

Il pediatra e l'osservazione della poppata: un importante strumento di lavoro

IPPOLITA RONCARONI¹, MARIA PIA MORGANDO²

¹Pediatra di libera scelta, Pavia; ²Neonatologa, Consulente Professionale per l'Allattamento al Seno, Moncalieri

Una recentissima ricerca uscita su "Pediatrics" ci dice che molte delle donne che sospendono l'allattamento al seno lo fanno perché sfiduciate nelle loro capacità di allattare e/o depresse, e che molte di quelle che non lo sospendono devono la loro decisione all'incoraggiamento da parte del loro pediatra. Ma un incoraggiamento non basta, occorre anche saper dare un aiuto professionale; e questo non lo si può dare senza avere acquisito cognizioni e consapevolezza circa gli ostacoli concreti da superare. Certo, la pretesa di guidare dal di fuori un rapporto così naturale e così intimo come l'allattamento può apparire intrusiva, e il controllo fin delle posizioni dei piedi della nutrice può sembrare pedante. Ma senza queste cose non c'è concretezza; e dunque non c'è professionalità.

È opinione comune che l'allattamento al seno sia un atto estremamente naturale, tale da non richiedere una specifica preparazione ma soltanto l'acquisizione di alcune conoscenze su come condurlo (esclusività, durata, svezzamento, alimentazione guidata dal bambino).

Questo può essere vero nelle culture in cui l'unica modalità per alimentare i neonati è sempre stata l'allattamento al seno, e le donne, fin dall'infanzia, hanno potuto farlo proprio come atto istintivo¹. Nella nostra società è invece necessario, per molte mamme, acquisire non soltanto alcune conoscenze, ma anche un'abilità manuale che può richiedere tempo e fatica per divenire facile e automatica.

Il bambino da parte sua, pur nascendo equipaggiato di alcuni riflessi che gli rendono naturale l'allattamento (Figura 1), ha bisogno che la mamma sia capace di sostenerlo e avvicinarlo al seno in modo che possa attaccarsi bene e alimentarsi efficacemente. Entrambi devono imparare a collaborare e a coordinarsi. Le difficoltà che mamma e neonato possono incontrare

ASSESSMENT OF BREASTFEEDING TECHNIQUE

(Medico e Bambino 2004;23:167-173)

Key words

Breastfeeding, Latching, Sucking, Sore nipples

Summary

Incorrect positioning and latching can cause sore nipple and may lead to ineffective sucking. Incorrect positioning and latching is one of the main reasons for early interruption and failure of breastfeeding. Correct positioning and latching, as well as attention and recognition of hunger cues, allow the baby to use and develop its inborn reflexes. This will help to achieve an effective suction. It is important that paediatrician know how to help the mother to latch the baby at the breast and how to assess a breastfeed to identify and solve positioning and latching problems.

in questa fase di rodaggio sono superabili se viene loro offerto un'informazione adeguata ed efficace durante la gravidanza e il sostegno di persone esperte fin dalle prime ore dopo il parto^{2,5}. La mancanza di aiuto competente e ogni intervento inappropriato da parte degli operatori e dei parenti (separazione nelle prime giornate, offerta di routine di latte o di soluzione glucosata, uso di biberon, ciuccio) possono invece causare difficoltà nell'attacco al seno e quindi dolore durante la poppa-

ta, ragadi, ridotta assunzione di latte. Tutti questi eventi, se non corretti tempestivamente, porteranno facilmente all'abbandono precoce dell'allattamento al seno^{2,3,6,7} (Tabella I).

Per questi motivi è molto importante che tutti gli operatori che si avvicinano a una mamma che desidera allattare e che si trova in difficoltà (Tabella II) conoscano anche la fisiologia dell'allattamento e della suzione, sappiano osservare e valutare la poppata, siano in grado di aiutare efficacemente la

