

Il ruolo del pediatra di famiglia nel supportare l'allattamento al seno prolungato ed esclusivo

RAFFAELE D'ERRICO

Pediatra di famiglia, ASL NA1, Distretto 48

Poiché «i problemi iniziano dove finiscono le linee guida», un pediatra di famiglia mette a fuoco, facendo ricorso anche alla sua esperienza, i problemi più comuni che egli incontra nel suo compito di supporto alla mamma che allatta al seno, e sottolinea i bisogni formativi ancora esistenti.

Allattare non è prerogativa di poche donne, ma di tutte quelle che vogliono e possono allattare. Che il latte materno rappresenti l'alimento ideale per il piccolo dell'uomo non c'è ombra di dubbio, e non era forse necessario che i ricercatori di tutto il mondo si affannassero per confermarlo: un "vaccino universale", comodo, che si prepara in casa, che non costa niente, che si somministra per bocca, che non ha effetti collaterali e indesiderati, sperimentato da milioni di anni!^{1,2}

Ciononostante ci sono volute "Raccomandazioni" dell'OMS, dell'Unicef, dell'AAP, dichiarazioni di associazioni, come *La Leche League International*, e leggi nazionali per promuovere l'allattamento al seno. E, ciononostante, molte madri cominciano a dare ai bambini latte artificiale o altri alimenti prima dei 4 mesi, e sospendono l'allattamento al seno molto prima che il bambino abbia compiuto l'anno di vita. Questo accade, in genere, per timori e difficoltà legate all'allattamento, per la mancanza di sostegno in casa, per la necessità di riprendere il lavoro, e infine per comportamenti non adeguati dei servizi sanitari, ivi compresa l'incompetenza dei medici.

THE ROLE OF THE FAMILY PAEDIATRICIAN IN SUPPORTING BREASTFEEDING (*Medico e Bambino* 21, 99-103, 2002)

Key words

Breastfeeding, Family paediatrician, Counselling

Summary

Although the first few days are crucial for the establishment of exclusive breastfeeding, and many obstacles can come from inappropriate practices at maternity level, the family paediatrician has a very important role to play in helping the mother to breastfeed. Practical suggestion should be given to overcome the many problems that may arise during the first week and months after birth, such as concerns about milk production, growth, baby's cry, mother's diet, etc. Mothers should be seen early, soon after discharge from maternity, and they should be able to feel at ease and free to express all their concerns. A counselling approach is very helpful to support mothers. The need for better curricular and in-service training for the paediatricians on the physiology of breastfeeding as well as on counselling techniques is stressed.

DALLE LINEE GUIDA ALLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA

Proprio dove le linee guida terminano nascono dunque i problemi, quelli di tutti i giorni, quelli che vedono il pediatra di famiglia (PdF) a "combattere" in frontiera, laddove cioè le linee guida si scontrano con le realtà quotidiane, fatte di difficoltà, incomprensioni, ignoranza e false credenze.

Ma che cosa, allora, può fare il pediatra per promuovere e supportare l'allattamento al seno esclusivo e pro-

lungato? O meglio, poiché la realtà generale è quella di una donna che vuole allattare, ma alla quale manca il sostegno necessario, che cosa può volere una madre dal PdF? Proviamo a rispondere:

- essere rassicurata che il latte sia sufficiente;
- essere aiutata a superare le difficoltà dell'allattamento;
- essere aiutata ad allattare alla ripresa del lavoro;
- essere ascoltata e compresa;
- non essere colpevolizzata se non

vuole o non può allattare.

Tutto questo il pediatra di famiglia lo può fare, è di sua competenza, e deve dunque imparare a farlo migliorando le sue conoscenze sull'allattamento e apprendendo l'arte del counselling. Benché già ampiamente descritti nelle linee guida pubblicate in questo stesso numero, i problemi che maggiormente si oppongono all'allattamento al seno, prima che intervenga il PdF, sono:

1. Poppate di soluzione fisiologica e di formula prima della montata latte.
2. Assenza del rooming-in e dell'allattamento a richiesta.
3. Istruzioni fuorvianti alle dimissioni.
4. Mancanza di supporto adeguato dopo le dimissioni.
5. Ritardato contatto col Pdf.

Senza voler entrare in merito ai singoli problemi elencati, si vuole solamente sottolineare quello che si ritiene il punto più importante e che, spesso, rende arduo il compito del PdF nel promuovere un allattamento esclusivo e prolungato, cioè quanto riguarda i punti 3, 4 e 5.

