

Lettera aperta al Presidente della Società Italiana di Neonatologia Prof. Costantino Romagnoli

Gent.mo Prof. Romagnoli,

Le scriviamo come CIANB, coalizione italiana per l'alimentazione del neonato e del bambino, una rete volontaria che riunisce associazioni, operatori e genitori tutti interessati alla promozione delle migliori pratiche, non solo alimentari, nel percorso nascita.

Da alcune settimane sta circolando su vari siti un elenco di rassicurazioni e consigli della Società Italiana di Neonatologia dedicato ai "Genitori ed i primi 30 giorni con il bebè".

Nel documento, presente anche sul sito ufficiale della SIN *Area Comunicati Stampa* e su *Quotidiano Sanità*, e dunque sicuramente letto da tanti genitori, abbiamo ravvisato delle informazioni che possono confondere i potenziali lettori e che tenevamo a segnalare; inoltre, abbiamo rilevato un approccio medicalizzato poco rassicurante e persino in contraddizione con altre affermazioni ufficiali dalla SIN. Infine, per una più corretta informazione del pubblico consigliamo per il futuro di indicare le opportune referenze bibliografiche.

Nel timore che mamme e operatori possano ricavare dal documento una lettura distorta che possa indurre ansia sui fisiologici passaggi successivi all'evento nascita ci permettiamo pertanto di riproporre il testo con i suggerimenti che troverete a seguire. Suggerimenti legati al rispetto della fisiologia, della documentazione scientifica, delle autorevoli raccomandazioni OMS da alcune delle quali discendono anche gli standard UNICEF per Ospedali e Comunità "Amiche dei Bambini", dei piani sanitari, delle linee di indirizzo nazionali.

Auspichiamo che la SIN possa accogliere tali suggerimenti.

Genitori, operatori e tante associazioni come CIANB hanno il bisogno vitale di essere affiancati e sostenuti dalle Società scientifiche pediatriche e dalla SIN in particolare per promuovere e difendere l'allattamento e tutte le buone pratiche a partire dalla correttezza delle informazioni.

Con l'auspicio che questo contatto segni l'inizio di una proficua collaborazione, a tutto beneficio delle famiglie che in questo momento di preoccupante denatalità devono trovare autorevoli punti di riferimento negli operatori sanitari e riceverne iniezioni di fiducia e serenità, Le porgiamo i nostri migliori saluti.

Monica Garraffa, portavoce CIANB



Commenti al testo.

Il documento proposto non contiene voci bibliografiche.

Le nostre osservazioni possono essere tutte ritrovate nel manuale del partecipante ai corsi delle 20 ore per il personale delle maternità dell'iniziativa "Ospedali & Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno".

Altra bibliografia a supporto:

- Vain et al. Effect of gravity on volume of placental transfusion: a multicentre, randomised, noninferiority trial. *Lancet* 2014; 384: 235–40
- Crenshaw JT Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together: It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4)
- Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno. (Conf. Stato Regioni Del. 20.12.2007 – GU n. 32 del 7-2-2008- Suppl. Ordinario n.32

È nato: un bel respiro e poi il taglio del cordone

Appena il bimbo viene alla luce viene sollevato per farlo vedere a mamma e papà, ma subito dopo si susseguono dei passaggi importanti, sia pure veloci. Innanzitutto si liberano le vie aeree con un sondino, dopodiché, prima ancora di clampare il cordone ombelicale, si attende che il bimbo compia almeno 2-3 atti respiratori. E' un'attesa importante da rispettare, che consente al sangue placentare di passare al bebè e di ossigenarlo meglio, prevenendo disturbi come anemia neonatale o cali pressori. Nella pancia della mamma infatti il polmone non riceve sangue, ma è solo con i primi atti respiratori che i polmoni si espandono ed il sangue può irrorarli efficacemente. Per favorire l'afflusso, il neonato viene appoggiato su un piano leggermente più basso rispetto alla mamma, anche se sono le stesse contrazioni uterine, unitamente agli atti respiratori del neonato, a pompare il sangue verso il bambino.

