¹⁰
 - uso di alcuni farmaci da parte della madre: alcuni sedativi, antiepilettici e oppiacei e le loro combinazioni possono dare sonnolenza e depressione respiratoria e vanno evitati se sono disponibili alternative più sicure;¹¹ lo iodio¹³¹ va evitato in favore di alternative più sicure oppure l'allattamento va ripreso dopo circa 2 mesi dall'assunzione; va evitato l'utilizzo eccessivo di composti iodati per uso locale su ferite aperte o membrane mucose (rischio di inibizione della funzione tiroidea e di squilibri elettrolitici nel bambino allattato); l'uso di chemioterapici citotossici richiede la sospensione dell'allattamento al seno.
- ▶ condizioni materne durante le quali l'allattamento al seno può continuare, nonostante vi siano preoccupazioni per i problemi di salute:
 - ascesso mammario: l'allattamento deve continuare dal seno non colpito e può riprendere da quello colpito non appena inizia il trattamento¹²



- mastite: se l'allattamento è molto doloroso, il latte materno deve essere spremuto per alleviare il dolore ed evitare che la condizione peggiori¹²
- epatite B: i neonati devono ricevere il vaccino entro le prime 48 ore dalla nascita o appena possibile¹³
- epatite C
- tubercolosi: madre e bambino devono essere gestiti come da linee guida nazionali per la tubercolosi¹⁴
- uso di sostanze: l'uso da parte della madre di nicotina, alcool, ecstasy, anfetamine, cocaina e altri stimolanti è dannoso per i bambini allattati al seno; alcool, oppiacei, benzodiazepine e cannabis possono avere effetti sedativi sia nella madre sia nel bambino. Le madri dovrebbero essere incoraggiate a non usare queste sostanze, fornendo loro occasioni e sostegno per astenersi.¹⁵

In presenza di controindicazioni all'allattamento al seno della madre, la prima opzione dovrebbe essere il latte umano donato e in mancanza di questo il latte artificiale.

ALLATTAMENTO AL SENO NELLE MADRI HIV POSITIVE

La trasmissione verticale dell'Hiv, dalla madre al bambino, può avvenire durante la gravidanza attraverso la placenta, al momento del travaglio e del parto attraverso il sangue e le secrezioni e, successivamente, attraverso l'allattamento. La **Tabella 1** mostra il rischio di trasmissione verticale nelle diverse fasi, con e senza trattamento antiretrovirale (Arv).

I fattori che possono influire sulla trasmissione verticale dell'Hiv sono:⁷

- ▶ la durata dell'infezione da Hiv: più è recente, maggiori sono i livelli di virus e maggiore è il rischio di trasmissione al bambino
- ▶ la gravità della malattia e la disponibilità di un trattamento farmacologico efficace: se la madre non è in trattamento, il rischio d'infezione è più elevato
- ▶ la durata dell'allattamento: il virus può essere trasmesso in ogni momento dell'allattamento. Più lungo è il periodo, maggiore sarà il rischio di trasmissione
- ▶ l'esclusività dell'allattamento: il rischio di trasmissione è più elevato se il bambino riceve altri cibi o liquidi insieme al latte materno durante i primi mesi di vita. Il rischio si riduce significativamente se l'allattamento è esclusivo. Altri cibi o liquidi possono provocare diarrea e danneggiare l'intestino, e questo può aumentare il rischio di trasmissione al bambino
- ▶ condizioni del seno, come ragadi in particolare se sanguinanti, mastiti o ascessi mammari possono aumentare il rischio di trasmissione Hiv attraverso il latte materno. Una buona tecnica di allattamento aiuta a prevenire queste condizioni
- ▶ trattamento Arv e profilassi alla madre: le madri Hiv positive in trattamento e la prevenzione dell'infezione nelle madri a rischio riducono significativamente il rischio di trasmissione verticale
- ▶ trattamento Arv al bambino: il trattamento del bambino subito dopo la nascita o durante l'allattamento riduce significativamente il rischio di trasmissione verticale.

TABELLA 1. RISCHIO DI TRASMISSIONE VERTICALE IN GRAVIDANZA, TRAVAGLIO E PARTO E ALLATTAMENTO PER 2 ANNI⁷

	Gravidanza	Travaglio e parto	Allattamento	Totale
Senza trattamento Arv	5-8%	10-20%	5-20% (0-24 mesi)	~ 35%
Con trattamento Arv	0-1%	1-2%	2-3% (0-12 mesi)	~ 5%



Il documento Unicef [Ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno](#)⁷ raccomandava l'uso di sostituti del latte materno nei casi in cui l'alimentazione sostitutiva fosse accettabile, fattibile, abbordabile, sostenibile e sicura (AFASS).

Alla luce delle nuove conoscenze sul trattamento Arv, pubblicate in due documenti Oms nel 2010^{8,9} la raccomandazione attuale è di trattare tutte le donne Hiv positive e allattare al seno in modo esclusivo e prolungato o evitare del tutto l'allattamento, se un'alimentazione AFASS è disponibile.

La valutazione dell'opzione più appropriata per una madre Hiv positiva va comunque fatta caso per caso e dipende dalle sue circostanze e da quelle del bambino, compreso lo stato di salute, ma anche da considerazioni sui servizi sanitari disponibili e dal counselling.

La contraccezione durante l'allattamento al seno

Le madri che allattano esclusivamente al seno e sono in amenorrea da allattamento sono in teoria protette dalla gravidanza. Secondo il metodo dell'amenorrea da allattamento ([Figura 13](#)) si tratta di una protezione del 98%, cioè pari a quella della pillola contraccettiva, se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

- ▶ la madre non ha ripreso a mestruare e
- ▶ la madre allatta in maniera esclusiva, con alta frequenza e anche con poppate notturne e
- ▶ il bambino ha meno di 6 mesi.

Se una sola di queste condizioni non è soddisfatta, è consigliabile per la madre usare un altro metodo di pianificazione familiare e comunque proseguire con l'allattamento al seno.^{1,2,16}

Dopo il sesto mese di vita del bambino o se non sono soddisfatte le tre condizioni descritte, per evitare una gravidanza sono indicati metodi contraccettivi. Per favorire la scelta del metodo da parte della donna che allatta al seno, occorre fornire una dettagliata e adeguata informazione su tutte le opzioni disponibili. Tutti i metodi non ormonali (dispositivi intrauterini, profilattici, diaframmi e spermicidi) sono adatti purché la coppia li utilizzi in modo corretto, in quanto non hanno effetti sulla lattazione. Possono integrare la parziale protezione fornita dall'allattamento al seno dopo i 6 mesi d'età del bambino. Per quanto riguarda la contraccezione ormonale, i contraccettivi contenenti solo progestinici sono molto efficaci e non hanno effetti inibitori sulla lattazione, mentre i contraccettivi combinati contenenti estrogeni determinano una diminuzione della produzione di latte (questo effetto non è comunque da considerare la regola con i contraccettivi più recenti a basse dosi di estrogeni). I metodi ormonali andrebbero iniziati 6 settimane dopo il parto.^{1,2,16-19}