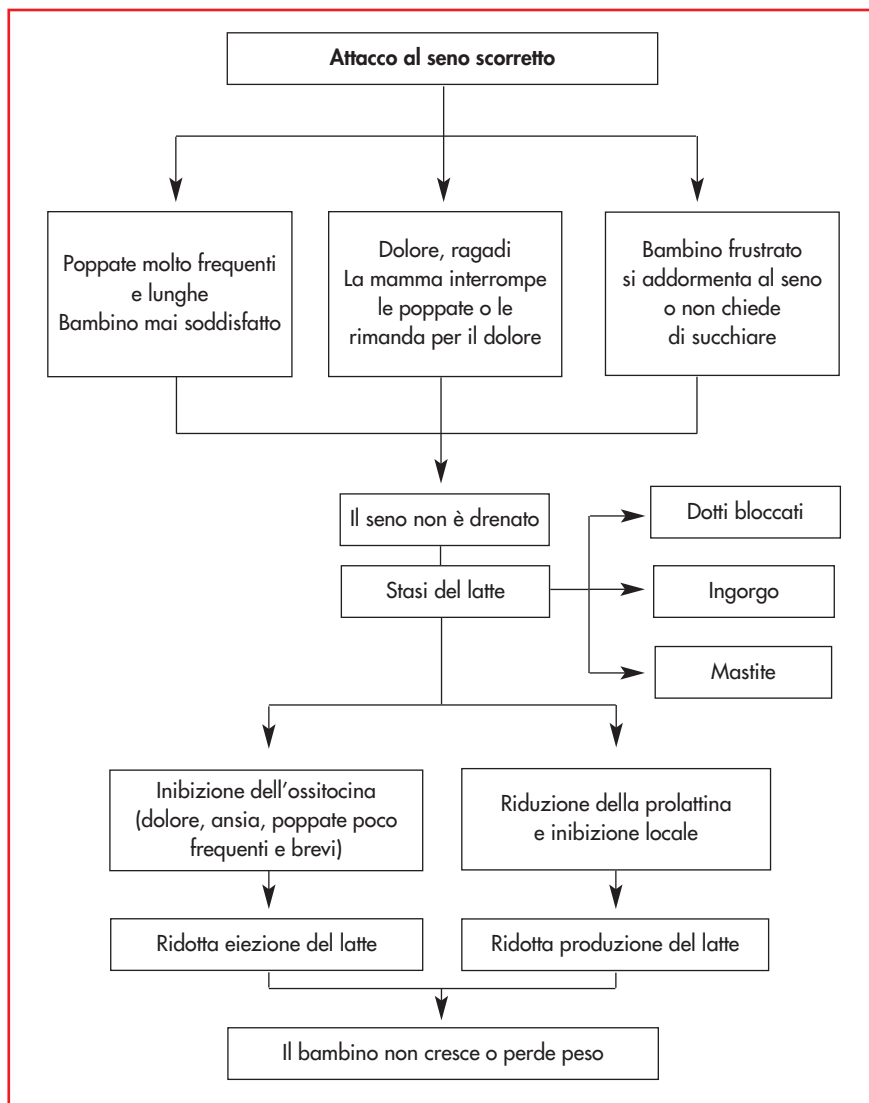


Tabella I

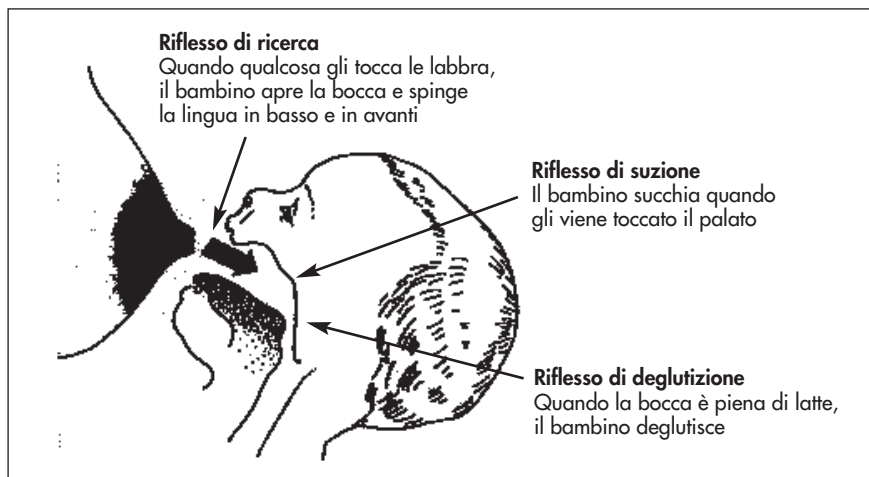


Figura 1. Riflessi del neonato (dal Manuale 40 ore, OMS).

SEGNI DI DIFFICOLTÀ

- Dolore durante la poppata
- Ragadi, arrossamenti o abrasioni al capezzolo
- Ingorgo, mastite
- Bambino che:
 - non riesce ad attaccarsi o che si stacca dal seno continuamente
 - non è mai soddisfatto dopo la poppata
 - non si staccerebbe mai dal seno
 - è sempre sonnolento
 - nei primi 2-3 mesi cresce meno di 125 g /settimana
- Altre situazioni percepite dalla mamma come difficoltà

Tabella II

coppia madre-bambino per facilitare l'avvio fisiologico dell'allattamento al seno. Una volta apprese le basi, madre e bambino potranno condurre l'allattamento secondo le proprie personali caratteristiche, in maniera allora veramente naturale.

