

5. Scenario I. Basso tasso di inizio

Questo scenario è specifico per le realtà in cui il tasso di avvio dell'allattamento è ritenuto insoddisfacente. Il dato a 48 ore di vita (e riferito alle precedenti 48 ore) costituisce l'indicatore più facilmente rilevabile e riproducibile per valutare, indirettamente, le ricadute in termini di mancato avvio dell'allattamento al seno (esclusivo o completo), derivanti da criticità nel percorso di accompagnamento fino alla nascita.

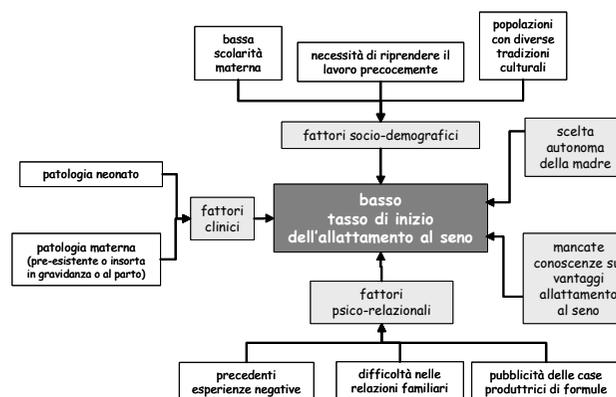
Nel nostro Paese la maggior parte delle donne viene dimessa dal punto nascita formalmente con un allattamento al seno; in realtà la breve durata della degenza ospedaliera non permette di individuare i casi in cui di fatto l'allattamento al seno non si è avviato perché la madre era poco motivata e ha preferito non rendere esplicita la propria scelta, oppure per una azione di sostegno insufficiente durante la degenza. Questi avvisi difficili dovrebbero essere interpretati come un mancato inizio dell'allattamento al seno, ma essendo frequentemente rilevati dopo le 48 ore di vita, sono analizzati nello scenario relativo all'abbandono precoce (cap. 6, *scenario II*). Il tasso di allattamento alla dimissione deve essere analizzato anche per sottopopolazioni, in quanto può risultare significativamente inferiore in alcune delle minoranze etniche o in situazioni di svantaggio socio-culturale.

I fattori che determinano il mancato avvio dell'allattamento al seno potrebbero influenzare anche la sua breve durata: difficoltà lavorative o di relazione familiare potrebbero portare la madre, spesso in modo inconscio o non esplicito, a non iniziare ad allattare al seno o a smettere precocemente. In questo scenario verranno presi in considerazione i fattori causali che intervengono prima della nascita.

5.1 La rete causale

Analizzando il mancato inizio di allattamento al seno si può disegnare una rete causale composta di:

- mancate conoscenze sui vantaggi dell'allattamento;
- fattori socio-demografici;
- scelta autonoma da parte della madre;
- patologia materna o neonatale;
- fattori psico-sociali.



Mancate conoscenze sui vantaggi dell'allattamento al seno e sulla necessità di definizione di un piano di allattamento

Nonostante i numerosi interventi effettuati in molte aree del paese per favorire un'ampia diffusione delle conoscenze, non può essere trascurata la possibilità che i vantaggi dell'allattamento non siano sufficientemente valorizzati. Tre variabili sembrano determinanti: la capacità di raggiungere la popolazione bersaglio, i contenuti e le modalità con cui l'informazione viene offerta alle donne.

L'obiettivo dei professionisti dovrebbe essere quello di facilitare la formulazione, da parte della donna e di chi le sta accanto, di un progetto realizzabile che contempli tutti gli strumenti che possono facilitare l'allattamento al seno.

Fattori socio-demografici

Nell'ambito dei fattori socio-demografici, la bassa scolarità materna, la presenza di fattori di vulnerabilità (eventualmente associati a struttura e numerosità del nucleo familiare), la presenza di problemi di adattamento ed integrazione culturale e la necessità di riprendere precocemente il lavoro sono associati al mancato inizio o alla precoce interruzione dell'allattamento al seno.

Pur essendo la legislazione italiana una delle più avanzate per quanto riguarda la tutela della maternità, una serie di condizioni lavorative possono o-

stacolare l'inizio dell'allattamento al seno o limitarne significativamente la durata. In particolare: il tipo di contratto di lavoro (precario, temporaneo) o la tipologia dell'Azienda (artigianato, piccola industria...) o la necessità/interesse da parte della donna di riprendere il lavoro.