La descrizione delle modalità dell'uso del sondino e del clampaggio sono contraddittorie rispetto alle prassi e alle evidenze. L'aspirazione con il sondino non fa parte della routine assistenziale del neonato sano, ma il suo uso va valutato dopo un'accurata e attenta osservazione del neonato durante il contatto pelle a pelle. Il clampaggio del cordone può essere tranquillamente eseguito mentre il neonato è posto a contatto pelle a pelle con la mamma in quanto non interferisce con il volume di sangue trasferito dalla placenta al neonato.

Dopo 1 minuto: il primo test di Apgar

Ad un minuto dalla nascita, si valuta il primo Indice di Apgar, con il quale si verifica il benessere del neonato attraverso 5 parametri: la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, i riflessi, il tono muscolare ed il colorito.

Finalmente in braccio a mamma

Dopo queste operazioni, che in tutto durano pochi istanti, il piccolo viene asciugato, avvolto in un telo ed appoggiato finalmente alla mamma. E' molto importante perché così si evita un

raffreddamento corporeo che può essere pericoloso. Va bene anche il contatto pelle a pelle, ma la schiena deve essere ben protetta.

Il contatto pelle a pelle, invece di essere rappresentato come un approccio fisiologico al post parto, sembra rappresentare una seconda scelta e per di più rischiosa.

L'attaccamento precoce al seno

Una volta in braccio alla mamma, il bambino può essere attaccato al seno. Si tenga presente che nella prima mezz'ora di vita in genere il neonato è molto attivo, dopodiché segue una fase fisiologica di rilassamento dopo lo stress del parto, in cui è normale che si addormenti. Ecco perché i 20-30 minuti successivi alla nascita sono quelli ideali in cui cominciare ad allattarlo, per stimolare da subito la produzione del latte e favorire il legame mamma-bambino

Il neonato, proprio perché "attivo", esprime in questo momento al massimo i riflessi innati primitivi che, assieme alle sue competenze neuro-motorie, gli permettono di cercare e trovare, con tempi e modi soggettivamente variabili, la mammella della mamma e di attaccarsi spontaneamente al seno. Alcuni neonati ci riescono in 20-30 minuti, altri necessitano di un tempo superiore (fino a 2 ore), in media ci vogliono almeno 60 minuti o poco più. Questa fase e il contatto pelle a pelle non dovrebbero essere interrotti fino al completamento della prima poppata e, comunque, fino a quando la mamma lo desidera.

Dopo 5 minuti: il secondo Indice di Apgar e poi la visita e la vestizione

Anche se il bambino è ancora in braccio alla mamma, dopo 5 minuti è necessario valutare il secondo Indice di Apgar, con il quale si valutano nuovamente gli stessi parametri di prima e si conferma che sia tutto a posto. Trascorso qualche altro minuto, il bambino viene prelevato per essere lavato, pesato e visitato dal neonatologo, che controlla in modo più accurato il respiro, sente il cuore, palpa la pancia, controlla naso, bocca, orecchie e genitali; infine si medica il cordone ed il piccolo viene vestito. Nel frattempo la mamma resta sul lettino della sala parto per il secondamento e per la sutura di eventuali lacerazioni.

Alcune di queste pratiche devono essere posticipate e altre possono essere eseguite senza interrompere il contatto pelle a pelle, che riduce, tra l'altro, anche il disagio della madre durante eventuali suture.

Le 2 ore successive al parto

Nelle 2 ore successive al parto la donna resta in osservazione in una stanza attigua alla sala parto. E il neonato? E' probabile che a questo punto si sia già addormentato, per questo è meglio che anche la mamma si rilassi e il bimbo sia portato nel nido, dove può riposare nelle condizioni ed alla temperatura ottimali e dove soprattutto le puericultrici ed il neonatologo possono effettuare periodicamente i controlli di battito e respiro.