Figura 13. Metodo dell'amenorrea da allattamento



BIBLIOGRAFIA

1. Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.
http://www.unicef.it/Allegati/Corso_20_Ore_7ott10.pdf
2. Oms/Unicef. Allattamento al seno: corso pratico di counselling.
http://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf
<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/Oms.asp>
Versione inglese più recente:
Infant and young child Feeding Counselling. An Integrated Course
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241594745/en/index.html
http://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf
3. Oms/Unicef. Ospedali&Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. Manuale del partecipante del corso di 20 ore per il personale della maternità.
Allegato 1: Ragioni mediche accettabili per l'uso di sostituti del latte materno.
<http://www.unicef.it/Allegati/ragioni%20mediche.pdf>
4. Resolution WHA39.28. Infant and young child feeding. In: Thirty-ninth World Health Assembly, Geneva, 5-16 May 1986. Volume 1. Resolutions and records. Final. Geneva, 1986.
(WHA39/1986/REC/1), Annex 6:122-35.
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01_eng.pdf
5. World Health Organization. Hypoglycaemia of the newborn: review of the literature. Geneva, 1997. WHO/CHD/97.1.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_CHD_97.1.pdf
6. World Health Organization. HIV and infant feeding: update based on the technical consultation held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV infection in pregnant women, mothers and their infants. Geneva, 2006.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595964_eng.pdf
7. World Health Organization. Combined course on growth assessment and IYCF counseling, 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77944/1/9789241504812_Directors_guide_eng.pdf
8. World Health Organization. Guidelines on HIV and infant feeding 2010.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/
9. World Health Organization. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Geneva, 2010.
<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral2010/en/index.html>
10. International lactation consultant association. Linee guida cliniche per l'attuazione dell'allattamento al seno esclusivo. International lactation consultant association 2005.
http://www.ibclc.it/docs/Linee_Guida_ILCA_ITA.pdf
11. World Health Organization. Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. Geneva, 2003.
<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/55732.pdf>
12. World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. Mastitis: causes and management. Geneva, 2000.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_13/en/
13. World Health Organization. Hepatitis B and breastfeeding. Geneva, 1996. (Update No. 22).
14. World Health Organization. Breastfeeding and maternal tuberculosis. Geneva, 1998 (Update No. 23).



15. Background papers to the national clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. Commissioned by the Ministerial Council on Drug Strategy under the Cost Shared Funding Model. NSW Department of Health, North Sydney, Australia, 2006.
16. Labbok MH, Hight-Laukaran V, et al. Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 1997;55:327-36.
17. Auerbach KG. Breastfeeding and maternal medication use. *JOGNN* 1999;28:554-63.
18. King J. Contraception and lactation. *J Midwifery Women's Health* 2007;52:614-20.
19. Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD003988.



7. FARMACI E ALLATTAMENTO AL SENO

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine di questo capitolo i partecipanti saranno in grado di:

- ▶ Descrivere le dimensioni del rischio dell'assunzione di farmaci in allattamento
- ▶ Descrivere le controindicazioni assolute e relative all'uso dei farmaci in allattamento
- ▶ Trovare le informazioni utili a prendere decisioni terapeutiche, ricorrendo alle fonti specializzate sull'uso dei farmaci in allattamento

IN SINTESI

L'uso di farmaci durante l'allattamento è una situazione frequente. Pur in presenza di dati di letteratura, le informazioni sui rischi effettivi dell'uso dei farmaci e sulla gestione dell'allattamento spesso non sono accessibili ai professionisti. Ciò può portare, per un eccesso di cautela, a una inappropriata sospensione dell'allattamento o alla rinuncia della madre al trattamento farmacologico. In realtà, le controindicazioni assolute all'uso di farmaci sono poche. La scelta dell'uso di un farmaco in allattamento va condivisa con la donna che allatta e si basa sulla valutazione caso per caso del rapporto beneficio-rischio, considerando anche i rischi legati alla sospensione dell'allattamento materno. Esistono fonti accreditate e accessibili ai professionisti e alle donne per ottenere informazioni su cui basare le scelte terapeutiche.

Le dimensioni del rischio dell'assunzione del farmaco in allattamento

Gli studi epidemiologici hanno stimato che due terzi delle neomamme assumono almeno un medicinale durante le prime settimane dopo il parto.^{1,2} Emerge da un'indagine effettuata nel 2004 in Italia, che degli oltre 11.000 farmaci disponibili sul mercato nazionale, l'80% era controindicato durante l'allattamento secondo i foglietti illustrativi delle confezioni, mentre solo per il 2% era stato formulato un chiaro profilo di sicurezza.^{3,4} Quanto alle raccomandazioni e alle indicazioni sulla sicurezza espresse sui singoli farmaci da organizzazioni o società scientifiche nazionali o internazionali, non è rara l'evidenza che non siano univoche, il che, per un principio di cautela, conduce l'operatore alla presunzione di un rischio.³ **L'uso dei farmaci rappresenta una controindicazione all'allattamento al seno solo quando esistano prove documentate in merito.**

I farmaci assunti dalla madre passano in genere nel latte materno e la loro concentrazione varia secondo le concentrazioni nel sangue della madre, ma anche secondo le caratteristiche del farmaco (per esempio l'emivita, il peso molecolare, il legame con le proteine, la liposolubilità, il grado di ionizzazione e la farmacocinetica).⁵

In genere, più è basso il peso molecolare di un farmaco e maggiore sarà la probabilità che sia escreto nel latte materno, semplicemente perché è più facile il passaggio attraverso le cellule epiteliali degli alveoli mammari. Va tenuto presente che queste cellule sono più permeabili nei primissimi giorni dell'allattamento e che questo è quindi il momento in cui la probabilità del passaggio è massima.^{1,6}

I farmaci circolano per la maggior parte nel plasma materno legati all'albumina e solo la quota libera passa nel latte; perciò i farmaci con un elevato legame proteico nel plasma materno quasi invariabilmente hanno basse concentrazioni nel latte.^{1,6}



Tendono maggiormente a passare nel latte i farmaci liposolubili, ma la loro concentrazione dipende dall'intervallo trascorso dal parto. La concentrazione di questi farmaci è infatti maggiore nel colostro che nel latte maturo, data la composizione più ricca in lipidi del primo, rispetto al secondo più ricco di proteine.^{1,6-9}

Analogo ragionamento vale per l'acidità, dal momento che il pH del colostro (7,45) è maggiore di quello del latte di transizione e maturo (7,0-7,1): le molecole alcaline, a differenza di quelle debolmente acide, tendono a concentrarsi di più nel colostro.⁶

Per quanto riguarda i fattori relativi alla madre, vanno considerati il volume del latte prodotto che determina una maggiore o minore concentrazione/diluizione del farmaco e il periodo dell'allattamento (nel nato pretermine e nei primi giorni le giunzioni tra i lattociti sono aperte e quindi avviene un maggior passaggio di farmaco).⁶

È importante anche la via di somministrazione del farmaco nella madre: con quella endovenosa o intramuscolare aumenta, rispetto alla via orale, la quota di farmaco presente nel latte.⁷ Le vie topica, inalatoria e intranasale determinano invece livelli estremamente bassi nel plasma e quindi un'escrezione trascurabile nel latte.¹