Scelta autonoma da parte della madre

La scelta, da parte della donna, di non allattare è determinata da elementi consci ed inconsci e può essere un derivato di fattori psico-relazionali e di un concorso di diversi altri fattori, come quelli relativi alle conoscenze o alla difficoltà di individuare soluzioni praticabili rispetto ai suoi problemi. La capacità di distinguere le diverse situazioni è alla base di un atteggiamento professionale competente, che facilita e rispetta una scelta consapevole da parte della donna.

Non vi sono studi specifici relativi alle modalità con cui supportare le madri che decidono autonomamente di non allattare nel processo di attaccamento con il proprio bambino. Non è quindi possibile definire specifiche raccomandazioni. L'attenzione ad evitare ogni atteggiamento di colpevolizzazione emerge in diverse sezioni di questo manuale.

Fattori clinici: patologia materna o neonatale

Alcune patologie materne e/o le terapie farmacologiche ad esse associate possono essere addotte quale causa di un mancato inizio dell'allattamento al seno. Vi è la necessità di identificare e far conoscere le rare condizioni (malattie o assunzione di farmaci specifici) che controindicano in modo assoluto l'allattamento e garantire un attento monitoraggio di quelle situazioni in cui la controindicazione è solo relativa e deve essere valutata nel singolo caso e nel tempo.

Particolare attenzione richiede la condizione di depressione materna che, secondo diversi studi, presenta il proprio acme nel terzo trimestre di gravidanza e può essere di entità tale da compromettere l'inizio dell'allattamento o la sua durata.

Per quanto riguarda la patologia neonatale, il maggiore ostacolo all'inizio dell'allattamento al seno è rappresentato dalla prematurità, dal basso peso, dalle malformazioni del cavo orale e dalle patologie che compromettono il benessere neurologico del neonato. Difficoltà che non ostacolano ovviamente la somministrazione con altre modalità del latte materno, che rimane il nutrimento di prima scelta.

Fattori psico-sociali

Una precedente esperienza negativa di allattamento al seno (insuccesso

completo, allattamento di breve durata, difficoltà di allattamento) e/o una cultura-esperienza familiare orientata alla nutrizione artificiale può costituire uno dei principali motivi che portano una madre a non iniziare ad allattare, tenendo anche presente che i corsi di accompagnamento alla nascita, abituale occasione di informazione sull'allattamento, sono solitamente meno frequentati dalle donne pluripare rispetto alle primigravide.

Alcuni problemi riguardanti la struttura della famiglia (famiglia monoparentale, altro figlio che richieda assistenza continua...) o le relazioni al suo interno (separazione in atto, conflitti con il partner...) possono portare la madre alla decisione di non allattare. Affrontare questi problemi non solo significa rendere possibile l'allattamento al seno, ma permette anche di favorire un buon attaccamento madre-bambino.

La scelta di non allattare al seno può essere influenzata dal messaggio dei media, in particolare dalla pubblicità relativa alle formule e, più in generale, all'alimentazione infantile: questo condizionamento riguarda non solo la madre, ma anche i suoi familiari e il contesto sociale in cui la famiglia vive.

5.2 Agire sulla rete causale: le raccomandazioni

Per analizzare i fattori che influenzano l'avvio dell'allattamento dobbiamo considerare i tempi e i modi in cui la donna sceglie come nutrire il proprio bambino: uno dei momenti centrali è sicuramente la gravidanza. L'informazione alle donne in gravidanza è indicata nei 10 passi dell'iniziativa *Ospedali Amico del Bambino* (Unicef) come una delle azioni da privilegiare per favorire l'allattamento al seno, ma due elementi interferiscono con la sua concreta applicabilità ed efficacia:

- la decisione di allattare viene presa spesso ancor prima che inizi la gravidanza ed è il risultato di un complesso di fattori culturali e sociali che non possono essere affrontati unicamente nell'ambito dei servizi sanitari o socio-sanitari;
- la maggior parte delle gravidanze è seguita privatamente da libero-professionisti, rendendo problematica per la struttura pubblica la definizione di interventi che siano in grado di raggiungere tutta la popolazione interessata.

Se l'allattamento al seno è influenzato da numerosi fattori che operano al di fuori dell'ambito sanitario, ne deriva l'importanza di interventi rivolti alla comunità e non solo alla popolazione bersaglio, costituita dalle donne che hanno già iniziato la gravidanza. È quindi utile individuare azioni e strumenti in grado di:

- garantire un sistema informativo, per poter conoscere meglio le specificità demografiche e culturali del contesto in cui si opera;

- avviare, su temi specifici, processi di integrazione degli interventi con attori diversi da quelli dell'ambito socio-sanitario, ad esempio nella programmazione dei *Piani per la salute*.

