



TESIS DOCTORAL

EFFECTOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Doriana Nastasi

Departamento de Psicología y Antropología

2017



TESIS DOCTORAL

EFFECTOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Doriana Nastasi

Conformidad de los directores de la tesis:

Florencio Vicente Castro

M^a Isabel Fajardo Caldera

Josefa González Santos

2017

DEDICA

Alle mie piccole Irene e Giorgia,

grazie alle quali imparo ogni giorno la meraviglia della vita,

che il mio latte sia per voi nutrimento per la vostra anima,

oggi e sempre.

RINGRAZIAMENTI

I miei ringraziamenti vanno in primo luogo al caro Professore Florencio Vicente Castro, che in questi mesi ha sempre saputo sostenermi e incoraggiarmi, stimolando in me la capacità di non arrendermi e di fare del mio meglio, e alla Dottoressa Romano che mi ha supportato e seguito con curiosità e costanza. Anche a la Dottoressa Isabel Fajardo e Josefa González Santos

Ringrazio mio padre e mia madre che mi hanno sostenuto in modo costante durante tutta la durata di questo percorso.

Ringrazio la mia famiglia, il mio Giovanni, appoggio sicuro in questi mesi, e le mie bimbe Irene e Giorgia, grazie alle quali ho scoperto l'allattamento come primo e unico dono d'amore.

“Non so se sia possibile allattare il proprio bambino con il proprio latte e non scoprire qualcosa di nuovo sull’amore. L’amore è dare, riversare, un riversare che trae nutrimento dal suo stesso esaurirsi.”

Deborah Meyler, scrittrice

INDICE

| | |
|--|-----|
| <i>Dedica</i> | 1 |
| RINGRAZIAMENTI | 2 |
| <i>indice de tablas</i> | 7 |
| RESUMEN | 9 |
| RIASSUNTO | 11 |
| ABSTRACT | 13 |
| <i>resumen amplio en español</i> | 15 |
| INTRODUZIONE | 36 |
| PARTE I | 42 |
| STUDIO TEORICO | 42 |
| CAPITOLO I: L'ALLATTAMENTO MATERNO | 43 |
| 1.1 L'allattamento nella storia..... | 46 |
| 1.2 L'allattamento in psicologia..... | 51 |
| 1.2.1 Donald Winnicott..... | 53 |
| 1.2.2 Jhon Bowlby..... | 56 |
| 1.2.3 Henry Harlow..... | 66 |
| 1.2.4 Carl Rogers..... | 67 |
| 1.2.5 Bruno Bettelheim..... | 72 |
| 1.3 L'allattamento oggi..... | 73 |
| CAPITOLO II: ASPETTI FISIOLOGICI DELL'ALLATTAMENTO | 80 |
| 2.1 Fisiologia della mammella..... | 81 |
| 2.1 Il latte materno..... | 82 |
| 2.2 Allattare con successo..... | 84 |
| CAPITOLO III: NORMATIVA SULL'ALLATTAMENTO | 96 |
| 3.1 Normativa sull'allattamento in Italia..... | 97 |
| 1.2 Normativa sull'allattamento negli altri Stati del Mondo..... | 106 |
| CAPITOLO IV: BENEFICI DELL'ALLATTAMENTO MATERNO | 119 |

| | |
|--|------------|
| 4.1 Benefici per il bambino | 120 |
| 4.2 Benefici per la madre | 123 |
| 4.3 BENEFICI PER LA SOCIETÀ..... | 124 |
| <i>PARTE II.....</i> | <i>126</i> |
| <i>STUDIO EMPIRICO.....</i> | <i>126</i> |
| <i>CAPITOLO V: MATERIALI E METODI.....</i> | <i>127</i> |
| <i>1. OBIETTIVI.....</i> | <i>128</i> |
| 2. IPOTESI | 128 |
| 3. VARIABILI SOCIODEMOGRAFICHE | 129 |
| 4. METODOLOGIA | 130 |
| 5. IL CAMPIONE..... | 130 |
| 6. STRUMENTI | 131 |
| 7. PROCEDURA..... | 132 |
| 8. ANALISI DEI DATI | 133 |
| 9. RISULTATI | 133 |
| A) CORRELAZIONE TRA LE VARIABILI MAGGIORMENTE SIGNIFICATIVE | 134 |
| B) VERIFICARE SE LE PRIME PRATICHE OSPEDALIERE SIANO STATE IN LINEA CON LE INDICAZIONI FORNITE DALL'UNICEF E DALL'OMS IN MATERIA DI ALLATTAMENTO MATERNO..... | 143 |
| C) COMPRENDERE SE LE PUERPERE ABBIANO RICEVUTO IL SOSTEGNO PSICOLOGICO ED EMOTIVO DA PARTE DELLE FIGURE PROFESSIONALI PRIMA E DOPO IL PARTO | 150 |
| D) INDAGARE SE LE PUERPERE ABBIANO RICEVUTO IL SOSTEGNO DEI FAMILIARI A CASA..... | 155 |
| E) ANALIZZARE COME IL CONDIZIONAMENTO DELLA SOCIETÀ' ATTRAVERSO I MEZZI DI COMUNICAZIONE DI MASSA ABBA INFLUITO SULLA BUONA RIUSCITA DELL'ALLATTAMENTO MATERNO | 166 |
| F) INDAGARE E ANALIZZARE QUALI SONO LE VARIABILI CHE FAVORISCONO O MENO L'ALLATTAMENTO MATERNO | 167 |
| <i>DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....</i> | <i>169</i> |
| <i>LIMITI DELLA RICERCA.....</i> | <i>171</i> |

| | |
|---------------------------------|-----|
| <i>CONCLUSIONI FINALI</i> | 172 |
| <i>BIBLIOGRAFIA</i> | 176 |
| <i>Appendice</i> | 178 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabella 1.1 Tavola di contingenza età-alimentazione terzo mese..... | 135 |
| Tabella 1.2 Tavola di contingenza età-alimentazione sesto mese..... | 135 |
| Tabella 1.3 Statistiche descrittive titolo di studio..... | 136 |
| Tabella 1.4 Tavola di contingenza titolo di studio-alimentazione terzo mese..... | 136 |
| Tabella 1.5 Tavola di contingenza titolo di studio-alimentazione sesto mese..... | 137 |
| Tabella 1.6 Statistiche descrittive attività lavorativa..... | 138 |
| Tabella 1.7 Tabella di contingenza attività lavorativa-alimentaz. terzo mese..... | 138 |
| Tabella 1.8 Tabella di contingenza attività lavorativa-alimentaz. sesto mese..... | 139 |
| Tabella 1.9 Statistiche descrittive nazionalità..... | 139 |
| Tabella 1.10 Tavola di contingenza nazionalità-alimentazione sesto mese..... | 140 |
| Tabella 1.11 Statistiche descrittive primo figlio..... | 141 |
| Tabella 1.12 Statistiche descrittive precedenti esperienze di allattamento..... | 141 |
| Tabella 1.13 Tavola di contingenza precedenti esperienze di allattamento-alimentazione sesto mese..... | 141 |
| Tabella 1.14 Statistiche descrittive durata allattamento altri figli..... | 142 |
| Tabella 1.15 Statistiche descrittive parto gemellare..... | 142 |
| Tabella 1.16 Statistiche descrittive mastoplastica riduttiva..... | 142 |
| Tabella 2.1 Statistiche descrittive Presidio ospedaliero..... | 143 |
| Tabella 2.2 Statistiche descrittive frequenza corsi di preparazione al parto..... | 144 |
| Tabella 2.3 Tavola di contingenza frequenza corsi di preparazione al parto- alimentazione sesto mese..... | 144 |
| Tabella 2.4 Statistiche di frequenza informazione benefici allattamento al corso..... | 144 |
| Tabella 2.5 Statistiche di frequenza parto..... | 145 |
| Tabella 2.6 Tavola di contingenza parto –alimentazione sesto mese..... | 145 |
| Tabella 2.7 Statistiche descrittive contatto pelle a pelle..... | 146 |
| Tavola 2.8 Tavola di contingenza contatto pelle a pelle-alimentaz. sesto mese..... | 147 |
| Tabella 2.9 Statistiche descrittive allattamento dopo mezz’ora dal parto..... | 147 |
| Tabella 2.10 Tavola di contingenza allattamento entro mezz’ora dal parto-alimentazione sesto mese..... | 148 |
| Tabella 2.11 Statistiche descrittive <i>rooming-in</i> | 149 |
| Tabella 2.12 Tavola di contingenza <i>rooming-in</i> –alimentazione sesto mese..... | 149 |
| Tabella 3.1 Statistiche descrittive assicurazioni personale sanitario..... | 150 |

| | |
|--|-----|
| Tabella 3.2 Tavola di contingenza assicurazioni-alimentazione sesto mese..... | 151 |
| Tabella 3.3 Statistiche descrittive mostra allattamento..... | 151 |
| Tabella 3.4 Tavola di contingenza mostra allattamento–alimentaz. sesto mese..... | 152 |
| Tabella 3.5 Statistiche descrittive sostegno somministrazione latte materno..... | 153 |
| Tabella 3.6 Tavola di contingenza sostegno latte mat.-alimentaz. sesto mese..... | 153 |
| Tabella 3.7 Statistiche descrittive informazioni allattamento a richiesta..... | 153 |
| Tabella 3.8 Tavola di contingenza informazioni allattamento a richiesta- alimentazione sesto mese..... | 154 |
| Tabella 3.9 Statistiche descrittive controindicazioni ciuccio..... | 155 |
| Tabella 3.10 Tavola di contingenza controindicazioni ciuccio-alimentazione sesto mese.. | 155 |
| Tabella 3.11 Statistiche descrittive campioni latte artificiale..... | 155 |
| Tabella 4.1 Statistiche descrittive alimentazione dimissioni..... | 156 |
| Tabella 4.2 Tavola di contingenza alimentaz dimiss-alimentaz. sesto mese..... | 157 |
| Tabella 4.3 Statistiche descrittive motivo aggiunte latte artificiale..... | 158 |
| Tabella 4.4 Statistiche descrittive sostegno pediatra..... | 159 |
| Tabella 4.5 Tavola di contingenza sostegno pediatra-alimentaz. sesto mese..... | 159 |
| Tabella 4.6 Statistiche descrittive utilizzo del ciuccio..... | 160 |
| Tabella 4.7 Tavola di contingenza utilizzo ciuccio-alimentazione sesto mese..... | 160 |
| Tabella 4.8 Statistiche descrittive atteggiamento partner..... | 161 |
| Tabella 4.9 Tavola di contingenza atteggiam. partner-alimentaz. sesto mese..... | 161 |
| Tabella 4.10 Statistiche descrittive aiuto a casa..... | 162 |
| Tabella 4.11 Tavola di contingenza aiuto a casa-alimentazione sesto mese..... | 162 |
| Tabella 4.12 Statistiche descrittive condizionamento favorevole..... | 163 |
| Tabella 4.13 Tavola di contingenza condizionamento favorevole-alimentazione..... | 163 |
| Tabella 4.14 Statistiche descrittive condizionamento negativo..... | 164 |
| Tabella 4.15 Tavola di contingenza condizionam neg.-alimentaz. sesto mese..... | 164 |
| Tabella 4.16 Statistiche descrittive sostegno a casa dopo 6 mesi..... | 165 |
| Tabella 4.17 Statistiche descrittive rientro al lavoro..... | 165 |
| Tabella 4.18 Statistiche descrittive volontà di allattamento..... | 165 |
| Tabella 5.1 Statistiche descrittive pubblicità..... | 166 |
| Tabella 6.1 Statistiche descrittive volontà di proseguire l'allattamento..... | 167 |
| Tabella 6.2 Statistiche descrittive alimentazione sesto mese..... | 167 |
| Tabella 6.3 Statistiche descrittive motivo aggiunte latte artificiale 6° mese..... | 168 |

RESUMEN

El objetivo de mi investigación era entender cuáles son los condicionamientos sufridos por las madres antes y después del parto respecto a la lactancia materna y cuáles son las variables que la favorecen y las que no. He suministrado y estudiado 208 cuestionarios de madres que habían dado a luz en los departamentos de Obstetricia y Ginecología de los Hospitales de Ragusa y Modica, el primer cuestionario dado el día de alta médica, los segundos cuestionarios tres meses después y los terceros, seis meses después del parto.

En el análisis de los datos recogidos se recoge la importancia de la información acerca de los beneficios de la lactancia materna, y también de las formas prácticas en las que la lactancia sucede. Se encontró que la asistencia a las clases preparto parecen ser de prima importancia en este sentido: las mujeres que asistían a estas clases, lactan durante el doble de tiempo en comparación con aquellas que no participaron. Además, el cumplimiento de las normas proporcionado por la OMS y el UNICEF favorece el éxito de la lactancia las mujeres que han tenido un contacto piel con piel con su bebé inmediatamente después del nacimiento, las que han ofrecido el pecho inmediatamente después del parto, las que se han beneficiado del colecho, las que llevan a cabo un parto espontáneo y las que se sentían apoyadas en proporcionar exclusivamente su leche por el personal de salud (sin la adición de otros líquidos), amamantaron todas ellas en un porcentaje mucho mayor. Después de dar a luz, la ayuda de todos los miembros de la familia en la gestión de las tareas del hogar y el acondicionamiento favorable de parte de todos promueve visiblemente éxito de la lactancia. La pareja y los padres son los que más influyen en la madre, tanto positiva como negativamente. Pero la figura más significativa se deriva del pediatra y sus consejos para proseguir y persistir con la lactancia: las mujeres que recibieron este apoyo lactan cinco

veces más en comparación con aquellas que no lo han tenido. La vuelta al trabajo parece ser una de las principales causas de abandono temprano de la lactancia materna, pero la mayoría de las madres que decide dar leche artificial es por una supuesta Hipogalactia, cuando realmente, sólo el 5% de las madres sufre esta dolencia. Por lo tanto, creo que la recepción de información correcta sobre el funcionamiento de la lactancia materna podría resolver este problema. Y es necesario trabajar en sinergia con el fin de instaurar en la sociedad una verdadera y adecuada "cultura de lactancia materna".

Palabras clave: lactancia, maternidad, condicionamientos

RIASSUNTO

L'obiettivo della mia ricerca è stato quello di comprendere quali sono i condizionamenti che subiscono le madri prima e dopo il parto in materia di allattamento materno e quali le variabili che lo favoriscono o meno. Ho somministrato 208 questionari alle puerpere che avevano partorito nei reparti di Ostetricia e Ginecologia degli Ospedali di Ragusa e Modica: il primo nel giorno delle dimissioni, il secondo dopo tre mesi e il terzo dopo sei mesi dal parto.

Dall'analisi dei dati raccolti è emersa l'importanza dell'informazione sui benefici dell'allattamento materno, ma anche delle modalità pratiche con cui questo avviene. La frequenza ai corsi di preparazione al parto è risultata essere di primaria importanza in questo senso: le donne che li hanno frequentati allattano il doppio del tempo rispetto a quelle che non vi hanno partecipato. Inoltre, il rispetto delle regole fornite dall'OMS e dall'UNICEF favorisce il successo dell'allattamento: le donne che hanno avuto un contatto pelle a pelle con il loro bambino subito dopo il parto, che lo hanno attaccato al seno subito dopo, che hanno usufruito del *rooming in*, che hanno espletato un parto spontaneo e che si sono sentite sostenute nel somministrare esclusivamente il loro latte, senza aggiunte di altri liquidi da parte del personale sanitario, allattano in percentuale decisamente maggiore. Dopo il parto, l'aiuto dei familiari nella gestione delle attività domestiche e il condizionamento favorevole da parte di tutti favorisce visibilmente il successo dell'allattamento al seno e il partner e i genitori sono quelli che influenzano maggiormente la madre, sia positivamente che negativamente. Ma il dato maggiormente significativo deriva dal consiglio del pediatra di proseguire e insistere con l'allattamento materno: le donne che hanno ricevuto questo sostegno allattano in misura cinque volte superiore rispetto a quelle che non lo hanno avuto. Il rientro al lavoro risulta essere una tra le cause principali dell'abbandono

premature dell'allattamento, ma la maggior parte delle madri decide di somministrare latte artificiale per presunta ipogalattia. In realtà, solo il 5% della popolazione ne è affetto realmente; dunque, credo che ricevere informazioni corrette sul funzionamento dell'allattamento risolverebbe questo problema. E' necessario lavorare in sinergia affinché si instauri nella società una vera e propria "cultura dell'allattamento".

Parole-chiave: Allattamento, maternità, condizionamenti.

ABSTRACT

The aim of my research project was to understand the conditioning factors that influence mothers' child feeding practices, before and after childbirth, and the variables that affect them.

I administered 208 questionnaires to puerperant women who gave birth to babies in maternity wards in Ragusa and Modica: the first has been administered on the day of discharge from the hospital, the second after three months and the third after six months after child's birth. From the data analysis it has emerged that right information is very important for mother feeding benefits and for practical procedures it takes place. Data analysis also showed the importance of attending a childbirth preparation class: women who decide to attend it breast-feed more than the women who don't.

Moreover, the respect of WHO and UNICEF recommendations on breastfeeding facilitates it: women who have a skin to skin contact and who breastfeed the newborn immediately after birth, who adopt rooming in, who have a natural childbirth and who are supported in breastfeeding rather than bottle-feeding by the medical staff, breast-feed in higher percentage.