Nel neonato avvengono numerosi cambiamenti che incidono sulla farmacocinetica: il pH gastrico è alcalino alla nascita, scende a valori di 2-3 entro 2 giorni e raggiunge i valori dell'adulto solo verso i 5-12 anni. La motilità intestinale e lo svuotamento gastrico sono ritardati nel neonato e nel lattante, meno con l'allattamento al seno che con quello artificiale.^{5,6,10} È inoltre ancora modesta l'attività di enzimi intestinali (come lipasi e alfa amilasi) che possono influire sull'assorbimento dei farmaci e la capacità di legame alle proteine relativamente più bassa, con un aumento della frazione libera del farmaco.^{5,6,10}

Nel periodo neonatale sono ridotti sia il metabolismo epatico sia la filtrazione renale, le due principali vie con cui l'organismo smaltisce le sostanze potenzialmente tossiche introdotte dall'esterno e nel metabolismo prevalgono a volte vie alternative diverse da quelle dell'adulto.⁶⁻¹⁰ Ovviamente tutte le funzioni fisiologiche che si osservano nel neonato a termine, sono molto più ridotte nel neonato prematuro, con maggiore rischio di effetti indesiderati da parte del farmaco.⁶

Il lattante introduce i farmaci per bocca attraverso il latte e può avere effetti indesiderati in genere gastrointestinali. Per esempio, in caso di assunzione di antibiotici si può verificare diarrea o stitichezza. Sono frequenti le reazioni cutanee (*rash*). Alcuni farmaci inibiscono il riflesso di suzione nel lattante (come il fenobarbital) mentre altri inibiscono la produzione di latte (come la bromocriptina).¹

Va ricordato inoltre che un farmaco utilizzato senza problemi o controindicato in gravidanza può avere un diverso profilo di rischio durante l'allattamento. Mentre in gravidanza il problema prevalente è quello della teratogenesi, nell'allattamento vanno considerati con maggiore cautela i possibili effetti sul bambino. Per esempio le benzodiazepine, a rischio teratogeno trascurabile, possono dare sedazione nel lattante; mentre gli antiepilettici, a rischio teratogeno consistente, possono essere utilizzati nell'allattamento al seno.^{2,10-12}

Va tenuto presente che i farmaci somministrati ai neonati e ai lattanti, sono sicuri anche se assunti dalla madre.

Un approccio pratico e ragionato sulla valutazione dell'uso di un farmaco durante l'allattamento al seno deve **tenere conto quindi di alcuni criteri di riferimento**,^{8,10,13} riconducibili sostanzialmente a due quesiti:

1. il farmaco assunto dalla madre passa nel latte materno?
2. in caso affermativo, questo passaggio può causare al lattante un rischio a breve e a lungo termine?



Per rispondere al primo quesito, ricordiamo che il passaggio nel latte materno (vale a dire un elevato rapporto tra la concentrazione del farmaco nel latte materno e la sua concentrazione nel plasma materno) è favorito dai seguenti fattori:

- ▶ caratteristiche farmacocinetiche del farmaco: lunga emivita, basso legame alle proteine plasmatiche, basso peso molecolare, pH alcalino, elevata liposolubilità
- ▶ momento dell'assunzione rispetto alla poppata: per molti farmaci tanto più questi momenti sono distanziati, tanto minore è la concentrazione del farmaco nel latte materno
- ▶ assorbimento da parte dell'intestino del lattante: scarso per alcuni farmaci con scarsa biodisponibilità orale (aminoglicosidi, vancomicina, morfina), nullo per farmaci somministrati per via sottocutanea (insulina ed eparina) e comunque inattivati durante la digestione.

Per quanto riguarda il secondo quesito, hanno un'influenza significativa:

- ▶ le condizioni generali del bambino (prematurità, età e peso)
- ▶ la stima della dose teorica massima (C_{max}) di farmaco che il bambino potrebbe introdurre con il latte materno se lo assumesse in corrispondenza del picco di concentrazione
- ▶ la **dose relativa per il bambino** che indica la quota di farmaco che il bambino assume in riferimento alla dose somministrata alla madre (è il rapporto tra dose assunta dalla madre e dose passata al bambino espresso in mg/kg/die). È considerato sicuro un rapporto inferiore al 10%: **per la maggior parte dei farmaci la dose di farmaco che passa nel latte non supera l'1%.⁵**

Un importante riferimento per la valutazione del rischio dei farmaci in allattamento è la classificazione di Hale,⁸ che, in base alla letteratura disponibile, suddivide i farmaci in cinque categorie:

L1	farmaco più sicuro: farmaco su cui esiste letteratura, molto usato in allattamento e considerato di prima scelta
L2	farmaco sicuro: farmaco su cui esiste una letteratura più limitata, considerato sicuro
L3	farmaco moderatamente sicuro: farmaco su cui non esistono studi in donne allattanti, ma i cui rischi sono limitati. Il farmaco dovrebbe essere somministrato solo se i potenziali benefici per la madre giustificano i potenziali rischi per il bambino
L4	farmaco potenzialmente pericoloso: esiste evidenza di rischio per il bambino o per la produzione di latte, ma il rischio può essere accettato se il farmaco è indispensabile alla madre e non esiste un'alternativa più sicura
L5	farmaco controindicato: il rischio per il bambino è documentato ed è superiore ai benefici che gli derivano dall'allattamento al seno

La classificazione di Hale, pur avendo una validità clinica nella scelta del farmaco, deve sempre essere accompagnata da un'attenta valutazione fatta dal medico caso per caso, che tenga conto delle necessità materne, del tipo e modalità di allattamento e dei rischi potenziali per il bambino.

Controindicazioni assolute e relative, false controindicazioni

Le classi di farmaci per cui esiste una controindicazione assoluta durante l'allattamento sono relativamente poche e corrispondono in genere a quelle utilizzate in caso di malattia grave, nota e conclamata della madre. L'allattamento al seno è controindicato quando si usano:¹⁴

- ▶ farmaci antitumorali (antimetaboliti)
- ▶ sostanze radioattive (interruzione temporanea dell'allattamento per un tempo pari a 5-6 emivite della sostanza).



In caso di controindicazioni, vanno considerate terapie alternative, privilegiando i farmaci approvati per l'uso pediatrico e quelli disponibili da più tempo sul mercato e quindi con un profilo di sicurezza verificato a lungo termine.^{1,7-9}

L'allattamento va invece proseguito, adottando opportune precauzioni, in base alle seguenti raccomandazioni:

- ▶ sorvegliare il bambino per sonnolenza: alcuni farmaci psicotropi e gli anticonvulsivanti (da considerare farmaco per farmaco)^{7,13,15-17}
- ▶ usare farmaci alternativi se possibile: cloramfenicolo, tetracicline, metronidazolo, chinolonici (per esempio, ciprofloxacina)
- ▶ sorvegliare il bambino per ittero: antibiotici come sulfamidici, dapsons, sulfametossazolo+trimetoprim (cotrimossazolo), sulfadoxine+pirimetamine (fansidar)
- ▶ possono far diminuire la produzione di latte: estrogeni inclusi i contraccettivi che contengono estrogeni, diuretici a base di tiazidi.