5.2.1 Mancate conoscenze sui vantaggi dell'allattamento

L'analisi dei vantaggi che l'allattamento al seno comporta per la salute infantile e materna risente del fatto che il disegno degli studi è sempre osservazionale (per ragioni etiche non si possono condurre studi clinici randomizzati), con diversa qualità tra gli studi e diversa definizione dell'esposizione (non sempre viene definita correttamente l'esposizione, distinguendo tra allattamento materno esclusivo e non). Pur con questi limiti, risulta che l'allattamento al seno comporta una:

- protezione contro diarrea acuta (in termini di mortalità e morbosità), infezioni respiratorie (anche nelle età successive), sepsi e meningite (anche in nati di basso peso alla nascita), infezioni urinarie (sia pielonefriti che cistiti), enterocolite necrotizzante; II-2,II-3
- punteggi più elevati di quoziente intellettivo; II-2,II-3
- maggiore acuità visiva. II-2,II-3

Sono invece necessari ulteriori studi sull'effetto protettivo dell'allattamento al seno per quanto riguarda: la mortalità post-neonatale, l'obesità e il ridotto rischio di ipertensione in età adulta, la protezione nei confronti di asma ed eczema, la minore incidenza di alcune malattie da alterata risposta immunitaria (celiachia, malattie infiammatorie croniche dell'intestino, diabete, linfoma, leucemia acuta...), la riduzione del rischio di SIDS (sindrome della morte improvvisa del lattante).

Sul piano dei vantaggi per la salute materna l'allattamento al seno comporta una:

- protezione verso il tumore del seno in età premenopausa II-2,II-3
- effetto contraccettivo (a determinate condizioni) II-2,II-3

Studi ulteriori sono inoltre necessari per stimare l'effetto protettivo dell'allattamento al seno rispetto a: minore frequenza di emorragia postpartum, ridotta incidenza di tumori dell'epitelio ovarico, minor rischio di osteoporosi, miglior recupero del peso forma.

Per quanto riguarda l'effetto contraccettivo, tra le donne che allattano e in amenorrea non si osservano gravidanze nei primi tre mesi di allattamento e una frequenza di gravidanze inferiore a 2% entro 6 mesi dal parto. Se la madre riprende il lavoro prima del 6° mese e per questo riduce il numero delle poppate, il metodo è meno efficace ed è stato osservato un tasso di fallimento di 5,2%. II-2,II-3

L'amenorrea da lattazione è una contraccezione naturale ed efficace, solo nel caso in cui siano presenti tutte le seguenti condizioni: età del bambino inferiore ai sei mesi, allattamento esclusivo (diurno e notturno) e presenza di amenorrea nella donna.

L'informazione su contraccezione nel dopo parto dovrebbe essere fornita ad ogni coppia durante la gravidanza, eventualmente durante i corsi di accompagnamento alla nascita, poiché la sola informazione dopo il parto è poco efficace. II-2,II-3

Nella trasmissione di queste informazioni vanno evitate una eccessiva enfasi sul rischio e la colpevolizzazione della madre che, per diverse ragioni, non allatterà. 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.

Devono essere quindi fornite informazioni su alcune delle principali cause associate ad un insuccesso dell'allattamento al seno (cap. 6):

- il dolore ai capezzoli, l'ingorgo mammario e la percezione materna di un apporto insufficiente sono tra le cause più comuni che determinano l'abbandono dell'allattamento materno nelle prime due settimane di vita; I, III
- la percezione di ipogalattia è comune tra le madri che allattano al seno (circa il 50%) e rappresenta una delle principali cause di una interruzione precoce; II-3
- il supporto alle madri che hanno una percezione di ipogalattia aumenta la durata dell'allattamento al seno; II-2
- il pianto del bambino può essere compreso e vanno superate letture lineari della causalità (il pianto non è sinonimo di fame). II-2

Raccomandazione 1:

È necessario offrire una informazione nel corso della gravidanza con particolare attenzione a: benefici per la salute della madre e del bambino, rimozione delle convinzioni errate, interventi utili per contrastare le più frequenti cause di interruzione molto precoce (dolore ai capezzoli, ingorgo mammario e percezione di ipogalattia) e ruolo dell'allattamento nella contraccezione

Sullo stesso tema le raccomandazioni delle linee guida disponibili sono:

AWHONN

- offrire un'informazione sull'allattamento nel primo trimestre di gravidanza attraverso gruppi o individualizzata. L'informazione dovrebbe riguardare: quantità e modalità di produzione del latte materno, benefici per la madre e il bambino, convinzioni errate (I, II-1, II-2, III);
- convinzioni errate riguardo alle regole dietetiche costituiscono una barriera all'allattamento e non hanno alcuna base scientifica (III);
- prevenire, quando possibile, e indicare il trattamento per i più comuni problemi associati con l'allattamento al seno (I, II-1, II-2, III).

