

# DIMISSIONE DEL NEONATO E ALLATTAMENTO AL SENO

Una ricerca effettuata nella città di Roma

MARIA ERSILIA ARMENI<sup>1</sup>, LAURA ANTINUCCI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra, Consulente in Allattamento Materno; <sup>2</sup>Consulente in Allattamento Materno, Roma

## DISCHARGE FROM HOSPITAL AND BREASTFEEDING

(M&B 7, 447-451, 1998)

### Key words

Breastfeeding, Information practice,  
Maternity (hospital) routines

### Summary

To evaluate the content of information on breastfeeding provided to mothers at discharge from maternity, the discharge forms currently used in all 36 maternities of the city of Rome were analyzed. 7 private maternities do not provide any kind of information. Within the remaining 29, only 11 do mention the superiority of breastfeeding over breast milk surrogates, and only 13 recommend breastfeeding on request; conversely, in 13 maternities fixed feeding schedules and optimal amount of milk per feeding are suggested and in 14 maternities dietary restrictions are recommended to the mothers. Indications on how to tackle the most common breastfeeding problems and where to refer for proper advice are never included. This enquiry shows that the content of information provided to mothers is often not evidence-based and in many cases in open contrast with recommendations issued by international scientific boards and with the International UN Code on the marketing of breast milk surrogates.

Nel nostro Paese l'allattamento al seno non è mai stato considerato "a rischio" dalla maggior parte dei pediatri. In realtà, a un'attenta lettura dei dati disponibili si nota che questa pratica, al momento della dimissione dal punto nascita, si è andata riducendo dall'87% al 72% nei pochi anni dal 1979 al 1983<sup>1</sup>, per arrivare al 65.9%, come prevalenza di allattamento al seno esclusivo alla dimissione, e al 46.2%, come allattamento al seno a 3 mesi, nel 1994<sup>2</sup>.

Se è vero che un opuscolo informativo sulle modalità dell'allattamento al seno non basta da solo a garantire un allattamento efficace<sup>3</sup>, è anche vero che messaggi educativi accurati, leggibili e orientati positivamente nei confronti della pratica dell'allattamento al seno<sup>4</sup>, ne rappresentano una premessa indispensabile. Inoltre, secondo un recente studio italiano, le indicazioni sull'allattamento materno fornite alla madre costituiscono una delle variabili associate positivamente con l'incidenza e la durata dell'allattamento<sup>5</sup>.

Abbiamo pertanto deciso di analizzare il contenuto delle informazioni sull'allattamento al seno rilasciate alla dimissione del neonato dai diversi punti nascita della città, alla luce:

1. delle raccomandazioni dell'OMS<sup>6</sup> e dei 10 passi OMS/UNICEF per allattare al seno con successo<sup>7</sup>;
2. delle linee guida del Working Group

on Breastfeeding dell'American Academy of Pediatrics (AAP)<sup>8</sup> (Tabella I);  
3. del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Succedanei del Latte Materno<sup>9</sup> (Tabella II).

Questo Codice Internazionale è stato adottato nel 1981 dall'Assemblea Mondiale della Sanità per garantire protezione alle madri che allattano e ai loro bambini. Rappresenta un potente strumento operativo che l'OMS ha messo nelle mani dei suoi stati membri. La maggior parte dell'attenzione si è incentrata sugli aspetti commerciali del Codice, sorvolando su quei punti, come gli art. 4, 6 e 7, che mettono a fuoco la responsabilità degli operatori sanitari, relativamente alla promozione dell'allattamento al seno.