L'allontanamento del neonato dalla madre, non giustificato da ragioni mediche, comporta stress sia nella madre che nel neonato e ostacola il buon inizio dell'allattamento. Il contatto pelle a pelle ben applicato offre le migliori garanzie di termoregolazione per il neonato. Le ostetriche, le infermiere, le puericultrici e i neonatologi dovrebbero essere disponibili a eventuali richieste di aiuto da parte delle madri e dei loro partner, e operare, nell'ambiente del post-partum, una doverosa quanto discreta osservazione dell'adattamento di madre e neonato, affinché il contatto pelle a pelle avvenga in sicurezza. Inoltre sempre più punti nascita, in accordo con le evidenze che indicano il rooming-in

come la soluzione logistica ottimale per il benessere di mamma e neonato, hanno abbandonato o stanno abbandonando il nido, dunque non dovrebbe essere descritto quest'ultimo come prassi normale e corretta.

E se c'è stato il cesareo?

La prassi non cambia di molto se la donna ha partorito con il cesareo. Dal punto di vista pratico, l'unica differenza del cesareo è che difficilmente la mamma potrà abbracciare o attaccare suo figlio al seno appena nato, visto che ha una flebo ad un braccio ed è molto più limitata nei movimenti; di solito lo si avvicina alla mamma per il primo contatto visivo ed anche per un bacio e poi si completa l'intervento chirurgico, mentre il neonatologo effettua la visita.

Il taglio cesareo non costituisce una controindicazione al contatto pelle a pelle sin dalla nascita, come dimostrano le esperienze di migliaia di Ospedali Amici dei Bambini nel mondo. Certamente ci sarà bisogno di un sostegno aggiuntivo, ma l'applicazione di buone pratiche consentirà di ottenere un più rapido recupero fisico e emozionale della mamma che avrà partorito con taglio cesareo.

Comincia il lavoro della mamma e dei genitori

Superata la fase dell'adattamento neonatale precoce, l'organismo del neonato presenta alcune importanti modificazioni fisiologiche, tra cui il Calo Fisiologico neonatale. Dopo la nascita tutti i neonati presentano un calo del peso che è dovuto alla perdita di liquidi non compensato dall'apporto alimentare (pochi liquidi ingeriti). Solitamente è inferiore al 10% e non richiede alcun provvedimento.

Il sottotitolo può fare intendere che prima di questo momento la responsabilità sia tutta degli operatori, a dispetto della fisiologia e dell'empowerment dei genitori e delle mamma in particolare. Il messaggio "pochi liquidi ingeriti" può indurre la conclusione che il latte materno possa non essere sufficiente e che al neonato debbano in ogni caso essere somministrati dei liquidi, come la glucosata; il calo, tra l'altro, è una situazione normale legata non ad un insufficiente apporto di liquidi ma alla eliminazione di liquidi fisiologicamente accumulati.

Perdita di peso: come si valuta se il calo è fisiologico

Se si verifica una perdita di peso superiore al 10%, o più del 5% al giorno, che non è più considerato "fisiologico", è importante eseguire dei controlli specifici (controllo della diuresi e della concentrazione di sodio nel siero al fine di evitare possibili complicanze). Se il calo è tra il 7% e il 10% si integra l'allattamento al seno con latte artificiale (aggiunta di latte dopo la poppata al seno in modo da garantire al neonato l'apporto adeguato, si controlla la diuresi (semplice osservazione) e si danno indicazioni ai genitori sull'alimentazione al seno. Se il calo di peso è maggiore del 10% si controlla la diuresi con il peso del pannolino, si eseguono esami ematochimici (natremia e creatininemia) e si suggerisce un'integrazione alimentare con latte artificiale dopo la poppata al seno. In questo caso la dimissione può essere condizionata dall'esito dei controlli e deve essere fatta solo in assoluta sicurezza per il neonato. E' ovvio che per compensare il calo fisiologico è importante un avvio precoce e idoneo dell'Allattamento al seno.