OSSERVAZIONE DELLA POPPATA: CARATTERISTICHE GENERALI

L'osservazione della poppata dovrebbe essere sempre preceduta da una raccolta della storia dell'allattamento^{8,9}, che ci aiuterà a capire se le difficoltà segnalate sono state causate da interferenze con il fisiologico andamento dell'allattamento al seno^{3,6,10,11}.

È importante che l'osservazione abbia inizio nel momento in cui la mamma si rivolge al bambino per allattarlo, e si concluda quando il piccolo si stacca dal seno; è indispensabile prendere in considerazione, inoltre, non solo la "tecnica dell'allattamento" (posizione, attacco, suzione), ma tutti gli aspetti che possono aiutarci a capire le condizioni di madre e bambino e la loro relazione.

La posizione della mamma

È importante che la mamma adotti, fin dall'inizio della poppata, una posizione comoda per lei e per il bambino, che renda facile a entrambi l'attacco al seno e che la mamma possa mantenere senza dolore o fatica per tutto il tempo necessario alla poppata^{3,4,10}. Il dolore in-

fatti può inibire il riflesso di eiezione del latte^{12,13}.

La madre dovrebbe essere aiutata a conoscere le posizioni che potrà utilizzare per l'allattamento, e scegliere così quella a lei più adatta, in rapporto alla sua comodità, alle caratteristiche anatomiche del seno, alle dimensioni del bambino e alla manualità acquisita.

La posizione seduta è quella più comunemente usata a casa (Figura 2): l'ideale è utilizzare una seggiola o una poltrona bassa, che permetta di appog-



Figura 2. Allattamento al seno in posizione seduta.

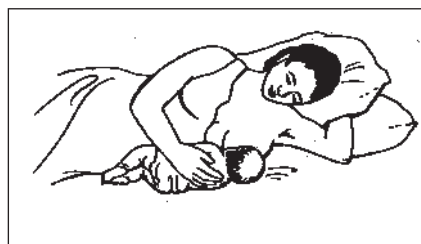


Figura 3. Allattamento al seno in posizione sdraiata.

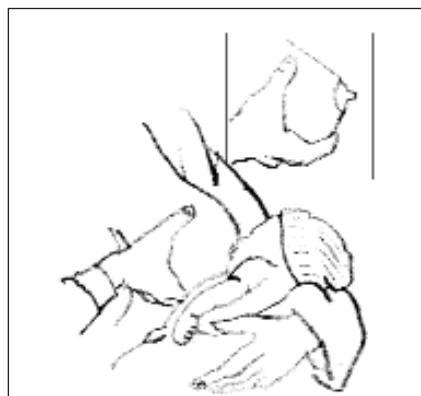


Figura 4. Sostegno del seno.

giare bene i piedi a terra. La schiena andrebbe mantenuta diritta, eventualmente con l'aiuto di cuscini, evitando posizioni che possano risultare scomode, se mantenute a lungo. Un cuscino posto sul grembo può servire per appoggiare e riposare le braccia durante la poppata, ma è meglio non adagiarvi il neonato o il piccolo lattante perché potrebbe avere difficoltà nell'attacco e nella suzione (vedi: posizione del bambino).

Nei primi giorni, in ospedale, di notte e tutte le volte che la mamma desidera riposarsi, può allattare da sdraiata, mettendosi su un fianco e appoggiando la testa su un cuscino (Figura 3).

Quando le dimensioni del seno o le difficoltà del bambino nell'attacco lo richiedono, potrà essere utile sostenere la mammella, avendo cura di mantenere le dita ben lontane dall'areola per non impedire la presa da parte del bambino e il contatto del mento con il seno (Figura 4).

La posizione del bambino

Qualunque sia la posizione scelta dalla mamma, il bambino andrebbe sistemato correttamente prima che si attacchi al seno, controllando che sia ben sostenuto, a contatto con la madre e rivolto verso il seno. Durante la poppata il corpo del bambino dovrebbe essere mantenuto in asse (Figure 2 e 5), vale a dire con orecchio, spalla e anca sulla stessa linea. Con il corpo rivolto verso l'alto, come quando prende il biberon, il piccolo è invece costretto, durante la poppata, a girare e ad allungare il collo, ostacolando così suzione e deglutizione. Il capo del bambino va posto di fronte al seno, libero di estendersi e non premuto a livello della nuca per non indurlo a reagire estendendo il capo. Il naso dovrebbe trovarsi di fronte e alla stessa altezza del capezzolo. In questo modo alla mamma basterà solo un piccolo movimento di avvicinamento, compiuto con il braccio che sostiene il bambino, per portarlo al seno.