## MATERIALI E METODI

Sono stati raccolti, presso i diversi punti nascita della città, gli appositi moduli di dimissione neonatale che vengono compilati dopo il parto. Si tratta di stampati ("cartellini") predisposti a essere riempiti con i dati anagrafici del neonato, i dati essenziali riguardo al parto e una serie di informazioni sull'alimentazione, in uso nel 1995 (o comunque nei due anni successivi o precedenti e non diversi da quelli in uso nel 1995). Questa data è stata presa in considera-

**RACCOMANDAZIONI AAP SULL' ALLATTAMENTO AL SENO: UNA SINTESI**

1. Il latte umano è l'alimento da preferirsi per tutti i lattanti, neonati prematuri e malati compresi, salvo rare eccezioni. La decisione ultima sull'alimentazione del bambino spetta alla madre.
2. L'allattamento al seno dovrebbe cominciare prima possibile dopo la nascita, solitamente entro la prima ora.
3. I neonati dovrebbero essere allattati ogniqualvolta mostrino segni di fame, come l'aumento della vigilanza o dell'attività, l'apertura della bocca o il "rooting". Il pianto è un indicatore tardivo della fame.
4. Non dovrebbe essere offerta al neonato allattato al seno alcuna supplementazione (acqua, soluzione glucosata, latte artificiale ecc.), salvo indicazione medica.
5. Se dimesse entro le 48 ore dal parto, tutte le madri che allattano dovrebbero essere viste, insieme col bambino, da un pediatra o altro operatore sanitario competente, nella 2a-4a giornata di vita del neonato. Oltre al controllo del peso e delle condizioni generali del bambino, si dovrebbe osservare una poppata, perché si possa evidenziare l'efficacia dell'allattamento. In 5a-7a giornata di vita si dovrebbero accertare nel bambino la presenza di ittero, lo stato di idratazione, e il ritmo degli emuntori appropriato per l'età (almeno 6 minzioni e 3-4 evacuazioni pro die).
6. L'allattamento al seno esclusivo rappresenta la modalità nutrizionale ideale ed è sufficiente a sostenere un accrescimento e uno sviluppo ottimali per i primi 6 mesi di vita circa.
7. Nei lattanti allattati al seno non è, generalmente, necessario somministrare acqua, succhi di frutta o altri alimenti durante i primi 6 mesi. In questa fascia d'età può essere necessario somministrare vitamina D e ferro a categorie selezionate di lattanti.
8. Se fosse necessario il ricovero ospedaliero della madre che allatta o del suo bambino, si dovranno fare tutti gli sforzi per mantenere l'allattamento al seno preferibilmente in forma diretta o, se necessario, somministrando al bambino il latte materno precedentemente espresso dal seno.

Tabella I

**PUNTI SALIENTI DEL CODICE INTERNAZIONALE SULLA COMMERCIALIZZAZIONE DEI SUCCEDANEI DEL LATTE MATERNO**

- Art. 4.2.** Il materiale informativo e didattico ... destinato alle madri di neonati e lattanti deve fornire chiare informazioni sui seguenti punti: a) i vantaggi e la superiorità dell'allattamento al seno; b) l'alimentazione materna, la preparazione necessaria all'allattamento al seno e il suo mantenimento; c) le conseguenze negative sull'allattamento al seno dell'introduzione parziale dell'allattamento tramite biberon; d) la difficoltà di rendere reversibile la decisione di non allattare al seno; e) ... nel caso in cui tale materiale contenga informazioni sull'utilizzazione del latte formulato, deve contenere le implicazioni sociali ed economiche del suo uso ... e in particolare i rischi per la salute legati a un uso non necessario o improprio del latte formulato o di altri sostituti del latte materno...
- Art. 6.2.** Nessun servizio proprio di un'istituzione sanitaria deve essere usato allo scopo di promuovere latte formulato. La risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità N° 47.5 del Maggio 1994 sollecita gli stati membri «ad assicurare che non ci siano donazioni di forniture gratuite o agevolate di sostituti del latte materno ...».
- Art. 7.1.** Gli operatori sanitari devono incoraggiare e proteggere l'allattamento al seno; e quelli in particolare che sono impegnati nell'alimentazione materna e infantile devono familiarizzare le loro responsabilità nell'ambito di questo Codice, inclusa l'informazione specificata all'art. 4.2.

Tabella II

zione perché ad essa fa riferimento una classificazione di dati pubblicati nel 1997<sup>10</sup>, che organizza i punti nascita regionali secondo la tipologia, il numero di nati, il livello di cure neonatali e altri parametri assistenziali.