After childbirth, the family cooperation in doing the housework and the positive support of everybody help mother breastfeeding: above all, partners and parents have effects on mothers' behavior; both in positive and in negative.

The most significant fact deals with the advice from pediatrician about pursuing in breastfeeding: women who have been supported by pediatrician breast-feed five times more than women who haven't.

Returning to work seems to be one of the root cause of the abandonment of breastfeeding, but most mothers decide to bottle-feed for suspected hypogalata. Actually, just 5% of people really suffer from it.

I think that receiving correct information on how breastfeeding works could solve the problem. It is necessary to work together to establish a real “culture for breastfeeding” in our society.

Keywords: breastfeeding, maternity, conditioning.

RESUMEN AMPLIO EN ESPAÑOL

El amamantamiento materno exclusivo, recomendado por la organización mundial de la salud (OMS) al menos para los primeros 6 meses de vida del niño y aconsejado hasta los treinta meses, es el fenómeno más natural que exista, desde tiempos muy remotos. Sobre esto intervienen condicionamientos sociales, psicológicos y culturales que muy frecuentemente limitan su cumplimiento.

Hoy más que nunca es oportuno atender a la promoción de la cultura del amamantamiento como tema concerniente no solo de la salud de la madre y del neonato, sino también de toda la sociedad.

El prematuro abandono del amamantamiento tiene implicaciones sociales porque esto es importante a la salud de toda la población, es este el motivo por el cual hoy se habla de amamantamiento como una prioridad de salud pública en Italia y en Europa. Es necesario promover, sostener y proteger el amamantamiento materno exclusivo a través de acciones concertadas y coordinadas, además de cuidar a la madre, ante todo como mujer. En esta tesis de doctorado de investigación me he ocupado de indagar y analizar las variables que favorecen el amamantamiento, a partir de las primeras prácticas hospitalarias, del sostén psicológico y emotivo que la madre recibe por parte de las figuras profesionales antes y después del parto, de los familiares en su casa, de la sociedad a través de los medios de comunicación en masa.

Cuando se habla de amamantamiento materno se hace referencia principalmente de un método de nutrición que viene dado por la utilización de la leche materna o al período en el que el neonato es amamantado. Pero el amamantamiento materno no puede ser considerado solo por su valor nutritivo. Cuando una madre amamanta a su hijo instaura una unión profunda

y absoluta que forma las bases para los cimientos de la unión madre-hijo, evento que es fundamental para el bienestar mutuo.

Lo había explicado bien, ya en 1969, Harry Harlow, que, a través de un experimento con los simios “rhesus”, demostró la importancia de las sensaciones táctiles en el binomio madre-hijo.

El estudio observó, que los cachorros de la simia pasaban más tiempo con un maniquí de trapo blando que con uno de alambre amamantados por una botella. Los más pequeños permanecían así con las “*madres frías*” solamente el tiempo necesario para tomar la leche, mientras que el resto del tiempo lo pasaban en gran parte cerca de la “*madre suave*”. En contra a la tradición psicoanalítica del tiempo, se probó, de este modo, que la unión de cercanía y apego no es debida esencialmente al placer de la succión y a la satisfacción del hambre, sino debido a un contacto físico caliente.

Donald Winnicott, algunos años después, en 1971, confirmó que el amamantamiento representa la primera forma de comunicación en grado de condicionar las sucesivas experiencias comunicativas y relacionales del niño e introdujo el término “*holding*” para definir la acción de la madre de sostener física y psicológicamente al lactante porque ellos no saben que existe otra cosa más allá de sí mismos. Para el psicoanalista inglés, ser madre significa tener el niño, exactamente como lo hace un espejo: los lactantes deben mirar la madre y ver la imagen de sí mismo. Este retorno constituye, para el infante, el núcleo suyo de sí mismo, sobre el cual crecerá y se desarrollará su personalidad.

John Bowlby, a partir de los años ochenta, introdujo el concepto de “*Teoría del Apego*” y definió el comportamiento del apego como “cada forma de comportamiento que aparece en una persona que llega a obtener o a mantener la cercanía con algún otro individuo diferenciado y preferido”. Bowlby, en particular, verificó cómo la madre (y la relación con ella) otorga al hijo una base segura de la cual ellos pueden alejarse para explorar el mundo y

poder retornar, teniendo formas de relaciones con los miembros de la familia. La personalidad sana consiente de dar confianza a la persona justa y, al mismo tiempo, de tener confianza de si mismo y de dar sostén.

Es necesario crear *bonding*, o sea una fundamentación, un vinculo, un apego duradero: solo la sensibilidad materna puede ser el elemento clave determinante de la calidad del apego a medida que el desarrollo procede. Según Bowlby es esencial para el pequeño, tener una relación calida, intima y continua con la madre. El amamantamiento representa un momento fundamental en la construcción de un lazo de apego en grado de satisfacer no solo las exigencias físicas sino también las emotivas, todas ellas necesatias para el desarrollo de un niño.

El amamantamiento materno aparece como fundamental en el modelo de la empatia descubierto por Carl Rogers, psicologo estadounidense padre del “*counseling*”, ya que los neonatos tienen necesidad de la presencia amorosa y constante de sus progenitores, y estos sienten instintivamente el deseo de estar a su lado, de tocarlos, tenerlos en brazo, de responder rápidamente a sus demandas. Además, esta teoría respeta los modos y tiempos individuales del neonato y del pequeño, atiende con protitud sus dmandas porque las cree naturales y legítimas y evita las inyterferencias en las interacciones entre la madre e hijo, mas que competentes para desarrollar entre ellos un apego y una comunicación eficaz.

Las teorías de Rogers influenciaron la vision de la maternidad favoreciendo el amamantamiento a demanda, esto significa sin horarios preestablecidos, y el *co-sleeping*, o sea trascurrir junto al hijo pequeño toda o parte de la noche, experiencia cargada de significados emotivos ya sea para la madre como para el hijo.

Bruno Bettelheim atribuye una valencia de primera importancia a la experiencia del amamantamiento y la define central en la vida del niño.

Para el psicoanalista austriaco, la lactancia materna es el acontecimiento central de la existencia infantil, el pilar fundamental sobre el que construir la confianza en sí mismo, en las personas importantes en su vida, y por extensión, en el mundo.

La lactancia materna ha sido, desde el nacimiento del hombre, la única forma de alimentación en los primeros meses de vida de un niño, una elección sin alternativas, necesaria para asegurar la supervivencia del recién nacido. Dar a nuestra Galaxia el nombre de “Vía Láctea”, es el primero de los mitos referente a la lactancia materna, después de ese son otras muchas deidades femeninas las que amamantan a sus crías. Las narrativas mitológicas y poéticas son ricas en referencias donde está claro que todos los pueblos antiguos realizaban la lactancia materna con regularidad. La leche de la enfermera, de la madre nutricia o la leche de los animales se consideraron soluciones provisionales; recurrir a ellos parecía una desgracia para su madre y, por otra parte, era menos conveniente y mucho más peligroso para la salud del niño.

A finales del siglo IV los emperadores Antonino Pío y Marco Aurelio sintieron la necesidad de adoptar medidas que podrían denominarse de promoción a favor de la lactancia materna, a través del Código de Teodosio, en el que también se sintió la necesidad de insertar una regla para regularizar la práctica de la lactancia mercenaria. En la Edad Media se creía a la lactancia incompatible con el coito y así se comenzó difundir la figura de la madre nodriza, por primera vez en las clases aristocráticas, lo que condujo a continuación, con esos practica, a un aumento considerable de la mortalidad infantil.

Ordenanzas sobre los derechos y salarios de las Madres nodrizas aparecen, con cierta frecuencia, tanto en la Edad Media tardía como en los primeros siglos de la Edad Moderna, lo que confirma el hecho de que "dar a sus hijos a una nodriza" siguió siendo una práctica bastante común,

especialmente en las familias ricas del entorno urbano. Alrededor del siglo XVIII, figuras influyentes como Rosenstein, Linneo y Ramazzini argumentaron en voz alta todas las ventajas de la lactancia materna en sus obras, pero el pensador más conocido e influyente de la lactancia materna con el pecho, un siglo más tarde, fue, sin duda, Rousseau, en el "Emilio".

Unos años más tarde, el suizo Henri Nestlé ideó una harina lechosa que tenía la virtud de ser de simple composición, constante y conocida, fácil de preparar y de larga vida útil que permitía alimentar artificialmente a un número cada vez mayor de los bebés; al mismo tiempo que comenzaron a producir botellas de alimentación de higiene más fiables.

La entrada en el mundo laboral de la mujer inflingió el golpe de gracia a la lactancia materna. El trabajar, entonces como ahora, le impidió darel pecho regularmente en función de las necesidades del niño.

Durante los años 60 y 70 la lactancia sufrió las limitaciones relacionadas con las teorías del feminismo de los años que veía en la emancipación de las mujeres el abandono de viejas obligaciones y deberes como madre, incluida la práctica de la lactancia materna.

En los últimos años, sin embargo, hemos sido testigos en todos los países occidentales a una recuperación significativa de la lactancia materna.

En 1990, la OMS y el UNICEF han puesto en marcha una campaña mundial para la promoción de la lactancia materna, que tiene como objetivo revertir la tendencia hacia el uso de sustitutos de la leche materna y para apoyar todos los esfuerzos destinados a la nutrición adecuada de los niños.

En 1992 nació la Iniciativa Hospital Amigo del Niño - IHAN (*Iniciativa Hospital Amigo del Niño*) destinado a fomentar las buenas prácticas para la promoción de la lactancia materna. Un hospital es llamado "*amigo de los niños*" cuando se embarca en una exitosa transformación de asistencia a las madres y

los niños en su lugar de nacimiento, y justifica un protocolo sobre los “Diez Mandatos” para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.:

1. Tener un mandato por escrito sobre el periodo de lactancia para darlo a conocer a todo el personal de atención de la salud.

2. Capacitar, con todos los conocimientos necesarios, la aplicación del presente protocolo al personal de atención de salud.

3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios y la aplicación de los métodos de lactancia.

4. Colocar a los recién nacidos de contacto de piel a piel con la madre inmediatamente después del nacimiento y durante al menos una hora y alentar a las madres a entender cuando el bebé está listo para amamantar, ofreciendo ayuda si es necesario.

5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si se separan de sus bebés.

6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, salvo por prescripción concreta médica.

7. Colocar al bebé en la misma habitación que la madre (alojamiento conjunto), de modo que pasen juntos todo el día durante la estancia en el hospital.

8. Fomentar la lactancia materna a demanda, cada vez que el bebé pide para su nutrición.

9. No dar tetinas o chupetes a los bebés durante la lactancia.

10. Promover la colaboración entre el personal de la instalación, el territorio, los grupos de apoyo y de la comunidad local para crear redes de apoyo para orientar a las madres en el alta hospitalaria.

La leche materna es el alimento que la naturaleza ha preparado para el recién nacido: perfecta desde un punto de vista nutricional, es rica en factores

que mejoran el desarrollo del cerebro, mejorar las defensas del niño y es la más adecuada para evitar las alergias y la obesidad, así que es lo más práctico y económico. Un bebé amamantado recibe la primera inmunización, ya que la leche materna contiene células vivas y anticuerpos. Los bebés alimentados con leche materna tienen menos probabilidades de gastroenteritis, infecciones del oído y enfermedades respiratorias; amamantar favorece un desarrollo más ordenado de la estructura mandibular y los arcos dentales.

La composición de la leche materna varía con el tiempo y durante todo el día, adaptándose a las necesidades del niño. La lactancia materna puede ser una experiencia muy intensa y gratificante para la madre y el niño, ya que no sólo es el alimento más adecuado a las necesidades del bebé, sino también el vehículo fundamental de la relación de amor especial que se crea entre ambos. Para la madre, amamantar inmediatamente después del nacimiento ayuda a que el útero vuelva a su tamaño de antes del embarazo, previene el sangrado y la osteoporosis. También facilita la pérdida de los kilos aumentados durante el embarazo, reduce el riesgo de depresión post-parto y de desarrollar cáncer de mama y útero.

Los beneficios de la lactancia materna están vinculadas a su exclusividad y duración. Es beneficioso para todos, incluso para toda la sociedad. Por lo general, los bebés alimentados con leche materna, de hecho, requieren un menor número de visitas al pediatra, menos recetas y hospitalizaciones, con ahorro substancial a las arcas del Estado. Por otra parte, la lactancia materna también es buena para el medio ambiente, ya que se produce una menor cantidad de basura y residuos plásticos en comparación con la de usar los preparados para lactantes envasados.

A pesar de ello, el Estado no protege como debiera a las madres que han tenido un hijo donde la baja obligatoria del trabajo para las madres es tan solo tres meses después de dar a luz. Posteriormente, las mujeres tienen el derecho,

tiene una o dos horas de permiso (dos con base en el trabajo realizado durante el día) para la lactancia. Esto se aplica, sin embargo, sólo para los empleados; los profesionales independientes no gozan de ninguna protección al respecto. No cambia mucho la situación en otros Estados, con la excepción de los países escandinavos, donde los incentivos a la maternidad y la lactancia son obvias y reconocen su madre y su familia, más aún, una importancia central en la sociedad, no un lastre para las arcas del estado. Además, no olvidemos, la presión de los medios de comunicación, estamos bajo la publicidad de la fórmula infantil, biberones o chupetes en todas partes y en todos los canales de televisión: farmacias, supermercados, revistas, carteles, tiendas para niños, etc.

Las madres a menudo tienden a abandonar prematuramente la lactancia debido a que no reciben el apoyo que necesitan, tanto durante el embarazo y durante la estancia en el hospital después del parto, sino también en su casa por parte de los miembros de la familia.

Antes de dar a luz, ya que no son informadas sobre como debería ser la lactancia materna y sus beneficios: sólo un pequeño porcentaje sigue las clases prenatales. Por otra parte, ya no tiene lugar, como era hace un tiempo, el aprendizaje del amamantamiento por imitación: se ha convertido, por ahora, una práctica poco común y oculta.

En el hospital a menudo no se da a la madre la información necesaria para amamantar con éxito, no se cumplen con las prácticas recomendadas por la OMS para el éxito de la lactancia materna (contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento, la lactancia durante la media hora después del nacimiento, el alojamiento conjunto) y la mujer viene sostenida en como administrar su leche, ni se enseña cómo amamantar.

En casa, entonces, que no recibe el apoyo adecuado de miembros de la familia, sobre todo el psicológico y finaliza siguiendo los consejos de utilizar

leche artificial, sin ni siquiera consultar a pediatras los que, a veces, durante las primeras visitas alientan a las madres a amamantar.

Todos ellos, en mi opinión, son las causas de la mala práctica de la lactancia materna en Italia, pero en general, en todos los países industrializados.

Elegí ocuparme de la lactancia materna en la provincia de Ragusa porque quería entender cuáles fueron los factores que influyen en la elección de las nuevas madres a amamantar a sus bebés con fórmula de alimentación, mixto o exclusivo.

Los objetivos de la investigación son:

- Investigar y analizar cuáles son las variables que favorecen o no la lactancia materna;
- Comprobar si las primeras prácticas hospitalarias estaban en consonancia con la orientación proporcionada por el UNICEF y la OMS en el campo de la lactancia materna;
- Entender si las madres han recibido apoyo psicológico y emocional de los profesionales antes y después del parto;
- Investigar si las madres han recibido el apoyo sus casa de familia;
- Analizar cómo el condicionamiento de la sociedad a través de los medios de comunicación ha influido en el éxito de la lactancia materna;
- Relacionar las variables más significativas (edad, nivel de educación, otras experiencias de lactancia materna, la frecuencia de las clases prenatales, el contacto piel a piel, alojamiento conjunto, de apoyo de la familia, volver al trabajo, etc.).

La investigación que he llevado a cabo en esta tesis doctoral fue una investigación cuantitativa, realizada a través de la administración de tres cuestionarios. Es un tipo de cuestionario estandarizado, donde las preguntas son cortas y está organizado según un orden temporal de los acontecimientos.

Por otra parte, las preguntas del cuestionario son preguntas sencillas y claras, pertinentes y específicas.

El primer cuestionario fue dirigido a las nuevas madres en el "tercer día", es decir, el tercer día de vida del recién nacido, que suele coincidir con la fecha de alta del hospital, en la sala que se les asignó durante la hospitalización. La primera parte se relaciona con los datos relativos a la edad, la educación, las de la profesión, la presencia de otros niños, a cualquier otra experiencia en período de lactancia. La segunda parte del cuestionario incluyó preguntas específicas relacionadas con la experiencia del parto, la condición emocional de la nueva madre, a respetar las normas establecidas por el UNICEF para el éxito de la lactancia materna y el tipo de alimentación del niño, para un total de catorce preguntas, todas las preguntas cerradas.

El segundo cuestionario se realizó por teléfono en el tercer mes de vida del niño y espera diez preguntas cerradas.

El tercer cuestionario se administró a los seis meses de vida del niño, por teléfono, pero sólo para las madres que al tercer mes de vida de su hijo le proporcionó una fuente de alimentación exclusiva con leche o mixta.

Todos los cuestionarios son anónimos. Los únicos datos que le permite rastrear la madre es el número de teléfono que me requiere para la administración de los dos cuestionarios sucesivos.