Nel paragrafo precedente il messaggio era "se il calo ponderale è inferiore al 10% non richiede alcun provvedimento", in questo paragrafo, invece, è scritto "Se il calo è tra il 7% e il 10% si

integra l'allattamento al seno con latte artificiale (aggiunta di latte dopo la poppata al seno)" e, a maggior ragione, si consiglia lo stesso approccio per cali superiori al 10%.

Il sostegno alla mamma e al suo neonato, in caso di eccessiva perdita di peso, non prevedono in prima battuta l'integrazione con una formula adattata; senza entrare nei dettagli, un'attenta anamnesi dell'allattamento e una valutazione della poppata da parte di un consulente esperto consentono spesso di mettere in condizioni la mamma di potere aumentare il trasferimento del latte dalla mammella al neonato; nel caso ci fosse bisogno di un supplemento si dovrebbe ricorrere al latte della stessa mamma spremuto, o, in mancanza, a latte di banca e, come ultima scelta, a una formula latte.

Il linguaggio appare troppo tecnico per un libretto rivolto ai genitori.

La frase finale "E' ovvio che per compensare il calo fisiologico è importante un avvio precoce e idoneo dell'Allattamento al seno" è il concetto più importante perché la letteratura mostra chiaramente che, con buone pratiche, la percentuale di neonati che hanno bisogno di interventi per un eccessivo calo di peso (e per una disidratazione ipernatriemica) si riduce fino ad essere molto vicina allo zero. Sarebbe stato opportuno iniziare proprio con le buone pratiche (i 10 passi e il sostegno competente) e ricordare che aiutando con queste prassi la mamma pochi sarebbero i neonati che andrebbero incontro a un calo fisiologico che richiede un intervento.

Non ho latte! Quando arriva il latte?

E' normale che i primi giorni dopo il parto, le mamme (soprattutto le primipare) non abbiano latte. La montata latte si realizza solitamente dopo 2-3 giorni dal parto, talvolta anche 4-5 giorni nelle mamme al primo figlio. Nel frattempo, il neonato va attaccato al seno ogni qualvolta ne manifesti il bisogno (comunque ogni 2 ore) perché viene soddisfatto dal colostro che è il primo prodotto della ghiandola mammaria, che è ricco di proteine, sali minerali, vitamine e fattori che stimolano il sistema immunitario, favorisce la maturazione dell'intestino e lo prepara a ricevere il latte maturo.

Il sottotitolo andrebbe sostituito con uno meno allarmante.

Il contenuto della prima parte, poi, farebbe pensare a un'imperfezione del meccanismo fisiologico della produzione di latte, come se il colostro non fosse "latte"; del resto il senso della frase viene subito smentito dalla successiva.

È normale che nei primi giorni dopo il parto tutte le mamme, primipare o pluripare che siano, abbiano il colostro, un liquido che l'evoluzione ha sviluppato in maniera perfetta per sopperire ai bisogni del neonato nei primi 2-3 giorni (che diventano 4-5 solo quando le pratiche non rispettano la fisiologia e si viene a creare un ritardo iatrogeno della "montata latte").

Come è possibile che il mio bambino si accontenti di così poco?

I neonati a termine e di peso appropriato sono dotati di scorte di grasso e di glicogeno accumulate durante la vita fetale proprio per disporre, alla nascita, di un piccolo patrimonio calorico, in attesa che il loro sistema gastrointestinale si adatti progressivamente a ricevere quantità crescenti di alimento.

Quando devo allattare?

E' importante attaccare il neonato al seno appena possibile e frequentemente nei primi giorni di vita poiché la suzione dal capezzolo è l'unico stimolo veramente efficace per la produzione del latte.