I punti nascita (PN) di Roma comprendono 37 strutture, fra cui 3 cliniche universitarie, 4 strutture cosiddette "classificate", 9 ospedali, 9 case di cura

convenzionate e 12 cliniche private, per un totale di 29.918 nati, pari al 99% delle nascite. Cinque strutture private e una convenzionata non forniscono nessun modulo prestampato alla dimissione del neonato (pari a un totale di ... parti); una struttura privata lo fornisce, ma senza predefinire alcuna condotta alimentare (116 parti); una struttura privata non è più operativa da circa un anno

e non è stata inclusa (82 parti). Restano quindi disponibili per l'analisi 29 moduli di dimissione.

**RISULTATI**

La *Tabella III* mostra come le informazioni sull'allattamento al seno si distribuiscono per PN. Il latte artificiale come alternativa tout-court all'allattamento al seno è suggerito in 2/29 PN. Un solo PN propone una crescita giornaliera di 20 g; in 2/29 si propone di fare la doppia pesata. I cibi da evitare sono, in diversa associazione: carni con conservanti, insaccati, maiale, selvaggina, crostacei, molluschi, formaggi fermentati, aglio, cipolla, cicoria, cavoli, asparagi, radicchi amari, verze, condimenti eccessivi, spezie in genere e salse piccanti, alimenti fritti o conditi con salse; i cibi da limitare sono: latte e latticini. In 2 PN si raccomanda di pulire il capezzolo prima e dopo la poppata e in uno di pulire la bocca del neonato 2-3 volte al giorno con una soluzione di bicarbonato di sodio o con nistatina.

**DISCUSSIONE**

Esaminiamo punto per punto le informazioni fornite.

**Importanza dell'allattamento al seno**

La superiorità dell'allattamento al seno viene dichiarata in solo 11/29 PN (pari a 11.656 nati). L'allattamento al seno viene descritto come "più naturale e completo", "più idoneo" o "ideale", termini che rappresentano sicuramente un messaggio positivo nei confronti dell'allattamento al seno. L'importanza dell'allattamento esclusivo<sup>11,12,13</sup> però non viene mai sottolineata, neanche in quei 6 PN in cui la condizione di allattamento esclusivo viene peraltro menzionata: «se il neonato è alimentato esclusivamente al seno» o «in caso di alimentazione esclusiva al seno». La formulazione ipotetica della frase sembrerebbe sottolineare la casualità o eccezionalità dell'evento, che andrebbe presentato invece come norma biologica.

**Allattamento a richiesta**

L'allattamento a richiesta è suggerito in 13/29 PN (pari a 14.786 nati); neppure in questo caso viene azzardata una definizione di allattamento a richiesta<sup>14</sup>; certamente sarebbe un tentativo alquanto imbarazzante, visto che solo in

RACCOMANDAZIONI DEI PUNTI NASCITA  
DESUNTE DAI MODULI DI DIMISSIONE

<input type="checkbox"/> Superiorità del latte/allattamento materno	11/29
<input type="checkbox"/> Allattamento al seno a richiesta	13/29
<input type="checkbox"/> 6-7 poppate al seno (in 13 di questi 18 si consiglia una pausa notturna di circa 6 ore)	18/29
<input type="checkbox"/> 20-30 minuti a poppata (una o due mammelle) (7 di questi 12 sono favorevoli all'allattamento a richiesta)	12/29
<input type="checkbox"/> Acqua zuccherata/liquidi/camomilla (in caso di insoddisfazione del piccolo o di richiesta durante la pausa notturna)	5/29
<input type="checkbox"/> Volume di latte materno da somministrare	20/29
<input type="checkbox"/> Attaccare più spesso il bambino al seno	4/29
<input type="checkbox"/> Latte artificiale a integrazione del latte materno (in caso di insufficienza) o in sostituzione in caso di inattuabilità dell'allattamento stesso	27/29
<input type="checkbox"/> Marca di latte artificiale	29/29
<input type="checkbox"/> Come preparare il latte in polvere	24/29
<input type="checkbox"/> Marca di acqua minerale	6/29
<input type="checkbox"/> Crescita settimanale normale (150-200 g/sett)	24/29
<input type="checkbox"/> Restrizioni dietetiche alla nutrice	14/29
<input type="checkbox"/> Igiene del capezzolo	7/29

Tabella III

uno di questi 13 PN è attuato il rooming-in, premessa essenziale dell'allattamento a richiesta: come consigliare di fare a casa ciò che non si è neanche tentato di fare in ospedale? Inoltre, in 3 di questi 13 PN si avverte la necessità di proporre un intervallo fra le poppate di 2-4 ore, che altro non è se non una palese contraddizione della definizione stessa di allattamento a richiesta.