Nell'ambito di "informazioni non chiare fornite al momento della dimissione", senza alcun dubbio, riveste un ruolo fondamentale l'aggiunta di un foglio di dimissione con la fatidica frase «...in caso di ...aggiungere il seguente latte...», cosa che ancora rimane abitudine di troppi punti nascita. Questa frase non ha significato, ed è anche contro la normativa che tutela l'allattamento al seno. È infatti molto improbabile che la situazione sia tale da necessitare una prescrizione "urgente", prima della valutazione del pediatra. C'è voluta una Circolare Ministeriale, a firma di Veronesi, per riaffermare l'illegalità della dimissione dal nido con fogli che prescrivano il sostituto del latte materno, e che, soprattutto se ci sarà stata una forte spinta emotiva paventata da chichessa («Non è cresciuto!», «Ha perso troppo!», «Piange sempre!», «Ha avuto il cesareo!», «La doppia pesata!», «Il latte non esce!», «Il biberon lo prende e il seno no»), indurranno la madre a presentarsi al primo controllo dal PdF già con l'introduzione del latte adattato, nella migliore delle ipotesi dato in aggiunta.

Se questo punto precedente è stato

affrontato anche a livello ministeriale, ancora lontano è da una risoluzione, in molte realtà, un reale sostegno professionale alla madre che allatta sia da parte del pediatra che da parte di altri operatori (l'ostetrica in primo luogo). È quindi cruciale la "presa in carico del neonato da parte del PdF", in tempi molto brevi. La possibilità di uscire dal nido con un pediatra già assegnato, e di poterlo vedere subito, contribuirebbe a lasciare a quest'ultimo il tempo di intervenire a sostegno nei casi di difficoltà vere o presunte.

IL MOMENTO CRUCIALE DAL PEDIATRA DI FAMIGLIA: «C'È IL LATTE?»

La prima visita, la presa in carico da parte del pediatra di famiglia, rappresenta un momento molto importante, in particolar modo se la mamma è primipara, per tutta una serie di motivazioni:

- È il momento per conoscere il medico specialista in pediatria che accompagnerà nei successivi 16 anni il figlio.
- È il momento in cui mamma e papà possono tutti e due essere presenti assieme al pediatra.
- È il momento fondamentale in cui la mamma deve ricevere il sostegno necessario per riuscire in un allattamento e prolungato.
- È il momento in cui la mamma e il papà dovranno sentirsi a loro agio e liberi di esprimere tutte le perplessità e i dubbi.

Per fare questo è necessario che la prima visita si realizzi in un momento di grande tranquillità, e disponibilità: si tratta del biglietto da visita del pediatra, e del momento fondamentale per infondere fiducia ai neo-genitori.

Pertanto, bisognerà sempre programmarla in un momento in cui il pediatra sia libero dal telefono, dalle ricette, dalle visite, e possa dedicare tutto il tempo necessario per il lungo colloquio. Non credo sia il momento giusto per lanciare messaggi legati alla "convenzione" che, seppur necessari e importanti, potranno trovare tempo e luogo anche in successivi e ravvicinati incontri. La prima visita deve dare l'impressione ai genitori di trovarsi di fron-

te a un medico che "ama i bambini", che ha le idee chiare, che infonde loro la fiducia e la tranquillità che cercavano. La fatidica frase, che frequentemente ripeto in occasione del primo incontro, è: «Lasciate che sia io a preoccuparmi della salute del vostro bambino... Tu, mamma, pensa ad allattare e a infondere amore e serenità a tuo figlio... Tu, papà, cerca di stare vicino a tua moglie e aiutala...».

Non sostenere l'allattamento al seno equivale ad ostacolarlo! Ogni volta che incontriamo una mamma, dobbiamo cercare di infonderle fiducia elogiandola per quanto lei e il suo bambino fanno in modo corretto, fornendo informazioni rilevanti e suggerimenti adeguati, aiutandola a evitare possibili errori, incoraggiandola a chiedere il nostro parere prima di cominciare l'allattamento artificiale laddove ritenesse necessario questo passaggio (farmaci, malattia, crisi di lattazione).

