

6. Scenario II. Interruzione precoce

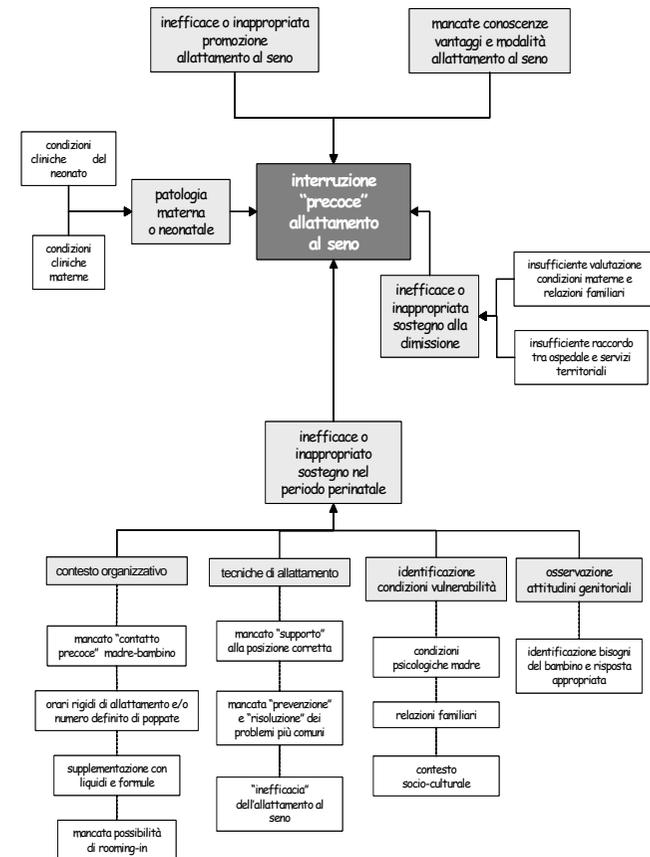
Questo scenario si riferisce a realtà in cui il tasso di inizio dell'allattamento è ritenuto soddisfacente, ma decade rapidamente, entro il primo mese. Comprende due possibili quadri: il primo di sospensione molto precoce dell'allattamento al seno (nei primi 7-10 giorni di vita), il secondo caratterizzato da una sospensione precoce (tra i 10 e 30 giorni di vita). I fattori causali sono probabilmente gli stessi, anche se il loro peso relativo può essere diverso. Nel primo caso potrebbero prevalere quelli associati ad una scarsa motivazione materna all'allattamento al seno o un insufficiente sostegno in epoca perinatale. Nel secondo caso potrebbero prevalere i fattori associati allo scarso sostegno in epoca perinatale e alla dimissione, cui potrebbero sommarsi alcuni fattori che saranno descritti nel capitolo 7 (*scenario III*).

Questo scenario risente delle novità che si sono manifestate negli ultimi anni in tema di ricovero della madre e del neonato. L'ampia diffusione della pratica della dimissione precoce, propriamente detta o comunque molto prossima alle 48 ore di vita, rende difficile, al momento della dimissione e quindi prima che si sia potuta osservare la montata latte, distinguere la semplice intenzione di allattare dal reale avvio dell'allattamento.

6.1 La rete causale

I fattori causali del mancato inizio di allattamento al seno sono:

- inefficace o inappropriata promozione dell'allattamento al seno;
- mancate conoscenze vantaggi e modalità dell'allattamento al seno;
- patologia materna o neonatale;
- insufficiente o inappropriato sostegno nel periodo perinatale;
- insufficiente o inappropriato sostegno alla dimissione.



Promozione dell'allattamento al seno inefficace o inappropriata

Una promozione dell'allattamento al seno che sappia coinvolgere attivamente le mamme, richiede competenze comunicative e una coerenza delle pratiche ospedaliere, per rendere meno fragile l'avvio e il proseguimento dell'allattamento. L'efficacia delle iniziative di promozione dell'allattamento deve essere valutata tenendo conto degli elementi di reale condivisione della donna nei confronti della proposta istituzionale. Permettere alla donna di esplicitare la propria decisione negativa o le proprie difficoltà consente l'individuazione dei fattori di ostacolo e l'eventuale ripensamento delle strategie di promozione.

Se la motivazione materna all'allattamento al seno è debole le prime difficoltà possono portare la madre alla sua interruzione o comunque ad integrare l'allattamento con una formula.

Mancate conoscenze su vantaggi e modalità

Solo una parte delle donne frequenta corsi di preparazione alla nascita o specifici incontri dedicati all'allattamento al seno; è quindi necessario fornire un'informazione in occasione del parto sui vantaggi dell'allattamento al seno e sulle modalità che lo possono facilitare. Queste informazioni sono naturalmente associate al sostegno nel periodo neonatale e alla dimissione, descritti successivamente.

Patologia materna o neonatale

Nei primi giorni dopo il parto assumono particolare rilevanza le complicanze ostetriche e le condizioni fisiche del seno, oltre alle condizioni psicologiche della donna e le sue relazioni familiari. Negli ultimi decenni ha acquisito crescente importanza l'alto tasso di parti con taglio cesareo, una modalità che richiede attenzioni specifiche nel favorire il buon avvio dell'allattamento al seno.

Una serie di condizioni neonatali quali l'ittero, l'ipoglicemia, le crisi di pianto, un alterato ritmo delle poppate o un ridotto incremento ponderale nelle prime settimane possono determinare un abbandono precoce dell'allattamento.

Insufficiente o inappropriato sostegno nel periodo perinatale

La capacità di sostegno deve essere valutata rispetto a più aree di intervento:

- **organizzazione dell'assistenza:** l'organizzazione delle cure ostetriche e neonatali può ostacolare un inizio efficace dell'allattamento al seno. I principali fattori causali sono rappresentati da: mancato inizio precoce dell'allattamento, separazione madre-bambino, somministrazione di supplementazione (liquidi e formule), modalità non corrette di somministrazione di eventuali supplementazioni, rigidità degli orari e del numero di poppate, indicazione all'utilizzo di formule al momento della dimissione...

- **tecniche di allattamento:** il supporto alla madre per l'acquisizione di modalità corrette per l'attaccamento al seno (posizione del bambino e della madre durante la suzione), nonché l'offerta appropriata di ausili e tecniche per la prevenzione di eventuali complicanze (ingorgo mammario, ragadi...) possono risultare di notevole importanza per il sostegno dell'allattamento;
- **identificazione delle condizioni di vulnerabilità:** è importante identificare le condizioni psicologiche della donna e le altre condizioni di vulnerabilità (sociali e culturali) per garantire interventi efficaci ed appropriati di supporto. In particolare occorre mirare l'intervento di sostegno nei confronti delle pluri-pare con precedenti esperienze negative di allattamento;
- **osservazione delle attitudini genitoriali:** per identificare i bisogni del bambino e garantire le risposte appropriate e la relativa definizione delle misure di sostegno.

Insufficiente o inappropriato sostegno alla dimissione

La capacità di sostegno deve essere valutata in aree di intervento diverse:

- **condizioni materne e relazioni familiari:** la condivisione da parte della donna di tempi e modalità di dimissione è importante ai fini dell'azione di sostegno nei primi giorni dopo la dimissione;
- **condivisione del percorso assistenziale tra ospedale e servizi territoriali** (in particolare l'ostetrica e il pediatra di libera scelta) nel garantire la protezione delle relazioni madre-bambino nei primi giorni dopo la dimissione e il sostegno all'allattamento;
- **presenza/assenza di gruppi organizzati di auto-aiuto.**

6.2 Agire sulla rete causale: le raccomandazioni

I servizi ospedalieri che forniscono l'assistenza al parto e le cure del puerperio e periodo neonatale rappresentano il nodo principale della rete causale di questo scenario, quando si osserva una interruzione molto precoce dell'allattamento. Per quanto riguarda i servizi ospedalieri è necessario lo sviluppo della massima integrazione (anche nella articolazione gestionale e nella pianificazione dell'azione formativa) tra i diversi professionisti che operano nell'area delle cure ostetriche, quelli che lavorano nell'area neonatale e i professionisti coinvolti nell'assistenza psicologica e sociale.

Il raccordo con i servizi territoriali risulta cruciale sia per il fattore *inefficace promozione dell'allattamento al seno* che, soprattutto, per l'*insufficiente sostegno alla dimissione*. I servizi territoriali assumono un ruolo fondamentale, in questo scenario, man mano che ci si allontana dal momento della dimissione.

6.2.1 Promozione dell'allattamento al seno inefficace o inappropriata

L'efficacia pratica degli interventi prospettati nello *scenario I* non è sempre facile da rilevare.