Se allatta seduta, la mamma può sostenere il capo del bambino con il braccio corrispondente al seno da cui allatta, facendo attenzione ad appoggiarlo sull'avambraccio e non nella piega del gomito (Figura 5), perché allora il na-

so del bambino non si troverebbe di fronte al capezzolo, ma troppo lateralmente. Il bambino può anche essere sostenuto con il braccio opposto rispetto al seno da cui allatta (Figura 6) oppure tenuto lungo il fianco della madre, nella posizione chiamata "a pallone da rugby" (Figura 7). Queste ultime due posizioni sono molto utili per i neonati più piccoli o per i bambini che



Figura 5. Come posizionare e sostenere il bambino.



Figura 6. Sostegno del bambino con il braccio opposto rispetto al seno a cui è attaccato.



Figura 7. Sostegno del bambino "a pallone di rugby".

hanno difficoltà ad attaccarsi. La mano libera della mamma infatti può sostenere il seno senza frapporti tra esso e il bambino.

La posizione a presa di rugby è inoltre utile per drenare il quadrante laterale del seno, poiché è dove si trovano il mento e la lingua del bambino che il seno viene drenato meglio.

Nella posizione sdraiata il corpo del bambino si trova parallelo e a contatto con quello della mamma, appoggiato sul letto e non sul braccio, sostenuto a livello della schiena con il braccio libero della madre.

Il bimbo può essere allattato da seduto se è affetto da palatoschisi (prima che sia posizionata la placca palatina) o nel caso debba tenere il divaricatore (Figura 8).

Il bambino più grande invece, ormai capace di sistemarsi al meglio e abilissimo nel prendere correttamente il seno in qualsiasi posizione, non richie-

SEGNALI DI FAME

Precoci

- tira fuori ripetutamente la lingua
- cerca di portarsi la manina alla bocca
- se preso in braccio "cerca" il seno ma è tranquillo

Tardivi

- è agitato e cerca il seno con rabbia
- piange e non è facilmente consolabile

Tabella III

derà più alla sua mamma l'attenzione dei primi mesi.

Attacco e suzione

Un buon attacco permette al bambino di succhiare in maniera efficace, drenando il seno e assumendo il latte terminale ricco di grassi.

Perché un neonato riesca ad attaccarsi correttamente, è importante che la mamma sappia cogliere i segnali di fame precoci (Tabella III): se il piccolo



Figura 8. Posizione seduta del bambino.



Figura 9. Prima dell'attacco: capezzolo indirizzato verso il palato duro.

GLI ERRORI PIU' COMUNI DURANTE LA POPPATA

Bambino posizionato nell'incavo del gomito

- il capezzolo non è di fronte al naso
- la mamma sposta il seno per attaccare il bambino

Bambino con il corpo rivolto verso l'alto deve girare la testa per attaccarsi

- difficoltà alla suzione e deglutizione

Capezzolo pinzato tra due dita

- prende solo il capezzolo
- blocco dei dotti
- non si appoggia il mento al seno

Capezzolo infilato in bocca, senza aspettarne l'apertura completa

- prende solo il capezzolo, la lingua non avvolge l'areola

Madre che si piega verso il bambino e non bambino portato al seno

- prende solo il capezzolo
- posizione scomoda, dolori alla schiena

Corpo del bambino tenuto in basso o in alto rispetto al seno

- la madre deve chinarsi o spostare il seno

Capo del bambino spinto contro il seno

- testa flessa, deglutizione difficile
- naso affondato nel seno
- riflesso di iperestensione con rifiuto del seno

Bambino che viene attaccato mentre piange

- lingua rivolta verso il palato duro
- non utilizzati i riflessi che permettono un corretto attacco

Madre con la schiena appoggiata troppo indietro

- capezzolo appiattito
- bimbo che affonda nel seno

Interruzione della poppata prima del tempo necessario al bambino per saziarsi

- il bambino non assume il latte terminale

Senso spostato o tirato per vedere se il bimbo è ben attaccato o per stimolare la suzione durante le pause

- l'areola può sfuggire dalla presa del bambino

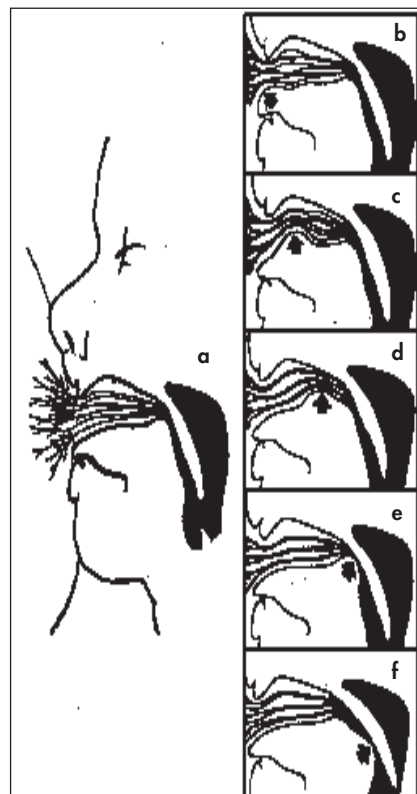


Figura 10. Ciclo della suzione.