Ma non c'è ombra di dubbio che la prima visita del pediatra è ricercata affannosamente dal genitore per sapere se il proprio bambino «sta crescendo bene» e «se è necessaria "l'aggiunta"». A questo proposito il pediatra dovrà conoscere molto bene le cose da chiedere e da osservare per comprendere se la madre ha latte a sufficienza, o meglio se il piccolo prende latte a sufficienza, poiché la maggior parte delle madri produce latte sufficiente per uno o anche due bambini. Generalmente, anche quando una madre pensa di non avere abbastanza latte, il bambino sta, in effetti, succhiando tutto il latte di cui necessita.

A volte, però, il bambino non prende molto latte o perché non succhia abbastanza o perché la suzione non è efficace. È raro che una madre non produca latte in quantità sufficiente. Nella maggior parte dei casi, infatti, una scarsa produzione dipende da una posizione scorretta del bambino quando è attaccato al seno, o da poppate di durata limitata o poco frequenti. Se si correggono questi errori, la difficoltà è superata⁵. La vera ipogalattia materna è, infatti, un evento estremamente raro, poiché si scontra in meno di due donne su cento⁶. Le aggiunte di latte adattato, se non necessarie, sono sempre

sconsigliate perché portano a una minore produzione di latte, poiché, se si riduce la suzione, diminuisce anche la quantità.

Alla luce di quanto detto, quindi, è importante non quanto latte una madre possa produrre, ma quanto latte un bambino assuma.

Per capire se un lattante assume latte a sufficienza dovremo controllare se aumenta di peso e se urina frequentemente: questi sono gli unici dati veramente attendibili^{5,6}.

Controllare con quanta frequenza urina

È un controllo utile e rapido. Il bambino allattato esclusivamente al seno che prenda abbastanza latte in genere urina almeno 6-8 volte in 24 ore. Un bambino che non assume latte abbastanza urina meno di sei volte al giorno (spesso meno di quattro volte). In questo caso l'urina è concentrata; ha un odore forte, un colorito giallo scuro. È importante che il piccolo non assuma nessun altro liquido, in primo luogo perché non ne ha necessità, e in secondo perché può interferire con l'allattamento al seno e anche con la quantità di urina prodotta.

Non interferiscono con la produzione di latte materno, invece, l'età della madre, i rapporti sessuali, le mestruazioni, la disapprovazione dei parenti e delle persone vicine, il ritorno al lavoro (se il bambino continua a succhiare spesso), l'età del bambino, il taglio cesareo, molti figli, una dieta semplice e comune⁵.

Controllare se aumenta di peso

Questo è il segno più attendibile, e quello più ricercato affannosamente dalla mamma.

Durante i primi sei mesi di vita un bambino dovrebbe aumentare di almeno 500 g al mese o 125 g a settimana. Un aumento di peso di meno di 500 g in un mese non è soddisfacente. In ogni caso, è importante sottolineare che questa regola non è valida per i primi 15 giorni di vita, periodo nel quale il piccolo tra la fase di adattamento post-natale, il calo fisiologico, la comparsa della montata latte può subire un incremento apparentemente scarso. Il

peso, infatti, dovrebbe tornare a quello iniziale in circa due settimane. Poiché frequentemente il neonato giunge all'osservazione del pediatra tra la 7^a e la 14^a settimana di vita post-natale, capiterà talvolta di trovare un accrescimento apparentemente scarso o nullo, se prenderemo in considerazione il peso alla dimissione e quello al momento della visita, poiché rimane sconosciuto il reale calo (che può avvenire anche oltre le 48-72 ore dalla dimissione) o perché, comunque, l'incremento iniziale può essere fisiologicamente scarso. Presupponendo di aver indagato su tutti gli altri dati importanti nella valutazione, il peso che avremo a 15 giorni di vita dovrà essere, considerando tutto il resto nella norma, perlomeno quello della nascita⁷. Questo andrà considerato il peso di partenza sul quale, poi, giudicare il reale incremento.

Nella mia casistica personale, ricavata dai nuovi nati nel periodo 1999-2000 (Figura 1), si può osservare che, tra i neonati che hanno iniziato l'allattamento al seno esclusivo (66), 7 di essi, pari a circa il 10%, presentavano al primo controllo, avvenuto nei primi 14 giorni, un incremento "apparentemente scarso", inferiore cioè ai 125 g a settimana (Tabella I). Esclusi altri problemi, e forniti i consigli necessari, hanno continuato tutti l'allattamento al seno "a richiesta", e tutti hanno mostrato, dopo 7 giorni, un incremento ponderale più che soddisfacente. Il successivo follow-up non ha mai deluso le aspettative e la diagnosi.