Gli interventi di sostegno postnatali comportano benefici anche per le donne che non abbiano avuto incontri con i servizi in epoca prenatale. II-2,II-3,

Programmi strutturati, che utilizzino un approccio individuale o di gruppo, basati sull'associazione di più tecniche educative (gruppi di discussione, corsi di preparazione al parto, opuscoli, video, manuali sull'allattamento materno, corsi di autoapprendimento nei primi sei mesi di vita) aumentano il tasso di allattamento materno e, in certi casi, la sua durata. II-3,

Qualunque sia il disegno dell'intervento, è necessario tenere conto delle aspettative realistiche della donna sul processo di allattamento al seno, al fine di prevenire una interruzione precoce. I,II-1,III

Un'informazione - fornita dai professionisti sanitari - inaccurata o inconsistente può contribuire alla confusione materna e ad una precoce interruzione dell'allattamento al seno. I, III

Non è possibile affrontare in modo dettagliato quello che la donna ha appreso, dalle più diverse fonti, nel corso della gravidanza; ciò che sembra necessario è:

Raccomandazione 1:

Valutare se la donna, che ha ricevuto informazioni relative all'allattamento al seno nel corso della gravidanza, ha definito un proprio *piano di allattamento*. Nel caso ciò non sia avvenuto assistere la donna nel formularlo.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono: AWHONN

- Assistere la donna nell'identificare i propri obiettivi rispetto all'allattamento al seno e a definire un proprio *piano di allattamento* (II-3).

ILCA

- Stabilire le aspettative realistiche della donna rispetto ai miti e alle conoscenze errate (II-1,III).

6.2.2 Mancate conoscenze su vantaggi e modalità

Una parte significativa delle donne non frequenta, nel corso della gravidanza,

corsi di accompagnamento alla nascita o specifici programmi di promozione all'allattamento al seno. Le motivazioni sono le più varie: dalla precedente esperienza alla convinzione della inutilità dell'informazione, dalla difficoltà di accesso ai corsi (orari, pagamento di ticket...) alla difficoltà a interrompere o rallentare il lavoro.

La mancata partecipazione ai corsi non è necessariamente sinonimo di mancata informazione, in quanto l'informazione può arrivare da altre fonti (medico o ginecologo di fiducia, altri professionisti sanitari, mass media...) o essere patrimonio culturale della donna.

Al momento della nascita è necessario verificare quali informazioni la donna abbia acquisito e, eventualmente, integrarle, tenendo conto della minor reattività della donna. Gli studi relativi ai vantaggi dell'allattamento al seno rispetto alla salute neonatale sono stati affrontati nello *scenario I*.

La trasmissione di informazioni corrette sui vantaggi dell'allattamento al seno non può esaurirsi in un semplice elenco di effetti benefici, soprattutto se avviene al momento del parto. Può essere maggiormente utile affrontare in modo esplicito gli eventuali timori della donna e fornire le informazioni sulle modalità che possono facilitare l'avvio dell'allattamento, illustrando i problemi più comuni e le possibili soluzioni.

Circa le convinzioni errate, sono ancora molto diffusi alcuni luoghi comuni sugli alimenti che la madre deve mangiare o dai quali deve assolutamente astenersi, o la necessità che la madre che allatta debba mangiare o bere in grandi quantità.

Occorre chiarire che:

- l'aumentata assunzione di liquidi da parte della madre non influisce sulla quantità di latte prodotto; I
- una assunzione di liquidi forzata, che contrasti con il naturale desiderio materno, può influenzare negativamente la produzione di latte; II-1
- miti e credenze relative a regole nella dieta non hanno alcuna base scientifica e costituiscono una barriera all'allattamento al seno. III

Il rinforzo della motivazione materna ad allattare al seno può avvenire attraverso la consapevolezza dei suoi vantaggi, ma anche dalla convinzione che le difficoltà di avvio e gestione sono superabili. La maggior autostima delle donne nelle proprie competenze contribuisce a ridurre il pregiudizio ancora diffuso che un allattamento riuscito sia effetto della fortuna.

Raccomandazione 2:

Nel caso la donna non abbia ricevuto informazioni adeguate nel corso della gravidanza è necessario garantire che, al momento della nascita, siano affrontati i temi relativi ai benefici per la salute della madre e del bambino e alla rimozione delle convinzioni errate.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- stabilire le aspettative realistiche della donna rispetto ai miti e alle conoscenze errate. (II-1,III);
- un intervento primario, attraverso una precoce attività di orientamento e raccomandazioni, influenza positivamente il processo di allattamento (II-3,III).

Nelle diverse linee guida prese in esame scarsa attenzione viene dedicata alla situazione della donna che ha deciso di *non* allattare al seno. In questi casi è necessario verificare che tale decisione non sia il risultato di errate convinzioni, di una precedente esperienza negativa di allattamento, della necessità di riprendere precocemente il lavoro o di una inappropriata prescrizione medica per patologia materna o del neonato (vedi fattori causali affrontati nello scenario I).

Una volta analizzati questi fattori, se la decisione di non allattare risulta appropriata o frutto di una scelta autonoma della donna, è necessario tenere conto che una serie di interventi, quali il contatto precoce e il *rooming-in*, oltre a promuovere il successo dell'allattamento al seno, risultano comunque importanti per facilitare la relazione madre-bambino (attaccamento) e devono quindi essere raccomandati.

Raccomandazione 3:

Se la donna ha deciso di non iniziare ad allattare al seno è necessario verificare che le motivazioni di tale decisione non sia derivata da errata convinzione o da inappropriate prescrizioni mediche e, se tale decisione si conferma, fornire alla donna il supporto all'attaccamento madre-bambino.

6.2.3 Patologia materna e/o neonatale

I fattori clinici che si intendono affrontare sono quelli che tendono ad ostacolare l'inizio dell'allattamento al seno, o che possono determinare una precoce interruzione dello stesso, senza che tale atteggiamento, o prescrizione, sia suffragato da prove di efficacia.

Patologia materna (pre-esistente o insorta in gravidanza o al parto)

Nel primo scenario sono stati presi in esame diversi fattori (prescrizioni inappropriate, errate convinzioni) che possono concorrere alla decisione di non allattare; i medesimi fattori vanno considerati, al momento della nascita, quando ci si trova di fronte alla decisione della donna di non iniziare

l'allattamento.

Al momento della nascita particolare attenzione deve essere rivolta ai fattori che, più di altri, possono concorrere ad una interruzione precoce dell'allattamento al seno, tra questi vanno annoverati: assenza dei normali cambiamenti prenatali del seno, anomalie del seno o dei capezzoli, precedenti difficoltà di allattamento al seno, capezzoli sanguinanti o con ragadi, ingorgo mammario severo, dolore al seno persistente, malattia acuta o cronica, utilizzo di farmaci.

La maggior parte di questi problemi possono migliorare con interventi specifici.

Per quanto riguarda l'assunzione dei farmaci, come per lo scenario I, la continua comparsa di nuovi farmaci e di nuove conoscenze relative al passaggio nel latte materno rende improponibile fornire un elenco aggiornato di eventuali controindicazioni e precauzioni. Sembra più utile diffondere tra i professionisti che vengono a contatto con la madre alcune semplici raccomandazioni sulle modalità di prescrizione dei farmaci nel corso dell'allattamento e, eventualmente, indicazioni su come reperire informazioni aggiornate in letteratura o in rete.

La somministrazione di analgesici alla madre nel corso del travaglio e parto può determinare modificazioni nel comportamento del neonato a livello di motricità e capacità di suzione. Diversi studi evidenziano che l'analgesia peridurale può determinare un ritardo significativo nell'avvio dell'allattamento al seno, ma non sembra comportare effetti sulla durata dello stesso. Può accadere che in presenza di una suzione iniziale inefficace da parte del neonato, la madre si scoraggi e smetta di allattare più frequentemente.

Ogniqualevolta possibile, la terapia antidolorifica dovrebbe essere scelta e somministrata subito dopo la poppata onde minimizzare gli effetti sull'allattamento al seno.

Raccomandazione 4:

Se durante il travaglio e il parto sono utilizzati analgesici o anestetici è necessario garantire una particolare attenzione al corretto avvio dell'allattamento al seno.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- Identificare i fattori materni che possono rendere difficoltoso l'allattamento. Garantire la necessaria assistenza e il *follow-up* (II-2, II-3, III); AWHONN
- Valutare le terapie somministrate intra-partum ed essere consapevoli degli effetti

che esse possono determinare sull'inizio dell'allattamento (II-2,II-3).

È necessario valutare le condizioni materne nel post-partum sia per quanto riguarda gli aspetti fisici (dolore, ematomi, anemia, emorragia intra o post-partum...), sia per quanto riguarda l'aspetto del benessere psicologico. Per la depressione materna post-partum si veda (in questa stessa sezione del manuale) quanto riportato rispetto al fattore causale *mancata identificazione delle condizioni di vulnerabilità*.

Raccomandazione 5:

Valutare con attenzione le condizioni della donna nel periodo post-partum sia per quanto riguarda la salute fisica che per il benessere psicologico, garantendo alla donna un adeguato riposo.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono: AWHONN

- Valutare frequentemente le condizioni della donna nel periodo post-partum per evidenziare disagio fisico e rivalutare le prescrizioni terapeutiche (III);
- Fornire informazioni alle donne che allattano, e a chi sta loro vicino, sulla necessità di un adeguato riposo (II-1).