Tabella IV

è ancora tranquillo, riuscirà infatti a utilizzare al meglio i riflessi innati che la natura gli ha fornito (Figura 1).

Quando il bambino viene posto di fronte al seno con il capezzolo che gli sfiora il labbro superiore, verrà stimolato in lui il riflesso di orientamento o rooting, aprirà completamente la bocca, estenderà il capo per raggiungere il capezzolo e spingerà la lingua in basso e in avanti, oltre la gengiva inferiore, per poterla avvolgere intorno all'areola. Proprio nel momento di massima apertura della bocca la mamma, con un rapido movimento del braccio che sostiene il bambino (e non chinandosi verso di lui), lo avvicinerà prontamente al seno, cercando di far sì che il capezzolo sia indirizzato verso il palato duro (Figura 9), e quindi leggermente verso l'alto. In questo modo l'ampia apertura della bocca permetterà al bambino di prendere anche l'areola.

Osservare questo primo passaggio è molto importante, perché gran parte degli errori avvengono proprio in questa fase (Tabella IV).

Nel momento in cui il bambino prende il seno, crea una pressione negativa nel cavo orale che gli permette

SEGNI DI CORRETTO ATTACCO E POSIZIONE DURANTE LA POPPATA

Segni di corretto attacco

- Bocca molto aperta, angolo tra labbro superiore e inferiore di quasi 180°
- Labbro inferiore rivolto in fuori
- Lingua che avvolge l'areola
- Mento a contatto con il seno
- Più areola visibile al di sopra del labbro superiore che a livello del labbro inferiore

Segni di corretta suzione

- Le guance sono tonde e non si vedono fossette durante la suzione
- Dopo le prime suzioni veloci i movimenti della mandibola diventano ampi, lenti e profondi
- Non si sentono schiocchi
- Si sente la deglutizione del bambino per buona parte della poppata

Tabella V

di mantenere la presa e di formare una "tettarella" naturale con capezzolo e areola. Questa tettarella, grazie alla elasticità delle strutture da cui è formata, riempie completamente la bocca del bambino, le cui guance appariranno quindi piene e tonde durante tutta la poppata, e raggiunge la giunzione tra palato duro e palato molle, attivando così il riflesso della suzione (Figura 10). Inizialmente i movimenti di suzione sono veloci e poco profondi (attivano il riflesso dell'ossitocina), poi il ritmo rallenta e i movimenti della mandibola divengono più ampi e meno fre-

quenti (circa uno al secondo), ben visibili a livello dell'articolazione temporo-mandibolare. Il movimento ritmico di apertura e chiusura della mandibola è in sintonia con la lingua che, disposta a conca intorno alla parte inferiore dell'areola, con un movimento peristaltico a partenza dalla punta, comprime la tettarella contro il palato duro per frazioni di secondo, favorendo lo scorrimento del latte¹²⁻¹⁶ (Figura 11). Il labbro inferiore, completamente rovesciato in fuori, contribuisce a mantenere sigillato il sistema e segnala una buona apertura della bocca. Il riflesso di deglutizione, attivato dalla presenza del latte nel cavo orale, ne permette il passaggio in esofago, senza interferenze con la respirazione. In un ciclo nutritivo normale vi è una perfetta coordinazione tra respirazione, suzione e deglutizione^{12,15}.

Nel corso della stessa poppata il bambino alterna cicli di suzione a pause, che divengono più lunghe verso la fine della poppata, fino al momento in cui il bambino lascia il seno.

Se il bambino, per la scarsa apertura della bocca al momento dell'attacco, ha preso il solo capezzolo o comunque una parte troppo piccola di areola, il cavo orale non risulta completamente riempito dalla tettarella formata da areola e capezzolo¹⁶⁻¹⁸. Il capezzolo, che non raggiunge il palato molle, viene stirato e sfregato contro il palato duro a ogni movimento di suzione, causando intenso dolore (Figura 12). Il flusso del latte risulta inoltre ostacolato perché i dotti galattofori vengono schiacciati e compressi tra le gengive.