Ogni poppata dovrebbe durare in tutto circa 20-30 minuti (non più di 10-15 minuti per seno) alternando il seno da cui si inizia. In fase di avvio dell'allattamento le poppate sono a richiesta del

neonato, ma è bene non far passare più di 2-3 ore tra una poppata e l'altra. Se il neonato dorme un buon sistema per svegliarlo può essere quello di cambiargli il pannolino e lavarlo.

Ogni neonato ha i suoi tempi, che sono anche dettati dalla frequenza delle ondate di latte a disposizione e dalla calibrazione del seno; in più il neonato si stacca spontaneamente da una mammella quando ha assunto tutta la quantità di grassi che gli giova; dare tempi per una poppata e per ogni singola mammella va contro la fisiologia dell'allattamento.

Il miglior sistema per svegliare il neonato, qualora ci siano le condizioni per doverlo fare, è il contatto pelle a pelle.

Come allattare? Il bambino non riesce ad attaccarsi! Ho il seno gonfio!

Per favorire la produzione e l'eiezione del latte, ridurre il gonfiore e l'ingorgo mammario è fondamentale il massaggio delle mammelle, lo stiramento e la rotazione del capezzolo. Normalmente queste manovre, così come la posizione da assumere durante l'allattamento e il modo di sostenere il seno e porgere il capezzolo per facilitare la suzione, sono illustrate dal personale (ostetriche e infermiere che aiutano nell'accudimento del neonato).

Terminata la poppata è bene aiutare il neonato a fare il "ruttino" tenendolo per qualche minuto in posizione verticale con il capo appoggiato alla spalla (se non lo fa non c'è da preoccuparsi!).

Una volta superata la fase di avvio che richiede un progressivo adattamento di mamma e neonato, tutto sarà molto semplice!

Anche in questa circostanza il sottotitolo fa risaltare dei problemi, come se tanti problemi fossero la norma nell'allattamento.

Le indicazioni su come trattare un seno "gonfio", che potrebbe essere un seno normalmente pieno, ma anche un ingorgo, sono descritte in maniera talmente grossolana che non risultano di alcuna utilità pratica.

Molti neonati non hanno bisogno di fare alcun "ruttino" dopo la poppata, mentre potrebbero avere necessità di eliminare dell'aria a distanza di molto tempo dalla poppata.

Il bambino è calato di peso, il latte materno è sufficiente?

Il calo di peso nei primi giorni di vita fino al 10% del peso di nascita è assolutamente fisiologico e non deve destare preoccupazione. Durante la degenza in ospedale i neonati sono pesati tutti i giorni e se il neonato ha un calo di peso eccessivo si provvederà ad una temporanea integrazione dell'allattamento al seno che non pregiudicherà in alcun modo la riuscita dell'allattamento stesso.

Le integrazioni di latte in formula, anche laddove dovessero essere veramente necessarie, sono spesso l'inizio di un circolo vizioso che invece pregiudica il buon avvio e la durata dell'allattamento, da cui la necessità delle buone prassi e indicazioni di cui al commento precedente sul calo di peso.

L'ittero neonatale

Già dal giorno dopo la nascita può comparire un colore giallastro della cute: è l'ittero neonatale.

Nella vita fetale la bilirubina viene eliminata dalla placenta. Alla nascita il fegato non è maturo per questa funzione, ma la acquisisce nei primi giorni di vita. Il neonato ha un numero elevato di globuli rossi e produce più bilirubina di un adulto con conseguente progressivo aumento dei valori di bilirubina. Il prematuro ha una iperbilirubinemia più grave e richiede controlli più accurati.

L'ittero si manifesta, di solito, nei primi 2-5 giorni di vita. In questo periodo è necessario valutare l'ittero cutaneo (visivo o con la determinazione transcutanea) per decidere se eseguire la

bilirubinemia serica e con quale frequenza controllarla in funzione dell'ora di vita del neonato. Infatti, se la bilirubinemia serica aumenta sino a livelli superiori a quelli considerati normali per l'ora di vita si effettua un trattamento con la fototerapia per ridurre i livelli di bilirubinemia e prevenire eventuali danni neurologici, che consiste nell'esposizione del neonato a una fonte luminosa di specifica lunghezza d'onda in grado di degradare la bilirubina che viene eliminata senza la necessità del metabolismo epatico. Va considerato come fenomeno fisiologico e tende ad autolimitarsi nei primi 7-10 giorni di vita.