La muestra consideré para mi investigación consiste en las mujeres que dieron a luz en el período comprendido entre marzo de 2014 y diciembre de 2014, los departamentos de Obstetricia y Ginecología "María Paterno Arezzo" de Ragusa y el "Mayor" del Hospital Modica.

Todos los datos que he recogido se procesaron mediante el programa estadístico SPSS. Después de analizar todas las variables tenidas en cuenta y observados después de la administración de 208 cuestionarios, creo que puedo

decir que la hipótesis de que postulé al principio de la ruta fueron confirmadas al procesar los datos.

El 87% de las mujeres dieron a luz en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital "María Paterno Arezzo" de Ragusa, mientras que el restante 13% en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Mayor" de Modica.

Las 208 mujeres que han estado analizadas tenían una media de edad de 32,2 años; la edad mínima fue de 19 años y la edad máxima fueron 46 años. De la tabla de contingencia entre la edad y la alimentación del tercer mes muestra que las mujeres que tienen edades comprendidas entre los 26 y 35 amamantan en el 48,2% de los casos. Las mujeres con una edad entre los 36 y los 46 años lo hacen en un 43,1% de los casos. Por último, las personas con edades comprendidas entre los 19 y los 25 años solamente el 30% de los casos 25 años lo hacen.

El porcentaje se reduce al incorporar los niños de mas de seis meses de edad, pero no cambia, el rango de edad que mas amamanta (26-35 a 37,7%). El porcentaje es ligeramente inferior, al 36,6% de su banda para las mujeres con una edad entre 36 y 46 años. Una vez más el porcentaje más bajo, 30%, se refiere a las mujeres que están amamantando exclusivamente a partir del sexto mes de vida del niño, con edad entre 19 y 25 años.

Se puede interpretar esto pensando que las mujeres más jóvenes que son las más inmaduras y con un enfoque a la maternidad más infantil. Las mujeres, sin embargo, con una mayor edad, probablemente sienten el peso de la edad y la fatiga física y mental que implica la maternidad y la lactancia materna, y lo que los hace condicional en esta elección.

La tabla de contingencia, entre el grado y el tipo de fuente de alimentación para el tercer mes del niño, muestra que la lactancia materna exclusiva es practicado por un 47,9% de las madres graduadas a nivel

universitario, desde el 45,7% de las madres con educación secundaria, y con un 40,5% de las madres con nivel primario de educación. Alimentan con leche artificial 48,6% de las madres con nivel primario de educación, el 37,5% de las graduadas a nivel universitario y el 28,3% de las madres con un diploma de escuela secundaria.

La tabla de contingencia, entre el nivel de educación y el tipo de alimentación del niño a los seis meses, evidencia que la lactancia materna exclusiva es practicada por un 41,7% de las madres de educación universitaria, del 35,9% de las madres con educación secundaria superior, del 32,4% de las madres con educación primaria.

Alimentan artificialmente el 54,1% de las madres educación primaria, el 52,1% de las madres universitarias y el 48,9% de las madres con un diploma de escuela secundaria.

Aquí aquí lo muestra claramente que la educación juega un papel fundamental en el éxito de la lactancia materna.

Las mujeres de la muestra en el 47,6% de los casos son amas de casa, el 36,1% estaban con empleo remunerado y en el 16,3% de los casos realizan los servicios profesionales.

De la tabla de contingencia, entre el trabajo y la alimentación al tercer mes, es que las amas de casa brindaban lactancia materna exclusiva en el 45,6% de los casos, las empleadas en el 44,6% de los casos y los profesionales independientes en 44.9% de los casos. Se puede ver aquí sólo una ligera diferencia entre diferentes porcentajes, tanto para la alimentación artificial como para la leche materna.

A los seis meses, la situación cambia y se desprende de la tabla de contingencia que las mujeres que practican la profesión son las que brindan lactancia exclusiva en el 41,2% de los casos, las amas de casa en el 38% de los casos y los empleados en el 32,3% de los casos.

Creo que la mayoría de las mujeres que practican la profesión tienen la oportunidad de tener tiempo libre, alejándose de su trabajo pero de manera independiente, sin duda resultando en daños económicos. Recordemos que la maternidad desde un punto de vista económico no es reconocida por las carreras profesionales.

Las madres a las que se les administró el cuestionario son el 87,5% de la nacionalidad italiana. El 59,6% de ellas fue la primera experiencia de la maternidad. Entre las mujeres que ya han tenido otros niños, el 64,3% de ellos tenía otras experiencias de la lactancia materna, el 74,1% de los cuales por un período superior a seis meses.

En la tabla de contingencia entre las mujeres que ya han tenido la experiencia de amamantar hasta los seis meses del niño, muestra una diferencia muy significativa: las mujeres que no han amamantado a otros niños en período de lactancia artificial en el 88% de casos. Se crea una especie de lealtad, como si una madre que no ha amamantado al primer hijo se siente incapaz de hacerlo por sí.

Las madres que han tenido otras experiencias de lactancia materna con otros niños, amamantan a su segundo o tercer hijo en el 56,9% de los casos hasta el sexto mes de edad del niño.

Reconociendo que los datos muestran que sólo el 33,7% de las madres asistieron a un curso de preparación para el parto, mientras que el 66,3% de ellas nunca ha hecho.

La tabla de contingencia entre la frecuencia de asistencia a las clases prenatales y alimentación a los seis meses del niño emerge como otro dato muy interesante porque nos muestra que, entre las madres que amamantan exclusivamente, el 53,8% de ellos asistió a clases prenatales, mientras que el porcentaje se reduce al 26,5% para aquellos que no lo han hecho. Es clara la importancia de la información y el conocimiento de las mejores prácticas para

el éxito de la lactancia materna correcta porque, el 95,7% de las mujeres que asistieron a un curso de preparación para el parto afirma haber recibido información sobre los beneficios de la lactancia materna.

El 37,5% de las madres había parido por cesárea, mientras que el 62,5% tenían un parto espontáneo. Aunque el parto incide mucho en el éxito de la lactancia materna, es así que el 23,4% de las madres que han parido por cesárea realizan un amamantamiento, mientras que esta cifra se eleva, casi el doble, al 43,9% en el caso de madres que hayan tenido un parto espontáneo. Una vez más estamos tratando con algo que tiene un efecto significativo en el éxito de la lactancia materna. Si los estudios demuestran que incluso con el parto por cesárea se puede amamantar sin dificultad, las evidencias demuestran que se pueden llegar a crear algunas dudas y te hacen pensar acerca del uso de esta práctica, especialmente en los hospitales del sur de Italia. Las mujeres que han sido sometidas a cirugía, como un parto por cesárea, tienen más dificultades en el manejo del niño durante los primeros días y el dolor de la herida y la propia intervención farmacológica, afectando a menudo, de manera más evidente, el éxito de la lactancia materna.

El 62% de las madres tuvieron contacto de piel a piel con su bebé inmediatamente después del nacimiento, mientras que el 38% de ellas esto no ha sucedido. 41,4% de las madres que tenían un contacto de piel a piel con su bebé inmediatamente después del nacimiento iniciaron la lactancia de manera exclusiva; el porcentaje se reduce al 27,4% entre las madres que no tenían tal contacto.

Este es también un hecho que debería hacernos reflexionar sobre la importancia del respeto de los procedimientos del hospital descritos por la OMS y el UNICEF.

Las mujeres que tuvieron a su bebé al pecho en menos de media hora después del parto fue del 41,8%, mientras que el 58,2% de ellas no lo hizo.

Las mujeres que han contactado a su bebé en la primera media hora después del parto amamantan exclusivamente en el 50,6% de los casos. El porcentaje se redujo a la mitad y llega a 25,7% para las mujeres que no respetan este procedimiento indicado por la OMS y el UNICEF.

La práctica hospitalaria del *rooming-in* fue respetada en el 84,6% de los casos. En particular, se encontró que las madres que han tenido la oportunidad de tener en su habitación al niño durante la estancia en el hospital amamantan en el 38,5% de los casos, mientras que este porcentaje se reduce al 22,7% para las mujeres que no tenían esta posibilidad.

El 82,2% de las madres se han sentido tranquilizada por el personal médico del hospital en su capacidad de amamantar asumiendo que era lo mas adecuado. Estas mujeres, al sexto mes de vida del niño, amamantan exclusivamente en el 38,2% de los casos. El porcentaje de mujeres que amamantan exclusivamente con leche materna cae al 29,4% para las mujeres que no han tenido este apoyo por parte del personal médico.

Al 72,6% de las madres se les ha mostrado cómo amamantar, cuáles son las ubicaciones correctas de que la madre y el niño deben tomar para el éxito del amamantamiento. Incluso en este caso, a partir de tablas de contingencia compilados, se desprende la importancia de esta indicación. De hecho, entre las madres que han recibido esta capacitación, el 38% de ellas amamanta exclusivamente a los seis meses después del parto, el porcentaje se reduce al 32,7% de las madres que no han recibido estas prácticas explicadoras. Entre estas madres, sin embargo, vale la pena señalar, hay madres que han tenido experiencia previa de la lactancia materna y que no han solicitado la ayuda del personal de salud debido a que ya estaban al tanto de la operación de la lactancia materna y las posiciones correctas que deben adoptar los amamantar a su hijo.

El porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron apoyo en la administración de su leche sin el empleo de otros líquidos fue del 73,6%. El 41,8% de ellas amamantan exclusivamente a los seis meses; aquellas que no recibieron este apoyo fueron solo el 20,5%. Una vez más el apoyo a los padres juega un papel vital en el éxito de la lactancia materna.

El 78,4% de la muestra recibió información sobre el funcionamiento de la lactancia a demanda: el 40,9% de ellas amamantan a sus bebés exclusivamente, el 22% es el porcentaje relativo de mujeres que amamantan, pero las cuales, a diferencia de las primeras, no tienen esta información por parte del personal médico.

Incluso en este caso se duplican los porcentajes cuando la información está presente.

El 60,1% de las madres recibió información sobre el uso de chupetes y sus contraindicaciones relacionadas con el éxito de la lactancia materna. Estas mujeres amamantan exclusivamente en el 43,1% de los casos. El porcentaje se reduce al 28,2% para las mujeres que no recibieron esta información: podemos señalar que la información correcta es decisiva para el éxito de la lactancia materna.

En el día del alta hospitalaria el 54,8% de los niños son amamantados con leche materna, el 34,1% con leche de fórmula y leche materna (alimentación mixta) y el 11,1% con leche de fórmula. Entre las madres que en la fecha de alta utilizaban los preparados para lactantes, el 92,3% de ellos continúa con la fórmula infantil en el sexto mes vida, el 7,7% administra alimentación mixta y ninguno de ellas utilizará la leche materna; entre las que amamantaban exclusivamente dentro del hospital, el 32% a los seis meses, utiliza sustitutos lácteos, mientras que el 55,3% amamantan exclusivamente.

Estas cifras muestran la importancia de comenzar en las primeras horas después de dar a luz a amamantar a su hijo y que la administración de leche

artificial en estos primeros momentos de la vida del bebé afecta irreversiblemente el éxito de la lactancia materna.

Otro hallazgo que surgió de la investigación y en la que es necesario pensar mas en profundidad es lo relativo a las motivaciones que llevaron a la madre a administrar alguna fórmula infantil, absolutamente contraindicada la acción por la OMS y el UNICEF, ya que inhibe la producción de leche materna y decreta irrevocablemente el fracaso de la lactancia materna. Al tercer mes de vida del niño, las madres deciden darle algún sustituto lacteo principalmente por presuntas bajas producciones de su propio seno (67,3%), luego por razones de salud de la madre o el niño (15,3%), falta de crecimiento del bebé (9,2%), motivos de trabajo (7,1%), pero también porque la lactancia materna se considera una actividad demasiado estresante (1%).

Esto es un dato particularmente significativo porque una hipoagalactia significan una falta de leche materna, que no permite realizar un suministro de leche suficiente para satisfacer exclusivamente las necesidades nutricionales del niño. Sin embargo, debemos señalar que hay dos tipos diferentes: la hipoagalactia primaria, cuando las causas se deben a la salud materna y la hipoagalactia secundaria, es decir, debido a factores externos tales como la interferencia de chupetes, biberones, utilizar leche artificial, etc.. La primera forma de hipoagalactia se ven afectadas sólo el 5% de las mujeres embarazadas, y las causas se deben a razones de salud reales, como algunas formas de diabetes, algunas enfermedades de la tiroides, las intervenciones de reducción de mama o mastectomía, pero el restante 95 % sufre de una hipoagalactia se debe a que sólo no se dispone de la información correcta.

El 64,6% de las madres recuerda que el pediatra durante la primera visita ha subrayado la importancia de la lactancia materna y les ha aconsejado en insistir con el amamantamiento de manera exclusiva. De la tabla de contingencia entre la alimentación del niño al sexto mes de vida y el consejo

del pediatra de insistir en el amamantamiento exclusivo surge un dato muy relevante. La tabla muestra, en efecto, que las mujeres a las que el pediatra recomienda insistir en la alimentación con biberón con leche materna continúan de este modo a los seis meses en el 51,3% de los casos, pero el porcentaje se reduce drásticamente al 9,5% para las mujeres que son mama en las que el pediatra no les ha aconsejado a persistir con la lactancia materna. Esta diferencia en los porcentajes entre la alimentación mixta y artificial es el más alto que he encontrado. Muestra una dependencia total de las madres con su pediatra y de su consejo y a que se dejan llevar por sus palabras. Tal vez sería muy importante que los pediatras tuvieran mayor conciencia en otorgar información clara y sincera sobre los beneficios amamantamiento para las madres y los niños. Recordemos que han sido muchos los escándalos, tanto en Italia como en el extranjero, en la complicidad de los pediatras con los fabricantes de preparados para lactantes.

El chupete ha sido utilizado por el 56,2% de los niños: los que utilizan chupetes se alimentan principalmente con leche de fórmula, con precisión en el 64% de los casos. Los niños que no usan chupete, por el contrario, son en su mayoría alimentados con leche materna exclusivamente, en el 56,4% de los casos. El uso del chupete, según lo sugerido por la OMS y el UNICEF, no es propicio para el éxito de la lactancia materna exclusiva.

En cuanto a la actitud hacia la lactancia materna respecto a la pareja de la madre, ha demostrado ser beneficioso en el 79,1% de los casos, indiferente al 11,9% de las situaciones y de malestar en el 9% de los casos. Entre las mujeres cuya pareja estaba molesto amamantaba naturalmente al sexto mes de vida del niño, de hecho, el 93,8% de ellas lo hacía de manera artificial. Esto muestra cómo la mujer se deja influir con la actitud de su pareja, sobre todo en un momento delicado como el de nacimiento del niño, un evento que cambia inevitablemente y de forma irreversible el equilibrio en una pareja,

especialmente en la llegada de los primogénitos. El binomio madre-hijo a menudo excluye al padre que a veces le cuesta entender cual podría ser su nuevo papel dentro de la familia y se siente empujado a un lado e ignorado. Aquí es que el la lactancia materna es un evento que lo coloca frente a esta nueva situación que a menudo, el padre vive con desapego e incluso con fastidio.

El 82% de las mujeres recibieron ayuda y el apoyo de los miembros de la familia en el hogar una vez que salieron del hospital; en particular, estas mujeres amamantan en el 41,1% de los casos, mientras que aquellas que no recibieron este apoyo, lo hacen sólo en el 15,6% de los casos. Es evidente, también en este caso, lo que afecta el apoyo de los miembros de la familia inmediatamente después del nacimiento para el éxito de la lactancia materna.

El análisis de los datos mostró que el 34,8% de las madres no se sentía positivamente condicionada por ninguna persona en la elección de amamantar. Estas mujeres daban leche en forma artificial en el 69,4% de los casos. La cifra se invierte porque las mujeres que, por el contrario, han recibido el apoyo de todo su entorno amamantan en el 63,3% de los casos.

Las madres que no han sentido condicionadas negativamente fueron el 70,8%. Los suegros lo hicieron en un 11,2% de los casos y amigos en un 7,3%; las mujeres que han sentido una influencia negativa por parte de todos amamantan artificialmente en el 100% de los casos.

El 86,5% de las madres recibieron anuncios que promueven los sustitutos de la leche materna o suplementos para la alimentación artificial.

Al tercer mes de vida las madres que han expresado su deseo de amamantar a su hijo es de 64%.

A los seis meses, el 50,6% de las madres amamantar artificialmente, el 12,9% lo hace mixta y sólo el 36,5% de sus bebés son alimentados exclusivamente con leche materna.

Entre las madres que han decidido darle a su hijo un suplemento, el 73,5% decidió hacerlo por supuesta hipoagalactia, el 10,2% de ellas lo hicieron por razones de negocios, de hecho, el 62,8% de las madres volvieron a trabajar en el sexto mes de vida del niño o antes.

El 76,8% de las madres dice que quiere prolongar la lactancia materna más allá del sexto mes. Esta pregunta se hizo tanto a las madres que estaban amamantando en el tercer mes de manera exclusiva, como para aquellas que lo hacía de manera mixta.

Al final de mi tesis doctoral, es un tema en el que me siento reflejada, por el tiempo durante el que realice los estudios y porque este tema que me toca de cerca, después de haber amamantado a mis dos hijas durante muchos meses y exclusivamente con leche materna, creo en la importancia lactancia materna y que falta mucho por hacer para que la información recibida sea correcta.