ILCA

- è opportuno fornire anticipatamente una guida per la soluzione dei problemi più frequenti: dolore ai capezzoli e ingorgo mammario, percezione di ipogalattia e pianto del neonato, dieta materna (III);
- l'utilizzo anticipato di consigli e raccomandazioni come intervento primario influenza positivamente il processo di allattamento (II-3, III);
- discutere le opzioni per la contraccezione.

Una serie di studi, con diversi livelli di prove di efficacia, indicano che le azioni di supporto risultano importanti, anche in gravidanza, se permettono alla donna di stabilire un proprio *piano di allattamento* e di aumentare la fiducia nelle proprie possibilità. In particolare:

- aspettative realistiche sull'allattamento al seno prevengono una interruzione precoce; I, II-1, III
- un supporto appropriato promuove la soddisfazione e la durata dell'allattamento al seno; I, II-2, II-3
- fornire consigli preliminari influenza positivamente il processo di allattamento al seno. II-3, III

Oltre ad affrontare il contenuto (un'informazione basata sulle prove di efficacia) è necessario confrontarsi con le modalità con cui tale informazione viene trasmessa: diventa centrale il tema della comunicazione, della relazione tra professionisti e donne.

Buona parte degli studi relativi all'informazione descrivono in modo esaustivo i *contenuti* dell'informazione (benefici per la madre e il bambino, errate convinzioni, metodi per facilitare la continuazione dell'allattamento materno dopo il ritorno al lavoro, valutazione della quantità di latte prodotto), ma sono poco informativi sulle modalità con cui viene attuato il processo (abilità e formazione dei professionisti, valutazione dell'efficacia a breve e lungo termine...).

Gli aspetti principali sono rappresentati da: ruolo svolto dall'informazione, modalità degli incontri (individuali e collettivi) e capacità di promuovere un ruolo attivo della donna nel definire il proprio *piano di allattamento*.

- Ruolo svolto dall'informazione

Pur sapendo che nel periodo prenatale la sola informazione, sia fornita individualmente che a gruppi, ha un impatto limitato sul tasso di allattamento esclusivo e sulla durata dell'allattamento materno, è documentato che materiali scritti o audiovisivi rinforzano le istruzioni impartite verbalmente I

E' necessario tuttavia ricordare che:

- una informazione, fornita dai professionisti sanitari, inaccurata o inconsistente può contribuire alla confusione materna e ad una precoce interruzione dell'allattamento al seno; I, III
- alcuni materiali audiovisivi possono trasmettere messaggi non desiderati, rinforzare stereotipi e contraddire informazioni fornite verbalmente; II-2, III
- le donne allattano più a lungo quando le informazioni sono accompagnate da sistemi di sostegno (rete amicale, *peer counselors*...) II-3, III

- Modalità di svolgimento degli incontri

E' documentato che programmi strutturati, che utilizzino un approccio individuale o di gruppo, basati sull'associazione di più tecniche educative (gruppi di discussione, corsi di accompagnamento alla nascita, opuscoli, video, manuali sull'allattamento materno, corsi di autoapprendimento nei primi sei mesi di vita) possono influenzare, in senso positivo i tassi e la durata dell'allattamento al seno. II-3

- Promozione di un ruolo attivo della donna nel definire il proprio *piano di allattamento*

Quale che sia il disegno dell'intervento, dovrà favorire la formulazione di aspettative realistiche da parte della donna, sul processo di allattamento al seno. La definizione di un proprio *piano di allattamento* è in grado di prevenirne l'interruzione precoce e permetterà alla donna di tener conto di quei fattori della rete causale che sono affrontati nelle pagine seguenti. I, II-1, III

E' inoltre necessario tenere conto che il supporto di familiari o altre persone di fiducia influisce positivamente sulla durata dell'allattamento al seno e, probabilmente, anche sul suo avvio. II-1, II-3, III

Raccomandazione 2:

E' necessario sviluppare programmi strutturati che utilizzino un approccio individuale o di gruppo, basati sull'associazione di più interventi di supporto alla donna, per la definizione di un proprio *piano di allattamento* (anche con il coinvolgimento di familiari o di persone di fiducia).

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

- assistere la donna a identificare i propri obiettivi rispetto all'allattamento al seno e a definire un proprio *piano di allattamento*;
- 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).

ILCA

- stabilire le aspettative realistiche della donna rispetto ai miti e alle conoscenze errate.