Gli screening

Superati i primi due giorni di vita in ospedale ci si accinge ad andare a casa. Purtroppo o per fortuna la degenza in ospedale sta per finire e prima della dimissione il neonato viene sottoposto ad alcuni screening neonatali.

Il contenuto appare ingiustificatamente pessimista.

Gli Screening metabolici

Eseguiti su sangue prelevato dal tallone, servono ad identificare alcune malattie che possono essere curate prima che diano sintomi gravi: ipotiroidismo congenito, fenilchetonuria, fibrosi cistica, galattosemia, leucinosi e omocistinurie. In assenza di notizie entro il mese di vita lo screening va considerato negativo (normale).

Screening neurologico neonatale

Il test serve solo a verificare la normalità neurologica e ad escludere la necessità di indagini specifiche. In molti anni di esperienza si è verificato che sottoponendo un neonato "apparentemente normale e senza rischio neurologico" a uno specifico esame neurologico è possibile identificare neonati con problemi neurologici altrimenti non identificabili.

Anche in questo caso il messaggio sembra evocare la paura che, anche in presenza di un bambino sano, qualcosa ci potrebbe sempre essere; che è anche vero, ma che, in questo contesto, non può che generare ulteriori ansie e preoccupazioni.

Screening audiologico

Il test è rapido, semplice e non invasivo.

Riflesso Rosso Retinico

Si verifica la trasparenza dei mezzi diottrici dell'occhio e serve a escludere forme di cataratta congenita, il retinoblastoma o altre anomalie più rare. Se il test è negativo sarebbe bene ripeterlo nelle visite pediatriche successive nei primi sei mesi di vita. In caso di positività o dubbio si esegue visita specialistica oculistica.

Saturazione emoglobinica

Questo test non esclude in modo assoluto la cardiopatia, ma identifica alcune delle cardiopatie neonatali asintomatiche. La maggior parte delle cardiopatie congenite si presenta con segni clinici alla nascita. Una piccola parte può sfuggire all'ecografia morfologica prenatale, può non avere sintomi evidenti e viene ricercata mediante la misurazione della Saturazione emoglobinica prima della nascita.

Vedi commenti precedenti.

Manovra di Barlow-Ortolani

Si esegue sia alla nascita sia prima della dimissione e serve a verificare la normalità dell'articolazione dell'anca. In tal modo si diagnosticano la lussazione congenita dell'anca e la Displasia dell'anca. La manovra deve essere ripetuta nei primi mesi di vita ed è consigliabile eseguire sempre anche l'Ecografia delle anche nel corso del terzo mese di vita.

Le dimissioni

Genitori e figlio sono pronti per andare a casa dove li aspetta un adattamento ancora più complesso di quello che hanno vissuto in ospedale. Infatti, l'ospedale è un luogo in cui si sentivano protetti e avevano punti di riferimento (ostetrica/o, pediatra, infermiera pediatrica/puericultrice) costanti e sempre presenti.

Persone cui poter fare domande per avere risposte a qualsiasi dubbio.

Purtroppo problemi economici, così come convinzioni di dover demedicalizzare l'evento nascita, hanno anticipato di molto la dimissione dei neonati dall'ospedale e questa avviene quando ancora alcuni eventi neonatali non sono completati (vedi l'ittero o il recupero del peso) e quando l'allattamento non è ancora completamente avviato (soprattutto nelle primipare e nelle donne che hanno fatto un taglio cesareo).

Il paragrafo non ha alcuna utilità per i genitori ai quali è destinato; e appare ingiustificatamente ansiogeno.