Patologia del neonato

I fattori neonatali associati ad una precoce interruzione dell'allattamento al seno sono per lo più determinati da problemi che possono interferire con la capacità di suzione del bambino. In particolare tali fattori sono costituiti da: nascita pretermine, ritardo di crescita intrauterina (IUGR), basso peso per età gestazionale, sofferenza fetoneonatale, iperbilirubinemia o ipoglicemia, anomalie del cavo orale (labio-palatoschisi) e frenulo breve, problemi neuromotori (sindrome di Down...), patologie acute o croniche.

Nessun dato della letteratura scientifica supporta la tesi che la presenza di uno di questi fattori controindichi l'allattamento al seno. III

Particolare rilievo assume il timore dell'ipoglicemia neonatale e dell'eccessivo calo ponderale, che sovente determina la supplementazione con glucosata o formula.

Si evidenzia che un persistente calo ponderale, dopo il terzo giorno è fortemente associato ad una interruzione precoce dell'allattamento in seguito ad un frequente ricorso a supplementazioni. II-1

Per questi temi si rimanda a quanto analizzato, in questa sezione, relativamente al fattore causale *inappropriata supplementazione con liquidi o formula*.

I neonati allattati al seno hanno valori di bilirubina più elevati di quelli allattati con formula. I meccanismi ipotizzati come causa di questo dato sono molteplici: un minore apporto calorico e di liquidi, inibizione dell'escrezione epatica di bilirubina e assorbimento intestinale di bilirubina (circolo enteroepatico). Questi meccanismi si verificano quando l'allattamento al seno non è iniziato precocemente e le poppate non sono frequenti. II-2, II-3

Un allattamento al seno a domanda e, più in generale, una ottimizzazione dello stesso (misure che ne garantiscano l'efficacia) è in grado di ridurre la frequenza di una iperbilirubinemia che richieda un trattamento. II-3

La profonda revisione condotta negli ultimi anni ha determinato un significativo innalzamento del valore soglia cui iniziare il trattamento fototerapico; ne deriva una minor interferenza della fototerapia con la pratica dell'allattamento al seno.

6.2.4 Inefficace o inappropriato sostegno nel periodo perinatale: contesto organizzativo

Le pratiche routinarie ospedaliere:

- spesso interferiscono con l'efficacia dell'allattamento al seno; I, II-2
- influenzano il comportamento a lungo termine in misura maggiore rispetto ai consigli forniti verbalmente, unitamente alle attitudini dello staff; I,II-2,III
- la durata dell'allattamento al seno aumenta quando i servizi ospedalieri e quelli preposti al *follow-up* sono in grado di fornire una osservazione continua e appropriati interventi di sostegno. II-2,III

Mancato contatto precoce fra madre e bambino

Immediatamente dopo un parto fisiologico il neonato presenta uno stato di veglia calma nel corso del quale è particolarmente attivo, se viene adagiato sull'addome materno, pelle a pelle, egli tenderà a raggiungere il seno. Il neonato localizza il seno grazie al suo olfatto e ai riflessi nutrizionali. Questo comportamento richiede tempi variabili, che possono andare da qualche minuto a un'ora o più di vita.

Le madri che hanno un contatto precoce con il loro bambino hanno più facilità a comunicare con lo stesso, indipendentemente dal fatto che allattino. II-1, II-2

Il contatto precoce sembra determinare un aumento della durata dell'allattamento al seno, anche se i dati a disposizione non sono di univoca interpretazione, in particolare per quanto riguarda la persistenza dell'effetto dopo i primi due-tre mesi.

Il contatto precoce tra madre e neonato è associato a:

- migliore interazione madre-bambino; I, II-1
- aumento del benessere del neonato con notevole riduzione del pianto; I
- migliore controllo della temperatura neonatale; II-1
- un più precoce avvio di una efficace suzione II-1, II-2, III
- stabilizzazione dei livelli glicemici del neonato; II-2
- aumento della motilità intestinale e ridotta incidenza di ittero. II-3

La raccomandazione dell'OMS di iniziare l'allattamento nella prima mezz'ora dopo il parto deve essere interpretata come un invito a privilegiare il contatto precoce pelle a pelle il più rapidamente possibile dopo il parto, piuttosto che come un imperativo riferito all'atto della suzione. Non è possibile, infatti, separare gli effetti positivi di una prima suzione da quelli di un contatto stretto con la madre.

L'allattamento non è affatto compromesso se il neonato non si attacca al seno subito dopo la nascita. II-1, II-2

Non è noto quale sia il ritardo *critico*, nelle prime ore di vita, tale da comportare effetti certi sulla durata dell'allattamento; il rischio di interruzione precoce dell'allattamento sembra associato ad un vero e proprio ritardo nell'inizio dell'allattamento al seno (maggiore di 8 ore).

I riflessi nutrizionali del neonato sono fragili e facilmente disturbati da interferenze rappresentate da manovre quali l'aspirazione gastrica. I, II-1, II-2

Il contatto precoce può essere reso difficile da alcune prassi assistenziali, alcune delle quali non rivestono carattere di urgenza (per esempio il bagno, il peso e la vestizione del neonato) e dovrebbero essere attuate dopo un periodo di contatto prolungato e ininterrotto con la madre, tenuto conto degli effetti positivi che questo ha su entrambi.

Raccomandazione 6:

Alla nascita ogni neonato deve essere asciugato, ricoperto e messo sull'addome della madre, quanto prima possibile, una volta che la madre se la senta. Il contatto madre bambino dovrebbe prolungarsi fino allo spontaneo completamento della prima suzione al seno.

Raccomandazione 7:

Le cure e le pratiche abituali di sorveglianza devono essere definite in modo tale da favorire il contatto prolungato madre bambino e la suzione precoce e, nel contempo, garantire la sicurezza di madre e neonato.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono: AWHONN

- Salvo diverse indicazioni cliniche garantire un costante contatto pelle a pelle tra la madre e il bambino dalla nascita fino al completamento della prima suzione al seno (II-3, III).
- Assistere la donna nell'allattamento quanto prima possibile dopo la nascita, una volta che la donna se la senta e il neonato dimostri il desiderio di attaccarsi al seno (idealmente ciò dovrebbe avvenire nella prima ora di vita) (II-2, III).
- Promuovere l'inizio dell'allattamento appena possibile dopo la nascita, idealmente entro le prime 2 ore:
 - garantire un contatto continuo "pelle a pelle" nelle prime due ore dopo la nascita o fino a dopo la prima poppata;
 - ritardare le procedure non necessarie per le prime due ore di vita o fino a dopo la prima poppata (I, II-1, II-2, II-3).

ANAES

- Alla nascita ogni neonato deve essere asciugato, ricoperto e messo sull'addome della madre (II-3-III).
- Le cure routinarie al neonato dovrebbero essere effettuate dopo un periodo di contatto prolungato e ininterrotto. Le cure e le pratiche abituali di sorveglianza dovrebbero essere definite in modo tale da favorire il contatto madre bambino e l'allattamento materno e, nel contempo, garantire la sicurezza di madre e neonato. Dopo la nascita la prima poppata è facilitata dal contatto pelle a pelle (II-2).

Orari rigidi di allattamento e/o numero definito di poppate

Stimolazione e drenaggio adeguato del seno è fondamentale per garantire una adeguata produzione di latte. I

La produzione di latte aumenta all'aumentare della frequenza di poppate, soprattutto fino alla stabilizzazione dell'allattamento. II-1, II-3

Il contenuto in grassi del latte aumenta durante la poppata; in relazione a tale dato è opportuno evitare di limitare il tempo della poppata e di passare forzatamente alla suzione dall'altro seno. II-1

Se il latte materno ha un basso contenuto in grassi la durata della poppata del bambino sarà maggiore al fine di garantire un sufficiente apporto calorico. II-2

Non vi sono dati che permettano di consigliare alla madre l'offerta di un seno o di entrambi ad ogni poppata. Al fine di prevenire l'ingorgo mammario sembra importante non offrire l'altro seno fino anche il bambino non smette di succhiare dal primo. II-2

Un allattamento senza restrizioni (in contrasto con la pratica di definire tempi rigidi di allattamento) è associato a:

- | | |
|---|------------|
| - un precoce inizio della produzione di latte maturo (lattogenesi II); | I, II-3 |
| - riduzione dell'iniziale calo ponderale e miglioramento del successivo incremento ponderale; | II-1, II-3 |
| - stabilizzazione dei livelli glicemici del neonatali; | II-2 |
| - possibilità di prevenire l'ingorgo mammario; | II-3, III |
| - riduzione dell'incidenza di ittero. | II-3 |

Esiste una variabilità tra i diversi soggetti per quanto riguarda la frequenza, la durata e la regolarità della poppata. Per questo è necessaria la vicinanza del bambino alla madre 24 ore su 24: madre e bambino devono trovare un proprio equilibrio tra le esigenze della madre (riposo) e la soddisfazione del bambino. Per questo è importante la capacità, da parte della madre, di comprendere le richieste del suo bambino e di valutare l'efficacia dell'allattamento al seno (vedi specifiche raccomandazioni in questa sezione). Il numero di poppate (fino a 8-12 nel primo periodo) può ridursi con il passare del tempo e nell'avvio dell'allattamento al seno è opportuno suggerire alle madri di svegliare il neonato quando dorme troppo o quando sentono il seno troppo pieno. E' meglio che gli intervalli tra i pasti non siano troppo lunghi, le mamme quindi vanno incoraggiate nell'interpretare anche attivamente l'allattamento a richiesta. Il neonato generalmente, tranne che in prima giornata quando mangia un numero di volte minore, effettua 8 pasti nelle 24 ore. E' importante ricordare alla madre che i ritmi delle poppate si modificano nei giorni successivi.