#### Numero delle poppate

In 18/29 PN (pari a 14.775 nati) viene suggerito un numero di 6-7 poppate al di. Questo dato, straordinariamente uniforme, sembra riflettere l'imbrigliamento dell'allattamento al seno all'interno di raccomandazioni basate sull'uso di orologio e tabelle comparse in pediatria già agli inizi del secolo<sup>15</sup>. Negli altri PN si segnala di lasciare il neonato libero di regolarsi da solo; sfortunatamente in tre di questi tale autoregolazione è subordinata all'assunzione di ben definite quantità di latte materno nelle 24 ore. In altri PN non si dice nulla a proposito di frequenza o ritmo. Eppure sarebbe molto utile informare le madri che il numero delle poppate è molto frequente nella maggior parte dei neonati veramente allattati a richiesta<sup>16</sup>, e prepararle realisticamente a una modalità alimentare che prescinde dall'uso di intervalli prestabiliti<sup>17</sup> e tisane, o succhiotti<sup>18</sup> utilizzati allo scopo di ingannare le aspettative del neonato.

#### Durata della poppata

La durata prestabilita della poppata, suggerita in 12/29 PN (pari a 11.908 na-

ti), fissata per 20-massimo 30 minuti complessivi, è retaggio di un'epoca in cui si credeva che i capezzoli venissero rovinati da poppate troppo lunghe. In realtà tale limitazione è foriera di problemi che vanno bene oltre il mancato, e mai provato, danno ai capezzoli<sup>19</sup>; impedisce infatti che il latte grasso di fine poppata arrivi a un gran numero di bambini, con conseguente deficit calorico e vitaminico.

Inoltre, 7 di questi 12 PN sono fra coloro che raccomandano l'allattamento a richiesta: ci troviamo un'altra volta di fronte alla contraddizione di allattare "a richiesta" sì, ma con limiti alla durata della poppata, quindi guardando all'orologio invece che ai segnali inviati dal bambino.

#### Intervallo notturno

L'intervallo notturno è raccomandato per l'allattamento al seno in 13/29 PN (pari a 10.423 nati), o esplicitamente o implicitamente, cioè suggerendo un orario di poppate che vanno dalle ore 6 alle 23.30 in caso di 6 poppate e dalle 6 alle 24 in caso di 7 poppate. Questo orario, quindi, non solo definisce la pausa notturna ma anche la cadenza stessa dei pasti. L'orario compare anche se precedentemente si è sottolineato che il bambino allattato al seno è libero di "regolarsi" nel ritmo, lasciando quindi implicito che la tabella oraria si riferisce ai bambini non allattati al seno. Tuttavia, in pratica, potrebbe venir presa per buona anche da quelle madri che allattano al seno, soprattutto se primipare e senza adeguato sostegno.

#### Aggiunta di altri liquidi

Pochi sono i PN che suggeriscono l'aggiunta di altri liquidi o acqua zuccherata o camomilla. Lascia alquanto perplessi che fra questi ci siano quegli stessi che hanno enunciato la superiorità del latte materno e quei 4 PN che, giustamente, suggeriscono di offrire più spesso il seno al fine di aumentare l'offerta di latte. La somministrazione di liquidi non trova nessun razionale nell'allattamento al seno a richiesta<sup>20</sup>.