Si sarebbero potuti descrivere percorsi virtuosi rappresentati dalle reti territoriali di sostegno alla dimissione con integrazione ospedale territorio presenti in molte realtà, o, comunque, la continuità assistenziale che il SSN offre ubiquitariamente con i consultori e i pediatri di famiglia.

Una volta a casa

Per la prima settimana a casa la mamma dovrebbe pensare solo ad allattare il proprio figlio.

Questa affermazione appare eccessivamente prescrittiva e categorica, oltre che irrealistica, se pensiamo a quante madri che, sole o accompagnate che siano, devono badare ad altri figli, alla famiglia e alla casa.

Il neonato si autoregola nell'appetito e piange quando ha fame.

Il pianto è l'ultimo dei segnali che il bambino emette in caso di fame; continuare a utilizzare questi messaggi rafforza l'idea che il pianto è espressione di fame; i genitori andrebbero resi consapevoli che il riflesso della ricerca del seno fa assumere al neonato ben altri atteggiamenti, che non sono stressanti come il pianto.

Questo è certamente vero quando il colostro iniziale si sarà trasformato in latte maturo (15-20 giorni dopo il parto), ma fino a quel momento cercare un ritmo sarà utile per il neonato e per il seno materno. Se si attacca il neonato al seno ogni 2-3 ore e si cerca di allungare il tempo tra una poppata e l'altra non c'è dubbio che si facilita l'assunzione di quantità di latte maggiori perché il seno ha più tempo per riempirsi.

Nello stesso tempo un neonato che mangia quantità sempre maggiori tende ad assumere un ritmo di poppate inferiori lasciando alla madre il tempo di recuperare (forze e sonno).

La fisiologia della lattazione e, in particolare, i meccanismi che regolano la produzione e il rilascio della prolattina offrono una prospettiva molto diversa, se non opposta, a questa affermazione; se è

vero che una buona calibrazione del seno delle prime settimane può portare a una maggiore quantità di latte a disposizione per ogni singola poppata, è pur vero che non la si può ottenere cercando di allungare il tempo tra le poppate, ma, al contrario, aumentandone la frequenza.

Ma la mamma è spesso in ansia perché non sa se il suo latte va bene. E allora il consiglio più semplice è quello che spesso non viene dato. Se è vero che il latte è l'alimento ideale per un neonato perché garantisce un apporto proporzionato di liquidi e di calorie, basterà verificare che il neonato bagni il pannolino con regolarità (segno che i liquidi bastano) e che inizi a crescere dopo il calo ponderale (non importa quanto, ma che cresca).

I pannolini bagnati di urina sono segni attendibili di un'adeguata assunzione di latte solo se l'urina è trasparente e sono almeno 6 dopo i primi 5 giorni, sempre se al neonato non vengono fatti assumere altri liquidi. La valutazione dell'aumento del peso non può prescindere dalla valutazione del comportamento del neonato, dall'esame obiettivo e dalla valutazione di una poppata.

Bisogna rassicurare le mamme che se si somministra qualche liquido (acqua, camomilla, tisana) al neonato questo si attaccherà comunque al seno. Lo stesso dicasi in caso di utilizzo del ciuccio come pacificatore.

L'importante è che la mamma sia profondamente convinta di allattare; è questo che fa la differenza tra chi allatta e chi non allatta

Il neonato non ha alcun bisogno di ricevere altri liquidi rispetto al latte per i primi 6 mesi di vita; l'aggiunta di altri liquidi e l'uso del ciuccio, specie nella fase di calibrazione, riducono la prevalenza e la durata dell'allattamento. Bisognerebbe riflettere su cosa determina nella mamma la convinzione di allattare o meno e, se possibile, spendere qualche argomentazione anche sui meccanismi di protezione dell'allattamento dal marketing.

Infine, ci sono donne, per fortuna poche, che non riescono ad allattare; non si debbono sentire aliene e frustrate se ci hanno provato fino in fondo e non ci sono riuscite.