E' importante fornire informazioni alle donne che allattano, e a chi sta loro vicino, sulla necessità di un adeguato riposo. II-3

L'attenzione ai precoci segnali di fame facilita un corretto attacco al seno e una suzione efficace, il che rinforza la capacità di risposta della madre al bambino. II-1, II-2, III

Raccomandazione 8:

Non si deve fissare un numero di poppate né orari pregiudizialmente rigidi di allattamento; è opportuno assistere la madre nel trovare un equilibrio tra proprie esigenze (riposo) e soddisfazione dei bisogni del bambino.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono: ANAES

- Incoraggiare l'allattamento a richiesta, senza prescrizioni rispetto al numero e alla durata delle poppate.
- Non vi è alcun vantaggio dimostrato a ridurre il numero e la durata della poppata,

né a fissare un intervallo minimo tra due poppate (II-3/III).

ILCA

- Incoraggiare l'allattamento al seno senza interruzioni 8-12 volte nelle 24 ore. AWHONN
- Ogniqualvolta possibile il bambino dovrebbe essere svegliato per essere allattato almeno ogni tre ore (o otto volte nelle 24 ore) fino a che egli inizia a svegliarsi autonomamente (III).

Inappropriata supplementazione con liquidi o formule

L'allattamento esclusivo al seno:

- | | |
|--|------------|
| - è sufficiente a soddisfare i bisogni nutrizionali ed idrici del neonato a termine se la suzione è efficace e l'allattamento è a richiesta | II-1, II-2 |
| - deve essere privilegiato perché permette di iniziare il processo della produzione di latte materno nelle migliori condizioni e rafforza la fiducia della madre nelle sue capacità. | II-3 |

La decisione di alimentare i neonati con liquidi e/o formule va valutata caso per caso, tenendo conto dei bisogni nutrizionali del neonato e delle sue capacità funzionali.

L'utilizzo di supplementazione in ospedale è associato al rischio di una interruzione precoce dell'allattamento. II-2, II-3

I meccanismi che possono spiegare l'interruzione precoce dell'allattamento sono:

- | | |
|---|-----------|
| - la somministrazione di liquidi favorisce una riduzione della frequenza delle suzioni al seno e può, fino alla stabilizzazione dell'allattamento, interferire con il riflesso della prolattina e determinare conseguentemente una ridotta produzione di latte; | II-3, III |
| - il latte non escreto può costituire un fattore facilitante l'ingorgo mammario; | |
| - la suzione da tettarella può interferire, fino a che l'allattamento al seno non sia stabilizzato, con l'apprendimento della suzione da parte del neonato (teoria della <i>nipple confusion</i>). | |

Se, su indicazione medica, si deve procedere alla supplementazione, è opportuno:

- utilizzare il colostro o il latte materno come prima scelta;
- rassicurare la madre sui benefici per il bambino di qualsiasi quantità assunta di latte materno. La decisione di utilizzare dei sostituti del latte materno deve essere presa in accordo con la madre, che deve essere aiutata a prevenire e superare le difficoltà associate all'allattamento al seno prima di procedere all'impiego di sostituti del latte materno.

Riguardo al timore dell'ipoglicemia occorre tenere presente che:

- il neonato sano a termine (compresi i bambini con macrosomia, in assenza di associato diabete materno) ha un rischio trascurabile di ipoglicemia, che può essere ulteriormente ridotto evitando il raffreddamento e avviando precocemente l'allattamento al seno. Non sono giustificati in questo caso controlli glicemici ripetuti, orari rigidi delle poppate, né somministrazione di formula;
- i fattori di rischio per ipoglicemia sono: basso peso neonatale (<2500 gr) e/o nascita pretermine, basso peso per l'età gestazionale (<10° centile), gemellarità (gemello più piccolo in caso di sproporzione fetofetale), diabete materno, eritroblastosi fetale, policitemia (>70%), presenza di microfallo o di difetto della linea mediana, sindrome di Beckwith-Wiedemann, stress quali ipotermia, RDS, sepsi, cardiopatia congenita;
- la gestione di un neonato a rischio deve prevedere nelle prime 24 ore di vita lo screening della glicemia e una cura particolare dell'alimentazione, che deve essere precoce e adeguata e che, quando non sufficiente, deve essere garantita da un apporto parenterale mantenendo, se la mamma è disponibile, anche le poppate al seno;
- il latte, e in particolare il latte materno compreso il colostro, è preferibile alla soluzione glucosata nello stabilizzare la glicemia.

II-2, II-3,
III

Raccomandazione 9:

Nel neonato sano e a termine, di peso adeguato, allattato a richiesta e lasciato vicino alla madre 24 ore su 24, la supplementazione con liquidi o formule non è di regola necessaria.

Raccomandazione 10:

E' opportuno definire protocolli scritti per l'alimentazione di neonati a rischio di ipoglicemia neonatale e per quelli con difetto di suzione.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ANAES

- Non è il caso di somministrare un supplemento (acqua, glucosata, sostituto del latte) a un neonato allattato esclusivamente (II-3,III);
- i biberon con sostituti del latte non devono essere messi a disposizione delle madri nelle loro camere (II-3,III).

AWHONN

- Utilizzare la supplementazione con formula solo su indicazione medica (III).

ILCA

- Se si deve fornire una supplementazione, su indicazione medica, devono essere utilizzati metodi di somministrazione che non compromettano la transizione

all'allattamento al seno.

L'utilizzo di una tazza, per fornire una eventuale supplementazione, sembra ridurre il rischio di "confusione del capezzolo". III

L'uso del succhiotto, anche se contrariamente al biberon non si tratta di suzione nutritiva, sembra costituire un fattore di rischio per il successo dell'allattamento, anche se il legame causa-effetto non è chiaro. II-3

Uno studio clinico randomizzato evidenzia come l'utilizzo del succhiotto sia il segno di una difficoltà o di una scarsa motivazione materna nell'allattare il neonato, piuttosto che costituire di per se stesso la causa dell'insuccesso dell'allattamento. I

In ogni caso, l'utilità del succhiotto non è stata in alcun modo dimostrata, per cui sembra utile consigliare di ritardarne l'uso di qualche settimana, in modo da non interferire con il processo di avvio dell'allattamento, e di utilizzarlo saltuariamente.

Raccomandazione 11:

Evitare l'utilizzo di tettarelle per l'eventuale somministrazione di supplementazione e scoraggiare l'uso del succhiotto, fino a quando l'allattamento al seno sia stabilizzato.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- Incoraggiare i genitori ad evitare l'uso del succhiotto, di tettarelle artificiali e di supplementazioni senza una indicazione medica, fino a che l'allattamento sia stabilizzato (per la maggioranza dei bambini ciò avviene dopo 4-6 settimane) (II-1, II-2, II-3).

AWHONN

- Ogniqualvolta possibile evitare l'utilizzo di succhiotti fino a che il bambino sia in grado di attaccarsi e l'allattamento sia stabilizzato (I, II).

Mancata vicinanza della madre al bambino (24 ore su 24)

Le pratiche ospedaliere spesso interferiscono con un efficace allattamento al seno. I, II-2

La pratica del *rooming-in* in facilita il processo di allattamento al seno (frequenza e durata). I, II-1, III

I neonati che possono restare accanto alla madre 24 ore su 24 presentano una maggiore frequenza di allattamento al seno ed un minore ricorso alla supplementazione con liquidi o formula. II-1, II-2, II-3

La vicinanza alla madre 24 ore su 24 favorisce l'allattamento a domanda (contrastando la pratica di rigidità sul numero di poppate ed orari) in quanto la madre è favorita nel saper riconoscere i segnali del desiderio del bambino di essere allattato. L'attrezzatura alberghiera dovrebbe essere tale da favorire il contatto continuo tra madre e bambino (letti più larghi e ad altezza regolabile, luci notturne...). E' necessario informare i genitori sul valore del *rooming-in* 24 ore su 24 e sull'importanza delle poppate notturne.