Los resultados de mi investigación reflejan la importancia del cumplimiento de las buenas prácticas establecidas por la OMS y el UNICEF y la forma en que la mujer, en la fase inmediata al post-parto, inevitablemente, se somete a las influencias de miembros de la familia, los médicos, el personal de salud. Es una misión que debe llevarse a cabo por toda la sociedad porque representa una inversión para las generaciones futuras, especialmente desde el punto de vista sanitario.

Creo que la asistencia a las clases prenatales debe garantizarse a todas las mujeres embarazadas y, para ello, es necesario que sean gratuitas, seguras y con un horario flexible. Creo que estas clases prenatales también deben ser dirigidas a los padres y las abuelas, porque su comportamiento, como hemos visto, afecta en gran medida a la madre.

Todas las cifras que giran en torno a la mujer durante la estancia en el hospital deben trabajar todos los individuos en conjunto, cada uno con su

propia función, pero todo de manera coherente, de modo que la mujer pueda amamantar durante al menos los primeros seis meses de forma exclusiva y con serenidad, la vida de niño.

Los pediatras deberían ser más sensibles a la cuestión de la lactancia materna y las madres deben comprender cómo confían en ellos y su consejo.

El Estado debería apoyar a todas las madres, garantizándoles la posibilidad de amamantar, ofreciendo una mayor seguridad en el empleo y que promueva a la madre para disfrutar de la maternidad sin riesgos y problemas en el trabajo a su regreso.

Toda la sociedad debe comprender el valor de la lactancia materna para el bien común y debe dejar de juzgar a las madres que amamantan en público; de hecho, deben ser garantizadas espacios confortables y relajantes para las madres que desean amamantar en lugares públicos.

Es necesario trabajar en sinergia con el fin de instaurar en la sociedad una verdadera y adecuada "cultura de lactancia materna".

INTRODUZIONE

Il presente lavoro di ricerca nasce principalmente dalla mia scelta di diventare madre e di allattare in modo esclusivo e prolungato le mie due bambine.

È stata soprattutto questa esperienza a spingermi ad interessarmi all'allattamento e ad approfondire l'argomento concentrandomi successivamente sui suoi condizionamenti psicologici. In questi anni ho ricercato risposte che potessero rendere più chiaro il motivo per il quale una madre ritiene di non essere in grado di allattare, crede di essere inadeguata a questo ruolo o non competente. Questo senso di insicurezza, dal mio punto di vista, instillato dalla società in modo principale, causa l'abbandono precoce dell'allattamento che, come prevede l'Oms dovrebbe durare almeno fino a 30 mesi di vita del bambino.

Non sempre le madri vengono supportate dal punto di vista psicologico dai familiari, dal personale sanitario e neppure dai pediatri. Se ciò avvenisse, e questo è ciò che dimostro in questa mia tesi, la percentuale dei bambini allattati al seno sarebbe certamente maggiore.

In campo internazionale sono diversi gli studi sull'allattamento ma la maggior parte di essi analizza l'argomento più dal punto di vista sanitario che psicologico. Tutte le ricerche sulle cause dell'abbandono dell'allattamento materno sono state svolte da personale sanitario, farmacisti, ginecologi, ostetrici, infermieri, nei quali la donna è analizzata come paziente. Sònia Isabel Haorta Salvo Moreira ha intrapreso nel 2015 uno studio dal titolo "Allattamento materno: uno studio descrittivo, nei centri occidentali sanitari" nel quale ha preso in esame 81 bambini nati in questi ospedali ed ha scoperto che il 93,8% dei neonati riceve latte materno dopo la nascita ma che solo il 22,2% continua ad essere allattato al seno dopo i sei mesi di vita. Non

vengono qui analizzate le motivazioni che inducono al precoce abbandono dell'allattamento materno.

Ruis Peris, Juan Manuel nel 2011 presso il dipartimento di Farmacologia dell'Università di Valencia ha pubblicato la tesi dal titolo "Fattori associati all'inizio e all'abbandono precoce dell'allattamento materno". In questa ricerca lo studioso ha proposto dei questionari alle madri che hanno partorito presso l'Ospedale La Fe di Valencia ed ha scoperto che tra i fattori di precoce abbandono dell'allattamento materno vi sono: presenza di aborti ripetuti, madre fumatrice, sia durante la gravidanza che dopo la nascita, uso abituale di farmaci durante la gravidanza, opinione non favorevole sull'allattamento da parte della nonna, uso del ciuccio, timore di avere poco latte.

Oliver Roig, Antonio nel 2012 presso il dipartimento di Scienze Infermieristiche dell'Università di Alicante ha pubblicato la tesi dal titolo "L'abbandono prematuro dell'allattamento materno: incidenza, fattori di rischio e strategie di protezione, promozione e appoggio all'allattamento". Sono state prese in esame 270 puerpere nei diversi ospedali di Alicante. È interessante qui la relazione inversamente proporzionale tra livello di studio e abbandono precoce dell'allattamento. Inoltre gli altri fattori che emergono nell'abbandono dell'allattamento materno sono la somministrazione precoce di latte artificiale e l'uso del ciuccio. Altro elemento, che qui si orienta verso l'aspetto psicologico, è la frequenza di corsi preparto poiché l'educazione prenatale si presenta come un fattore di protezione.

Collado Hernandez, Maria Pilar nel 2012 presso il dipartimento di Pediatria, Radiologia e medicina fisica, all'università di Zaragoza, ha condotto uno studio dal titolo "Efficacia di un programma per la promozione dell'allattamento materno". Sono stati presi in esame 244 bambini nati presso l'Ospedale San Jorge de Huesca. Sono risultati fattori negativi per l'inizio e il

mantenimento dell'allattamento materno il parto cesareo, essere madre di origine spagnola e avere fumato durante la gravidanza.

In Italia è importante lo studio condotto dall'Istituto Superiore della Sanità, in particolare dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Associazione Culturale dei Pediatri del Lazio. 31 pediatri di famiglia di Roma hanno compilato un questionario insieme alle mamme di neonati sani e a termine, al momento della prima visita, nel periodo aprile-giugno 2004. Hanno partecipato 429 diadi mamma-bambino, provenienti da 34 centri nascita della città. Sono state valutate le precedenti informazioni e le esperienze vissute, con un'analisi bivariata e multivariata, per identificare i fattori associati all'allattamento esclusivo alla prima visita. Dall'analisi dei risultati è emerso che il 95% delle mamme desidera allattare. Tuttavia, oltre il 45% dei neonati ha ricevuto latte artificiale nel Centro Nascita. La prima visita dal pediatra si verifica in media a tre settimane di vita del bambino. In tale momento è emerso che l'allattamento esclusivo viene attuato nel 70% dei casi ed è associato alla frequenza di corsi di preparazione al parto, attacco al seno entro le prime cinque ore di vita del bambino, nessun supplemento di latte artificiale in ospedale, fiducia in se stessa.

Nella provincia di Ragusa, nella quale ho portato avanti la mia ricerca, nessuno ha mai trattato questo argomento.

Il mio studio è stato effettuato mediante la somministrazione di questionari: il primo alle dimissioni dall'ospedale, il secondo, telefonicamente, a tre mesi dal parto e, nel caso in cui in questa data la madre allatti in modo esclusivo o misto, le è stato sottoposto un terzo questionario a sei mesi di vita del bambino. Si vuole in questo modo constatare non soltanto se la madre allatta e in che modo, ma soprattutto si vuole indagare su quali siano i condizionamenti psicologici che influiscano sull'allattamento.

Il mio obiettivo è quello di comprendere quali sono i fattori che hanno condizionato la madre, soprattutto riguardo le prime pratiche ospedaliere che sono, a mio avviso, quelle che intervengono in modo preponderante nella buona riuscita dell'allattamento. Ho verificato se sono state rispettate le indicazioni fornite dalla campagna OMS/Unicef "Ospedale Amico dei Bambini" del 1992. In particolare, durante la somministrazione del primo questionario, oltre all'età, al titolo di studio, alla nazionalità e all'attività lavorativa, ho chiesto alle madri se hanno seguito dei corsi di accompagnamento alla nascita e se sono venute in quella sede a conoscenza dei benefici dell'allattamento materno. Ho domandato se si tratta del primo figlio, se hanno altri figli e se hanno già esperienze pregresse di allattamento. Dopodiché ho sottoposto alle madri domande specifiche su come è andato il parto: se è stato spontaneo o cesareo, se ha avuto un contatto pelle a pelle col bambino, se ha avuto la possibilità di utilizzare il rooming-in e se ha attaccato al seno il bambino entro mezz'ora da parto. La seconda parte del questionario ha riguardato invece l'aspetto fondamentale del sostegno emotivo e psicologico da parte del personale medico e sanitario. Ho chiesto alle madri se si sono sentite rassicurate sulle loro capacità di allattare, se è stato mostrato loro come attaccare il bambino al seno, se si sono sentite sostenute nel somministrare al bambino solo il loro latte senza aggiunta di altri liquidi o alimenti diversi dal latte materno, se è stato spiegato loro il meccanismo dell'allattamento a richiesta e se è stato consigliato loro di non offrire il ciuccio al bambino durante il primo mese. Mi sono accertata anche di verificare se sono stati offerti alle madri campioni di latte artificiale o di biberon e in che modo si alimenta il bambino. L'ultima domanda del questionario riguarda la volontà delle madri di continuare ad allattare al seno il suo bambino.

Il secondo questionario è stato effettuato telefonicamente e, oltre a chiedere alle madri il tipo di alimentazione del bambino, mi sono accertata della motivazione che ha spinto loro a fornire aggiunte di latte artificiale. E' stato, inoltre, chiesto se il pediatra alla prima visita abbia consigliato loro di proseguire con l'allattamento materno o se invece abbia consigliato delle aggiunte di latte artificiale. Ho domandato informazioni circa l'utilizzo del ciuccio. La seconda parte del questionario ha individuato quale clima familiare hanno vissuto le madri all'uscita dall'ospedale: se hanno ricevuto sostegno da parte dei familiari, se si sono sentite condizionate, sostenute o scoraggiate, e da chi, nella scelta di allattare, con particolare riferimento al partner. L'aspetto legato all'accertamento del condizionamento sociale è stato indagato con una domanda relativa alla visione di pubblicità in televisione, sulle riviste o nei negozi, di prodotti per l'alimentazione artificiale. Infine, è stato chiesto se ritengono che continueranno ad allattare ancora.

Nel terzo e ultimo questionario è stato chiesto alle madri come si alimenta il bambino, il motivo delle eventuali aggiunte di latte artificiale, se hanno ricevuto sostegno psicologico dai familiari, se sono rientrate al lavoro e se hanno intenzione di allattare ancora.

L'ipotesi di ricerca è che l'allattamento materno aumenti all'aumentare del sostegno psicologico e delle corrette pratiche ospedaliere. Di certo, la motivazione all'allattamento della madre e la fiducia in se stessa credo siano il punto di partenza per la buona riuscita dell'allattamento materno. Tra le variabili da analizzare con attenzione non bisogna dimenticare il livello di istruzione e la frequenza o meno ai corsi di preparazione alla nascita. Sarà interessante valutare anche il ruolo dei nonni che, essendo stati genitori negli anni in cui i pediatri consigliavano l'allattamento artificiale come unica alimentazione corretta del neonato, spesso sconsigliano e scoraggiano

l'allattamento al seno prediligendo l'uso del biberon che, per altro, li rende partecipi nell'alimentazione del nipote.

Non dimentichiamo che la buona riuscita dell'allattamento materno dà vita ad un legame profondo e duraturo tra madre e bambino: i due si contemplanò a vicenda durante l'allattamento e si crea una condizione di benessere per entrambi che si ripercuote inevitabilmente all'interno della famiglia e, di riflesso, nell'intera società.

PARTE I

STUDIO TEORICO

CAPITOLO I: L'ALLATTAMENTO MATERNO

L'allattamento materno viene definito come il periodo nel quale un neonato viene allattato. Il latte materno è sempre stato il primo ed unico nutrimento adeguato alle esigenze del bambino appena venuto alla luce.

Il latte dei mammiferi è definito infatti un secreto *specie-specifico*, ossia un latte prodotto dalle femmine di ogni specie che è adatto alle esigenze di crescita, protezione e sviluppo del proprio particolare bebè.

Ciò che ormai è evidente e chiaro è che i nutrienti del latte, cioè la parte utile per la buona crescita del neonato, rappresentano soltanto una parte del componente del latte. Esso contiene molto di più per proteggere la salute del bambino e favorirne lo sviluppo.

La diade madre-figlio rappresenta il fulcro di questo processo che, attraverso l'allattamento, si sviluppa con successo e in modo armonico.

Il processo di integrazione del bambino nel mondo sociale, lo sviluppo delle sue capacità per la vita nella società, la sua comunicazione verbale e gestuale, i suoi vincoli affettivi, iniziano e si sviluppano in questa relazione essenziale di pari passo con il suo sviluppo biologico. (M.P.M. Richards, 1974)

La madre mette al mondo un essere totalmente dipendente che, grazie allo sviluppo di un'autonomia progressiva, diventa un essere indipendente. Sul piano biologico, la gestazione, che inizia con il concepimento, finisce nel momento del parto in cui ha inizio l'autonomia respiratoria del neonato. Attraverso l'allattamento, si mantiene il rapporto tra madre e figlio in modo unico. Le ore successive al parto consentono al neonato di acquisire poco alla volta l'autonomia termica, immunologica e nutritiva. Il ritmo che si instaura tra madre e figlio subito dopo il parto è ricco e stimolante per entrambi. Gode di una sincronicità e reciprocità perfette per quanto riguarda i bisogni, i tempi, gli stati del bambino. Madre e figlio "si capiscono" e "si sentono" attraverso un loro "codice privato". (Bollea, 1995)

Se osserviamo ciò che succede durante una poppata, ci accorgeremo di uno dei momenti più ricchi del periodo iniziale. Nei primi giorni, quando il bambino è sveglio, riesce a mettere a fuoco a 20 cm, la giusta distanza per le sue capacità visive in questo periodo, mentre tutto il resto risulta ancora molto sfuocato. Non tutte le madri percepiscono che il loro bambino le sta osservando. Solo tra le 6 e le 8 settimane il neonato fisserà attentamente lo sguardo negli occhi di chi lo guarda. Per un adulto è difficile comprendere che il bambino possa stare sveglio con gli occhi chiusi, tuttavia le madri, mentre allattano, riconoscono che il loro bambino sta attento. Nei primi giorni, la sua bocca è attivamente impegnata nel processo di attenzione e risposta ai movimenti che la madre compie offrendogli il seno. Questa situazione viene definita “sveglia orale”, come controparte o completamento della sveglia visuale.

Da sempre l'allattamento è stato considerato per la sua funzione alimentare sebbene esso si prolunghi oltre il periodo dell'ingestione di latte. Durante i primi sei minuti, si ingerisce l'84% del volume di una poppata che però si prolunga fino a venti o trenta minuti. (Pereira, Martell, Diaz Rossello, Martinez, 1984).

Molte madri ammettono che il bambino continua a giocare col capezzolo e che l'intensità e la frequenza della suzione cambia e diviene più lenta. Potremmo definirla una suzione non nutritiva.

La madre, nel gioco con suo figlio e stimolando la sveglia orale e accompagnandola con altri stimoli tattili e verbali, entra in ritmo col bambino e questa interazione diventa più lenta al pari della suzione alla fine della poppata. Entrambi passano da una tensione iniziale a una distensione, da un ritmo rapido a uno lento. Si calmano simultaneamente e mutuamente. Questo rituale, che si ripete varie volte al giorno, può essere un rinforzo dei

meccanismi che producono dipendenza, come suggerito da Kessen (1967) Schaffer (1972), Bernardi (1982).

Durante l'allattamento il neonato percepisce fondamentalmente attraverso la sua bocca e per brevi periodi accompagna questa sensazione con la visione del volto di sua madre. L'esperienza dell'allattamento per il neonato è anche l'inizio del transito dalla percezione esclusiva per contatto alla percezione a distanza (visuale).

Il seno è l'oggetto che la madre offre al suo bambino e dal quale il bambino dipende al punto, come ricordava Freud, di percepirlo, nelle prime fasi della sua vita, come una parte del proprio corpo. In realtà, il seno materno appare come un oggetto da sempre sdoppiato: da un lato soddisfa i bisogni più elementari del bambino, quelli legati alla fame e alla sete, è cioè un *seno-oggetto*, dall'altro lato è il segno della presenza amorevole e accudente dell'Altro, è un *seno-segno*. E' questa la trasmutazione che investe il seno, il quale non è più solo l'oggetto del soddisfacimento del bisogno, ma diviene un segno del desiderio dell'Altro, un segno d'amore. (Recalcati, 2015)

1.1 L'ALLATTAMENTO NELLA STORIA

"Quando la divina Era si accorse che il lattante attaccato al suo seno era Eracle, nato dagli amori adulterini del suo sposo Zeus con la bella ninfa Alcmena, lo allontanò con rabbia da sé; ma il latte continuò a sgorgarle dal seno lasciando una striscia bianca nel cielo. Fu così la via Lattea".

Il mito, uno dei tanti che appartengono al ciclo dei tradimenti di Zeus e delle vane collere di Era, è forse soltanto il più famoso tra gli innumerevoli miti che presso tutte le popolazioni del mondo rimandano al tema

dell'allattamento. Il segno, inequivocabile, questo, dell'importanza che tutte le culture umane hanno rivolto a questa delicata funzione della donna.