Ovviamente, non tutti hanno continuato l'allattamento al seno, per lo meno esclusivo, ma nessuno è passato al latte adattato per mio diretto intervento. Circa il 15% ha abbandonato il seno dopo il 1° mese, generalmente per problemi di rapporto madre-figlio, crisi di lattazione, ma nessuno per fondati motivi legati a dimostrata ipogalattia. Poi, c'è stato un secondo gruppo, 3-4 mesi, pari al 21%, che ha abbandonato per problemi legati alla ripresa del lavoro. Il 28% sarà staccato dal seno tra i 5 e gli

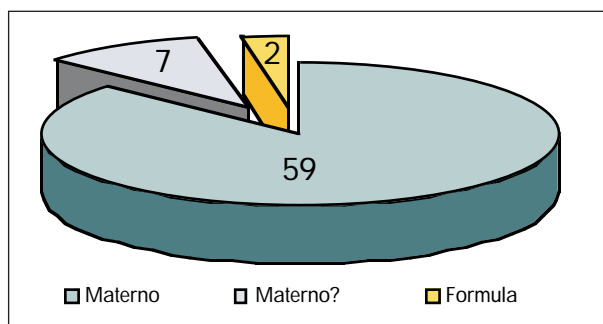


Figura 1. Allattamento in nuovi nati al primo controllo (studio D'Errico, 1999-2000).

11 mesi, per i motivi più disparati, ma quasi sempre per decisioni personali o consigli non corretti, come piccoli interventi chirurgici, terapie antibiotiche, lutti e problemi familiari. Il 32% arriverà al primo compleanno con il latte della mamma e l'1,5% continuerà anche dopo (Figura 2).

La madre il cui bambino non assume abbastanza latte dovrà essere aiutata dal PdF non somministrando subito latte in aggiunta, ma cercando prima la causa, infondendo fiducia e supporto, fornendo aiuto in evenienze poco comuni e visitando il bambino, nei primi tempi, anche ogni giorno (semmai fosse veramente necessario!), poi settimanalmente, fino a che non aumenta di peso e la madre non si senta più tranquilla.

Le cause che più frequentemente inducono il bambino a non assumere latte a sufficienza sono quelle psicologiche della madre (mancanza di fiducia in se stessa, preoccupazione, stress, avversione per l'allattamento al seno, non accettazione del bambino, stanchezza), ma soprattutto fattori intrinseci legati all'allattamento stesso, quali inizio ritardato, poppate non frequenti, assenza di poppate notturne, poppate brevi, attaccamento inefficace, uso del biberon e del ciuccio⁵.

Quando il lattante piange

Molte madri cominciano a dare aggiunte inutili perché pensano che il loro bambino "pianga troppo", attribuendo la fame e il pianto al fatto di avere poco latte. Tuttavia le aggiunte non fanno piangere di meno un bambino, anzi a volte piange di più⁵.

Un pianto continuo può turbare il

FOLLOW-UP DI BAMBINI CON " APPARENTE" SCARSO INCREMENTO PONDERALE
AL PRIMO CONTROLLO DAL PDF

	Peso alla nascita	Incremento ponderale giornaliero al 1° controllo (dopo 8-13 giorni)	Incremento ponderale giornaliero al 2° controllo (dopo 15-20 giorni)	Peso a un mese
Giovanna	3120 g	7 g	31 g	3500 g
Chiara	3280 g	0 g	23 g	3750 g
Salvatore	3680 g	13 g	46 g	4550 g
Antonio	3250 g	6 g	52 g	4500 g
Francesco	3470 g	0 g	15 g	3950 g
Gianluca	3480 g	10 g	45 g	4350 g
Pierluigi	3600 g	6 g	30 g	4050 g

Studio D'Errico, 1999-2000.

Tabella 1. Anche i bambini allattati al seno che al primo controllo crescono poco, riprendono poi rapidamente a crescere.

rapporto tra bambino e madre, e può causare tensione tra tutti i membri della famiglia. Un modo adeguato per aiutare una madre che allatta consiste nel fornirgli consigli appropriati sul pianto del suo bambino, ma per fare questo bisogna capire perché piange: per disagio (è sporco, sente caldo, sente freddo), per stanchezza (troppa confusione in casa), per malattia o dolore (in questo caso il pianto è diverso dal solito), per alimentazione della madre (è possibile un'associazione con un qualsiasi alimento, per il sapore che esso può conferire al latte, o per l'uso di caffeina e tabacco), per iperproduzione di latte, coliche, fame.