La pratica del *rooming-in* facilita l'allattamento nelle ore notturne II-3

Se il neonato viene allattato anche di notte il tasso di base della prolattina, anche se non direttamente proporzionale al volume di latte prodotto, sarà più elevato. Per molti bambini la ripartizione delle poppate tra il giorno e la notte è il solo modo di ottenere una quantità di latte sufficiente nelle 24 ore.

Le poppate notturne sono inoltre un fattore importante dell'amenorrea da lattazione (vedi raccomandazione su contraccezione e allattamento).

Per quanto riguarda la madre, non dorme un numero di ore maggiore se il neonato viene allontanato, come nel caso di *nido notturno*, e le poppate notturne rendono più facile il riaddormentarsi. II-3

La vicinanza della madre al neonato favorisce l'attaccamento madre-bambino anche nel caso lo stesso non sia allattato al seno.

Raccomandazione 12:

Incoraggiare sistematicamente la vicinanza madre-bambino 24 ore su 24. In caso di necessaria separazione garantire un sostegno all'allattamento al seno.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- Garantire il *rooming-in* 24 ore su 24. Effettuare la visita del neonato e gli eventuali test nella stanza della madre.
- Garantire un sostegno all'allattamento durante la eventuale separazione della madre dal bambino (III).

ANAES

- Incoraggiare sistematicamente il *rooming-in* 24 ore su 24 (II-3;III).

6.2.5 Inefficace o inappropriato sostegno nel periodo perinatale: tecniche di allattamento

L'allattamento al seno rappresenta il metodo di alimentazione naturale per la specie umana, è importante che la madre acquisisca alcune competen-

ze per garantirne il successo.

Mancato supporto alla posizione corretta

Il passaggio di latte avviene più rapidamente e più efficacemente quando la posizione della madre e del neonato sono adeguate e vi è un buon attacco al seno (*latch-on*). La posizione che facilita maggiormente un corretto attacco al seno varia da madre a madre e da bambino a bambino. II-3, III

Una corretta posizione e un buon attacco al seno minimizzano la tensione e i traumi del capezzolo. III

Quando l'attacco al seno è corretto il capezzolo e una parte dell'areola sono posizionati all'interno della bocca del bambino fino al palato molle, la bocca fa da ventosa sul seno e la suzione mantiene il capezzolo nel fondo della bocca del neonato. L'azione congiunta della lingua e dei movimenti mandibolari permettono l'estrazione del latte.

Le informazioni, fornite nel corso della gravidanza o dopo la nascita, possono certo contribuire a far assumere alla madre e al bambino una posizione che garantisca l'efficacia della poppata.

L'osservazione diretta della poppata rappresenta l'opportunità per un rinforzo positivo delle informazioni fornite e può fornire una rassicurazione alla madre sulle proprie capacità di gestire autonomamente l'allattamento al seno. III

In particolare sembra opportuno:

- valutare la posizione del neonato al seno (come la madre sorregge il neonato, la vicinanza del corpo), la suzione e il passaggio del latte;
- verificare che le labbra del neonato siano posizionate correttamente e che il suo naso e il mento siano a contatto con il seno materno;
- utilizzare un metodo standardizzato per osservare e valutare il comportamento alimentare del neonato (schede di osservazione delle poppate).

Raccomandazione 13:

Osservare almeno una poppata utilizzando un metodo standardizzato. Assistere la donna nel trovare le posizioni più confortevoli per allattare, aiutarla a riconoscere le caratteristiche di una suzione corretta ed efficace.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- Effettuare l'osservazione di almeno una poppata durante il ricovero in ospedale e documentare tale osservazione (II-1).

AWHONN

- Fornire adeguate informazioni alla donna che allatta circa le modalità che possono favorire il successo dell'allattamento, in particolare queste informazioni dovrebbero essere relative a: massaggio del seno, corretto *attacco al seno*, modalità e posizioni dell'allattamento, verifica della quantità di latte assunta, ingorgo mammario, dolore ai capezzoli (III).
- Durante il ricovero osservare una poppata completa, due o tre volte al giorno o secondo il protocollo locale (II-1, III).

Mancata prevenzione o risoluzione dei problemi più comuni

Il dolore ai capezzoli e l'ingorgo mammario (oltre alla percezione materna di ipogalattia) sono le ragioni più frequenti che portano all'interruzione dell'allattamento nelle prime due settimane. I, III

Una causa significativa di interruzione precoce è la percezione di ipogalattia riferita da circa il 50% delle madri che allattano. II-3

Si tratta di problemi che possono essere prevenuti, perché generalmente sono conseguenti a comportamenti non corretti, in particolare ad un mal posizionamento del neonato, ma anche a:

- precedenti esperienze negative di allattamento al seno e le pratiche correnti routinarie possono giocare un importante ruolo rispetto all'insorgenza di ingorgo mammario; II-3,III
- la mancanza di indicazioni coerenti e precise su come affrontare i problemi, contribuisce alla interruzione precoce dell'allattamento; II-3
- le ricerche hanno dimostrato che il supporto delle madri a continuare l'allattamento nel momento in cui hanno la percezione di ipogalattia, aumenta la durata dell'allattamento e non altera la crescita del neonato. II-2

I principali elementi relativi alla prevenzione e al trattamento di questi problemi possono essere riassunti nei seguenti punti.

- Dolore ai capezzoli

Una certa sensibilità dolorosa dei capezzoli è considerata normale nel corso della prima settimana di allattamento, si tratta di un fenomeno transitorio, di modesta intensità, che riguarda in particolar modo i primi minuti della poppata e che si risolve spontaneamente. Ciò non significa che il dolore ai capezzoli debba essere un prezzo da sopportare per la riuscita dell'allattamento ed è quindi necessario affrontare sempre il problema.

Dolori intensi o che durano per più di una settimana e lesioni associate vanno sempre valutati e trattati II-3, III

Va prestata particolare attenzione alle lesioni del capezzolo valutando l'eventualità di infezione da *Candida*, (solitamente i capezzoli presentano un colorito "salmone" e il dolore persiste al termine della poppata, spesso con irradiazione profonda interscapolare; si associano altri segni di infezione micotica vaginale nella madre e/o orale/perineale nel bambino). La candidosi si manifesta in genere dopo la prima settimana.

Un rinforzo dell'informazione relativa alla corretta posizione e attacco durante la suzione costituisce un elemento fondamentale per la prevenzione del dolore ai capezzoli. I

Pur essendo pochi gli studi sull'efficacia dei trattamenti, vi è un generale consenso sui seguenti passi:

- valutare ed eventualmente correggere la posizione del neonato;
- controllare se è presente un frenulo linguale corto, a volte causa di un inefficace movimento della lingua;
- non limitare la frequenza o la durata della poppata;
- applicare compresse caldo-umide sul seno prima della poppata;
- raccomandare la spremitura manuale prima di allattare e ammorbidire l'areola;
- consigliare di iniziare la poppata con il seno meno infiammato;
- si può consigliare alla donna di spalmare un po' di colostro o di latte sul capezzolo e areola alla fine di ogni poppata, anche se non è dimostrato che le proprietà antibatteriche del latte materno facilitino la guarigione;
- in generale sono sconsigliati i prodotti topici, in quanto possono essere l'origine di reazioni allergiche o aggravare il problema invece di risolverlo. Non ci sono prove di efficacia a supporto dell'ampio utilizzo di medicazione con gel di colloidali o crema di lanolina;
- se necessario dare antinfiammatori ad emivita breve subito prima di allattare;
- lasciare asciugare i capezzoli all'aria dopo la poppata;
- consigliare alle donne di evitare l'utilizzo di paracapezzoli, succhiotti e di supplementazioni con formula;
- nel caso il dolore continui e le lesioni non migliorino anche se la suzione è corretta, ipotizzare una infezione micotica, che va trattata;
- raramente si può consigliare di smettere di allattare temporaneamente dal lato affetto, e nel frattempo, estrarre il latte manualmente o con un tiralatte.

- Ingorgo mammario

Si parla di ingorgo quando si assiste ad una stasi sanguigna e linfatica e quindi ad un edema. L'ingorgo determina la comparsa di dolore e blocco della fuoriuscita del latte, associata a arrossamento e aumento della temperatura della

cute sovrastante. Può evolvere in mastite senza un rapido ed efficace trattamento.