I seguenti **farmaci** sono da considerare **sicuri** ai dosaggi abituali:

- ▶ analgesici e antipiretici: paracetamolo, ibuprofene
- ▶ dosi occasionali di morfina e petidina
- ▶ antibiotici: ampicillina, amoxicillina, cloxacillina e altre penicilline, eritromicina
- ▶ tubercolostatici, leprostatici (vedi sopra per il dapsons)
- ▶ antimalarici (eccetto meflochina e fansidar)
- ▶ antielmintici
- ▶ antimicotici
- ▶ broncodilatatori (per esempio, salbutamolo)
- ▶ corticosteroidi
- ▶ antistaminici
- ▶ antiacidi
- ▶ antidiabetici
- ▶ la maggior parte degli antiipertensivi
- ▶ digossina
- ▶ supplementi nutrizionali di iodio, ferro, vitamine.

Per l'impiego dei **contraccettivi** dopo il parto, si rimanda alla relativa sezione. I **vaccini** sono considerati accettabili durante l'allattamento con poche eccezioni (per esempio il vaccino contro la febbre gialla con virus vivo e attenuato).¹⁸ È tra l'altro segnalato che i bambini allattati al seno hanno una migliore risposta immunitaria al vaccino di quelli con alimentazione artificiale (titolo anticorpale più elevato e sostenuto nel tempo).⁶

L'**anestesia locale** come quella del dentista non rappresenta una controindicazione all'allattamento.⁵ Bisogna richiamare il fatto che prodotti da banco, come le **vitamine** (a dosi alte) e le **piante medicinali** rispetto ai quali c'è una percezione errata di sicurezza, vanno considerati farmaci a tutti gli effetti e nella maggior parte dei casi sono controindicati.^{7,19,20}

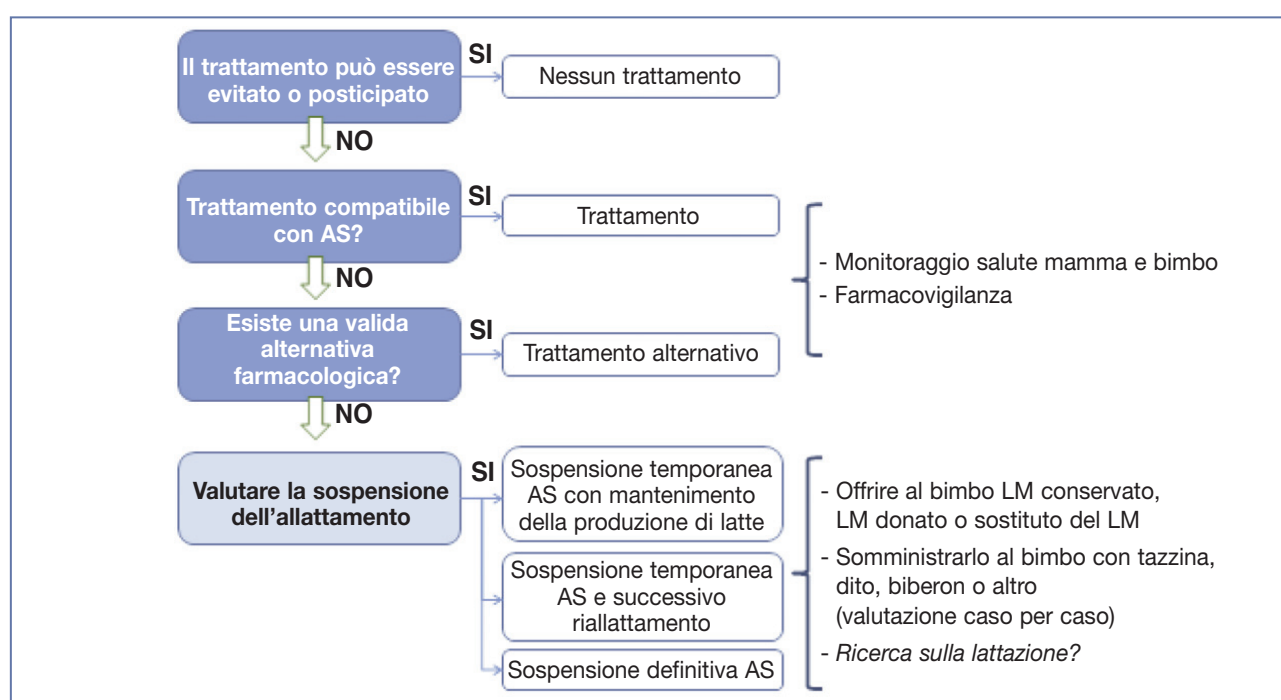
Le indicazioni all'uso degli **anestetici** durante il travaglio e il parto cesareo non sono oggetto di questo documento e si rimanda ad altre fonti, in particolare al protocollo dell'*Academy of Breastfeeding Medicine*.^{13,14,21,22}



Uso dei farmaci, gestione dell'allattamento e farmacovigilanza

Durante l'allattamento vanno messe in atto tutte le competenze cliniche dell'uso più generale dei farmaci, inclusa l'individuazione delle eventuali reazioni avverse (Adr) che devono essere segnalate al sistema nazionale di Farmacovigilanza con l'apposita scheda. La segnalazione di reazioni avverse di qualsiasi entità, anche lievi o note, contribuisce a migliorare le conoscenze sul profilo di beneficio-rischio del farmaco. La segnalazione può essere fatta utilizzando l'[apposita scheda Aifa](#). Allo stesso modo, è possibile segnalare le **reazioni avverse ai prodotti naturali**, spesso usati dalle madri in forma di automedicazione, attraverso il [sistema di sorveglianza delle reazioni avverse](#) ai prodotti naturali, coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità.

Per quanto riguarda la gestione dell'allattamento durante il trattamento farmacologico, lo schema seguente riassume le possibili azioni.



Giusti A. Uso dei FARMaci, Farmacovigilanza e gestione dell'ALLAttamento. Collaborazione FARFALLA, Cnesps, Istituto superiore di sanità) ²³

Le informazioni alla donna che allatta al seno

L'*American Academy of Pediatrics* ha dichiarato che una ragione comune per la sospensione dell'allattamento al seno è l'uso dei farmaci e il conseguente consiglio, nella maggior parte dei casi ingiustificato, da parte dei medici di interrompere l'allattamento. L'Aifa sottolinea che, nonostante il crescente numero di donne che richiedono informazioni sulla sicurezza dei farmaci in allattamento, le compagnie farmaceutiche quasi automaticamente inseriscono nei foglietti illustrativi dei farmaci la dicitura "controindicato in gravidanza e allattamento". Questa raccomandazione spesso non è basata su evidenze scientifiche, ma è finalizzata a evitare conseguenze medico-legali.

Dai report del Servizio di informazione teratologica degli Ospedali riuniti di Bergamo emerge il crescente bisogno di informazioni accurate, facilmente accessibili e individualizzate sull'uso dei farmaci in allattamento. Dal 2000 al 2011 le consulenze sono aumentate da meno di 500 a più di 12.000. Nel



2011, il 52% delle consulenze riguardava l'allattamento al seno. Nel 70% dei casi, le donne stesse chiamano il Tis, nell'8% la richiesta proviene da un familiare e solo il 20% dai pediatri o altri professionisti sanitari. Per quanto riguarda il rischio stimato per i bambini allattati, nel 71% dei casi il farmaco è stato considerato sicuro, nei restanti casi è stata necessaria una valutazione caso per caso per trovare una valida alternativa farmacologica.²⁴

In questo quadro, emerge la tendenza a delegare alle donne la responsabilità della scelta tra il trattamento farmacologico e l'allattamento al seno, senza considerare l'effettivo profilo di beneficio-rischio del trattamento farmacologico e della sospensione dell'allattamento. Il risultato è spesso l'inutile sospensione, o, al contrario, il rifiuto della madre di curarsi, ma anche il ricorso a trattamenti cosiddetti "naturali" o all'automedicazione, anche per farmaci considerati sicuri.