Il dolore durante la poppata, consi-

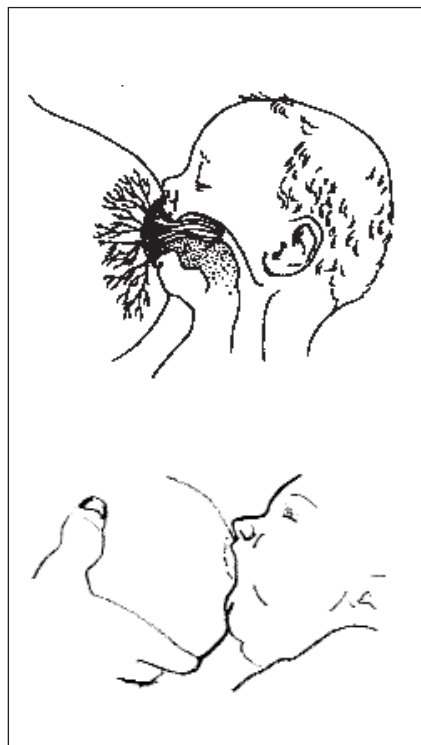


Figura 11. Attacco "corretto" al capezzolo.

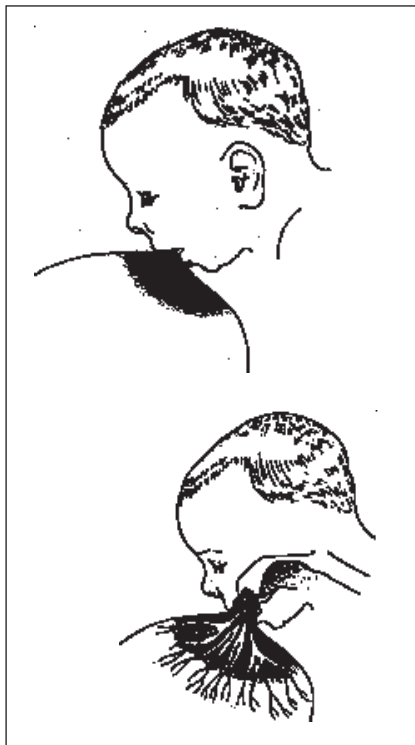


Figura 12. Attacco "scorretto" al capezzolo.

CONSIGLI UTILI A UNA MAMMA IN DIFFICOLTÀ

Evitare di:

- Intervenire prima di aver osservato e ascoltato
- Intervenire anche se non ci sono difficoltà
- Concentrare l'attenzione solo sulla tecnica
- Non spiegare alla mamma cosa e perché si fa
- Fare tutto noi, impedendo che la madre impari a fare da sola
- Costringere un bambino ad attaccarsi
- Spingere la testa del bambino
- Attaccare il bambino quando piange
- Dare ordini
- Criticare
- Minimizzare il dolore
- Non accorgersi del disagio della madre
- Insistere fino a portare all'esasperazione mamma e bambino

Tabella VI

derato spesso come inevitabile segno di suzione vigorosa, costituisce dunque un importante campanello d'allarme. Ricordiamoci allora di chiedere sempre alla mamma cosa prova, tenendo presente che basta anche una breve poppata "scorretta" a causare dolorosissime ragadi.

Nel valutare i segni di corretto attacco e posizione durante la poppata (Tabella V), ricordiamoci che, quando il bambino è di poche settimane o il seno è molto grosso, l'apertura della bocca, il labbro inferiore e soprattutto la lingua non sono visibili (Figura 13). È importante in questi casi cercare e insegnare alla madre altri segni, più facili da osservare o da sentire.

In caso di dolore o di segni di un attacco scorretto sarà sempre necessario che la mamma stacchi il bambino dal seno e riprovi nuovamente ad attaccarlo. Questi tentativi risultano chiara-

mente meglio sopportati dal bambino se la poppata è stata iniziata ai primi segnali di fame. Se la madre è spaventata dal dolore, potrebbe non riuscire a portare il bambino al seno proprio nell'attimo in cui il piccolo ha la bocca ben aperta. In questa situazione l'aiuto e il sostegno di un operatore esperto e discreto potranno essere utili per rassicurarla che, migliorando l'attacco, il dolore sparirà anche in presenza di ragadi. Un altro accorgimento potrà essere quello di iniziare con il seno meno dolorante e di valutare l'uso di analgesici. Raramente potrà essere utile proporre alla mamma di imparare i movimenti necessari utilizzando un paracapecozzolo, per poi toglierlo una volta appresa la tecnica. L'uso prolungato del paracapecozzolo infatti può essere associato a un ridotto trasferimento di latte¹⁹.