È proprio su quest'ultimo punto che ci soffermeremo, poiché il lattante potrebbe per motivi para-fisiologici, avere fame per qualche giorno. Ma perché?

□ *Fame dovuta a uno scatto improvviso di crescita.* Da qualche giorno il bambino sembra avere molta fame, probabilmente perché sta crescendo più rapidamente rispetto a prima e chiede di essere allattato più spesso.

Questo si verifica più frequentemente all'età di 2 settimane, 6 settimane e 3 mesi, ma può verificarsi anche in altri periodi. Se il bambino per qualche giorno succhia più spesso, la produzione di latte aumenta e la frequenza delle poppate ritorna come in precedenza.

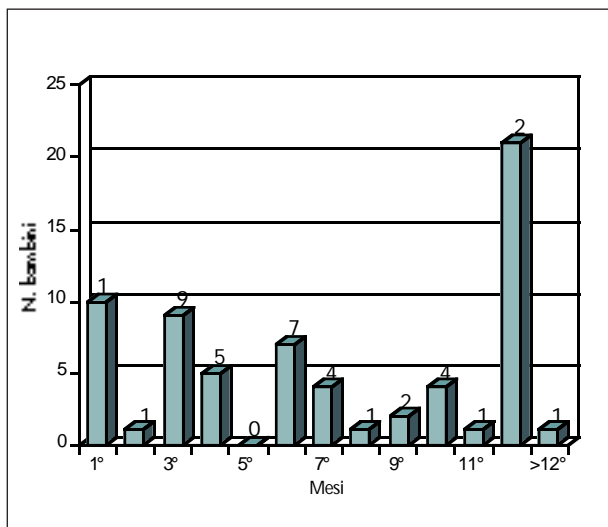


Figura 2. Bambini allattati esclusivamente al seno: età di abbandono dell'allattamento materno (studio D'Errico, 1999-2000).

□ *Fame dovuta a "crisi di lattazione".* Il latte materno è quasi sempre sufficiente per sfamare il bambino, anche se possono esserci giorni in cui la produzione può diminuire. In questi casi la madre va incoraggiata a riposare più a lungo e ad allattare con più frequenza (anche ogni 2 ore per un paio di giorni), perché quando un bambino succhia più spesso si produce più latte. Il pediatra controllerà il peso del bambino dopo 4-5 giorni e prescriverà

l'aggiunta solo se l'incremento ponderale risultasse basso (<15-20 grammi al giorno). Quello che più spesso si verifica durante questi momenti di "crisi di lattazione" è che, per motivi che non si conoscono bene, il bambino continua a crescere anche se la produzione di latte è effettivamente diminuita. D'altra parte la produzione di latte, se la madre è incoraggiata dal medico e dai familiari, riprende entro 2-3 giorni come prima della crisi.

SFIATIAMO I MITI

In conclusione, il compito del Pdf nel favorire l'allattamento al seno, seppur di fondamentale importanza, è comunque gravato da grosse difficoltà pratiche, legate soprattutto a fattori culturali e ambientali. Il Pdf non viene preparato adeguatamente alle conoscenze fisiologiche dell'allattamento, all'arte del counselling e alla gestione dei problemi più comuni che possa riscontrare la mamma durante l'allattamento. Questo dato è confortato anche dall'insufficiente coinvolgimento dei Pdf di famiglia nei corsi OMS-Unicef⁶ e dall'assenza di corsi, sia pre sia post-specializzazione, sul counselling, fondamentali non solo per la promozione dell'allattamento al seno, ma per l'intera pratica ambulatoriale del Pdf.

Quando parliamo di "cultura", però, dovremo necessariamente far riferimento anche alla cultura popolare, che

NON È VERO CHE...