Le donne ricercano e ricevono comunque molte informazioni sull'uso dei farmaci durante l'allattamento al seno, non sempre adeguate e attendibili.^{3,21} L'operatore deve facilitare una scelta informata e consapevole, fornendo alla mamma e alla coppia strumenti per monitorare lo stato di salute della mamma e del bambino durante l'assunzione di farmaci e segnalare tempestivamente al medico eventuali sintomi o reazioni avverse, anche lievi, al farmaco.^{1,3,11,23}

Esistono alcuni accorgimenti da adottare circa il momento della poppata rispetto a quello della somministrazione del farmaco, il momento ideale per l'allattamento è in teoria quello in cui il farmaco somministrato raggiunge le concentrazioni plasmatiche minime riducendo l'esposizione del lattante.¹⁸

È bene assumere la terapia immediatamente dopo l'ultima poppata ed evitare l'allattamento al seno nella prima ora dopo l'assunzione, periodo che corrisponde al picco di concentrazione plasmatica per la maggior parte dei farmaci. È utile lasciar trascorrere un intervallo di almeno 4 ore tra l'assunzione del farmaco e la poppata successiva, in modo da evitare che la poppata coincida con le fasi di più elevata concentrazione del farmaco nel latte.^{1,6,26}

È sempre comunque necessaria una valutazione fatta insieme al medico che tenga conto dei bisogni della mamma e del bambino, delle caratteristiche del farmaco e delle modalità di allattamento. Per questo, è essenziale che i professionisti possano accedere a fonti informative attendibili nel momento in cui definiscono con la madre il piano terapeutico.

Siti e telefoni utili

In Italia i principali centri ai quali rivolgersi per informazioni sull'uso di farmaci nell'allattamento, sono:

- **Centro Antiveneni di Bergamo** – Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, tel. 800883300
- **Telefono rosso del Policlinico Universitario Gemelli di Roma**, tel. 06-3050077
- **Tossicologia perinatale della Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze**, tel. 055-4277731.

Tra le fonti informative in lingua inglese si segnalano:

- **LactMed** (Drugs and Lactation Database) è una banca dati della National Library of Medicine's/ National Institute of Health inclusa nella [rete Toxnet](#)® (Nlm). Contiene informazioni relative a tutti i farmaci e alle sostanze a cui possono essere esposte le donne che allattano, fornisce i livelli a rischio per la madre e per il bambino, i possibili effetti negativi sul lattante e sull'allattamento e indica i farmaci alternativi. Recentemente LactMed è stato integrato con una sezione sui farmaci alternativi e complementari (complementary and alternative medicine, Cam) come gli integratori e i prodotti erboristici.
- **Lactnet** è una [mailing list](#) dell'International Board Certified Lactation Consultant (Ibclc), per creare una rete di supporto alle donne che allattano al seno.
- **Medications and Mothers' Milk** [consultabile](#) anche online.

Va segnalato il progetto FARFALLA (uso dei FARMaci, Farmacovigilanza e gestione dell'ALLAttamento) che, sostenuto dall'Istituto superiore di sanità, ha lo scopo di creare una rete di farmacovigilanza sulla sicurezza dei farmaci durante l'allattamento al seno, anche mediante momenti formativi, secondo un modello già sperimentato presso il Centro antiveneni di Bergamo.



BIBLIOGRAFIA

1. Schiavetti B, Clavenna A, Bonati M. Farmaci e allattamento al seno: ruolo di un Centro di Informazione sul farmaco. *Giornale Italiano di Farmacia Clinica* 2005;19:15-23.
2. Schirm E, Schwagermann MP, et al. Drug use during breastfeeding. A survey from the Netherlands. *Eur J Clin Nutr* 2004;58:386-90.
3. Davanzo R. Farmaci ed allattamento al seno. Ministero della Salute-AIFA: Agenzia Italiana sul Farmaco. *Bollettino di Informazione sui Farmaci (BIF)* 2005;2:66-71.
<http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/bif050266.pdf>
4. Addis A. Comunicazione orale. Role of Ministry of Health. Medications and breastfeeding. Trieste, 12 settembre 2004.
5. Ito S. Drug therapy for breast-feeding women. *NEJM* 2000;343:118-26.
6. Auerbach KG. Breastfeeding and maternal medication use. *JOGNN* 1999;28:554-63.
7. Gannon L. breast feeding: an update. *BMJ learning*.
http://learning.bmj.com/learning/module-intro/breast-feeding.html?locale=en_GB&moduleId=5003232.
8. Hale T. Medications and mothers milk. Amarillo, TX: Pharmasoft Publishing.
<http://www.ibreastfeeding.com/>
9. Hale TW, Berens P. Clinical therapy in breastfeeding patients. Amarillo, TX: Pharmasoft Publishing, 2002.
10. World Health Organization. Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. Geneva, 2003.
<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/55732.pdf>
11. Koren G, Moretti M, Ito S. Continuing drug therapy while breastfeeding. Part 2. Common misconceptions of physicians.
www.motherisk.org/women/updatesDetail.jsp?content_id=316
12. Ito S, Lieu M, et al. Continuing drug therapy while breastfeeding: Common misconceptions of patients. *Can Pharm Physic* 1999;45:897-9.
13. Davanzo R. Farmaci ed allattamento: un approccio clinico pratico. *Medico e Bambino* 2001;19:127-251.
14. Oms/Unicef. Allattamento al seno: corso pratico di counselling.
http://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf
<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/Oms.asp>
Versione inglese più recente:
Infant and young child Feeding Counselling. An Integrated Course
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241594745/en/index.html
http://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf
15. Lusskin SI, Misri S, et al. Use of psychotropic medications in breastfeeding women. In: UpToDate Lockwood CJ (Ed) UpToDate. Waltham MA 2010.
<http://www.uptodate.com/contents/use-of-psychotropic-medications-in-breastfeeding-women>
16. Burt VK, Suri R, et al. The use of psychotropic medication during breastfeeding. *Am J Psychiatry* 2001;158:1001-9.
17. Hendrick V. Treatment of postnatal depression. *BMJ* 2003;327:1003-4.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Health Information for International Travel 2003-2004. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2003.
<http://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/vaccinations.htm>
19. Moretti M, Lee A, Ito S. Which drugs are contraindicated during breastfeeding? Practice guidelines.
www.motherisk.org/women/updatesDetail.jsp?content_id=331
20. Davanzo R, Berti I, Trevisan M. Il rischio dell'uso delle piante medicinali in età pediatrica. *RIP* 2000; 26:737-43.