Quando il bambino viene attaccato al seno a orari rigidi o gli vengono somministrate aggiunte di routine, può capitare che il seno, non drenato, diventi molto teso e con il capezzolo quasi appiattito. Il tessuto perde la sua elasticità e il bambino può fare fatica ad attaccarsi correttamente. Potrebbe essere allora utile, per ridurre la tensione, spremere una certa quantità di latte prima di attaccare il bambino.

Conclusione della poppata

Un bambino sano e correttamente attaccato al seno è in grado di regolare la propria assunzione di latte e lasciare il seno spontaneamente, una volta sazio, quando ha raggiunto un sufficiente apporto calorico, grazie soprattutto al

latte terminale, ricco di grassi. Dopo una poppata efficace dal primo seno molti bambini, soprattutto nelle prime settimane, possono essere sazi e addormentarsi soddisfatti; altri mostreranno ancora segnali di fame e richiederanno l'altro seno. Quando la mamma "stacca" dal seno il bambino dopo un tempo prestabilito (ad esempio i classici 10 minuti, consigliati per anni dagli operatori), il piccolo spesso richiederà poppate molto frequenti proprio perché non gli è stato permesso di assumere un'adeguata quantità di latte terminale. In alcuni casi si potrà evidenziare una scarsa crescita e addirittura la comparsa di coliche dovute all'eccessiva assunzione di lattosio²⁰.

Alla fine della poppata, quando il bambino si stacca dal seno, il capezzolo non dovrà apparire né deformato né appiattito ma perfettamente cilindrico: ciò confermerà che durante la suzione non è stato schiacciato tra le gengive o contro il palato e che quindi la presa è stata perfetta!

Quando ci troviamo di fronte a un bambino che, pur attaccato correttamente al seno, continua a mostrare difficoltà nella suzione o che si stacca frequentemente dal seno durante la poppata, è indispensabile valutarne lo stato di salute e considerare le condizioni che possono interferire con l'allattamento, quali ostruzione nasale o difficoltà respiratoria, mugugno, frenulo linguale corto.

GLI ERRORI PIU' COMUNI NELL'ATTACCO AL SENO

Spesso le mamme, educate inconsapevolmente all'allattamento artificiale, compiono una serie di azioni che possono ostacolare un attacco corretto (Tabella V). Per questo è fondamentale che, nei corsi di preparazione alla nascita e nei primi giorni di vita, le donne siano informate ed aiutate a osservare e riconoscere i primi segnali di fame, a posizionarsi, a sistemare bene il bimbo e a portarlo al seno rispettando i suoi tempi. Queste informazioni dovranno sempre essere accompagnate da una semplice spiegazione sul perché della loro importanza.

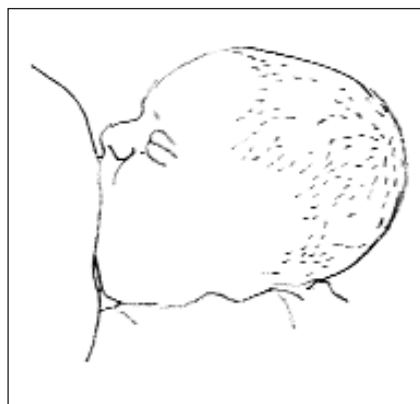


Figura 13. Attacco "corretto" al capezzolo (nelle prime settimane di vita).

L'aiuto alla mamma in difficoltà

Aiutare una mamma che non riesce ad attaccare bene il suo bambino non è sempre facile, anche quando abbiamo ben chiaro in cosa consiste la sua difficoltà e che tipo di intervento "tecnico" le potrebbe essere utile. Si rischia di commettere errori (*Tabella VI*) che potrebbero interferire non solo sul successo dell'allattamento ma anche sulla relazione madre e bambino.

L'osservazione della poppata dovrà sempre essere preceduta da un ascolto empatico e non giudicante, e dovrà essere svolta con discrezione e delicatezza, evitando ogni parola o espressione che possa far sentire alla mamma di essere controllata, criticata o giudicata, e prestando quindi attenzione a tutti gli aspetti della comunicazione verbale e non verbale.

Dovremo toccare mamma e bambino il meno possibile e, quando veramente necessario, chiedere prima il permesso.

L'aiuto pratico e i suggerimenti dovrebbero essere offerti utilizzando il condizionale e non sotto forma di ordini: questa modalità comunicativa può aiutare la mamma ad accettare l'aiuto senza sentirsi inadeguata.

Gli operatori del Punto nascita hanno il compito fondamentale di dare alla mamma e a chi le sta vicino tutti gli strumenti per valutare la poppata e prevenire così i problemi che potrebbero comparire durante la degenza e dopo la dimissione.