Nell'ambito della definizione del piano di allattamento particolare attenzione deve essere rivolta all'informazione relativa alle modalità di assistenza al parto e alle caratteristiche dell'adattamento neonatale. Nello *scenario II* (cap. 6) sono prese in esame le prove di efficacia a sostegno dei vantaggi derivanti dal contatto precoce con il neonato e dalla possibilità di vicinanza al bambino 24 ore su 24 e quelle relative alle modalità di allattamento nei primi giorni (allattamento a richiesta, inutilità delle supplementazione...). Sembra inoltre utile discutere con la donna l'eventuale supporto analgesico al travaglio.

Raccomandazione 3:

E' necessario affrontare con la donna le problematiche relative alla assistenza al parto e ai primi giorni di vita del bambino con modalità tali da assicurare che le anticipazioni rispetto al modello ideale di riferimento siano realistiche.

5.2.2 Fattori socio-demografici

Il mancato inizio dell'allattamento al seno o la sua interruzione precoce è associata alla bassa scolarità materna (un rischio relativo compreso tra 1,5 e 2) e all'appartenenza ad alcune minoranze etniche (un rischio relativo superiore a 2). Più controversi i dati sull'associazione con l'età materna, anche se un rischio aumentato sembra caratterizzare le madri molto giovani.

II-2, II-3

Questi fattori non sono modificabili da parte dei professionisti che operano nel campo socio-sanitario, ma è necessario tenerne conto nel programmare gli interventi, definendo specifiche strategie per le sottopopolazioni che difficilmente accedono agli interventi pensati per la popolazione generale: il concetto di equità non è sinonimo di interventi eguali per tutti, ma bensì di opportunità uguali per tutti, allo scopo di prevenire o ridurre le disuguaglianze.

Raccomandazione 4:

Una attenzione specifica deve essere rivolta ai gruppi di popolazione con bassa scolarità, alle madri di giovane età e alle donne appartenenti alle minoranze etniche perché in alcuni di questi gruppi si è evidenziato il rischio di una minore prevalenza di allattamento al seno.

Nel definire tali interventi è necessario sottolineare che la presenza di fattore di rischio (meglio sarebbe dire di vulnerabilità) non è sinonimo di evento negativo. L'acquisizione di abilità nella comunicazione da parte dei professionisti è strumento indispensabile per valutare l'esistenza reale del rischio e la presenza o meno di fattori di protezione.

D'altra parte è interessante sottolineare come sono proprio questi gruppi di popolazione a "dimostrarsi più sensibili agli interventi di sostegno effettuati prima e dopo la nascita, sia in termini di aumento dei tassi di allattamento alla nascita, sia sulla durata dello stesso".

I, II-1

Per quanto riguarda la necessità di riprendere precocemente l'attività lavorativa possono essere previsti specifici interventi già in epoca prenatale, ma il problema dovrà essere affrontato anche in tempi successivi (cap. 7, *scenario III*). Va sottolineata l'importanza che la donna sia informata rispetto alle modalità con cui tutelare i propri diritti nel corso della gravidanza e nei mesi successivi al parto.

Raccomandazione 5:

Ogni donna deve essere informata rispetto ai diritti previsti dalla legislazione vigente a tutela delle lavoratrici madri (congedo di maternità, riduzione dell'orario di lavoro ...).

Un congedo di maternità più lungo e un minor numero di ore lavorative settimanali sono associate ad una durata maggiore dell'allattamento. Il maggiore controllo sull'ambiente di lavoro ed orari più facilmente gestibili da parte delle donne aumentano la possibilità di conciliare il lavoro e l'allattamento al seno.

II-3, III

Raccomandazione 6:

A tutte le donne lavoratrici devono essere fornite le informazioni relative alle modalità con cui può essere continuato l'allattamento al seno dopo la ripresa del lavoro. La condivisione di un progetto sulle modalità di riprendere il lavoro mantenendo l'allattamento comporta la verifica dell'esistenza di condizioni facilitanti in ambito lavorativo e familiare.

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

- valutare le conoscenze dei genitori relative ai benefici (per la madre e il bambino) di proseguire l'allattamento al seno e di come tale prosecuzione possa aiutare entrambi alla transizione determinata dal ritorno al lavoro o a scuola (II-3);
- valutare le intenzioni della donna rispetto alla durata dell'allattamento e le sue conoscenze sulle strategie che possono facilitare la continuazione dell'allattamento materno allorché si verifichi il ritorno al lavoro o a scuola (II-3, III);
- verificare se l'ambiente lavorativo o scolastico è in grado di supportare la decisione della madre di continuare l'allattamento (III).