Le donne che non riescono a allattare sono, in genere, donne che non hanno ricevuto informazioni corrette e un sostegno competente durante tutto il periodo della gravidanza, del parto e dopo la dimissione al rientro a casa.

Il primo controllo

Normalmente questo primo controllo si fa 4-7 giorni dopo la dimissione, generalmente nello stesso ospedale dove è nato il bambino, ma se la madre ha già identificato il pediatra di famiglia lo può organizzare anche autonomamente. L'importante è che rispetti i tempi del controllo. Perché il neonatologo/pediatra che ha dimesso il neonato dall'ospedale ha identificato un tempo che è utile per verificare che l'adattamento post-natale continui in modo idoneo. Ciò in riferimento al peso del neonato e al recupero del peso della nascita, all'autonomia nutrizionale (vedi sopra) e all'eventuale presenza di un ittero in via di regressione. Ritardare il controllo potrebbe far correre al neonato qualche rischio aggiuntivo non dovuto.

Se tutto procede per il meglio, il successivo controllo - questo sì dal pediatra di famiglia - si fa verso i 15-20 giorni. A questo punto sarà caduto il moncone ombelicale e sarà verificata la cicatrice ombelicale, sarà ripetuta la manovra per verificare lo stato dell'anca, potrebbe essere ripetuto il riflesso rosso oculare e la valutazione neurologica confermerà che il periodo neonatale (che termina a 28 giorni di vita) si sia svolto nella normalità.

Se invece a 4-7 giorni si verificherà qualche evento non del tutto fisiologico sarà necessario operare i controlli del caso e sarà compito del pediatra che visita il neonato programmare controlli ed eventuali esami.

Anche in questo caso si sarebbero potuti descrivere percorsi virtuosi rappresentati dalle reti territoriali di sostegno alla dimissione con integrazione ospedale territorio presenti in molte realtà, o, comunque, la continuità assistenziale che il SSN offre ubiquitariamente con i consultori e i pediatri di famiglia.

I primi problemi...

L'allattamento non si è avviato bene e il neonato non cresce di peso: il pediatra valuterà se c'è spazio per tentare ancora solo con il latte materno o se è necessario integrare l'alimentazione con un latte formulato.

Come già scritto in precedenza i messaggi e i sottotitoli enfatizzano i problemi, come fosse un percorso a ostacoli.

Spesso bastano i consigli giusti e rassicurare la madre per far proseguire adeguatamente un allattamento al seno. Se così non fosse il pediatra si deve adoperare per non far sentire la madre incapace e inadeguata (guai a fomentare la depressione post-partum!).

Il neonato ha dolori di pancia (coliche?) e non sembra gradire il latte materno? Bisogna convincersi tutti che non esiste il neonato che ha problemi con l'allattamento materno (esclusi gli intolleranti al lattosio, che sono pochi).

L'assimilazione "coliche=mal di pancia" è un luogo comune che non andrebbe rafforzato. Il riferimento al lattosio è forse un "qui pro quo"?

Il neonato è ancora itterico: sarà il pediatra a giudicare se è necessario fare la determinazione della bilirubinemia. Ma attenzione! Se il neonato si alimenta al seno e cresce bene spesso l'ittero non ha significato patologico e guai a sospendere l'allattamento per verificarne la scomparsa. Non serve a nulla e può creare problemi al prosieguo dell'allattamento.

Non ci sono normalmente altri problemi.

Molto importante, al momento del ritorno a casa, è mantenere un equilibrio tra le esigenze di tutti i componenti della famiglia. L'allattamento impegna molto la mamma e così essa avrà necessità di essere aiutata in tutti i modi possibili. D'altra parte il neonato deve trovare un ambiente confortevole con temperatura (20-22° gradi) e umidità (50%) adeguate, poco rumoroso (non è necessario il silenzio, ma vanno evitati gli eccessi) che aiuteranno a rispettare i ritmi sonno/veglia del neonato e consentiranno alla mamma di avere delle pause di riposo.