#### Quantità di latte materno

Ancor più sorprendente è che 20/29 PN (pari a 18.270 nati) diano l'indicazione della quantità di latte materno (LM) da somministrare, o come poppata singola o come volume giornaliero complessivo. La misurazione della quantità di latte offerto, in normali circostanze, non è un mezzo né necessario né efficace ai fini della valutazione della lattazione<sup>21</sup>. Nessuno suggerisce alle madri metodiche alternative di valutazione del trasferimento di latte, quali il numero di almeno 6 buone minzioni nelle 24 ore, associato a una crescita settimanale di almeno 125 g<sup>22</sup>.

#### Suzioni più frequenti

##### per aumentare l'offerta di latte

Solo 4/29 PN suggeriscono di attaccare più spesso al seno il neonato per aumentare l'offerta di latte. Questa informazione è molto importante per l'allattamento al seno e rappresenta uno dei cardini su cui si impernia l'allattamento stesso: maggiore la richiesta da parte del neonato, maggiore la stimolazione della ghiandola mammaria, maggiore l'offerta di latte<sup>21</sup>. Sfortunatamente questo suggerimento è in parte vanificato dalla espressione: «... non dare latte artificiale prima di aver tentato di aumentare la produzione di latte attaccando più spesso il bambino al seno ...». La frase inizia con una chiara negazione, la cui forza è indebolita e in parte annullata dal successivo «aver tentato di ...».

#### Latte artificiale

In 29/29 PN (pari a 28.118 nati) il latte artificiale (LA) arriva a integrare il LM o a sostituirlo del tutto in caso di allattamento inattuabile. L'insufficienza di latte o la inattuabilità dell'allattamento non sono facilmente evidenziate da un operatore che non abbia familiarità con i criteri di valutazione di una poppata efficace e di un adeguato trasferimento di latte<sup>22</sup>. Anche la stessa percezione materna di insufficienza di latte non necessa-

riamente corrisponde alla reale mancanza di latte<sup>23</sup>. È quindi quanto mai precipitoso suggerire l'integrazione con LA. Anche solo menzionare il latte artificiale come alternativa quasi automatica e ovvia alla "carenza" di latte materno, significa, agli occhi del fruitore, ammantare il LA di caratteristiche di equivalenza che questo non ha, come ben sanno le stesse ditte produttrici dei latti formulati, e aprire la strada a problemi di carenza di latte ancora più gravi di quelli che si pensava di risolvere, nonché di possibile assuefazione al biberon.

Tutti i moduli sono quindi efficacemente predisposti a essere completati con la marca di un latte artificiale, a prescindere dal fatto che la madre stia già allattando al seno e abbia intenzione di continuare o meno. Nel caso di una madre intenzionata ad allattare al seno, non è certo questo il tipo di aiuto che le serve; nel caso di una madre indecisa e priva di esperienza, l'autorevole raccomandazione del pediatra equivale ad avere il permesso di usare un prodotto che è "più o meno" la stessa cosa. Questo potrebbe almeno in parte spiegare il crollo nella prevalenza dell'allattamento al seno cui si assiste passando dalla nascita ai tre mesi successivi. Sarebbero necessari altri studi per verificare un nesso di causalità. Il LA viene selezionato in genere sulla traccia del cosiddetto "latte di turno". È tradizione infatti che le ditte produttrici di latte artificiale ruotino mensilmente presso i diversi PN, secondo precisi accordi presi col primario. Questo latte non viene, in genere, quasi mai acquistato.

#### Istruzioni per la preparazione del latte in polvere

In 24/29 PN (pari a 24.091 nati) sono presenti le istruzioni d'uso di preparazione del latte in polvere; e in 6 anche una ben precisa marca di acqua minerale, sempre la stessa, acquistabile solo in farmacia. Come è noto, non vi è nessuna base scientifica per usare acqua minerale.

#### Indicazioni sulla crescita ponderale

Una crescita settimanale da 150 g a 200 g, o quotidiana di almeno 20 g, è segnalata come parametro normale in 24/29 PN (pari a 23.013 nati). Benché molti bambini allattati al seno crescano altrettanto o più, l'OMS indica un valore minimo accettabile di 125 g per settimana<sup>22</sup>. Proporre di più significa, un'altra volta, incentrare l'attenzione della madre sulla bilancia, più che sul bambino.