Precedenti esperienze negative di allattamento al seno e le pratiche correnti routinarie possono giocare un importante ruolo rispetto all'insorgenza di ingorgo mammario II-3, III
Le madri che hanno avuto un episodio di ingorgo importante sono più a rischio di recidive II-2
E' necessario incoraggiare l'allattamento al seno a domanda: la restrizione del numero delle poppate è associata ad una frequenza più elevata di ingorghi. I

Pur essendo pochi gli studi sull'efficacia dei trattamenti, vi è un generale consenso sui seguenti passi:

- consigliare alla madre di attaccare spesso il bambino al seno, controllando l'efficacia della suzione;
- valutare ed eventualmente correggere la posizione del neonato; utilizzando eventualmente posizioni più utili allo svuotamento di alcune zone del seno;
- l'utilizzo di compresse o bagni caldi, del massaggio del seno e della spremitura manuale del latte, prima dell'inizio della poppata, aiuta a detendere e ad ammorbidire il seno;
- tra una poppata e l'altra può essere consigliato l'uso di impacchi freddi (vasocostrizione);
- tra le poppate, una doccia calda con l'acqua che scorre su schiena e torace può dare una sensazione di benessere;
- nel caso il neonato presenti una suzione rallentata o non efficace, si può consigliare l'uso del tiralatte elettrico (l'uso del tiralatte manuale va associato al massaggio perché agisce solo sull'areola), dopo la poppata, per limitare la stasi del latte;
- l'utilizzo di anti-infiammatori e enzimi proteolitici si dimostra efficace nel miglioramento dei sintomi;
- controllare che gli indumenti della donna, specialmente il reggiseno, non stringano;
- alla comparsa di segni di mastite instaurare un adeguato trattamento.

La mastite è una infiammazione della mammella che può evolvere in infezione, rappresenta di solito l'esito di una stasi latteica persistente e di condizioni locali favorevoli alla colonizzazione batterica. Più spesso è localizzata e interessa una sola mammella. Oltre ai sintomi tipici dell'ingorgo, sono presenti febbre superiore ai 38,5 C° e sintomi di malessere generale. Il periodo di più frequente comparsa è tra la seconda e la terza settimana dopo il parto, in 95% dei casi si verifica entro le 12 settimane.

La comparsa di mastite è spesso vissuta come esperienza dolorosa, che

può ridurre l'autostima della madre nella propria capacità di allattare. La condotta terapeutica deve dunque essere chiaramente espressa: trattamento, continuare l'allattamento e prevenire le recidive. Il trattamento della mastite si basa sulla ricerca dei fattori favorevoli (ragadi come porta d'ingresso dei germi, inadeguato trattamento dell'ingorgo, stato di debilitazione materna), sul miglioramento della tecnica d'allattamento (modificare posizioni scorrette, cominciare la poppata dal seno non affetto), sul supporto alla madre perché riposi, sul drenaggio efficace del latte tramite suzione del bambino e delicata spremitura manuale, sul trattamento antibiotico in caso di segni d'infezione o in assenza di miglioramento dopo 12-24 ore di trattamento sintomatico con antinfiammatori. Nella scelta dell'antibiotico bisogna tenere in considerazione che la maggior parte delle mastiti infette sono sostenute da *Stafilococco*. Se non è prontamente trattata può svilupparsi un ascesso che andrà inciso e drenato.

Il trattamento mediante spremitura manuale o uso del tiralatte dopo la poppata riduce la durata e la gravità degli episodi di mastite non infetta; nel caso di mastite infetta, la spremitura del latte e il trattamento antibiotico riducono il rischio di evoluzione in ascesso. I

- Percezione di ipogalattia

Le ricerche hanno dimostrato che il supporto alle madri nel continuare l'allattamento nel momento in cui hanno la percezione di ipogalattia, aumenta la durata dell'allattamento e non altera la crescita del neonato. I

Non sono solo le madri ad avere una percezione di ipogalattia: spesso l'ipotesi "non c'è abbastanza latte" è avanzata dai professionisti che seguono la donna e il neonato, quando si registra un accrescimento considerato non ottimale, oppure quando il neonato vuole attaccarsi molto frequentemente al seno o presenta ripetute crisi di pianto o ancora se la madre riferisce di sentire i seni molli e "vuoti".

Pur essendoci pochi studi sull'efficacia dei trattamenti, vi è un generale consenso sui seguenti passi:

- informare le madri sulle caratteristiche del comportamento del neonato allattato al seno;
- insegnare alle madri a riconoscere l'efficacia di una suzione;
- consigliare alle madri un allattamento esclusivo e a richiesta;
- informare le madri sulle possibili "crisi transitorie di crescita";
- informare le madri sulle caratteristiche dell'accrescimento del neonato allattato al seno.

Per quanto riguarda l'andamento del peso nei primi giorni di vita occorre ricor-

dare che non esistono dati validi che permettano di indicare il limite di perdita di peso al di là del quale diventa indicato l'apporto alimentare complementare. E' generalmente considerata accettabile una perdita di peso che non superi il 10% (alcuni autori sollecitano una particolare attenzione già con una perdita di peso superi il 7%); un calo ponderale attorno a questi valori richiede un attento monitoraggio delle condizioni cliniche del neonato, una valutazione della poppata e non necessariamente un apporto di alimenti complementari.

L'allattamento esclusivo a richiesta, favorito dalla vicinanza madre bambino, permette al neonato di riprendere più rapidamente il peso della nascita. II-3

La valutazione dell'accrescimento di neonati allattati esclusivamente al seno può comportare decisioni inadeguate (integrazione o sostituzione del latte materno con latti formulati), in quanto le tabelle utilizzate sono solitamente elaborate su bambini nutriti anche con latte artificiale. III

Nuove tabelle di crescita stanno per essere pubblicate e includono riferimenti all'accrescimento di bambini di vari Paesi, tenendo conto anche di variabili legate alla popolazione e non solo all'alimentazione. III

Alcune madri che hanno avuto difficoltà di allattamento nei primi giorni per separazione dal bambino e/o per ipogalattia transitoria chiedono aiuto per allattare nuovamente al seno in modo esclusivo (*relactation*). In questi casi è necessario il ricorso ad un supporto continuativo, mediante incontri molto frequenti, per programmare insieme alla donna i piccoli passi che possono consentire il successo del *ri-allattamento*.

Raccomandazione 14:

Fornire alle madri il supporto per il trattamento dei problemi più comuni (dolore ai capezzoli, ingorgo mammario, percezione di ipogalattia) nonché informazioni relative alla loro prevenzione.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono: AWHONN

- Prevenire, quando possibile, e indicare il trattamento per i più comuni problemi associati con l'allattamento al seno (I, II-1, II-2, III).

Inefficacia dell'allattamento al seno

I segni di inefficacia della suzione possono essere:

- calo ponderale maggiore del 7-8%; persistente calo ponderale dopo il terzo

- giorno di vita; mancato incremento ponderale dopo il quinto giorno; mancato recupero del peso neonatale a 14 giorni di vita;
- meno di tre movimenti intestinali nelle 24 ore, emissione di meconio anche dopo il quarto giorno, meno di 6 pannolini bagnati nelle 24 ore dopo il quarto giorno;
- neonato irritabile con alterazione del ritmo sonno veglia e che rifiuta di mangiare;
- assenza di rumori della deglutizione durante la poppata;
- persistente o aumentato dolore dei capezzoli;
- numero ridotto di poppate.

La consapevolezza dei segni che indicano il passaggio del latte è legata al successo dell'allattamento al seno. II-3

Un persistente calo ponderale dopo il terzo giorno è fortemente correlato ad una intertempistica interruzione dell'allattamento materno. II-1

Vi è una elevata variabilità nei movimenti intestinali nell'allattato al seno, tuttavia l'emissione di feci rappresenta un buon indicatore di un'alimentazione adeguata. II-2, II-3

Sebbene un singolo segno non sia indicativo dell'inefficacia dell'allattamento è comunque opportuna una attenta valutazione. III

Una adeguata stimolazione del seno e la "rimozione" del latte prodotto rappresenta un punto essenziale per mantenere l'allattamento al seno. I

I fattori clinici neonatali più frequentemente associati all'inefficacia dell'allattamento (vedi fattore causale su patologie del neonato) richiedono interventi che vedono la partecipazione di più professionisti.

Nel caso si rilevi una inefficacia dell'allattamento al seno, è opportuno:

- rivalutare le tecniche di allattamento al seno;
- valutare l'eventuale presenza di ingorgo mammario;
- aumentare il numero di poppate giornaliere;
- offrire alternativamente i seni nel corso della stessa poppata;
- se non è possibile valutare l'efficacia dell'allattamento al seno a domicilio, ritardare la dimissione.

Raccomandazione 15:

E' necessario supportare la madre nel riconoscere l'efficacia dell'allattamento al seno. Se si evidenzia un'inefficacia dello stesso deve essere attuata un'attenta valutazione, l'identificazione delle cause e l'attuazione delle misure che possono facilitare la continuazione dell'allattamento.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:

ILCA

- E' necessario conoscere i segni indicativi di una inefficacia dell'allattamento (II-1, II-2, II-3, III).
- Identificare i fattori di rischio che possono interferire con la capacità del bambino di alimentarsi efficacemente. Garantire la necessaria assistenza all'allattamento e una stretta sorveglianza.
- Osservare almeno una poppata durante il ricovero in ospedale e documentarne le caratteristiche.
- Garantire un intervento appropriato se l'allattamento è inefficace (I, II-2, III).

6.2.6 Inefficace o inappropriato sostegno nel periodo perinatale: condizioni di vulnerabilità

I suggerimenti per garantire il successo dell'allattamento al seno tendono talvolta a sottovalutare l'importanza di fattori di vulnerabilità materna (e delle sua vita relazionale), che possono agire da concausa nel determinare difficoltà nel processo dell'attaccamento madre-bambino e dell'allattamento al seno.