Si è di fronte, con l'allattamento, ad uno di quei dati antropologici dei quali sembra quasi inutile voler tracciare una storia, tanto esso appare legato necessariamente all'esigenza di assicurare il primo nutrimento al bambino.

Presso i popoli antichi o quelli che, per comodità, chiamiamo "primitivi" l'allattamento al seno si presenta quasi come una scelta senza alternative. Nessuna madre si ritiene dispensata da un tale ufficio in virtù di qualche sua condizione di privilegio. Le stesse divinità femminili allattano i propri piccoli. Le narrazioni mitologiche e poetiche sono ricchissime di riferimenti del genere: Efesto allattato da Era, Ettore da Ecuba, Astianatte da Andromaca e così via. Lo stesso in Egitto: Iside, la dea della fecondità è spesso rappresentata con molte mammelle e con il figlio Horus attaccato al seno. Lo stesso ancora nella tradizione biblica: la moglie di Abramo allatta Isacco, Rebecca allatta Giacobbe.

Certamente è presente, anche in questi casi, una attenzione per le circostanze in cui l'allattamento materno non è possibile. E si parla di nutrici: Ulisse è allattato da Euriclea che subito lo riconosce al suo ritorno ad Itaca sotto le spoglie del mendico, in virtù del legame profondo che l'allattamento ha creato tra loro. Oppure di animali cui quel compito è demandato: tocca ad una lupa allattare i piccoli Romolo e Remo. Ma, ripetiamolo, l'allattamento materno è la regola, infranta solo in casi di assoluta necessità.

La diffusione pressoché universale della pratica dell'allattamento al seno non escludeva né esclude differenze che ancor oggi è possibile verificare.

In alcuni casi il piccolo viene attaccato al seno subito dopo la nascita, in altri qualche giorno più tardi, dopo la caduta del moncone ombelicale; altre volte l'allattamento al seno viene protratto molto a lungo, fino a due anni ed anche oltre, in altri viene progressivamente interrotto assai prima.

A quanto sembra, per molto tempo, le cose non mutarono: il latte della nutrice o il latte animale erano considerati soluzioni di ripiego. Il ricorso ad essi sembrava un disonore per la madre e, oltretutto, risultava meno comodo e, come ben ci si rendeva conto, assai più pericoloso per la salute del bambino.

In particolare viene avanzata la curiosa tesi che il latte materno altro non è, sebbene refluito verso l'alto e sbiancato all'aria e al calore, che lo stesso sangue che ha portato a termine il piccolo essere nei "recessi segreti" del corpo materno, cosicché rifiutare il proprio latte significa non portare fino in fondo la propria maternità ed assumersi il rischio che, nel piccolo, l'influenza del seme dei genitori venga alterata da quella di chi gli fornirà il primo nutrimento.

Nonostante tali perorazioni, però, il nuovo costume continuò probabilmente a diffondersi, se è vero che gli imperatori Antonino il Pio e Marco Aurelio sentirono la necessità di svolgere quella che diremmo un'azione promozionale e favore dell'allattamento materno, fino a prevedere sovvenzioni per le madri che se ne facessero carico, e nel Codice Teodosiano, della fine del IV secolo, si avvertì il bisogno di inserire una norma che regolarizzasse la pratica dell'allattamento mercenario.

Ordinanze circa i doveri ed i salari delle nutrici compaiono, con una certa frequenza, anche nel tardo medioevo e nei primi secoli dell'età moderna, a conferma del fatto che "dare i figli a balia" continuava ad essere una pratica abbastanza diffusa, soprattutto nelle famiglie agiate di ambiente urbano. Del resto era questa una fonte di reddito non indifferente per le famiglie del contado: si è calcolato che nelle campagne intorno a Parigi il baliatico offrì una ragguardevole integrazione di reddito per almeno 12000 famiglie contadine.

Proprio i dati relativi alla mortalità dei bambini affidati a nutrici o allattati con latte animale (particolarmente raccomandato, ma di difficile impiego,

quello di asina), insieme al più generale movimento di idee, manifestatosi intorno al XVIII secolo, teso a rivalutare tutto quanto fosse "naturale", determinarono un forte riorientamento dell'attenzione dei medici e dei naturalisti a favore dell'allattamento materno. Le motivazioni addotte continuavano ad essere le stesse proposte in passato. Uno studioso svedese, Rosenstein (1706- 1773), rimarcava che l'allattamento materno non solo è giovevole alla salute del bambino e della puerpera, ma soprattutto ad ottenere che il bambino si appropri dell'indole e delle inclinazioni materne. Linneo, il famoso naturalista settecentesco, in una sua operetta intitolata "La nutrice maligna o Dissertazione sugli eventi funesti dell'allattamento mercenario", dopo avere indicato i rarissimi casi in cui è sconsigliabile l'allattamento materno, passava poi ad elencare puntigliosamente tutti gli effetti nocivi di un allattamento diverso, quand'anche ci fosse stata accorta valutazione delle condizioni di salute della nutrice. E che le nutrici andassero incontro a specifiche malattie, con effetti perniciosi sui bambini loro affidati, era stato già indagato da Bernardino Ramazzini (1633-1714) in quel primo trattato sulle malattie professionali che è il "De morbis artificu". Ma il paladino più noto ed influente dell'allattamento al seno materno fu indubbiamente Rousseau, nell'"Emilio".

A partire da queste date, fine Settecento-Ottocento, la situazione diventa in un certo modo contraddittoria.

Da una parte, infatti, si moltiplicano gli appelli degli esperti a favore dell'allattamento materno, tanto che nel 1874 l'Assemblea Nazionale francese votò una legge per la sua promozione (Legge Rousseu). E certamente hanno un qualche peso anche gli sforzi della letteratura e della pubblicistica del tempo tesi a declinare l'immagine della donna nella rassicurante versione borghese di "angelo del focolare".

D'altronde, però, circostanze d'ordine diverso stimolano un più largo ricorso a forme di allattamento non materno.

Si tratta, anzitutto, delle scoperte relative alla composizione chimica del latte da cui scaturisce l'innovazione rivoluzionaria della produzione di latti artificiali, che consentono l'allattamento manuale domestico del bambino con prodotti che si vengono via via sempre più migliorando.

Un ruolo importantissimo ebbe in questa avventura lo svizzero Henri Nestlé (1814-1890) il quale mise a punto una farina lattea che aveva il pregio di essere semplice, di composizione nota e costante, facile a prepararsi e di lunga conservabilità. Forse solo apparentemente meno importanti sono le innovazioni che si realizzano, già nell'Ottocento, nella produzione dei poppatoi, che divengono sempre più igienicamente affidabili. Ricordiamo, ad esempio, l'introduzione poco dopo la metà del secolo della tettarella in gomma, molto più facilmente lavabile dei complicati sistemi di tappi e spugne usati in precedenza.

Altrettanto decisivi sono gli imponenti fenomeni d'ordine sociale connessi alla rivoluzione industriale e al più massiccio ingresso delle donne in mansioni lavorative che le allontanano da casa e rendono problematico il ricorso o quanto meno il prolungamento dell'allattamento al seno.

I cambiamenti legati ai processi di urbanizzazione e alla diversificazione delle condizioni lavorative e sociali delle donne insieme alla disponibilità di sempre più affidabili latti artificiali ebbero ripercussioni importanti sulle consuetudini alimentari della prima infanzia. Soprattutto a partire dai primi decenni del XX secolo si ridusse drasticamente la percentuale dei bambini allevati al seno e ancor più si accorciò la durata dell'allattamento materno.

A tutto ciò doveva poi aggiungersi l'evidente interesse delle case farmaceutiche produttrici di latti artificiali a raccomandarne l'impiego, sia magnificandone i requisiti, sia scoraggiando le madri dall'allattamento al seno,

di cui si sottolineavano i rischi per la salute e per la "linea". A tali campagne a favore dell'impiego dei latti artificiali collaborarono o per lo meno non si opposero con chiarezza gli ambienti medico-pediatrici, in una connection di interessi talvolta poco limpida. Non era raro che i difensori del "latte di mamma " venissero attaccati dai convertiti al latte artificiale come nostalgici tradizionalisti fuori del tempo.

Negli ultimi anni si è però assistito in tutti i paesi occidentali ad una sensibile ripresa dell'allattamento materno. Il primo impulso a questo mutamento di indirizzo venne dagli Stati Uniti, dove nel 1956 sorse la Leche League. Successivamente, dietro sollecitazione di organismi internazionali, come l'OMS e l'UNICEF, moltissimi paesi hanno avviato campagne e progetti per la promozione dell'allattamento materno.

La Leche League è un'associazione di volontariato che si dedica al sostegno delle mamme che desiderano allattare. Il loro obiettivo è aiutare le madri in tutto il mondo ad allattare, attraverso il sostegno da mamma a mamma, l'incoraggiamento, la diffusione di informazioni e la sensibilizzazione, nonché promuovere una miglior comprensione dell'allattamento quale elemento fondamentale per uno sviluppo sano di mamma e bambino.

1.2 L'ALLATTAMENTO IN PSICOLOGIA

Nel corso dei secoli, la psicologia ha iniziato ad occuparsi, parallelamente al rapporto madre-figlio, all'argomento relativo all'allattamento. Si è compreso subito che l'allattamento non sia solo legato all'aspetto nutritivo ma che esso sia carico di valenze psicologiche rilevanti per la formazione e lo sviluppo armonico del bambino.

L'allattamento è la prima relazione di cui i neonati fanno esperienza ed è proprio per questo che è densa di valori e significati molto profondi. Pertanto

la capacità della madre di essere sensibile e di rispondere alle richieste del bambino influenzano la qualità del legame e le aspettative legate a sé stesso e agli altri.

L'allattamento è un momento di unione tra due esseri umani. C'è una stretta connessione tra i comportamenti della madre e quelli del suo bambino, esattamente come in una danza: due individui s'incontrano nella loro unicità, per creare insieme qualcosa di più grande. Infatti ogni diade madre-bambino ha i propri ritmi, i propri nessi e le proprie sincronie. Questi comportamenti vengono stimolati dal contatto fisico, olfattivo e visivo tipici del momento dell'allattamento ed è in questo contatto che madre e figlio iniziano a parlarsi, a conoscersi, a scambiarsi opinioni, a sorriderci e rispettarci nei loro ritmi, ma anche a sperimentarsi come madre e come bambino meritevole di cure e d'amore, scoprendo entrambi la potenza di questo originario e arcaico incontro.

Un esempio d'incontro, di danza tra madre e figlio, è quando il bambino viene trasportato tenendolo a stretto contatto fisico, come con la fascia, in modo che il calore materno possa promuovere la regolazione della temperatura corporea del bambino, assicurandogli le condizioni ideali alla sopravvivenza. Il tatto, l'odore e il calore corporeo della madre aiutano il bambino nella regolazione della respirazione, tant'è che la "sindrome di morte improvvisa" sembrerebbe essere riscontrata nei neonati che dormono da soli in culla e che quindi sperimentano una scarsa vicinanza fisica. La capacità di afferrare con forza qualsiasi cosa, il riflesso ad abbracciare, il riflesso alla suzione e la sincronia che caratterizzano l'allattamento, sottolineano quindi la funzione protettiva di questa relazione, al di là dei bisogni di nutrimento.

Osservando le madri mentre si relazionano con il neonato, si noterà come la madre tenda a regolare il proprio comportamento per accordarlo con quello del figlio: ha una voce gentile e i suoi movimenti sono rallentati.

Durante l'allattamento le madri interagiscono con il figlio in sincronia con il gesto del bambino di succhiare e di fare una pausa: quando il bambino succhia, la madre è generalmente silenziosa e inattiva; durante le pause lo accarezza e gli parla. Inoltre, l'allattamento fa sì che il corpo della madre produca ormoni che favoriscono il rilassamento e la serenità, aumentando l'istinto materno e il legame affettivo con il bambino. Da una parte c'è quindi l'intuito della madre, dall'altra c'è la rapidità con cui i ritmi del neonato si adattano a quelli della madre. E tutto questo avviene con naturalezza, proprio perché ancestrale.

Il senso di Sé si forma, anche e soprattutto, nel rapporto con l'altro. L'immagine che ognuno ha di se stesso viene costruita sulla base della relazione con gli altri significativi e, più precisamente, sulla base dell'immagine che questi altri ci rimandano di noi.

1.2.1 DONALD WINNICOTT

“La madre è la sola persona che può in modo appropriato presentare il mondo al bambino in una forma che abbia un senso per lui. Essa sa come farlo, non perché sia addestrata e abile, ma solo perché è la madre”.

Il meccanismo del rispecchiamento, come meccanismo psicologico fondamentale nella formazione della propria identità, è stato ipotizzato e studiato nei bambini, sin dai primi mesi di vita. Lo psicanalista D. H. Winnicott si è occupato di questo tema nell'opera del 1971 “Gioco e realtà”. Egli sostiene che “il precursore dello specchio è la faccia della madre”. Nei primi stadi del suo sviluppo emozionale, il bambino è assolutamente dipendente dall'ambiente, che non è ancora stato ripudiato come Non-Me.

Sostiene infatti: “La parola Io implica un notevole sviluppo emotivo; e cioè: che l’individuo si sia strutturato come unità; che l’integrazione sia ormai un dato di fatto; che il mondo esterno sia stato ripudiato e che sia diventato possibile un mondo interno”. Prima che tutto questo possa avvenire, come dicevo, “l’infante non esiste” se non come un essere totalmente dipendente dal suo ambiente, il quale è costituito fundamentalmente dalla cure materne. Tali cure, che Winnicott riassume nel concetto di “*holding*” (ossia il sostenere fisicamente e psicologicamente il lattante, tenendo conto del fatto che egli non sa che esiste qualcos’altro oltre a Sé), giungono magicamente a soddisfare i bisogni del bambino, grazie all’identificazione e ad un adattamento quasi totale della madre (grazie alle sue stesse esperienze di neonata) con quest’ultimo.

“Quando l’adattamento della madre è sufficientemente buono, esso dà al bambino l’illusione che vi sia una realtà esterna che corrisponde alla capacità propria del bambino di creare”, e ne sostiene quindi il bisogno di onnipotenza. Ad un certo punto dello sviluppo però il bambino deve iniziare ad appropriarsi della sua indipendenza, separandosi gradatamente dalla madre, che favorirà (se sufficientemente buona) tale processo mancando, piano piano, all’adattamento totale ai bisogni dell’infante. Quest’ultimo si trova perciò ad affrontare quello che Winnicott definisce “stadio della dipendenza relativa, che si rivela come uno stadio di adattamento ad un graduale de-adattamento”.

A questo punto possiamo tornare al tema della funzione di specchio svolta dalla madre nel corso dello sviluppo infantile. Winnicott afferma: “ora, a un certo punto, viene il momento in cui il bambino si guarda intorno. Forse il bambino al seno non guarda il seno. E’ più probabile che una caratteristica sia quella di guardare la faccia. Che cosa vede il lattante quando guarda il viso della madre? Secondo me, di solito ciò che il lattante vede è sé stesso. In altre

parole la madre guarda il bambino e ciò che essa appare è in rapporto con ciò che essa scorge“.

E continua ammonendo le madri a non dare per scontato questi concetti e a prestare loro attenzione per il bene dei propri figli. Quale è infatti la conseguenza che devono subire quegli infanti con una mamma abitualmente in uno stato d'animo di depressione o chiusa nelle rigidità delle proprie difese? Ella non riesce a contenere il bambino accogliendolo in sé attraverso i propri occhi; in questi casi l'allattamento non costituisce un "rapporto", ma un gesto meccanico in cui la mamma assume quasi uno sguardo "fisso", assorta nel suo stato d'animo, presente con il corpo ma assente ad un livello empatico.

E le parole con cui Winnicott descrive tutto questo sono estremamente belle e poetiche: "Molti lattanti devono avere una lunga esperienza di non vedersi restituito ciò che essi danno. Guardano e non si vedono. Ne derivano conseguenze. Prima di tutto la loro capacità creativa comincia ad atrofizzarsi, ed in una maniera o nell'altra guardano intorno cercando altri modi di riavere qualcosa di sé dall'ambiente. In secondo luogo, il bambino si abitua all'idea che quando guarda ciò che vede è la faccia della madre. In tal caso la faccia della madre non è uno specchio. Così la percezione prende il posto di ciò che avrebbe potuto essere l'inizio di uno scambio significativo." (una percezione precoce, quindi, che lo costringe a recepire quasi violentemente l'altro, il non me).

Grazie a Winnicott, ora sappiamo che essere madre significa anche accogliere il bambino, esattamente come fa uno specchio: lo specchio rende, a chi vi guarda dentro, l'immagine di colui che in lui si riflette. Il bambino che può guardare, da un punto di vista psichico, la faccia della madre come si fa con uno specchio, riceve indietro, dagli occhi di lei, l'immagine di sé stesso; questo ritorno costituisce, per l'infante, il nucleo del suo sé, sul quale crescerà e si svilupperà la sua personalità. Ma uno specchio, per restituire l'immagine

ricevuta a chi guarda, deve essere in grado di rifletterla: gli specchi appannati o impolverati, concavi o convessi, non sono in grado di rendere l'immagine così come la ricevono, non la riflettono affatto o la deformano.