E' opportuno, anche in epoca prenatale, fornire alle donne che devono tornare al lavoro informazioni sui seguenti temi:

- raccolta e conservazione del latte materno;
- metodi per favorire il rilassamento e ridurre lo stress in modo da mantenere la lattazione;
- benefici nutrizionali e relazionali (interazione madre bambino) associati alla prosecuzione dell'allattamento al seno (parziale) dopo i primi sei mesi di vita;
- benefici relazionali legati all'allattamento occasionale.

5.2.3 Patologia materna e/o neonatale

I fattori clinici che si intendono affrontare sono quelli che tendono ad ostacolare l'inizio dell'allattamento al seno, senza che tale atteggiamento, o prescrizione, sia suffragato da prove di efficacia. Saranno affrontate in questa sede le patologie materne o neonatali che costituiscono una controindicazione assoluta all'allattamento al seno, ma non quelle che richiedono una particolare attenzione alle misure di supporto o nel monitoraggio.

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

I fattori causali più frequentemente indicati quale controindicazione all'allattamento al seno sono rappresentati da: precedenti difficoltà di allattamento, malattia acuta o cronica, utilizzo di farmaci, anomalie del seno o dei capezzoli, chirurgia del seno o traumi, assenza dei normali cambiamenti prenatali del seno.

Le madri spesso citano uno di questi fattori come motivo dell'interruzione dell'allattamento. II-2, II-3

La capacità di identificare i fattori materni che possono rendere difficoltoso l'allattamento e quella di garantire la necessaria assistenza e il follow-up migliora l'avvio e la durata dell'allattamento al seno. II-2, II-3, III

Le vere controindicazioni assolute all'allattamento al seno sono poche:

- lo stato di positività HIV;
 - l'abuso di sostanze stupefacenti (la valutazione va fatta caso per caso; l'assunzione di metadone non controindica l'allattamento);
 - l'infezione da Herpes simplex (bilaterale al capezzolo in fase acuta).
- La tubercolosi rappresenta una controindicazione assoluta solo nella forma polmonare cavitaria, per le prime due settimane dopo l'inizio della terapia; tale controindicazione non è determinata dal rischio di passaggio del micobatterio nel latte, ma dalla trasmissione per via aerea da madre a bambino. Si può quindi somministrare il latte materno dopo averlo spremuto. II-2, III

Tra le false "controindicazioni assolute" merita un cenno, per la sua frequenza, l'epatite C, il cui rischio di trasmissione postnatale attraverso il latte materno non può essere escluso, anche se risulta estremamente basso per la maggior parte delle donne. II-2, II-3

Le problematiche dell'allattamento al seno connesse alla malattia cronica devono essere affrontate tenendo conto che, nella maggior parte dei casi, non è la malattia, ma sono eventualmente i farmaci utilizzati (compresa la chemioterapia) che possono costituire la controindicazione all'allattamento. Un cenno a parte meritano le psicosi severe, nelle quali è necessario affrontare, oltre al problema farmacologico, anche la capacità della madre di accudire il bambino (e l'eventuale supporto presente a livello familiare).

L'utilizzo di farmaci da parte della madre raramente controindica l'allattamento. 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 relative alle modalità di prescrizione dei farmaci nel corso dell'allattamento.

Raccomandazione 7:

Se si ritiene che la patologia materna o l'utilizzo di farmaci possano controindicare l'allattamento è necessario individuare una precisa metodologia relativa agli approfondimenti da svolgere e alle modalità di prescrizione

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

- Identificare le condizioni materne o neonatali che controindicano l'allattamento. Vi sono poche condizioni che controindicano in modo assoluto l'allattamento al seno: stato di positività HIV, tossicodipendenza chemioterapia e tubercolosi della madre e galattosemia del neonato (II-2, III).

Un problema particolare è quello relativo alla morfologia del seno e dei capezzoli che, pur non costituendo una patologia, può influenzare la scelta della donna a non iniziare l'allattamento al seno. E' inoltre necessario ricordare che:

- le donne sottoposte a chirurgia del seno (aumento o riduzione) presentano un aumentato rischio di ipogalattia se confrontate a donne che non hanno subito un intervento chirurgico; II-2, III
- il trattamento per il tumore della mammella non preclude la possibilità di allattare al seno in una gravidanza successiva. III

Raccomandazione 8:

E' necessario:

- discutere con la donna eventuali timori o problemi relativi alla morfologia del seno e dei capezzoli; ed eventualmente procedere alla valutazione clinica;
- informare la donna sulla inefficacia di una preparazione specifica durante la gravidanza del seno e dei capezzoli.