Condizioni psicologiche della madre

La depressione materna fino a pochi anni fa era definita come depressione post-partum; una revisione sistematica degli studi evidenzia viceversa come la sua prevalenza risulti sostanzialmente costante al di fuori della gravidanza, in gravidanza e nel corso del post-partum. La storia naturale della depressione è tale che una donna depressa nel corso della gravidanza può migliorare la propria condizione nel periodo post-partum e viceversa. Ne deriva una scarsa efficacia dello screening in un determinato periodo e la necessità conseguente di una attenzione costante alla rilevazione di sintomi depressivi.

Tra i fattori di rischio si rilevano: storia pregressa di psicopatologia (specie in gravidanza), basso supporto sociale, cattiva relazione con il partner ed eventi negativi di vita; si rileva una debole associazione con complicanze ostetriche, storia di abuso, basso reddito familiare e basso livello occupazionale. Minore rilevanza assumono fattori di rischio quali: gravidanza non desiderata, disoccupazione materna, bassa qualità supporto sociale, avere due o più figli. I fattori di rischio individuati come principali sono gli stessi rilevati nella depressione in periodi diversi da gravidanza e post-partum.

Ben noti sono gli effetti negativi che la depressione può avere, in generale, sull'attaccamento madre-bambino, sullo sviluppo cognitivo ed emozionale di quest'ultimo e, nello specifico, sull'inizio e successo dell'allattamento al seno.

Raccomandazione 16:

Devono essere attuate procedure in grado di assicurare a tutte le donne una valutazione di una eventuale storia di depressione al momento del parto e nelle prime settimane di vita del bambino.

Indipendentemente dalla depressione, la stanchezza e l'alterato ritmo del sonno possono comportare, nelle settimane successive al parto, un importante fattore di disagio per la madre con ripercussioni sul suo rapporto con il bambino.

E' opportuno informare la donna e i suoi familiari sull'importanza di un adeguato riposo e stabilire quali misure possano realisticamente essere attuate per garantirlo. II-3

Relazioni familiari

Le relazioni familiari possono influenzare tanto il successo dell'allattamento al seno quanto, più in generale, le competenze genitoriali.

I dati di diversi studi evidenziano una associazione tra alcuni fattori di vulnerabilità: madre molto giovane, famiglia monoparentale, difficoltà nella relazione con il partner e precoce abbandono dell'allattamento al seno. II-3

La loro presenza non è necessariamente sinonimo di problema; tuttavia una rilevazione di queste caratteristiche familiari, qualora non siano state considerate in gravidanza, dovrebbe far valutare la necessità di eventuali interventi di sostegno.

Raccomandazione 17:

E' necessario identificare eventuali condizioni di vulnerabilità delle relazioni familiari (giovane età dei genitori, famiglia monoparentale...) e/o del contesto socio culturale (svantaggio socio-economico, bassa scolarità materna, minoranze etniche...) che possano determinare la necessità di interventi di sostegno.

Il supporto da parte di familiari o altre persone di fiducia aumenta la durata dell'allattamento al seno. II-1, II-3, III

Raccomandazione 18:

Assistere la donna che allatta nell'identificare persone di sua fiducia, familiari o amici, che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e in grado di fornirle un supporto.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
ILCA

- Si raccomanda di estendere l'attività educativa ai familiari o altre persone di fiducia (II-1, IF-3, III)
- AWHONN
- Assistere la donna che allatta nell'identificare persone di sua fiducia, familiari o amici, che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e in grado di fornirle un supporto (III).
 - Valutare la capacità della donna di identificare persone di riferimento che siano disponibili ad offrire un supporto alla sua decisione di allattare (III).

Contesto socio-culturale

Il contesto socio-culturale può influenzare tanto il successo dell'allattamento al seno quanto, più in generale, le competenze genitoriali.

Diversi studi evidenziano una associazione tra esiti negativi e presenza di alcuni fattori di rischio: bassa scolarità materna, situazioni di disagio socio-economico, appartenenza a minoranze etniche (con relativi problemi di emarginazione e precoce abbandono dell'allattamento al seno). II-3

Lungi dal costituire *fattori di rischio* (la loro presenza non è affatto sinonimo di problema), una rilevazione di queste caratteristiche familiari, che dovrebbero essere già state prese in esame nel periodo della gravidanza, indica di valutare la necessità di eventuali interventi di sostegno.

Raccomandazione 19:

E' necessario identificare eventuali condizioni di vulnerabilità del contesto socio culturale (svantaggio socio-economico, bassa scolarità materna, minoranze etniche..) che possano determinare la necessità di interventi di sostegno.

6.2.7 Inefficace o inappropriato sostegno nel periodo perinatale: osservazione delle attitudini genitoriali

Identificazione dei bisogni del bambino

I *principali segni del desiderio* del bambino di essere attaccato al seno sono rappresentati da: *rooting reflex*, movimenti mano-bocca, movimenti o suoni di

suzione, suzione delle dita o della mano, apertura della bocca in risposta alla stimolazione tattile, transizione tra stati comportamentali (dal sonno alla veglia tranquilla).

I *principali segni della soddisfazione* da parte del bambino sono rappresentati da: una graduale riduzione del numero di suzioni durante la poppata, il bambino "arriccia" le labbra, si allontana dal seno e si stacca dal capezzolo, estensione delle braccia e rilasciamento del corpo, assenza di segni di fame, la tranquillità alla fine della poppata.

Il sonno non è sinonimo di soddisfazione. Alcuni bambini dormono molto quale risposta ad uno stato di disagio (che potrebbe essere determinato dalla fame). II-2

I bambini presentano diversi stati: sonno profondo, sonno leggero, sonnolenza, veglia quieta, veglia attiva o agitazione e pianto. E' più facile iniziare la poppata quando il bambino è sonnolento o in uno stato di veglia quieta o attiva. III

In caso di periodi lunghi di sonno, associato ad un basso numero di poppate, la madre dovrebbe svegliare il bambino e offrire attivamente il seno.

Raccomandazione 20:

E' necessario valutare le capacità dei genitori di identificare i bisogni del bambino, il suo desiderio di essere allattato e la sua soddisfazione.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:
AWHONN

- Fornire informazioni adeguate alla donna e a chi le sta vicino, relative al desiderio di alimentarsi, sul temperamento e comportamento del bambino (III). Tali informazioni dovrebbero includere le conoscenze sui comportamenti che influenzano l'allattamento al seno, con particolare attenzione ai segni della transizione dal sonno alla veglia tranquilla.
 - Valutare la capacità dei genitori di identificare il desiderio del bambino di essere allattato (III).
 - Valutare la percezione materna della soddisfazione/sazietà del bambino (III).
- ILCA
- Verificare che i genitori sappiano quando e come svegliare un bambino che dorme.

6.2.8 Inefficace o inappropriato sostegno alla dimissione

Negli ultimi anni si è sviluppata una tendenza alla dimissione precoce, pur

con diverse definizioni della durata di degenza. In questa variabilità si registra un dato comune: nella maggior parte dei punti nascita la donna viene dimessa prima che sia avviata la lattazione. Non è obiettivo di queste raccomandazioni entrare nel merito dell'appropriatezza della politica di *dimissione precoce*; questa pratica può comunque aggravare il peso di vari fattori associati ad una precoce interruzione dell'allattamento al seno.

Valutazione delle condizioni materne e delle relazioni familiari

L'analisi dei precedenti fattori della rete causale evidenzia come la dimissione della madre e del bambino rappresenti una sorta di momento di verifica del percorso attuato sino a quel momento e del progetto futuro.

Al momento della dimissione è opportuno verificare che i professionisti abbiano:

- evidenziato la eventuale presenza di sintomi riferibili a depressione o altri segni di difficoltà (stanchezza, mancanza di autonomia);
- sostenuto la donna nella definizione di un proprio *piano di allattamento*;
- aver fornito un supporto utile a contrastare le più frequenti cause di interruzione precoce dell'allattamento al seno;
- fornito elementi che consentano alla donna di valutare l'efficacia dell'allattamento al seno;
- aiutato la donna a identificare familiari o persone di sua fiducia che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e siano in grado di fornirle un sostegno.

Le raccomandazioni delle linee guida disponibili per i diversi fattori causali presi in esame sono già state riportate.

Raccomandazione 21:

La dimissione deve rappresentare un momento di verifica sia rispetto all'esistenza di elementi che richiedano supporti specifici dei problemi identificati, sia all'appropriatezza dell'assistenza fornita.