I pediatri di famiglia dovranno acquisire esperienza nell'osservazione della poppata di bimbi di diverse età, per capire se le difficoltà segnalate dalla mamma sono legate a un attacco non corretto. Osservare una poppata e aiutare una mamma ad attaccare meglio il bimbo richiedono spesso molto più del tempo solitamente impiegato per una visita; d'altra parte non è sempre pos-

MESSAGGI CHIAVE

□ L'attacco al seno del bambino, se non corretto, porta come conseguenze a dolore, ragadi, scarsa assunzione di latte, e rappresenta una delle principali cause di interruzione dell'allattamento al seno.

□ Un'adatta posizione della mamma e del bambino e l'attenzione ai suoi segnali di fame permettono di sfruttare al meglio i riflessi innati del lattante, facilitando un buon attacco al seno e facendo sì che la suzione sia efficace.

□ È importante che anche i pediatri sappiano come aiutare la mamma ad attaccare il bambino al seno e utilizzare lo strumento della valutazione della poppata di fronte a difficoltà nell'allattamento.

sibile rinviare questo passaggio. Ci sono infatti situazioni in cui è importante aiutare la mamma a trovare subito una soluzione (ragadi molto dolorose, ingorgo mammario ecc.). In questi casi sarebbe molto utile instaurare un buon collegamento con un consultorio o con un gruppo di sostegno²¹ o anche con un ambulatorio ospedaliero dedicato all'allattamento.

La necessità che operatori sanitari (anche di sesso maschile) diventino abili ad osservare una poppata e ad aiutare una mamma nell'allattamento al seno potrebbe non sembrare così prioritaria ma, visto i danni che la "cultura dell'allattamento artificiale" ha provocato nella nostra società, è un compito da cui non possiamo per ora esimerci.

Bibliografia

1. Riordan J, Auerbach K.G. The cultural context of breastfeeding. In: Breastfeeding and human lactation. Jones and Bartlett Publishers, Second Edition, 1998.
2. International Lactation Consultant Association Evidence Based Guidelines for Breastfeeding Management during the first Fourteen Days. United States Maternal-Child Bureau, April 1999.

3. Royal College of Midwives Successful breastfeeding. Churchill Livingstone, Third Edition, 2002.
4. Savage King F. Allattamento al seno: come aiutare le madri. Amref, 1992, edizione rivisitata 2002.
5. WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Family and reproductive Health. Division of Child Health and Development. WHO, Geneva, 1998.
6. Woolridge MW. Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 1896;2:172-6.
7. Wilde CJ, Addey CVP, Boddy LM, et al. Autocrine regulation of milk secretion by a protein in milk. *Biochem J* 1995;305:51-8.
8. Hall R, Mercer AM, et al. A breastfeeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breastfeeding by 7-10 days of age. *J Pediatr* 2002;141:659-64.
9. WHO/UNICEF. Breastfeeding counselling: a training course. Session XVII. Secretariat, Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. WHO, Geneva, 1993.
10. Lang S. The basic of breastfeeding. In: Breastfeeding special care babies. Balliere-Tindall, Second edition, 2002.
11. Woolridge M. Baby controlled breastfeeding: biocultural implications. In: Stuart-Macadam P, Dettwyler K, De Gruyter W (eds). Breastfeeding: biocultural perspectives. New York, 1995.
12. Lawrence R. Physiology of lactation. In: Breastfeeding: a guide for the medical profession. Fifth edition, Mosby, 1999.
13. Riordan J, Auerbach. Anatomy and Physiology. In: Breastfeeding and human lactation. Jones and Bartlett Publishers, Second edition, 1998.
14. Ardan GM, Kemp MB, Lind J. A cineradiographic study of breastfeeding. *Br J Radiol* 1958;31:156-62.
15. Bu'Lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of coordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. *Dev Med Child Neur* 1990;32:669-78.
16. Woolridge MW. The anatomy of infant sucking. *Midwifery* 1986;2:164-71.
17. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effects on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19:1985-189.
18. Centuori S, Davanzo R. Le ragadi del capezzolo. *Medico e Bambino* 1998;5:50-2.
19. Riordan J, Auerbach K.G.: Breast pump and other technologies. In: Breastfeeding and Human Lactation. Jones and Bartlett, Second edition, 1998
20. Woolridge MW, Fisher C. Colic, overfeeding, and symptoms of lactose malabsorption in the breast-fed baby: a possible artifact of feed management? *Lancet* 1988;382-4.
21. Haider R, Answorth A, Kabir I, et al. Effect of community based peer counsellor on exclusive breastfeeding practice in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;356:1643-47.

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Brescia, 16-17 aprile 2004 - President Hotel

All'evento il Ministero della Salute ha assegnato 8 crediti formativi (ECM)