Così, questo, in termini patologici, potrebbe portare “a una minaccia di caos, e il bambino organizzerà un ritiro in se stesso oppure non guarderà se non per percepire. Se il volto della madre è poco responsivo, uno specchio sarà una cosa da guardare ma non una cosa in cui guardare. Il bambino organizzerà un ritiro in se stesso oppure non guarderà se non per percepire” .

In conclusione, Winnicott specifica che quanto detto sulla funzione materna di specchio, non riguarda solamente i primi mesi di vita. Il bambino, crescendo all'interno della sua famiglia, sarà certo sempre meno dipendente dal volto materno per vedersi restituito il proprio sé, tuttavia “quando la famiglia è intatta, e continua ad esserlo nel tempo, ogni bambino trae beneficio dall'essere in grado di vedere se stesso nell'atteggiamento dei singoli membri della famiglia nel suo insieme” .

1.2.2 JHON BOWLBY

*“L'essere nutriti non risponde solo al bisogno biologico di alimentarsi,
ma risponde anche al bisogno di essere amati,
di essere nutriti d'amore e di essere accettati per chi si è”*

Negli anni '50 lo psichiatra scozzese John Bowlby cominciò a parlare di processo di attaccamento tra il neonato e l'adulto, mettendo in evidenza come la nascita fosse un momento decisamente critico per lo sviluppo della personalità. John Bowlby divenne famoso per una ricerca sulle condizioni psichiche dei bambini lontani dalla famiglia, svolta negli anni cinquanta su incarico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La ricerca fu alla base delle

successive elaborazioni della teoria dell'attaccamento e della sua attività presso la *Tavistock Clinic* e il *Tavistock Institute of Human Relations* di Londra.

Bowlby aveva intuito che l'attaccamento rivestisse un ruolo centrale nelle relazioni tra gli esseri umani dalla nascita alla morte.

Insieme a Mery Ainsworth, anch'ella psicanalista e sua collaboratrice, lavorando all'applicazione di tale teoria, ha contribuito a dimostrare come lo sviluppo armonioso della personalità di un individuo dipenda principalmente da un adeguato attaccamento alla figura materna o a un suo sostituto (Ainsworth, 1978).

Bowlby definisce il comportamento di attaccamento come “ogni forma di comportamento che appare in una persona che riesce ad ottenere o a mantenere la vicinanza a qualche altro individuo differenziato e preferito”. Il comportamento d'attaccamento è innescato dalla separazione o dalla minaccia di separazione dalla figura d'attaccamento. Viene eliminato o mitigato per mezzo della vicinanza che può variare dal semplice essere in vista, alla vicinanza fisica accompagnata da parole di conforto, all'essere tenuti stretti e coccolati.

La relazione di attaccamento è dunque un legame significativo e di lunga durata, di natura affettiva ed emotiva con un particolare individuo. L'oggetto di attaccamento è generalmente qualcuno che ricambia i sentimenti del bambino, creando con questi un legame che può essere estremamente potente e carico emotivamente.

Questa relazione umana ha due funzioni fondamentali: una psicologica (fornire sicurezza) e una biologica (fornire protezione). Infatti l'attaccamento può essere considerato come l'evoluzione, nella specie umana, di un istinto insito nelle madri a difendere il piccolo dai predatori. Ne consegue che i piccoli sono geneticamente predisposti per ricercare la prossimità con la

madre e per segnalare difficoltà e chiederle aiuto; le madri a loro volta sono programmate per rispondere a tali segnali.

Il comportamento di attaccamento è quella forma di comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene una prossimità nei confronti di un'altra persona, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato.

La teoria dell'attaccamento nasce con un esplicito interesse verso i primi anni di vita dell'essere umano, e più in generale, dei mammiferi.

All'inizio della vita l'essere nutriti equivale all'essere amati, nutriti d'amore, all'essere desiderati, voluti, accettati per quello che si è.

Bowlby ha avuto un notevole influsso su un gran numero di discipline specialistiche come la pediatria, la psicologia dello sviluppo, il servizio sociale, la psichiatria.

Per lo psicoanalista britannico, prendere in braccio il proprio piccolo che piange è la risposta più adeguata, da parte della madre, ad un segnale di disagio del bambino: esso non si configura come un rinforzo, né come un comportamento che condiziona il piccolo rendendolo "viziato", come asseriscono i comportamentisti e i teorici dell'apprendimento sociale.

"Le coccole, i giochi, le intimità del poppare attraverso le quali il bambino impara la piacevolezza del corpo di sua madre, i rituali dell'essere lavati e vestiti con i quali il bambino impara il valore di se stesso, attraverso l'orgoglio e la tenerezza della madre verso le sue piccole membra, queste sono le cose che mancano"(1976).

Bowlby ripudia il modello di sviluppo di Freud a "senso unico" nel quale il bambino avanza dalla fase orale a quella anale ed a quella genitale. Egli contrasta la teoria freudiana secondo la quale il legame madre-bambino si basa solo sulla necessità di nutrimento del piccolo, infatti,

ritiene che il legame che unisce il bambino alla madre non sia una conseguenza del soddisfacimento del bisogno di nutrizione, bensì un bisogno primario, geneticamente determinato, la cui funzione è garantire la crescita e la sopravvivenza biologica e psicologica del bambino. Bowlby ritiene che la ricerca della vicinanza sia la manifestazione più esplicita dell'attaccamento.

Gli esseri umani hanno una predisposizione innata a formare relazioni con le figure genitoriali primarie.

Queste relazioni si formano durante il primo anno di vita del bambino ed hanno la funzione di proteggere la "persona attaccata".

A Bowlby l'idea dell'attaccamento viene dopo aver letto i lavori etologici di Konrad Lorenz e Nikolas Timberger. Difatti, tale teoria prende spunto dagli studi etologici di Lorenz sull'imprinting e dagli esperimenti di Harlow con i macachi Rhesus fornendo a Bowlby il fondamento scientifico che egli riteneva necessario per aggiornare la teoria psicanalitica.

Bowlby, in particolare, verificò come la madre (e la relazione con lei) fornisca al bambino una "base sicura" dalla quale egli può allontanarsi per esplorare il mondo e farvi ritorno, intrattenendo forme di relazione con i membri della famiglia. Il concetto di "base sicura" è stato elaborato da Bowlby nel 1969. La personalità sana consente di fare affidamento sulla persona giusta e, allo stesso tempo, di avere fiducia di sé e dare a propria volta sostegno. Al momento in cui il bambino avverte qualche minaccia, cessa l'esplorazione per raggiungere prontamente la madre per poter ricevere conforto e sicurezza. Per Bowlby i legami emotivamente sicuri hanno un valore fondamentale per la sopravvivenza e per il successo riproduttivo.

Egli sottolinea che il conflitto è una dimensione ordinaria della condizione umana e che la malattia psichica è data dall'incapacità di affrontare efficacemente i conflitti.

Una relazione di attaccamento è caratterizzata in primo luogo dalla ricerca di vicinanza a una figura preferita; i bambini piccoli sono inclini a seguire le loro figure d'attaccamento ovunque vadano. La distanza alla quale il bambino si sente a suo agio dipende da fattori come l'età, il temperamento, la storia dello sviluppo, dal sentirsi affaticato, spaventato o malato. Di importanza centrale è la nozione che l'attaccamento è riferito a una figura discriminata, in genere la madre (figura anche definita con il termine inglese di *caregiver*, cioè colui che si prende cura in modo vigile, premuroso, generoso e disinteressato che accompagna la soddisfazione dei bisogni fisici ed emotivi, a conferire un senso di benessere). Essa, infatti, si trova al vertice degli attaccamenti di un bambino piccolo seguita dal padre, nonni, fratellini e anche dagli oggetti inanimati (oggetti transizionali).

Il bimbo che cresce deve imparare che la figura a cui egli è attaccato deve anche essere condivisa con il partner sessuale e con i fratellini, il che forma la base della situazione edipica, e fa della separazione e della perdita una parte inerente alla dinamica di attaccamento. La capacità di separarsi dalle figure d'attaccamento e di formare nuovi attaccamenti rappresenta la sfida evolutiva dell'adolescenza e dei primi anni dell'età adulta.

L'effetto "base sicura" crea un trampolino per la curiosità e l'esplorazione, soprattutto in assenza della madre. Quando il pericolo incombe ci si aggrappa alle nostre figure di attaccamento. Una volta passato il pericolo la loro presenza ci rende possibile lavorare, rilassarsi e giocare; ma solo se siamo ben sicuri che le figure d'attaccamento saranno a nostra disposizione se ne avremo ancora bisogno.

Sebbene i bambini appena nati non possano distinguere una persona dall'altra, reagiscono intensamente al contatto umano. Di importanza centrale in questo processo è la vista del volto umano che evoca intenso interesse. Per Bowlby è essenziale per il bambino, avere una relazione calda, intima e continua con la madre. L'allattamento al seno rappresenta un momento fondamentale nella costruzione di un legame di attaccamento in grado di soddisfare non solo le esigenze fisiche, ma anche quelle emotive, altrettanto necessarie per lo sviluppo di un bambino.

Secondo Bowlby però l'allattamento non è sufficiente per indurre la formazione del legame madre-figlio; sono necessari anche tutti quei segnali sociali, tra i quali particolare importanza hanno il contatto fisico e l'essere coccolato, che il piccolo cerca per istinto. La sensibilità materna è un elemento chiave determinante della qualità dell'attaccamento via via che lo sviluppo procede.

Nel corso degli anni '70 cominciò a diffondersi la consapevolezza che i processi di attaccamento, e in particolare la relazione madre-bambino, avvenivano molto precocemente e potevano essere influenzati anche dall'ambiente e dall'organizzazione dei centri nascita.

Nel 1982 i pediatri Marshall H. Klaus e John H. Kennell pubblicarono uno studio dal titolo "*Parent-Infant Bonding*", in cui analizzano in modo scientifico la nascita del legame tra i genitori e il loro bambino fin dai primi minuti di vita.

In inglese *bond* significa incollare, attaccare, vincolare e il *Bonding* è infatti quel processo di formazione del legame tra i genitori e il loro bambino. È quel legame profondo, specifico, permanente (fisico e psicologico insieme), che permette di allattare, di cullare, di giocare con il proprio bambino, ma anche di proteggerlo, di non trascurarlo, di non abbandonarlo. Il *bonding* permette di far emergere nei genitori istinti nascosti utilizzando il

loro "periodo sensibile" favorendo così quella grande sensibilità comunicativa necessaria ad attivare risposte efficaci alle diverse necessità del bambino. Nello stesso tempo si sviluppa nel bambino l'attaccamento ai genitori e alle persone che si prendono cura di lui. A partire da questo intreccio di relazioni affettive il bambino comincia a formarsi il senso della propria identità e ad avventurarsi nel mondo. Se non hanno avuto la possibilità di stabilire una "base sicura" nella prima infanzia, gli esseri umani, dalla fanciullezza all'età adulta, si formano e mantengono la convinzione che il mondo è un luogo poco sicuro, e che non si può fare affidamento sugli altri.

Lo sviluppo dell'attaccamento dei genitori al bambino si raggiunge attraverso alcune interazioni che avvengono simultaneamente.

Una delle interazioni tra madre e il bambino ha la sua origine negli occhi. L'attrazione reciproca degli occhi della madre e del bambino è favorita dalla ricchezza di questi organi. In confronto ad altre zone del corpo, l'occhio possiede numerose qualità interessanti come la luminosità della cornea, la sua mobilità, e nello stesso tempo il fatto di essere un punto fermo nello spazio, il contrasto tra la configurazione pupilla-iride-cornea e la capacità della pupilla di dilatarsi o restringersi.

I genitori tendono a guardare il bambino in un modo che accresce la probabilità che il bambino li guardi e li segua, e dopo un po' sorrida. Poiché il sorriso è un rinforzatore estremamente potente, questa interazione visiva è importante nel produrre vicinanza tra genitore e bambino. Secondo Stern lo sguardo reciproco tra madre e bambino è considerato come l'elemento chiave nello sviluppo di un mondo interno nel quale l'attaccamento può essere descritto e regolato. L'invariabilità del viso della madre, il suo riconoscimento come pattern, dà al bambino un senso primitivo di "storia", di continuità attraverso il tempo che è integrale per il senso del sé. L'evocare il suo sorriso

fornisce un senso di “azione” e capacità. La sua risposta speculare è il primo legame tra ciò che è percepito “là fuori”, e ciò che è sentito “qui dentro”.

Sia i genitori che i neonati reagiscono ai segnali vocali. I neonati sanno discriminare tra la voce femminile e quella maschile e addirittura tra due voci femminili, se una è quella della madre le loro preferenze vanno alla voce materna. I genitori e le altre persone tendono a parlare ai bambini usando il falsetto, e infatti i bambini mostrano di preferire i toni acuti. Oltre alla voce materna che influisce sulla risposta del bambino, è stato osservato che il suo pianto produce nella madre una modificazione fisiologica che probabilmente la induce a prendersi cura di lui.

Prima della nascita si può ipotizzare che gran parte delle azioni e ritmi del feto siano in sintonia con quelli della madre. Questo è dovuto a molteplici influenze ritmiche: i cicli sonno-veglia della madre, le fluttuazioni giornaliere dei suoi ormoni, lo schema della sua giornata, il battito regolare del suo cuore, le contrazioni ritmiche dell'utero prima che si instauri il travaglio e fino al momento in cui il bambino viene alla luce attraverso il canale del parto. Queste influenze prenatali aumentano la probabilità che il neonato reagisca alla presenza, alla voce e ai gesti della madre.

I neonati si muovono secondo il ritmo della struttura del discorso degli adulti. Quando il parlante adulto fa una pausa per respirare o mette l'accento su una sillaba, il bambino in modo quasi impercettibile muove una palpebra o sposta un piede; questo tipo di interazione viene chiamato “trascinamento” e non è visibile ad occhio nudo, ma i due partner la percepiscono a livello subliminale.

Mentre il bambino si muove secondo il ritmo della voce della madre, si può dire che ne è influenzato, il suo movimento può a sua volta gratificare la madre e stimolarla a continuare. Il loro dialogo è dunque interattivo e autopertuantesi. Inoltre è stato dimostrato che queste risposte e segnali da

parte del bambino nei primi giorni di vita, avvengono maggiormente durante lo stato di veglia tranquilla e che l'alta frequenza di questo stato derivi dall'interazione tra madre e bambino.

Il bambino può anche innescare la secrezione degli ormoni materni quali ossitocina e prolattina. L'ossitocina è un ormone prosociale e sovrintende a una serie di funzioni implicate con la trasmissione dei geni e la conservazione della specie quali l'accoppiamento, la nascita, l'allattamento, l'accudimento della prole, il legame parentale e il legame tra pari. È secreta in seguito a generici stimoli cutanei non dolorosi (carezze, massaggi, applicazione di calore sulla pelle), i quali si producono per il contatto intimo con altri esseri viventi, ma anche in seguito a stimoli cutanei specifici collegati alle funzioni della riproduzione e dell'allevamento della prole quali il rapporto sessuale, il parto e la suzione della mammella.

Allattare al seno il neonato o lasciargli leccare il capezzolo produce nella madre un rilascio di ossitocina, che fa accelerare le contrazioni uterine, riducendo l'emorragia. Quando si è avviato l'allattamento al seno, la vista o il ricordo del bambino producono nuovamente tale riflesso. Ogni periodo di suzione innalza il livello di ossitocina, che ha un effetto calmante sulla madre e tende anche a potenziare il suo legame con il bambino; è per questo ultimo effetto che l'ossitocina è stata nominata "ormone dell'amore". Inoltre, quando il bambino succhia al seno c'è abbondante rilascio di venti diversi ormoni gastrointestinali sia nella madre che nel bambino; tra questi la colecistochinina stimola lo sviluppo dell'intestino del bambino e aumenta l'assorbimento calorico ad ogni poppata. Gli stimoli per questa produzione di ormoni vengono trasmessi dal capezzolo e dalla mucosa della bocca del bambino. Ogni volta che il capezzolo viene sfiorato dalle labbra del bambino o anche da un dito, c'è un innalzamento da quattro a sei volte del livello di

prolattina, che si abbassa nuovamente all'inizio della suzione. Le fluttuazioni del livello di prolattina stimolano gli alveoli del seno a produrre latte.

Il tatto e l'odorato sono i primi e più fondamentali canali attraverso i quali la madre identifica il suo bambino; essa riesce ad individuare dall'odore il suo bambino di pochi giorni in mezzo ad altri neonati, dopo aver avuto soltanto un'ora di contatto con lui. Inoltre riesce a riconoscere al tatto la superficie della pelle del suo bambino prima di riconoscere il suono del suo pianto. I bambini, dall'altra parte, amano la vicinanza, il calore, le superfici piacevoli al tatto. La più alta concentrazione di recettori tattili si trova sulle labbra e sulle mani. Un bambino di sei giorni può riconoscere l'odore della madre.

Nello stato di veglia tranquilla spesso i bambini guardano il volto dei genitori con particolare interesse e piacere, e possono non solo reagire ma anche imitare qualcosa di ciò che scorgono. Se un neonato guarda direttamente il volto della madre e la madre gli mostra la lingua, il bambino dopo 30-45 secondi mostrerà una leggera torsione di tutto il corpo e comincerà a tirare fuori la lingua. E' affascinante rendersi conto che un neonato riconosce in qualche modo che ciò che sta vedendo nel volto della madre corrisponde a una parte del proprio corpo.