#### Doppia pesata

La doppia pesata non viene raccomandata che in 2 PN. Vale la pena di notare, peraltro, che questa rimane il solo mezzo per poter misurare la quantità di latte prodotto giornalmente o a singola poppata (come viene richiesto in ben 20 PN). Che alle madri sia noto il concetto di doppia pesata si evince dal fatto che essa è praticata routinariamente in 62/70 PN dell'intera regione Lazio<sup>8</sup> per tutta la durata della degenza.

#### Restrizioni dietetiche

Le restrizioni dietetiche alla nutrice sono presenti in 14/29 PN (pari a 12.986 nati). Non esiste alcuna evidenza scientifica per queste proibizioni, fatta eccezione forse per il latte e derivati, in caso di provata allergia del bambino. Lawrence indica, fra le linee guida dietetiche in allattamento, di seguire una dieta variata, «compresi il latte, i suoi derivati, e le uova...»<sup>24</sup>. Sebbene molte culture in diverse parti del mondo raccomandino di evitare certi alimenti in allattamento, che sono diversi da una cultura all'altra, in realtà una dieta materna varia presenta dei vantaggi proprio perché, alterando l'odore del latte, fornisce al bambino una quantità di sapori che lo preparano ad accettare i cibi solidi che prenderà in futuro<sup>25</sup>.

#### Igiene del capezzolo

L'igiene del capezzolo, 5/29 PN prima e 2/29 PN sia prima che dopo, rappresenta un'altra procedura non solo inutile ma anche pericolosa, perché si possono sia occludere le ghiandole sebacee e di Montgomery - deputate alla secrezione di sebo dalle proprietà antibatteriche - che veicolare sostanze tossiche<sup>24</sup>.

Nessun modulo spiega l'importanza di un corretto ancoraggio e posizione del bambino al seno, né dà indicazioni di sostegno post-dimissione con eventuali indirizzi o numeri di telefono, ben note pratiche potenzialmente favorevoli all'allattamento al seno<sup>7</sup>.

#### CONCLUSIONI

La prima impressione che si ha dall'analisi di questi dati è che, benché nella realtà medico-pediatrica locale si dichiarino di privilegiare l'allattamento materno nell'alimentazione del lattante e ancor più del neonato, i consigli destinati a decine di migliaia di bambini non sembrano essere coerenti con la suddetta scel-

ta, né valersi delle linee guida OMS, UNICEF e AAP, che per l'attuazione di un efficace allattamento al seno forniscono chiari e dettagliati strumenti. Non sembrano poi essere ottemperati gli art. 4.2 e 7.1 del Codice Internazionale, e vengono ignorati i passi 6, 8, 9 e 10 dell'OMS/UNICEF.

Un altro punto che colpisce è che, a fronte di PN disomogenei per tipologia, vi è comunque una notevole uniformità di contenuti, e quindi di pratiche da cui questi derivano. Tale drammatica uniformità è riconducibile a concetti ormai superati di fisiologia dell'allattamento al seno, e a un vuoto di linee guida nella gestione della coppia madre-bambino. Questa situazione riguarda anche il bambino patologico o prematuro, per il quale il latte materno ugualmente si configura come fonte di innumerevoli benefici<sup>26</sup>. Le radici di queste "norme" per l'allattamento al seno si possono rintracciare facilmente nei vecchi trattati di pediatria/puericultura italiani. Diceva infatti il De Toni, nel 1939: «... il neonato verrà attaccato al seno non prima di 16-18 ore dal parto; ma anche se la prima poppata sarà concessa solo dopo 24 ore, non vi sarà alcun danno»<sup>27</sup>. E Pachioli diceva, nel 1953: «... la valutazione del quantitativo di latte da somministrare nei primi sette giorni può essere fatta in base a questa regola: somministrare per ogni pasto tante decine di grammi di latte quanti sono i giorni di vita del bambino meno uno; così a un bambino di due giorni si daranno 10 g di latte, a uno di 3 se ne daranno 20, e così via»<sup>28</sup>. Questa indicazione è riportata, alla lettera, nei moduli di almeno 8 PN. Questi e altri sono i principi di fisiologia e di pratica clinica, non validati da un'adeguata ricerca scientifica, e sorprendentemente giunti fino ai nostri giorni.