21. Davanzo R. Farmaci prima e dopo la nascita del bambino. L'esperienza e le conoscenze delle donne. Relazione al Corso su Farmaci ed allattamento al seno: farmacologia clinica, raccomandazioni ed esperienze. Trieste, 17 settembre 2005.
22. Montgomery A, Hale TW, and The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, Revised 2012. Breastfeeding Medicine 2012;7:547-54.
http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol_15_revised_2012.pdf
23. Giusti A. Uso dei FARMaci, Farmacovigilanza e gestione dell'ALLAttamento. Collaborazione FARFALLA, Cnesps, Istituto superiore di sanità, 21-23 maggio 2012.
24. Giusti A, Farina ML, Clavenna A, per il gruppo di lavoro Farfalla. Uso dei FARMaci, Farmacovigilanza e gestione dell'ALLAttamento, 10 dicembre 2012.
www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/Seminario2012/Farina.pdf
25. Schiavetti B, Clavenna A, Fortinguerra F, et al. Psicofarmaci in allattamento. Il Pensiero Scientifico editore, 2007.
26. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 2001; 108: 776-89.



Istruzioni per fare un modello di seno in tessuto

Usa due calze: una del colore dell'areola e della pelle per mostrare l'esterno del seno, l'altra di un colore più chiaro che rappresenti l'interno.

Calza color pelle

Fai una cucitura circolare (come per chiudere un borsello) del diametro di 4 cm attorno al tallone. Chiudila fino al diametro di 1,5 cm e riempi di carta o altro materiale per farne un "capezzolo". Dai alcuni punti alla base di questo capezzolo per tenerlo assieme. Con un pennarello, disegna un'areola attorno al capezzolo.

Calza bianca

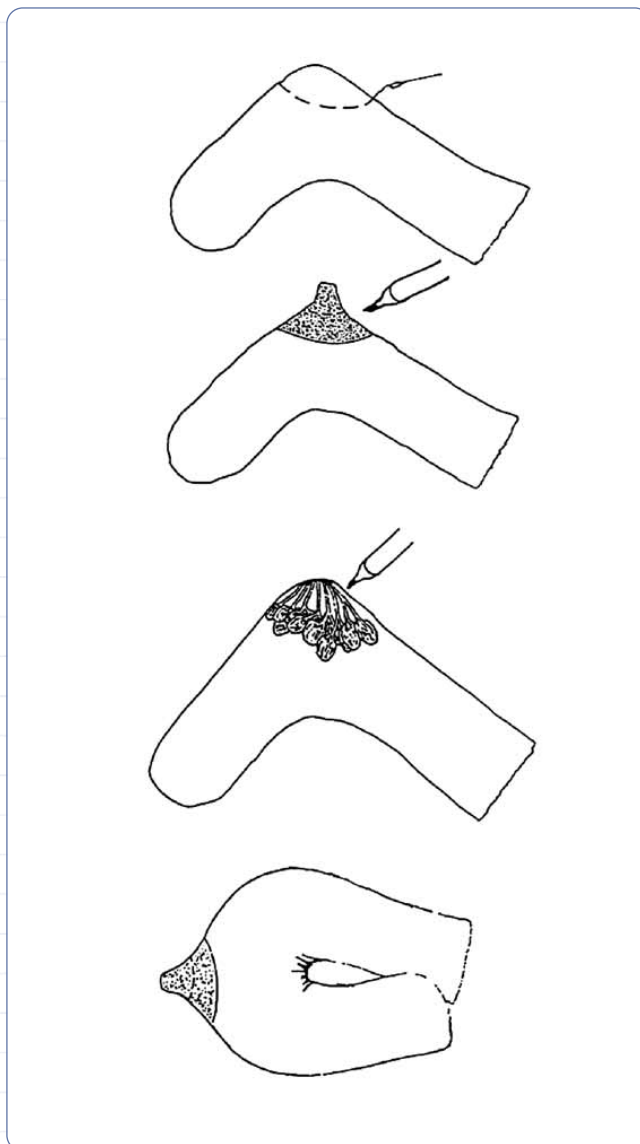
Usa un pennarello per disegnare sul tallone una semplice struttura del seno: alveoli, dotti e fori di uscita del latte. Assicurati che i dotti siano sotto l'areola.

Mettere assieme le due calze

Riempi il tallone della calza bianca con del materiale soffice. Tieni assieme i due capi della calza e forma con il tallone una mammella; si possono fare mammelle di varie forme e dimensioni. Metti la calza più scura sopra quella chiara in modo che il capezzolo coincida con i fori di uscita del latte.

Due modelli di seno

Se si fanno due modelli di seno, li si può "vestire" per dimostrare la posizione e l'attacco al seno. Li si può fissare con una vecchia calza di nylon attorno al petto. Si può anche mostrare la corretta posizione delle dita per il massaggio e la spremitura del seno.



BIBLIOGRAFIA

Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.
http://www.unicef.it/Allegati/Corso_20_Ore_7ott10.pdf



Scheda per l'osservazione di una poppata

Nome della madre _____	Data _____
Nome del bambino _____	Età del bambino _____
Segni che l'allattamento sta andando bene	Segni di possibile difficoltà
GENERALI	
<i>Madre</i>	<i>Madre</i>
☐ Sembra star bene	☐ Sembra star male o depressa
☐ Rilassata e a suo agio	☐ Tesa e non a suo agio
☐ Segni di vincolo con il bambino	☐ Nessun contatto visivo madre/bambino
<i>Bambino</i>	<i>Bambino</i>
☐ Sembra star bene	☐ Sembra star male o sonnolento
☐ Calmo e rilassato	☐ Irrequieto o piangente
☐ Cerca il seno se ha fame	☐ Non cerca il seno
SENO	
☐ Sembra sano	☐ Arrossato, gonfio o infiammato
☐ Nessun dolore o disagio	☐ Seni o capezzoli dolenti
☐ Ben sostenuto, dita lontane dall'areola	☐ Sostenuto con le dita sull'areola
☐ Capezzoli protrattili	☐ Capezzoli piatti, non protrattili
POSIZIONE DEL BAMBINO	
☐ Testa e corpo in linea	☐ Testa e collo girati per succhiare
☐ Vicino al corpo della madre	☐ Non vicino al corpo della madre
☐ Tutto il corpo ben sorretto	☐ Sostenuto solo dalla testa e dal collo
☐ Vicino al seno, naso al capezzolo	☐ Labbro inferiore o mento al capezzolo
ATTACCO DEL BAMBINO AL SENO	
☐ Più areola sopra il labbro superiore	☐ Più areola sotto il labbro inferiore
☐ Bocca ben aperta	☐ Bocca non completamente aperta
☐ Labbro inferiore estroflesso	☐ Labbra in avanti o introflesse
☐ Mento che tocca il seno	☐ Mento che non tocca il seno
SUZIONE	
☐ Lenta e profonda, con pause	☐ Rapida e superficiale
☐ Guance arrotondate mentre succhia	☐ Guance infossate mentre succhia
☐ Si stacca dal seno quando ha finito	☐ La madre stacca il bambino dal seno
☐ Madre con segni di riflesso ossitocinico	☐ Nessun segno di riflesso ossitocinico
Note:	

BIBLIOGRAFIA

Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.
http://www.unicef.it/Allegati/Corso_20_Ore_7ott10.pdf