La natura provvede a creare le condizioni per le quali il neonato e la madre, attraverso una serie di meccanismi finemente regolati, si legano di un legame "amoroso" che li tiene costantemente vicini e che è, esso stesso, indotto dalla vicinanza (con un meccanismo di feedback positivo), così che la madre può fornire al bambino cure adatte alla sua sopravvivenza e alla sua crescita. Le cure "prossimali" sono uno dei fondamenti della naturale attitudine degli esseri umani a essere efficienti genitori.

Secondo altri studi più recenti il *bonding* viene favorito dal massaggio infantile. Infatti il massaggio aiuta nel creare il legame tra genitori e bambino,

soprattutto nei casi in cui bambini e genitori sono stati subito separati fisicamente alla nascita (parto cesareo o bambino prematuro).

Il massaggio infantile favorisce positivamente sul *bonding*, dal momento che ne comprende, facilita e rafforza gli elementi del *bonding*: il contatto visivo ed epidermico, la vocalizzazione, la reazione del bambino e l'attivazione di ormoni materni e paterni attraverso il contatto con il bambino.

1.2.3 HENRY HARLOW

Henry Harlow, psicologo statunitense e docente dell'Università del Wisconsin, incentrò i suoi studi sui sistemi affettivi nei primati, concentrandosi sull'analisi del rapporto madre-figlio.

Se prima si riteneva che l'attaccamento del neonato con la madre fosse completamente legato all'esperienza della nutrizione, nel 1959 Harlow dimostrò l'importanza delle sensazioni tattili nel rapporto madre-figlio.

Lo studioso osservò, infatti, che i cuccioli di scimmia trascorrevano molto più tempo con un manichino di stoffa morbida piuttosto che con quello di filo di ferro ma provvisto di un poppatoio. I piccoli restavano così con le “madri fredde” soltanto il tempo necessario per prendere il latte, mentre il resto del tempo lo trascorrevano in gran parte avvinghiati alla “madre soffice”. Contro la tradizione psicoanalitica del tempo, si provò, in tal modo, che il legame d'attaccamento non è legato essenzialmente al piacere delle suzione e al soddisfacimento della fame, ma a un contatto fisico “caldo”.

Quest'ultimo rappresenterebbe, infatti, un bisogno molto forte nelle prime fasi della vita, anzi il fattore centrale del legame d'attaccamento.

Egli scoprì che, anche dopo la nascita, il contatto fisico continua a rivestire un ruolo di vitale importanza per lo sviluppo del nuovo nato.

Il leccare della madre è, ad esempio, di vitale importanza per quasi tutti i sistemi (cardiocircolatorio, gastrointestinale, neuroendocrino, riproduttivo) di molti piccoli animali.

1.2.4 CARL ROGERS

"Ogni organismo è animato da una tendenza intrinseca a sviluppare tutte le sue potenzialità e a svilupparle in modo da favorire la sua conservazione e il suo arricchimento."

Carl Rogers, padre fondatore del *counseling*, introduce il filone del “*counseling* psicologico” per indicare una relazione d’aiuto centrata sul cliente e costruita sull’ascolto attivo, dove l’individuo viene aiutato ad affrontare problematiche di carattere relazionale, lavorativo e personale in modo libero e consapevole, attivando le proprie risorse personali. Il *counseling* psicologico, a differenza della psicoterapia, è un intervento limitato nel tempo (concetto del “qui e ora”) che riguarda una problematica specifica.

Secondo la visione della natura umana di Rogers, l'uomo è innanzi tutto un organismo inscindibile di psiche e soma, corpo, emozioni e spirito, ha una natura positiva ed è degno di fiducia. L'essere umano ha in sé una forza, un'energia, diretta allo sviluppo delle capacità utili al suo mantenimento, alla sua autoregolazione e autorealizzazione.

Rogers chiama questa energia interiore: "Tendenza Attualizzante", la quale, oltre ad essere una spinta vitale, innata, in tutti gli organismi viventi, è anche il fondamento della motivazione, la scintilla da cui sboccia l'evoluzione dell'uomo, della specie, della natura.

Gli esseri umani, afferma Rogers, oltre alla potenzialità naturale di sviluppare le proprie capacità, hanno anche la capacità di conoscersi e comprendersi, e sono i migliori esperti di se stessi.

In ogni organismo esiste, nella sua natura, questa spinta vitale verso il mantenimento, l'arricchimento e la riproduzione, sebbene a volte sia molto difficile metterla in pratica. Rogers spiega questo fenomeno all'interno della sua Teoria dello sviluppo della personalità, secondo la quale il bambino è munito di un sistema innato di motivazione, la Tendenza Attualizzante, e di un sistema innato di controllo, che è il processo di valutazione "organismico"; questi sistemi comunicano internamente all'individuo mantenendo l'organismo in grado di ascoltare e soddisfare i propri bisogni.

Il fanciullo percepisce la sua esperienza come se fosse la realtà, quindi la sua esperienza è per lui la sua realtà. Possiede una tendenza ad attualizzare le potenzialità del suo organismo. Dà valore positivo alle esperienze che percepisce come favorevoli al suo mantenimento e accrescimento.

Dà valore negativo alle esperienze che vanno nella direzione contraria alla precedente. Cerca le esperienze che percepisce come positive, evita le esperienze che percepisce come negative.

Nei primi anni di vita il bambino sviluppa il bisogno di considerazione positiva. Il bisogno di considerazione positiva accompagna l'essere umano per tutta la vita, ed è bilaterale: la persona può soddisfarlo per se stesso (considerazione positiva di sé), può soddisfarlo negli altri, può avere bisogno degli altri per soddisfarlo per se stesso. Ed è proprio a questo livello di sviluppo che possono crearsi i primi nodi. E' talmente forte e potente l'effetto della soddisfazione del bisogno di considerazione positiva che l'individuo si adopera per raggiungere tale soddisfazione, stimolando con il proprio comportamento la risposta da parte degli altri che porti soddisfazione al bisogno di considerazione positiva. Ciò può indurre il bambino a dare maggior rilievo ai fattori esterni, piuttosto che a quelli interni.

L'esempio più comune è il bisogno del bambino piccolo di essere accettato dai genitori. I genitori possono dare al bambino dei segnali affettivi

tali da valutare i comportamenti del bambino stesso, cioè possono connotare positivamente alcuni comportamenti, e solo a quelli rispondere con atteggiamento di considerazione positiva, e negativamente altri comportamenti, che non verranno accettati, anche se questi ultimi comportamenti stanno esprimendo comunque un bisogno del bambino. Ne conseguirà che il bambino tenderà a rinforzare e ripetere quei comportamenti accettati positivamente dai genitori e a negare, reprimere, quelli valutati negativamente. Progressivamente anche il bisogno che muove quei comportamenti sarà negato e represso, quindi non riconosciuto e letto dall'Io dell'individuo.

A questo punto l'organismo, l'individuo, continua a crescere, ma sviluppando, dentro di sé, degli elementi di deviazione: le difese.

Avviene, cioè, una sorta di adattamento dell'individuo all'ambiente, in modo tale che l'individuo può sopravvivere ma non può sperimentare ed esprimere in totale se stesso.

Più il processo di negazione dei propri bisogni è marcato, più le influenze esterne tendono a bloccare il naturale sviluppo dell'organismo, più l'organismo stesso tende ad interiorizzare i codici esterni, più ci troviamo di fronte a sistemi patologici, dalla nevrosi, alla psicosi, nelle loro varie forme ed espressioni.

L'obiettivo della terapia di Rogers e di tutte le relazioni umane è quello di far sì che l'individuo sia in grado di funzionare in maniera ottimale. Un individuo funziona pienamente quando prova considerazione positiva incondizionata da parte delle sue figure di riferimento significative (genitori), sviluppa una considerazione positiva di se stesso, è aperto alla sua esperienza, non manifesta comportamenti difensivi, le sue esperienze, quindi sono accessibili alla sua coscienza.

La persona si percepisce come il centro della valutazione della sua esperienza se il processo di valutazione è continuo e non subordinato a condizioni esterne, se si fida della sua esperienza e se i dati della sua esperienza sono accessibili alla sua coscienza.

"La persona che funziona pienamente è una personalità in continuo stato fluido, una personalità costantemente mutevole i cui comportamenti specifici non si prestano a previsione. La sola previsione che potrebbe essere emessa circa il suo comportamento, è che manifesterà in ogni occasione un grado di adattamento creativo perfetto e che questo individuo si impegnerà in un continuo processo di attualizzazione."(Rogers, 1965).

E' possibile raggiungere questa condizione utilizzando quelli che sono gli strumenti per facilitare un processo di cambiamento, le tre condizioni necessarie e sufficienti: l'accettazione positiva incondizionata, l'empatia e la congruenza.

Nei rapporti tra terapeuta e cliente, tra genitore e figlio, tra leader e gruppo, tra insegnante e studenti, tra dirigente e personale e, di fatto, in ogni situazione che abbia come fine lo sviluppo della persona, ci sono tre condizioni che creano il clima psicologico favorevole alla crescita.

La prima condizione è la congruenza, che ha a che fare con l'autenticità e la realtà, cioè con la capacità di esprimere se stessi, nelle varie occasioni, senza mancare di rispetto all'altro. Il secondo atteggiamento importante per creare un clima adatto al cambiamento è l'accettazione o considerazione positiva, cioè una stima o accettazione incondizionata. Il terzo aspetto è la comprensione empatica, che si riferisce alla capacità di percepire con precisione i sentimenti e i significati personali sperimentati dall'altro e alla possibilità di comunicare questa comprensione.

Quando si parla delle tre condizioni facilitanti il cambiamento, esse si intendono applicate ed applicabili ai sentimenti della persona e alla persona in quanto tale, ma non a tutti i suoi comportamenti.

Un bambino viene influenzato dalle risposte che arrivano dai genitori e tali risposte non sono funzionali alla crescita quando inibiscono un comportamento naturale del bambino, come ad esempio fantasie o impulsi sessuali, non nocivi per sé o per gli altri. Tuttavia vanno posti dei limiti a comportamenti, eventualmente violenti, che il bambino può attuare, nel seguire questi impulsi.

Il blocco evolutivo, infatti, avviene quando viene imposto al bambino uno stile di pensiero, una modalità di essere rigida, che non appartiene al bambino; non avviene quando viene data a lui una corretta educazione, con relativa motivazione, ed ascolto dei suoi sentimenti.

Tuttavia il processo di cambiamento non è sempre semplice e lineare, ma è un percorso fatto di numerose curve e spigoli, scogli e scalini, alternando momenti fluidi e leggeri a momenti più difficili.

L'allattamento materno rientra a pieno titolo nel Modello dell'empatia sviluppato da Rogers poiché i neonati hanno bisogno della presenza amorevole e costante dei loro genitori, e questi sentono istintivamente il desiderio di essere loro accanto, di toccarli, di tenerli in braccio, di rispondere prontamente alle loro richieste. Inoltre, questa teoria rispetta i modi e i tempi individuali del neonato e del bambino, segue fiduciosamente le sue richieste perché ritenute naturali e legittime ed evita di interferire nell'interazione fra madre e figlio, ritenuti più che competenti a sviluppare fra loro un legame e una comunicazione efficace.

Le teorie di Rogers hanno influenzato la visione della maternità favorendo l'allattamento a richiesta, cioè senza orari prestabiliti, e il *co-sleeping*,

ovvero il trascorrere insieme al figlio piccolo tutta o parte della notte, esperienza carica di significati emotivi sia per la madre che per il bambino.

1.2.5 BRUNO BETTELHEIM

“L’esperienza dell’allattamento è l’esperienza centrale della vita del bambino, è l’evento centrale dell’esistenza infantile, il mattone fondamentale su cui, se tutto va bene, costruirà la fiducia in se stesso, nelle persone significative della sua vita e per estensione del mondo.”

Un Autore a cui spesso si fa riferimento quando si parla di genitorialità e di educazione infantile è senza dubbio Bruno Bettelheim (1987), così capace di offrire nuove chiavi di lettura sul ruolo del genitore, spiegando le ragioni per le quali non si può pretendere di essere “perfetti”, né pretenderlo dai figli, che non lo saranno e non lo diventeranno mai.

Quando si parla di legame profondo, viscerale, non si può non fare riferimento all’allattamento, quale legame d’intimità che è a un tempo fisico ed emotivo. Ciò che nell’allattamento al seno unisce così intimamente madre-figlio è il fatto che ciascuno riceve e dà la gratificazione di un bisogno fisico, il sollievo da una tensione e una profonda soddisfazione emotiva.

Nei casi in cui l’allattamento al seno, per varie ragioni, non fosse possibile, quello artificiale può costituire un’esperienza in grado di sostituire l’allattamento al seno. È l’amore materno, infatti, a gettare le basi della fiducia del bambino in se stesso e nel mondo.

“Come la madre lo ama, così il bambino impara ad amare se stesso e la madre e il mondo che essa rappresenta ai suoi occhi. Sono messaggi che il lattante riceve nell’essere allattato al momento giusto, nella misura giusta, tale da placare la sua fame per il periodo necessario; nell’essere tenuto in braccio

in maniera confortevole ma ferma; nel sentire il contatto tra la sua pelle e quella della madre; sono tutti questi messaggi insieme che, con azione sinergica, convincono il lattante del suo benessere e della bontà del mondo. Per il nostro benessere psicologico, abbiamo bisogno di provare un senso di appartenenza, di sentire che coloro ai quali siamo legati *desiderano* questo legame e vogliono che sia reciproco”.

Il senso di appartenenza significa avere il posto che ci spetta. Questo posto non è quello che ci viene dato da chi detiene il potere, ma quello che ci conquistiamo noi, attraverso lo sforzo personale.

Bettelheim ci spiega l'inesistenza di un manuale che “insegna” l'arte del genitore, ma ci invita a nutrire e a prendersi cura del figlio, aiutandolo ed accompagnandolo ad essere ciò che il figlio stesso desidera essere.

1.3 L'ALLATTAMENTO OGGI

La promozione dell'allattamento materno è considerata da tempo una priorità di salute pubblica, tale da essere espressamente indicato dall'UNICEF come un diritto nell'art. 24 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda che i bambini siano allattati al seno in maniera esclusiva fino al compimento del sesto mese di vita e che il latte materno rimanga il latte di prima scelta, anche dopo l'introduzione di alimenti complementari, fino a due anni di vita e oltre, e comunque finché madre e bambino lo desiderino.

Nel 1990 OMS e UNICEF hanno lanciato una campagna mondiale per la promozione dell'allattamento al seno, volta a invertire la tendenza all'uso dei sostituti del latte materno e a sostenere tutti gli sforzi mirati alla corretta nutrizione dei bambini.

Nel 1992 è nata la Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI (Ospedali amici dei bambini) volta a incoraggiare le buone pratiche per la promozione dell'allattamento materno.

Un ospedale è nominato "Amico dei Bambini" quando ha intrapreso con successo una trasformazione dell'assistenza a mamme e bambini nel proprio Punto Nascita, applicando i Dieci passi per la promozione, la protezione ed il sostegno dell'allattamento materno.

L'ospedale si impegna inoltre a non accettare campioni gratuiti o a buon mercato di surrogati del latte materno, biberon o tettarelle.

Il percorso per diventare Ospedale Amico dei Bambini richiede la conquista da parte di tutto il personale di una mentalità che pone al centro della propria attenzione la coppia mamma-bambino, i padri, la famiglia intorno a loro, nel segno della concreta applicazione dei diritti dell'infanzia promossi dall'UNICEF.

Un gruppo di operatori che sceglie questo percorso ha davanti a sé una strada che comporta la redazione e l'assunzione formale di impegni scritti, una formazione adeguata e il miglioramento delle routines assistenziali.

Gli ospedali e i dipartimenti materno-infantili interessati possono richiedere lo "Strumento di Autovalutazione" e i "Criteri Globali" necessari per la sua compilazione, per verificare fino a che punto i loro metodi attuali siano all'altezza di quanto richiesto dai Dieci passi.

Una volta intrapreso il percorso e raggiunti tutti gli standard richiesti, una accurata visita di valutazione sancirà il riconoscimento di Ospedale Amico dei Bambini: un titolo che premia lo sforzo intrapreso e che impegna la struttura a un continuo miglioramento e aggiornamento nel tempo.

L'UNICEF e l'OMS hanno redatto un decalogo di misure che ogni struttura sanitaria deve dimostrare di rispettare prima di poter essere riconosciuta "Ospedale Amico dei Bambini":

1. Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario.
2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo.
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno.
4. Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario.
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica.
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (*rooming-in*), in modo che trascorrono insieme ventiquattro ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale.
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento.
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento.
10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.

Con la risoluzione 55.25 del maggio 2002, L'Assemblea Mondiale della Sanità ha approvato all'unanimità un documento, basato sui dati scientifici ed epidemiologici più affidabili, fondato "sull'importanza dell'alimentazione nei primi mesi e anni di vita, e sul suo ruolo determinante per raggiungere

condizioni di salute ottimali” e in cui “si sottolinea la necessità di sostenere le madri e le famiglie nello svolgimento dei loro ruoli così importanti”.