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

- fornire l'opportunità alla donna di esprimere le proprie ansie rispetto a condizioni del seno e dei capezzoli che possano interferire con il successo dell'allattamento al seno (I);
- valutare seno e capezzoli per rilevare fattori che possano ostacolare o impedire la capacità della donna ad allattare al seno: capezzoli piatti o rientrante, cicatrici da chirurgia del seno, seni significativamente asimmetrici, assenza dei normali cambiamenti che caratterizzano il seno durante la gravidanza (III);
- informare la donna sul fatto che la preparazione del seno e dei capezzoli non è necessaria nella maggior parte dei casi (III).

L'anestesia e l'analgesia effettuate durante il travaglio e il parto possono determinare un ritardo significativo nell'avvio dell'allattamento al seno e influenzarne la durata (cap. 6 scenario II) II-2, II-3

Raccomandazione 9:

E' necessario fornire alla donna una corretta informazione sull'eventuale utilizzo, durante il travaglio e il parto, di analgesici o anestetici e sugli interventi che, in tal caso, possono facilitare un buon avvio dell'allattamento al seno

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

- Valutare le terapie somministrate intrapartum ed essere consapevoli degli effetti che esse possono determinare sull'inizio dell'allattamento (II-2,II-3).

Tutte le condizioni che comportano la separazione tra madre e neonato, o una limitazione temporanea della possibilità per la madre di occuparsi del neonato, richiedono soluzioni organizzative specifiche, per favorire il buon avvio dell'allattamento (cap.6).

Patologia del neonato

La sola controindicazione assoluta all'allattamento al seno è rappresentata dalla galattosemia, in quanto per tale patologia è necessario ricorrere ad una alimentazione priva di lattosio. II-3

Per quanto riguarda la fenilchetonuria, numerosi sono gli studi che evidenziano come i bambini affetti possano essere allattati al seno se questa pratica viene accompagnata dalla somministrazione di una formula priva di fenilalanina. II-2, II-3

Vi sono sicuramente altre condizioni cliniche che possono interferire con l'allattamento al seno, come la presenza di malformazioni maggiori o specifiche del cavo orale e particolari condizioni neurologiche del neonato. Queste condizioni non rappresentano di per sé una controindicazione all'allattamento al seno, ma possono richiedere particolari interventi per la somministrazione del latte materno. Per molte patologie neonatali l'ostacolo all'allattamento è di tipo indiretto, essendo determinato dalla separazione madre-bambino e da una scarsa assistenza alla madre nella fase di spremitura del seno.

5.2.4 Fattori psico-relazionali

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 postpartum. II-2, II-3

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 conseguente necessità di una attenzione costante alla rilevazione di sintomi depressivi.

Tra i fattori di rischio di maggiore rilevanza sono indicati: 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 come gravidanza non desiderata, disoccupazione materna, bassa qualità di 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. II-2, II-3

Sono ben noti gli effetti negativi che la depressione può avere, più in generale, sull'attaccamento madre-figlio, sullo sviluppo cognitivo ed emozionale di quest'ultimo e, nello specifico, sull'inizio e successo dell'allattamento al seno. II-2, II-3

Raccomandazione 10:

Devono essere attuate procedure in grado di assicurare a tutte le donne la valutazione di una eventuale stato di depressione nel corso della gravidanza.

Sembra opportuna la registrazione sistematica, nel corso della gravidanza, dei fattori di rischio psico-sociali e biologici.

Alle donne e ai loro familiari dovrebbero essere fornite informazioni sulla possibilità che si manifestino sintomi di depressione nonché sulle modalità di accesso ai servizi per tali problematiche.

Oltre al tema specifico della depressione è necessario sottolineare l'importanza delle relazioni familiari nel garantire l'avvio e il successo dell'allattamento al seno.

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

E' necessario assistere la donna 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

Raccomandazione 11:

E' necessario conoscere il contesto familiare per aiutare la donna ad identificare i familiari, o altre persone, che possano supportarla nella funzione genitoriale e, in particolare, nell'allattamento al seno.

Una precedente esperienza negativa (insuccesso nell'allattamento al seno) può far desistere la donna dall'iniziare l'allattamento, oltre ad avere un ruolo significativo nel determinarsi dell'ingorgo mammario. II-3, III

Raccomandazione 12:

E' necessario indagare su una eventuale precedente esperienza negativa di allattamento al seno e fornire la possibilità di un sostegno specifico alle donne che decidano di "provare" ad allattare.

Non può essere sottovalutato il ruolo che i mass media e l'industria per i pro-

dotti dell'infanzia, possono svolgere nell'influenzare le scelte materne e familiari.