I bambini con bisogni speciali^{1,2}

Una bassa introduzione di latte materno, in termini di quantità e/o qualità dipende in genere da una difficoltà nell'allattamento da parte del bambino.³ I bambini nati a termine e con peso elevato in genere succhiano molto meglio di quelli prematuri, di basso peso o piccoli per l'età gestazionale. Alcuni studi indicano che i neonati nati prima della 37° settimana hanno, rispetto a quelli nati a termine, maggiori probabilità di un nuovo ricovero per disturbi legati ad una scarsa crescita per un bassa introduzione di latte materno.^{4,5}

Il latte materno è importante per i bambini pretermine, di basso peso o con bisogni speciali perché li protegge, fornisce loro nutrienti essenziali, e li aiuta a crescere e svilupparsi. Il latte di una madre che dà alla luce un prematuro contiene più proteine, sodio e calcio del latte a termine. Questo è utile perché i neonati pretermine spesso necessitano di più proteine. Il tipo di alimentazione dipende da ogni singolo bambino e dalla condizione di cui soffre, che non sono oggetto di analisi dettagliata in questo documento. I bambini con condizioni mediche che non permettono l'allattamento al seno esclusivo devono essere visti e seguiti da un operatore appositamente formato (vedi il capitolo Le controindicazioni all'allattamento al seno). In generale si possono distinguere i bambini in base alla capacità di suzione:

- bambini che non sono in grado di alimentarsi per via orale: incoraggiare la madre a spremere il latte per mantenere la produzione fino a quando il bambino sarà in grado di alimentarsi per bocca. Se possibile, congelare il latte materno spremuto per usarlo in seguito
- bambini in grado di alimentarsi per via orale, ma non di succhiare al seno: dar loro latte materno spremuto per sondino o con una tazzina, se il bambino ne è capace
- bambini in grado di succhiare, ma non per una poppata piena: lasciare che succhino quando e quanto vogliono. Poppate brevi e frequenti potrebbero stancare il bambino meno che poppate lunghe e con lunghi intervalli. Si può aggiungere latte materno spremuto, con tazzina o sondino
- bambini che succhiano bene: incoraggiare poppate frequenti per favorire la produzione di latte materno, sfruttare la protezione dalle infezioni che offre, e per conforto
- bambini che succhiano bene, ma non possono prendere latte materno: per esempio, in caso di galattosemia ed altre condizioni rare richiedenti formule speciali.

Se il bambino ha bisogni speciali, occorre prendersi cura della madre sostenendola anche con un aiuto pratico (es. faccende domestiche, preparazione dei pasti) perché riesca a stare più vicino possibile al suo bambino. La mamma deve essere informata e consapevole che è importante concedere al bambino pause per riposare durante i pasti, poppate in un ambiente tranquillo e senza fretta.

Ipoglicemia del neonato^{1,2}

I bambini allattati al seno mantengono i loro livelli di glicemia meglio di quelli alimentati artificialmente. I bambini compensano una glicemia bassa usando il glicogeno immagazzinato nel fegato.



I neonati sani e a termine non sviluppano ipoglicemia solo a causa di scarsa alimentazione. Se un neonato sano e a termine sviluppa segni di ipoglicemia (riduzione dello stato di coscienza, convulsioni, ipotonia e apnea) dev'essere visto immediatamente da un medico per indagare le cause.

Problemi cardiaci^{1,2}

I bambini con problemi cardiaci si stancano facilmente. Sono utili poppate brevi e frequenti. Il bambino ha una frequenza respiratoria minore con l'allattamento al seno che col biberon. L'allattamento è meno stressante ed ha bisogno di meno energia, per cui c'è anche un migliore aumento di peso. Il latte materno fornisce protezione dalle infezioni, per cui riduce i ricoveri e aiuta la crescita e lo sviluppo.

Ittero^{1,6,7}

L'ittero fisiologico è comune nella maggior parte dei neonati ed è in genere autolimitante: inizia di solito il secondo o terzo giorno dopo la nascita e scompare verso il decimo. I globuli rossi fetali vengono distrutti più rapidamente di quanto il fegato immaturo del neonato possa metabolizzare: è un ittero a prevalente bilirubina indiretta. Inoltre l'ittero fisiologico è peggiorato dallo stato di digiuno, a cui può andare incontro il neonato se la gestione dell'allattamento non è ottimale. In un bambino in cui l'allattamento materno è ben avviato e ha un buon aumento di peso, l'ittero rappresenta raramente un problema. L'ittero patologico non è generalmente in relazione all'alimentazione, ma a una malattia del bambino (es. incompatibilità materno fetale per i gruppi sanguigni, galattosemia) e si manifesta alla nascita o entro i primi uno o due giorni.

In presenza di ittero fisiologico, l'allattamento al seno deve essere incoraggiato perché riduce l'incidenza di iperbilirubinemia grave. Aggiunte di glucosata non aiutano perché riducono l'assunzione di latte materno e non servono ad abbassare la bilirubinemia. Se il bambino è sonnolento, e presenta una suzione ipovalida, va somministrato latte materno spremuto (vedi La spremitura manuale del latte). Nell'ittero grave, si usa la fototerapia per ridurre i livelli di bilirubina.

L'ittero a insorgenza tardiva, anch'esso a prevalente bilirubina indiretta, raggiunge i massimi livelli nella seconda settimana di vita del bambino, ha cause non perfettamente conosciute e probabilmente è su base familiare. I bambini che ne sono affetti si nutrono regolarmente, hanno una buona crescita, e hanno feci normali.

Labiopalatoschisi^{1,2}

L'allattamento al seno è possibile, anche nei casi più gravi. Dato che questi bambini sono a rischio di otite media e infezioni delle alte vie respiratorie, l'allattamento al seno è particolarmente importante. Bisogna sostenere il bambino in modo tale che il naso e la gola stiano più in alto della mammella, in modo da impedire al latte di gocciolare dentro la cavità nasale, il che renderebbe difficile al bambino respirare durante la poppata. Il tessuto mammario o le dita della madre possono riempire la schisi delle labbra per aiutare il bambino a mantenere la suzione. Le poppate saranno ovviamente di maggiore durata rispetto alla norma.



Bisogna sostenere la madre e incoraggiarla a essere paziente perché il bambino si stanca presto e ha bisogno di riposare. È probabile che la madre debba spremere il latte per darlo come aggiunta somministrandolo con una tazzina o con un dispositivo per l'alimentazione supplementare. Dopo un intervento chirurgico per riparare la schisi, l'allattamento al seno può riprendere non appena il bambino si sveglia.

Bambini che hanno bisogno di interventi chirurgici^{1,2}

Il latte materno si digerisce facilmente, per cui basta un periodo più breve di digiuno prima dell'intervento, rispetto al latte artificiale o ad altri cibi. In generale, il bambino non dovrebbe essere tenuto a digiuno più di tre ore. Bisogna discutere con i genitori il modo per tenere il bambino tranquillo durante questo periodo. L'allattamento può di solito ricominciare non appena il bambino si sveglia dopo l'intervento. L'allattamento dopo un intervento chirurgico aiuta ad alleviare il dolore, conforta il bambino e fornisce liquidi e calorie. Se il bambino non è in grado di prendere grandi quantità di latte materno subito dopo l'intervento, la madre può spremersi il latte e può lasciare che il bambino succhi "un seno vuoto" fino a stabilizzazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.
http://www.unicef.it/Allegati/Corso_20_Ore_7ott10.pdf
2. Oms – Unicef. Allattamento al seno: Corso pratico di counselling.
<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/Oms.asp>
http://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_Participants_Manual.pdf
3. Gannon L. breast feeding: an update. BMJ learning.
http://learning.bmj.com/learning/module-intro/breast-feeding.html?locale=en_GB&moduleId=5003232
4. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:273-97.
5. Neifert M, DeMarzo S, et al. The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth* 1990;17:31-8.
6. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation *Pediatrics* 2004;114:297-316.
7. Merewood A, Philipp B. Breastfeeding: conditions and diseases. A reference guide. Amarillo, TX: Pharmasoft Publishing, 2001.