Raccordo fra ospedale e servizi territoriali

Tutte le forme di sostegno proposte al momento della dimissione riducono il rischio di interrompere l'allattamento esclusivo prima dei 6 mesi. II-2, II-3

Tra le strategie di sostegno si osserva una maggiore efficacia degli interventi di sostegno basati sul contatto individuale rispetto a ripetuti contatti telefonici. II-2, II-3

L'intervento di gruppi di mutuo aiuto da parte di madri che hanno allattato con successo, dopo una opportuna formazione e con una supervisione, rinforza la decisione delle madri che decidono di allattare e le aiuta ad allattare con successo. Questo intervento si è verificato efficace anche nei confronti di madri con svantaggio socio-culturale o appartenenti a minoranze etniche. II-2, II-3

Raccomandazione 22:

All'atto della dimissione deve essere offerto alle donne un sostegno specifico all'allattamento al seno e più in generale alle cure del neonato. Tale sostegno può includere sia i professionisti dei servizi (ospedalieri o territoriali) che non professionisti con formazione specifica.

Le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:

AWHONN

- Ogniqualvolta sia possibile o sulla base di protocolli locali, garantire visite domiciliari e l'accesso a *counselors* di mutuo aiuto alle donne che allattano (I, II-1, II-2, II-3, QI).
- Considerare il reclutamento di *counselors* formati nei programmi di educazione relativi all'allattamento al seno (I, II-1, II-2).
- Ogniqualvolta disponibili utilizzare i servizi di consulenza sull'allattamento sia per le donne che allattano (sia ricoverate che a domicilio) che per i professionisti coinvolti nell'assistenza (II-2, III).
- Fornire informazioni circa le risorse della comunità e dei gruppi di supporto all'allattamento al seno quali la *LeLeche League* e gruppi costituiti in ospedale (III).
- Garantire una formazione sui benefici dell'allattamento e sulle modalità con cui può essere svolta un'attività di sostegno, a soggetti (non professionisti, *caregiver*) che possano esercitare un'influenza positiva sulla donna (II-1, II-2, III).
- Valutare l'intenzione della donna ad allattare al seno e l'accesso a servizi di sostegno, svolti anche da parte di altri *caregiver* o di *counselors* di gruppi di mutuo aiuto (I, II-1, II-3, III).
- Garantire la formazione di professionisti e altri *caregiver* per ritrasmettere una appropriata ed efficace informazione sull'allattamento al seno (II-2, II-3, III).

Il professionista che fornisce le cure primarie dovrebbe valutare l'incremento ponderale e altri fattori clinici che indichino l'efficacia dell'allattamento al seno. In particolare dovrebbero essere valutati: peso, numero di poppate nelle 24 ore, numero di emissione di feci ed urine nelle 24 ore, presenza di ittero. III

Raccomandazione 23:

All'atto della dimissione è necessario garantire la programmazione di un controllo pediatrico a breve termine.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:

AWHONN

- Nel caso di neonati dimessi prima delle 48 ore assicurarsi che nelle successive 48-72 ore lo stato di salute del bambino sia valutato da un medico o infermiera con competenze pediatriche, che dovrebbe osservare un poppata e alcuni indicatori di benessere quali: peso, numero di pasti nelle 24 ore, emissione di feci ed urine, presenza di ittero (III).

ILCA

- Verificare la programmazione della visita di follow-up con il pediatra di fiducia.

La distribuzione di prodotti per l'alimentazione riducono la durata dell'allattamento esclusivo al seno. I, II-2

La legislazione italiana, con il decreto n° 500 del 1994, ha recepito le direttive della Comunità Europea e regolamenta la distribuzione e la pubblicità degli alimenti per i lattanti.

Raccomandazione 23:

Evitare la distribuzione di campioni gratuiti di formula, di materiale che promuova l'allattamento con formula e di prescrizione del tipo di formula prima che si sia manifestata la reale necessità.

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:

AWHONN

- Evitare la distribuzione di campioni di formula o l'indicazione di prodotti se la madre non lo richiede (I, II-2, III).

ILCA

- Evitare la distribuzione di prodotti per l'alimentazione che è dimostrato riducono la durata dell'allattamento (I, II-2).

ANAES

- E' sconsigliata la distribuzione di campioni gratuiti di formula o di materiale che promuova l'allattamento con biberon; tale pratica ha un impatto negativo sull'allattamento esclusivo (II-2).

6.3 Scenario II: tavola sinottica delle raccomandazioni

R. 1	Valutare se la donna, che ha ricevuto informazioni relative all'allattamento al seno nel corso della gravidanza, ha definito un proprio <i>piano di allattamento</i> . Nel caso ciò non sia avvenuto assistere la donna nel formularlo (<i>vedi scenario I</i>).
R. 2	Nel caso la donna non abbia ricevuto informazioni adeguate nel corso della gravidanza è necessario garantire che, al momento della nascita, siano affrontati i temi relativi ai benefici per la salute della madre e del bambino e alla rimozione delle convinzioni errate.
R. 3	Se la donna ha deciso di non iniziare ad allattare al seno è necessario verificare che le motivazioni di tale decisione non sia derivata da errata convinzione o da inappropriate prescrizioni mediche e, se tale decisione si conferma, fornire alla donna il supporto all'attaccamento madre-bambino.
R. 4	Se durante il travaglio e il parto sono utilizzati analgesici o anestetici è necessario garantire una particolare attenzione al corretto avvio dell'allattamento al seno.
R. 5	Valutare con attenzione le condizioni della donna nel periodo post-partum sia per quanto riguarda la salute fisica che per il benessere psicologico, garantendo alla donna un adeguato riposo
R. 6	Alla nascita ogni neonato deve essere asciugato, ricoperto e messo sull'addome della madre, quanto prima possibile, una volta che la madre se la senta. Il contatto madre bambino dovrebbe prolungarsi fino allo spontaneo completamento della prima suzione al seno.
R. 7	Le cure e le pratiche abituali di sorveglianza devono essere definite in modo tale da favorire il contatto prolungato madre bambino e la suzione precoce e, nel contempo, garantire la sicurezza di madre e neonato.
R. 8	Non si deve fissare un numero di poppate né orari pregiudizialmente rigidi di allattamento; è opportuno assistere la madre nel trovare un equilibrio tra proprie esigenze (riposo) e soddisfazione dei bisogni del bambino.
R. 9	Nel neonato sano e a termine, di peso adeguato, allattato a richiesta e lasciato vicino alla madre 24 ore su 24, la supplementazione con liquidi o formule non è di regola necessaria.

R. 10	E' opportuno definire protocolli scritti per l'alimentazione di neonati a rischio di ipoglicemia neonatale e per quelli con difetto di suzione.
R. 11	Evitare l'utilizzo di tettarelle per l'eventuale somministrazione di supplementazione e scoraggiare l'uso del succhiotto, fino a quando l'allattamento al seno sia stabilizzato.
R. 12	Incoraggiare sistematicamente la vicinanza madre-bambino 24 ore su 24. In caso di necessaria separazione garantire un sostegno all'allattamento al seno.
R. 13	Osservare almeno una poppata utilizzando un metodo standardizzato. Assistere la donna nel trovare le posizioni più confortevoli per allattare, aiutarla a riconoscere le caratteristiche di una suzione corretta ed efficace.
R. 14	Fornire alle madri il supporto per il trattamento dei problemi più comuni (dolore ai capezzoli, ingorgo mammario, percezione di ipogalattia) nonché informazioni relative alla loro prevenzione.
R. 15	E' necessario supportare la madre nel riconoscere l'efficacia dell'allattamento al seno. Se si evidenzia un'inefficacia dello stesso deve essere attuata un'attenta valutazione, l'identificazione delle cause e l'attuazione delle misure che possono facilitare la continuazione dell'allattamento.
R. 16	Devono essere attuate procedure in grado di assicurare a tutte le donne una valutazione di una eventuale storia di depressione al momento del parto e nelle prime settimane di vita del bambino.
R. 17	E' necessario identificare eventuali condizioni di vulnerabilità delle relazioni familiari (giovane età dei genitori, famiglia monoparentale...) e/o del contesto socio culturale (svantaggio socio-economico, bassa scolarità materna, minoranze etniche...) che possano determinare la necessità di interventi di sostegno.
R. 18	Assistere la donna che allatta nell'identificare persone di sua fiducia, familiari o amici, che siano a conoscenza dei vantaggi dell'allattamento al seno e in grado di fornirle un supporto.
R. 19	E' necessario valutare le capacità dei genitori di identificare i bisogni del bambino, il suo desiderio di essere allattato e la sua soddisfazione.
R. 20	La dimissione deve rappresentare un momento di verifica sia rispetto all'esistenza di elementi che richiedano supporti specifici dei problemi identificati, sia all'appropriatezza dell'assistenza fornita.

R. 21	All'atto della dimissione deve essere offerto alle donne un sostegno specifico all'allattamento al seno e più in generale alle cure del neonato. Tale sostegno può includere sia i professionisti dei Servizi (ospedalieri o territoriali) che non professionisti con formazione specifica.
R. 22	All'atto della dimissione garantire la programmazione di un controllo pediatrico a breve termine.
R. 23	Evitare la distribuzione di campioni gratuiti di formula, di materiale che promuova l'allattamento con formula e di prescrizione del tipo di formula prima che si sia manifestata la reale necessità.