Una uniformità completa fra i consigli emessi dai diversi PN (100%) si ha nella prontezza dell'offerta di LA come alternativa all'insufficienza di LM, qualunque e comunque questa sia percepita. La prescrizione, implicita o più spesso franca, del latte artificiale e della relativa marca mette il pediatra responsabile della dimissione nella imbarazzante veste di promotore commerciale, e costituisce, a nostro avviso, una violazione dell'art. 6.2 del Codice Internazionale. La presenza di scorte gratuite di LA presso i nidi dei neonati normali o nei reparti di "rooming-in" viola, invece, l'art. 6.6, in quanto «le piccole quantità di sostituti del latte materno per alimentare quei pochi bambini che negli ospe-



dali e nelle maternità ne hanno bisogno, devono essere procurati attraverso i normali canali d'acquisto e non devono provenire da offerte gratuite e a basso costo».

Come alternativa, si potrebbero fornire alle madri in dimissione poche, ma chiare informazioni pratiche, utili a capire se e come il bambino stia assumendo il latte materno, ispirandosi ad esempio alle raccomandazioni della AAP sul numero di minzioni e di evacuazioni. Riteniamo inoltre essenziale che il punto nascita si assicuri che alla madre venga mostrato prima della dimissione cosa si intenda per un lattante (può essere anche quello di un'altra madre) che succhia in modo efficace e che la "coppia allattante" possa essere valutata dopo qualche giorno da un operatore competente e qualificato.

**Nota:** prima dell'invio del manoscritto (aprile '98) non ci risulta siano stati apportati cambiamenti nella stesura dei moduli, se non in un PN molto importante, in cui si sottolineano i vantaggi dell'allattamento al seno per il bambino, il rispetto dei suoi ritmi biologici e l'importanza di una corretta suzione. Viene comunemente proposto l'uso di un LA in caso di mancanza di latte materno, e relative istruzioni per la preparazione.

Si ringraziano tutti coloro - mamme, ostetriche, colleghi - che hanno contribuito alla non facile raccolta dei cartellini di dimissione.

Si ringrazia il dottor A. Cattaneo per la revisione critica del manoscritto.

#### Bibliografia

- Helsing E: Supporting breastfeeding: what governments and health workers can do: European experiences. *Int J Gyn Ob* 31 (Suppl 1), 69-76, 1990.
- Conti Nibali S, et al: La pratica dell'allattamento al seno in Italia. *Medico e Bambino* 1, 25-9, 1998.
- Curro V, et al: Randomized controlled trial assessing the effectiveness of a booklet on the duration of breastfeeding. *Arch Dis Child* 76, 500-4, 1997.
- Valaitis RK, et al: An evaluation of breastfeeding promotion literature: does it really promote breastfeeding? *Rev Can de Santé Pub* 84, 24-7, 1993.
- Giovannini M: L'allattamento al seno in Italia. *Riv It Ped* 23(3), 319-22, 1997.
- WHO/Wellstart: Promoting breastfeeding in health facilities. A short course for administrators and policy-makers. WHO Ginevra, 1996.
- WHO/UNICEF: Protecting, promoting and supporting breastfeeding. The special role of maternity services. Ginevra, 1989.
- AAP: Workgroup on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 100, 1035-39, 1997.
- World Health Assembly: International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Resolution No 34.22. Geneva, Switzerland. WHO 1981.
- Assistenza perinatale nel Lazio. Anno 1996. *Osservatorio Epidemiologico Lazio* N° 36, Anno XIII, Marzo 1997.
- Perez-Escamilla R, Segura-Millan S, Canahuati J, Allen H: Prolactin feeds are negatively associated with breastfeeding outcomes in Honduras. *Am Inst Nutr* 27, 65-73, 1996.
- Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, Wolley D: Does early supplementation affect long term breastfeeding? *Clin Ped* 23(6), 345-50, 1997.
- Woolridge MW: Baby controlled breastfeeding. Biocultural implications. In: *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*. Stuart-Mac-

dam P e Dettwyler KA (eds). New York: Aldine de Gruyer, 1995.