Checklist prenatale – Alimentazione infantile

L'operatore sanitario che ha fornito l'informazione deve firmare e scrivere la data sul modulo.

Nome della donna _____ Data presunta del parto _____

Entro le 32 settimane di gravidanza, tutte le donne in gravidanza devono ricevere informazioni (registrate nella documentazione clinica) chiare, complete, aggiornate e indipendenti da interessi commerciali riguardanti:

Argomento	Discusso*	Firma	Data
Importanza: - dell'allattamento materno per la madre e per il bambino e della sua gestione - del contatto pelle a pelle immediatamente dopo la nascita e successivamente in ogni occasione utile - di un attacco al seno precoce - di un efficace posizionamento e attacco al seno, accertandosi che la madre ne abbia compresa l'importanza - del <i>rooming-in</i> (madre e neonato assieme 24 ore su 24) e di tenere i bambini vicini, giorno e notte, che siano allattati al seno o alimentati artificialmente - dell'alimentazione a richiesta, guidata dal bambino, e come riconoscere i segnali precoci di fame.			
Posizioni e attacco al seno che garantiscono una suzione efficace			
Come riconoscere un efficace trasferimento di latte, accertandosi che la madre ne abbia compresa l'importanza e che sappia cosa fare in caso di un insufficiente trasferimento di latte			
Segni di un'adeguata emissione di feci e urine			
Come prevenire e gestire i principali problemi possono insorgere durante l'allattamento, ad esempio ingorgo e mastite			
Come mantenere la produzione di latte durante i periodi di separazione dal bambino, come dopo il rientro al lavoro			
Spremitura manuale del seno, comprese le modalità per una adeguata conservazione del latte materno spremuto, in caso di necessità			
Come rispondere ai bisogni del bambino durante le ore notturne, comprese informazioni complete sulle prove scientifiche relativamente a rischi e benefici della condivisione del letto e sugli accorgimenti appropriati da adottare			
Durata ottimale dell'allattamento al seno esclusivo e il proseguimento dell'allattamento materno, inclusa l'importanza di: - ricordare che l'età adeguata per l'introduzione di alimenti e bevande complementari è dopo i sei mesi compiuti - introdurre un'adeguata alimentazione complementare - continuare l'allattamento nel secondo anno di vita del bambino e oltre, fino a quando madre e bambino lo desiderano.			
Rischi: - derivanti dalla decisione di ricorrere all'alimentazione artificiale a fronte dei riconosciuti benefici dell'allattamento al seno - per l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno derivanti dall'uso di tettarelle, biberon e ciucci, almeno durante il primo mese di vita.			
Dove cercare aiuto se necessario.			

* annotare eventuale rifiuto

Altri punti discussi e necessità di follow-up o invio a specialista: _____

BIBLIOGRAFIA

Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.
http://www.unicef.it/Allegati/Corso_20_Ore_7ott10.pdf



Checklist postnatale – Informazioni per le madri che allattano al seno

Punto Nascita/Consultorio: _____ Cartella nr.: _____
 Cognome Nome madre: _____ Data del parto: _____

Cognome Nome bambino/a: _____

Primogenito	SI ☐	NO ☐	
Precedente allattamento	SI ☐	NO ☐	Durata _____
Corso accompagnamento alla nascita	SI ☐	NO ☐	Dove _____
Incontro gruppo prenatale allattamento	SI ☐	NO ☐	Dove _____
Opuscolo ASL allattamento	SI ☐	NO ☐	

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le mamme seguite presso il Consultorio.
 L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare il modulo.

Argomento	Discusso*	Data	Firma
<i>Gestione dell'allattamento:</i>			
• allattamento a richiesta guidato dal bambino • riconoscimento dei segnali precoci di fame • segni di adeguato apporto nutritivo (incremento ponderale ed emissione feci e urine) • come e quando intervenire con un bambino in difficoltà (es. sonnolento, piccolo ecc...) • importanza del tenere i bambini vicini giorno e notte • importanza del contatto pelle a pelle alla nascita e in ogni occasione utile.			
<i>Osservazione della poppata:</i>			
• posizionamento e attacco efficaci • segni di adeguata suzione e deglutizione.			
<i>Importanza dell'allattamento esclusivo:</i>			
• significato e vantaggi • rischi legati all'uso di tettarelle, biberon, ciucci e paracapezzoli nel periodo di calibrazione • raccomandazioni OMS su età adeguata per introduzione alimenti complementari.			
<i>Spremitura manuale:</i>			
• dimostrazione pratica • modalità di adeguata conservazione e somministrazione del latte spremuto.			
<i>Problematiche più frequenti:</i>			
• prevenzione/gestione ingorgo e mastite • compatibilità dell'allattamento con la maggior parte dei farmaci • gestione rientro al lavoro della madre • condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne.			
<i>Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità.</i>			

* annotare eventuale rifiuto alla discussione

Annotare altri punti discussi e necessità di follow-up o invio a specialista:



Checklist postnatale – Informazioni per le madri che utilizzano sostituti del latte materno

Punto Nascita/Consultorio: _____ Cartella nr.: _____
Cognome Nome madre: _____ Data del parto: _____

Cognome Nome bambino/a: _____

Primogenito	SI ☐	NO ☐	
Precedente allattamento	SI ☐	NO ☐	Durata _____
Corso accompagnamento alla nascita	SI ☐	NO ☐	Dove _____
Incontro gruppo prenatale allattamento	SI ☐	NO ☐	Dove _____
Opuscolo ASL allattamento	SI ☐	NO ☐	

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le mamme seguite presso il punto nascita/Consultorio che per scelta personale o per motivi medici non allattano al seno.

L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare il modulo.

Argomento	Discusso*	Data	Firma
<i>L'importanza di:</i> • un'alimentazione sostitutiva AFASS (accettabile, fattibile, abbordabile, sostenibile e sicura) • contatto pelle a pelle immediatamente dopo la nascita e in ogni occasione utile • tenere i bambini vicini, giorno e notte, in ospedale e a casa: <i>rooming-in</i> • raccomandazioni OMS su età adeguata per introduzione alimenti complementari.			
<i>Modalità di preparazione, somministrazione e conservazione dei sostituti del latte materno:</i> • dimostrazione pratica individuale sulla preparazione e somministrazione del latte di formula.			
<i>Problematiche più frequenti:</i> • condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne.			
Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità.			

* annotare eventuale rifiuto alla discussione

Annotare altri punti discussi e necessità di follow-up o invio a specialista:

BIBLIOGRAFIA

Fonte: Ospedali&Comunità Amici dei Bambini, uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. [Guida all'applicazione dei Passi.](#)