Raccomandazione 13:

Nell'ambito degli interventi di protezione dell'allattamento al seno vanno fornite informazioni sul significato del *Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno*.

Si osserva un'assenza di studi sugli effetti indesiderati che l'informazione relativa ai vantaggi dell'allattamento al seno può determinare nel gruppo di donne che non allattano (per propria scelta, per indicazioni più o meno appropriate o per una interruzione precoce). In alcune realtà si registra una scarsa attenzione a come favorire l'attaccamento madre-bambino, anche nei casi in cui non venga allattato al seno.

Rispetto all'informazione sull'attaccamento (di cui l'allattamento può essere considerato un indicatore, anche se non esclusivo) va sottolineata l'importanza del superamento del concetto madre/nutrice a favore di una madre che accudisce. Il primo crea una dialettica potenzialmente conflittuale tra bisogni e diritti della madre e quelli del figlio, il secondo rispetta i legami di interdipendenza della coppia o, meglio, triade madre/bambino/padre.

Raccomandazione 14:

L'informazione sulle modalità che favoriscono l'attaccamento madre-bambino non si esaurisce nella promozione dell'allattamento al seno. Su questo tema particolare attenzione deve essere rivolta alle donne che non allattano.

5.3 Scenario I: tavola sinottica delle raccomandazioni

R. 1	E' necessario offrire un'informazione nel corso della gravidanza con particolare attenzione a: benefici per la salute della madre e del bambino, rimozione delle convinzioni errate, interventi utili per contrastare le più frequenti cause di interruzione molto precoce (dolore ai capezzoli, ingorgo mammario e percezione di ipogalattia) e ruolo dell'allattamento nella contracccezione.
R. 2	E' necessario sviluppare programmi strutturati che utilizzino un approccio individuale o di gruppo, basati sull'associazione di più interventi di supporto alla donna, per la definizione di un proprio <i>piano di allattamento</i> (anche con il coinvolgimento di familiari o di persone di fiducia).
R. 3	E' necessario affrontare con la donna le problematiche relative alla assistenza al parto e ai primi giorni di vita del bambino con modalità tali da assicurare che le anticipazioni rispetto al modello ideale di riferimento siano realistiche.
R. 4	Una attenzione specifica deve essere rivolta ai gruppi di popolazione con bassa scolarità, alle madri di giovane età e alle donne appartenenti alle minoranze etniche perché in alcuni di questi gruppi si è evidenziato il rischio di una minore prevalenza di allattamento al seno.
R. 5	Ogni donna deve essere informata rispetto ai diritti previsti dalla legislazione vigente a tutela delle lavoratrici madri (congedo di maternità, riduzione dell'orario di lavoro ...).
R. 6	A tutte le donne lavoratrici devono essere fornite le informazioni relative alle modalità con cui può essere continuato l'allattamento al seno dopo la ripresa del lavoro. La condivisione di un progetto sulle modalità di riprendere il lavoro mantenendo l'allattamento comporta la verifica dell'esistenza di condizioni facilitanti in ambito lavorativo e familiare.
R. 7	Se si ritiene che la patologia materna o l'utilizzo di farmaci possano controindicare l'allattamento è necessario individuare una precisa metodologia relativa agli approfondimenti da svolgere e alle modalità di prescrizione.
R. 8	E' necessario: - discutere con la donna eventuali timori o problemi relativi alla morfologia del seno e dei capezzoli; eventualmente procedere alla valutazione clinica; - informare la donna sulla inefficacia di una preparazione specifica del seno e dei capezzoli durante la gravidanza.

R. 9	E' necessario fornire alla donna una corretta informazione sull'eventuale utilizzo, durante il travaglio e il parto, di analgesici o anestetici e sugli interventi che, in tal caso, possono facilitare un buon avvio dell'allattamento al seno.
R. 10	Devono essere attuate procedure in grado di assicurare a tutte le donne la valutazione di una eventuale stato di depressione nel corso della gravidanza.
R. 11	E' necessario conoscere il contesto familiare per aiutare la donna ad identificare i familiari, o altre persone, che possano supportarla nella funzione genitoriale e, in particolare, nell'allattamento al seno.
R. 12	E' necessario indagare su una eventuale precedente esperienza negativa di allattamento al seno e fornire la possibilità di un sostegno specifico alle donne che decidano di "provare" ad allattare
R. 13	Nell'ambito degli interventi di protezione dell'allattamento al seno vanno fornite informazioni sul significato del <i>Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno</i> .
R. 14	L'informazione sulle modalità che favoriscono l'attaccamento madre-bambino non si esaurisce nella promozione dell'allattamento al seno. Su questo tema particolare attenzione deve essere rivolta alle donne che non allattano.