- Yamauchi Y, Yamanouchi I: The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paed Scand* 79, 1017-22, 1990.
- Millard AV: The place of clock in pediatric advice: rationales, cultural themes, and impediments to breastfeeding. *Soc Sci Med* 31, 211-21, 1990.
- de Carvalho M, et al: Effect of frequent breastfeeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics* 72, 307-11, 1983.
- Dewey KG, Lonnerdal B: Infant self regulation of breast milk intake. *Acta Ped Scand* 75, 893-98, 1986.
- Victora CG, et al: Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics* 99(3), 445-53, 1997.
- Woolridge MW: Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 2, 172-6, 1986.
- WHO: Breastfeeding in the first six months. Diarrhoeal Disease Programme. *BMJ* 304, 1068-69, 1992.
- Royal College of Midwives: *Successful breastfeeding*. 2nd Ed, Churchill Livingstone, 1991.
- WHO: Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. *Not enough milk* N° 21, March 1996, update.
- Hillervik-Lindquist C, et al: Studies on perceived breastmilk insufficiency. A prospective study in a group of Swedish women. *Acta Paed Scand* 80, 297-303, 1991.
- Lawrence RA: *Breastfeeding. A guide for the medical profession*. Mosby Yearbook, Inc 1994.
- Mennella JA: Mother's milk: a medium for early flavour experience. *J Hum Lact* 11(1), 39-45, 1995.
- Gartner LM: Breastfeeding in the hospital. *Seminars Perinatol* 18(6), 475, 1994.
- De Toni G: *Puericultura*. Edizioni Minerva Medica, 1939.
- Pachioli R: *Manuale di puericultura*. Casa Ed Prof. R. Patron, 1953.



ARP - Aggiornamento e Ricerca in Pediatria, con il patrocinio dell'ACP - Associazione Culturale Pediatri, del CESPES, della Società Italiana di Pediatria (sez. Veneto), dell'Ordine dei Medici di Vicenza

## LO SCREENING DELLA CELIACHIA: DUBBI E CERTEZZE

28 novembre 1998 - Alfa Hotel, Vicenza

**I SESSIONE** (moderatori: F. Zacchello, L. Zancan, Padova)

- 9.00 La celiachia "dentro e fuori l'intestino" - A. Ventura, Trieste  
 9.30 La celiachia nel Veneto - G. Guariso, Padova  
 10.00 Dalla teoria alla pratica: l'esperienza dell'ARP - Vicenza  
 F. Andreotti, A. Baggiani, Vicenza

**II SESSIONE** (moderatori: G. Mastella, Verona - F. Panizon, Trieste)

- 11.00 TAVOLA ROTONDA: Lo screening della celiachia  
 Screening e celiachia - G. Magazzù, Messina

Le ragioni del medico dell'adulto - C. Ciacci, Napoli

Costi-benefici dello screening della celiachia e scelta del metodo - L. Greco, Napoli

**SESSIONE POMERIDIANA** (moderatore: M.G. Santangelo, Vicenza)

- 14.00 Le conclusioni di G. Mastella e F. Panizon  
 14.30 Per un rinnovato ruolo delle associazioni celiaci e spunti operativi - F. Donzelli, Mestre; G. Torre, Trieste; A. Pardi, Presidente Associazioni Celiaci

#### Segreteria scientifica:

A. Ventura, Trieste - F. Fusco, Valdagno (fuscosam@primopiano.it)  
 E. Benetti, R. Salvadori, Vicenza

**Iscrizione:** L. 150.000 (IVA compresa)

L'iscrizione dà diritto: alla seduta scientifica, al kit congressuale, all'attestato di partecipazione, al coffee break e alla colazione di lavoro.

#### Segreteria organizzativa:

SYNTHESYS s.c.r.l., via Genova 12, Mestre (VE)  
 Tel / Fax: 041-5311460

**Modalità di pagamento:**

Quota d'iscrizione e prenotazione alberghiera pagabili a SYNTHESIS o il giorno del congresso