- ...il colostro non è sufficiente per prevenire l'ipoglicemia nei neonati a termine.
- ...bisogna fare la "doppia pesata" nei primi giorni.
- ...il latte della mamma può essere "leggero".
- ...il latte materno è insufficiente.
- ...le donne miopi non possono allattare.
- ...nel sospetto di ittero da latte materno, il latte della mamma va sospeso.
- ...il neonato di basso peso o il prematuro hanno bisogno di "latte speciali" e non di quello materno.
- ...allattare frequentemente riduce la produzione di latte.
- ...una madre deve bere latte per produrre latte.
- ...i bambini riescono ad ottenere tutto il latte di cui hanno bisogno nei primi 5-10 minuti della poppata.
- ...è la quantità di latte che il bambino ingerisce che determina la durata della pausa tra una poppata e un'altra.
- ...non bisogna svegliare un bambino che dorme molto.
- ...il metabolismo del neonato alla nascita è disorganizzato ed è pertanto necessario seguire delle abitudini e degli orari per aiutare a stabilizzare questo disordine.
- ...le madri che allattano devono sempre usare entrambi i seni a ogni poppata.
- ...la mamma non dovrebbe essere un ciuccio per il bimbo.
- ...la confusione tra tettarella e capezzolo non esiste.
- ...l'allattamento frequente può portare alla depressione post-partum.
- ...le mamme che tengono troppo in braccio i loro bambini li "viziano".
- ...è importante che altri membri della famiglia nutrano il bambino per stabilire anch'essi un legame.
- ...l'allattamento a richiesta ha un effetto negativo sul rapporto marito e moglie.
- ...alcuni bambini sono allergici al latte della propria madre.
- ...l'allattamento frequente provoca nel bambino obesità a lungo termine.
- ...l'allattamento da sdraiate provoca infezioni all'udito nel lattante.
- ...l'allattamento al seno oltre i 12 mesi ha poco valore perché la qualità del latte materno comincia a diminuire dopo i sei mesi.

Tabella II

talvolta diventa (ahimè!) anche "cattiva cultura medica". Se appare spesso ovvia per la madre la necessità di portare i propri dubbi sull'allattamento, spesso indotti da persone comuni, al Pdf, più difficile potrebbe sembrare la necessità di considerare il pediatra al di sopra di ogni consiglio che possa giungere da medici "specialisti". Abbiamo potuto notare, infatti, come l'allattamento al seno sia stato, anche nella mia personale esperienza, interrotto senza consulto, perché lo specialista odontoiatra o ginecologo o il medico di famiglia aveva consigliato la sospensione per la pratica di piccoli interventi o terapie farmacologiche materne, per le quali, invece, si sarebbe potuto continuare l'allattamento tranquillamente.

Probabilmente, ancora una volta, compito della pediatria di famiglia sarà anche quello di modificare la cultura del pubblico così come di molti colleghi medici, sfatando i tanti miti (*Tabella II*) che popolano ancora la nostra "avanzata" società.

RISPOSTE IN RETE

Il Pdf ha spesso bisogno di risposte. Molto sull'allattamento al seno si può trovare anche navigando nella grande rete. Ecco alcuni indirizzi utili. Tra quelli italiani:
www.lalecheleague.org/Lang/LangItaliano.html
<http://arnone.de.unifi.it/mami/>
I migliori siti si possono trovare in WA-

BA, andando direttamente all'indirizzo: www.waba.org.br/bookmark.htm, che contiene un lungo elenco dei migliori siti mondiali.

Le linee guida "governative" degli USA, invece, si possono trovare all'indirizzo:

www.medscape.com/Home/Topics/directories/dir-PED.links.html oppure in un sito australiano molto completo:

www.rchunimelb.edu.au/breastfeed
In alternativa, ricordiamo il Forum di Pediatria On-Line:

www.pediatria.it, dove, iscrivendosi a una mailing-list, è possibile scambiarsi informazioni, porre quesiti e ricevere risposte, anche da esperti.

Infine anche il sito di *Medico e Bambino*:

www.medicoebambino.com può contenere informazioni utili.

Bibliografia

1. Una catena di solidarietà per l'allattamento materno. *Lancet*, vol. 344, n.8932:1239-41.
2. Work Group on Breastfeeding. Allattamento al seno e impiego del latte materno. *Pediatrics* 1998, vol. 10, n.1.
3. Biasini G. Forum Pediatria On line 2000, Etica e libertà, 31 agosto.
4. Circolare Ministeriale n.16 del 24/10/2000 GURU n.263, 10/11/2000, pag.69.
5. OMS, UNICEF, Dip. Ped. Univ. Napoli "Federico II", Ass. Sanità Regione Campania. Corso di formazione per la promozione dell'allattamento al seno, 1997.
6. UNICEF. Promozione e pratica dell'allattamento al seno. Corso per operatori sanitari. Gruppo di lavoro nazionale sull'allattamento al seno. IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste, 1996.
7. Venturelli L, Caso G, Marangoni B. L'educazione alla salute in pediatria di famiglia. UTET, 2000, pag.63.