Si tratta della “Strategia globale per l’alimentazione dei neonati e dei bambini”, frutto del lavoro congiunto dei maggiori esperti mondiali, che ha come scopo quello di “contribuire a creare un approccio capace di contrastare la tragedia di cui sono vittime i bambini del mondo e portare a una durevole riduzione della povertà e della miseria”.

Questo documento non è solo una presa di posizione e un richiamo ai governi su determinati punti, ma è anche una guida pratica all’azione, un modello di interventi concreti da attuare, volto a facilitare il non facile compito dei vari Stati nel compiere azioni per la tutela della salute dei più piccoli.

È innovativo in questo documento l’approccio integrato e a largo raggio e il grado d’urgenza con cui se ne chiede l’attuazione, affinché si garantisca a tutti i bambini un’alimentazione adeguata.

È necessario un approccio partecipativo, perché soltanto con la collaborazione di tutte le parti in causa si potranno ottenere risultati.

Per questo la Strategia non si rivolge soltanto ai governi ma anche alle associazioni sanitarie professionali, alle imprese commerciali, ai datori di lavoro, alle associazioni di volontariato e ad altri settori coinvolti. In particolare, la Strategia contiene vari richiami alla protezione dell’allattamento esclusivo per sei mesi e protratto fino ai due anni di vita e oltre, e alla conoscenza e al rispetto del Codice Internazionale, anche attraverso la promozione negli Ospedali dell’ “Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini”.

Gli Obiettivi Specifici della Strategia sono:

- Diffondere la consapevolezza dei problemi legati all’alimentazione infantile, individuare possibili approcci risolutivi e fornire un quadro degli interventi essenziali;

- Far crescere l'impegno dei governi, delle organizzazioni internazionali e delle altre parti interessate in favore di pratiche di alimentazione ottimali per neonati e bambini;

- Creare un ambiente in cui le madri, le famiglie, i prestatori di cure in generale possano far attuare scelte informate in merito all'alimentazione ottimale per neonati e bambini.

Per fare questo i Governi dovrebbero:

- sviluppare una politica efficace per l'alimentazione infantile;
- mettere a disposizione di ogni madre il necessario sostegno per iniziare a proseguire bene l'allattamento;

- mettere in grado gli operatori sanitari di fornire assistenza adeguata all'allattamento;

- far rispettare il codice OMS mediante leggi nazionali;

- proteggere il diritto di allattare delle donne lavoratrici mediante leggi appropriate.

La Commissione Europea, da parte sua, ha promosso un progetto (UE N.SPC 2002359) intitolato "Promozione dell'allattamento al seno in Europa", da cui è stato sviluppato un Programma d'Azione presentato a Dublino il 18 giugno 2004. Questo ha recepito a livello europeo le indicazioni contenute nella Strategia Globale, elaborando delle linee guida europee per i vari piani d'intervento, fra cui formazione informazione, ricerca, promozione, protezione e sostegno.

In Italia il Ministero della Salute ha elaborato, sulla base delle raccomandazioni europee, le proprie linee guida per l'allattamento. In seguito è stato istituito con Decreto Ministeriale del 15 aprile 2008 un Comitato Nazionale Multisetoriale per l'allattamento, con funzioni di coordinare e orientare gli sforzi a livello nazionale per promuovere, proteggere e sostenere

L'allattamento secondo le indicazioni contenute nelle Linee Guida Nazionali. Il Comitato si riunisce con cadenza mensile e vi partecipano le principali società scientifiche e di professionisti sanitari (pediatri, ostetriche, infermieri), le associazioni di volontariato che si occupano di allattamento, il Comitato Italiano per l'UNICEF e IBFAN Italia. Il Ministero coordina ogni anno in occasione della festa della mamma la campagna "Il latte della mamma non si scorda mai" che nei primi due anni ha portato in giro un camper attrezzato in alcune città del sud d'Italia in concomitanza con lo svolgimento di eventi di promozione dell'allattamento.

Il 12 dicembre 2012 è stato istituito il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare sulla promozione dell'allattamento al seno (come stabilito dall'articolo 3 del decreto istitutivo del 12 dicembre 2012) con la funzione di promuovere, facilitare e monitorare l'applicazione delle raccomandazioni indicate nelle Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, promozione e difesa dell'allattamento al seno del 21 dicembre 2007 e di elaborare proposte tecnico-scientifiche. Il tavolo tecnico è nato come proseguimento delle attività e ha gli stessi obiettivi del precedente Comitato multisettoriale per la promozione dell'allattamento al seno, che ha chiuso i suoi lavori nel 2012.

Lo scopo di questo tavolo mette in primo piano la protezione dell'allattamento al seno. Questa riguarda la tutela dell'allattamento al seno nei confronti della pubblicità ingannevole diretta alle mamme o che mina la reputazione dello stesso allattamento naturale, nonché la difesa dell'allattamento al seno, così come sostenuta dalla normativa italiana vigente e da strumenti etici (Codice Internazionale di Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno).

Il Ministero della salute, in conformità con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) raccomanda, come misura di salute pubblica, che i bambini siano allattati

esclusivamente al seno fino a sei mesi e che l'allattamento al seno continui poi, con adeguati alimenti complementari fino a che la madre ed il bambino lo desiderino, anche dopo l'anno di vita. Il Ministero della salute riconosce che l'allattamento al seno è un diritto fondamentale dei bambini e che è un diritto delle mamme essere sostenute nella realizzazione del loro desiderio di allattare nel rispetto delle diverse culture e nell'impegno a colmare ogni tipo di disuguaglianze.

**CAPITOLO II: ASPETTI
FISIOLOGICI
DELL'ALLATTAMENTO**

2.1 FISILOGIA DELLA MAMMELLA

L'unità funzionale di base della mammella è l'alveolo, che consiste di circa cento lattociti che, stimolati dalla prolattina, sintetizzano e secernono il latte.

Gli alveoli sono avvolti da cellule mioepitali che presentano un'attività contrattile, stimolata dall'ossitocina. Gruppi di dieci o cento alveoli formano i lobuli, i quali a loro volta si riuniscono in lobi. All'interno del lobo, piccoli dotti raccolgono le secrezioni degli alveoli fino a formare un unico dotto, il dotto galattoforo, che drena verso il capezzolo; ogni lobo ha il suo dotto galattoforo che termina con il proprio orifizio al capezzolo indipendentemente dagli altri lobi. La mammella può avere da quattro a diciannove dotti, in media nove o dieci. I dotti sono superficiali e comprimibili senza sforzo, rendendo facile la loro occlusione e il rischio di ostruzione. L'area alla base del capezzolo è ricca di tessuto ghiandolare: il 70% di questo tessuto è contenuto entro tre centimetri di profondità dal capezzolo, circa il 67% del volume della mammella è costituito da tessuto ghiandolare mentre il restante 33% è costituito da grasso e connettivo di sostegno, con un'ampia variabilità. La taglia e la forma del seno non sono in relazione in alcun modo con la produzione di latte, la disponibilità, l'immagazzinamento o la sensazione del grado di ripienezza della mammella. Non vi è alcuna correlazione, quindi, tra volume e forma del seno e abilità a raggiungere o mantenere un efficace allattamento.

2.1 IL LATTE MATERNO

Il latte materno è composto per l'88% da acqua. Il resto è rappresentato da zuccheri (principalmente lattosio), grassi, proteine, azoto non proteico, vitamine, sostanze minerali, ormoni e cellule.

È un alimento vivo: in una goccia di latte materno ci sono circa 4000 cellule. Alcune sono simili ai globuli del sangue, altre inglobano batteri e altre trasportano gli anticorpi. In questo modo il latte materno protegge l'intestino del neonato facilitando la crescita dei batteri "buoni" e contrasta infezioni e allergie.

Durante la prima metà della gravidanza vi è un intenso accrescimento alveolare-lobulare (mammogenesi); il graduale aumento di prolattina stimola la differenziazione cellulare negli alveoli.

Intorno alla ventiquattresima settimana di gestazione avviene una maturazione nella capacità secrete (lattogenesi I): le cellule epiteliali si differenziano in lattociti divenendo capaci di produrre e secernere le specifiche componenti del latte; da questo momento può essere presente il colostro.

L'incremento di volume della mammella si completa nella maggior parte delle donne verso la ventiduesima settimana di gestazione. Nelle madri che partoriscono pretermine, ossia prima della ventottesima settimana, si può interrompere lo sviluppo del seno, questo può influire sull'efficienza della produzione di latte e presentare anche un ritardo nell'attivazione delle capacità a secernere latte (lattogenesi II) con una conseguente riduzione della produzione nella prima settimana dal parto.

La lattogenesi II consente una rapida regolazione di sintesi del latte e si verifica in genere 48-72 ore dopo il parto ed è in relazione a una diminuzione

del progesterone circolante causato dall'espulsione della placenta e da un ulteriore aumento dei livelli di prolattina. Questo ormone presenta livelli elevati durante le fasi iniziali dell'allattamento e gradualmente diminuisce con il progredire dell'allattamento.

Il colostro è di solito presente per i primi 3-5 giorni dopo il parto, seguito da latte di transizione fino a circa 2-3 settimane; dopo questo periodo il latte materno è considerato maturo.

Il colostro ha una composizione che fornisce una maggiore protezione immunologica, oltre che un sostegno allo sviluppo del neonato; oltre a immunoglobuline, oligosaccaridi, lattoferrina e cellule immunitarie vitali, il colostro contiene, infatti, fattori di stimolazione per la proliferazione cellulare, responsabili della maturazione dell'apparato gastrointestinale del neonato, dell'ematopoiesi e della stimolazione immunitaria. Il colostro, inoltre, presenta un contenuto proteico superiore (30/70 g/l) rispetto al latte materno maturo (7-25 g/l), che rappresentano un ulteriore vantaggio nei primi giorni dopo la nascita. Sono presenti delle modificazioni nella composizione del latte durante le diverse poppate della giornata.

Un lattante assume in media il 67% del latte disponibile a ogni poppata, mostrando così che l'ingestione di latte non è legata alla quantità di latte disponibile ma piuttosto alla richiesta del bambino, e il grasso, presente in maggiori quantità alla fine della poppata, potrebbe rappresentare un segnale di stop del lattante (Blyth, Creedy, Dennis, 2002).

Le prime settimane sono determinanti per la produzione di latte; la prima suzione andrebbe favorita sin dalla sala parto, offrendo alla madre assistenza per il contatto pelle a pelle; nella prima giornata i neonati succhiano da 0 a 5 ml di colostro. Per i primi due giorni dopo la nascita l'intake di colostro può variare da 37 a 169 ml/die. I lattanti alimentati con solo latte materno dovrebbero emettere il meconio entro 24 ore dalla nascita.

Dai 2 ai 5 giorni dopo la nascita i neonati possono perdere fino al 10% del loro peso; più frequenti saranno le poppate, minore sarà il calo di peso.

Dal sesto giorni dopo la nascita i poppanti assumono da circa 500 ml a 700 ml/die di latte e aumentano di peso con un ritmo di circa 15/30 grammi/die. E' dimostrato che le frequenti poppate nei primi giorni dalla nascita (almeno 8-12/die) hanno un effetto positivo sulla produzione di latte. Il consolidamento della lattazione avviene entro il primo mese e mezzo di vita (periodo della calibrazione), la produzione media di latte per una mamma che allatta esclusivamente al seno è di 750-800 ml/die da un mese ai sei mesi di età del bambino. Questa produzione costante di latte è in accordo con le richieste energetiche del lattante che sono decrescenti con l'avanzare dell'età, infatti, tra 1 e 6 mesi la richiesta di energia giornaliera diminuisce da 103 a 79 kcal/kg (Flaherman, 2013).

Il latte viene trasportato dagli alveoli al capezzolo attraverso il riflesso di eiezione. La suzione del bambino stimola i nuclei paraventricolare e sovraottico dell'ipotalamo, con la conseguente produzione di ossitocina. Questa a sua volta stimola la contrazione delle cellule mioepiteliali che circondano gli alveoli. L'aumento della pressione provoca il deflusso del latte dagli alveoli ai dotti. Questa risposta ossitocinica può essere condizionata, oltre che dalla suzione, da stimoli esterni; tutte le emozioni positive aumentano il rilascio di ossitocina (per esempio il solo sentire il vagito del bambino); in queste situazioni ci può essere la fuoriuscita di latte anche in assenza di suzione da parte del bambino.

2.2 ALLATTARE CON SUCCESSO

È utile consigliare di allattare cercando di rispondere ai segnali di fame del bambino; il pianto è l'ultimo dei segnali di fame che il bambino lancia; andrebbero valorizzati e soddisfatti i primi segnali, cioè quando comincia a

sollevare le palpebre, protrudere la lingua, girare la testa a destra e sinistra. In media un lattante lancia questi segnali da 8 a 12 volte al giorno e questo è utile per la calibrazione. Più numerose sono le poppate in una giornata, meno latte viene assunto per ogni poppata, con una variabilità tra circa 50 e oltre 200 ml di latte materno per pasto (Kent, Prime, Garbin, 2012).

Pertanto, i lattanti che richiedono di essere allattati più o meno frequentemente rispetto alla media, non necessariamente indicano un problema di allattamento; tuttavia particolare attenzione dovrà essere dedicata alle situazioni nelle quali il numero di poppate si allontana dalla media. Se è la madre a imporre poppate brevi a orario, il bambino potrebbe assumere solo la prima parte del latte per ogni mammella, che è povero di grassi, in questo caso richiederà di mangiare con notevole frequenza perché non ha potuto assumere una poppata completa con tutti i grassi di cui aveva bisogno. In questa situazione il bambino sembrerà costantemente “affamato” e le sue feci, cariche di lattosio, saranno verdi. L’allattamento deve essere sempre a richiesta, mai a tempo. Ciò permetterà al bambino di prendere tutti i grassi di cui ha bisogno, e il bambino avrà una frequenza di suzioni normale e le feci assumeranno il colore giallo che testimonia la presenza di grassi nelle feci. L’allattamento notturno è la norma: i pasti notturni possono essere abbondanti fino a coprire il 20% del fabbisogno giornaliero.

La durata della poppata può variare da circa dieci minuti a poco più di un’ora; non c’è relazione tra durata della poppata e quantità di latte assunto. Le madri che hanno accettato il consiglio di allattare dieci minuti per mammella molto probabilmente allatteranno per poco tempo, in quanto non riusciranno a calibrare il quantitativo di latte per soddisfare il bambino nei periodi successivi.

I lattanti alternano suzioni non nutritive, durante le quali i neonati stanno con gli occhi chiusi e di tanto in tanto stimolano con movimenti brevi

e rapidi di suzione il rilascio di ossitocina, a suzioni nutritive, durante le quali si ha l'ondata di latte per cui i neonati aprono gli occhi, la suzione diventa più lenta e profonda, e si avverte il classico rumore della deglutizione. Una poppata efficace è il risultato di una sincronizzazione dinamica tra i movimenti ritmici della mandibola e della lingua del bambino con il riflesso di eiezione del latte. Quando un bambino poppa al seno, la deglutizione ritmica che accompagna la suzione interrompe la respirazione. Poiché una poppata sia efficace, il bambino deve essere in grado di coordinare tre funzioni importanti: suzione, deglutizione e respirazione.

Posizioni e attacco sono importanti per avere una poppata efficace e assicurare al bambino l'assunzione di una quantità sufficiente di latte.

Il bambino si attacca in modo corretto innanzitutto quando la madre non prova dolore durante la poppata, sebbene nei primi giorni un po' di fastidio sia normale. La bocca del bambino deve essere aperta e deve prendere anche parte del seno oltre al capezzolo che viene portato in fondo tra palato duro e molle; laddove questo non avviene, per un cattivo attacco, il capezzolo, compresso contro il palato duro, sarà sottoposto a un trauma continuo e si formeranno le ragadi. Il labbro inferiore deve essere ben incurvato in fuori e le guance devono essere arrotondate, senza fossette. Il mento del bambino deve essere contro la mammella e i movimenti della mandibola devono essere ben visibili. Si deve osservare una suzione ritmica e una deglutizione con pause che si allungano con l'avanzare della poppata.

I movimenti peristaltici della lingua aiutano a trasportare il latte che arriva nella parte posteriore dell'orofaringe dove viene deglutito. Tutte queste fasi (suzione, deglutizione e respirazione) sono coordinate dal sistema nervoso centrale in modo da consentire l'alimentazione continua senza interrompere la respirazione. L'andamento dell'allattamento può essere estremamente variabile e si deve rassicurare la madre sulle diverse modalità di

allattamento che può avere ogni diade. Se le evidenze cliniche indicano che il bambino sta assumendo una sufficiente quantità di latte, si dovrebbe suggerire alla madre di osservare e rispondere alle richieste del bambino piuttosto che seguire indicazioni basate su programmi o tabelle che riportano dati di frequenza o quantità di assunzione “standard”.

Quando la mamma ha la percezione di una scarsa capacità di produzione di latte, oppure non vi sono indicatori clinici che possano confermare una adeguata produzione di latte, è necessario fare sia una valutazione del bambino e della madre, che un’osservazione della poppata.

La durata del pasto è molto variabile, in rapporto alla velocità del flusso del latte e al comportamento del neonato. La composizione del latte non è sempre costante: a fine poppata arriva il latte più denso e più ricco di grassi, quello che dà senso di sazietà.

Alcune madri preferiscono allattare a letto sdraiate, altre sedute in poltrona; è certamente fondamentale scegliere una qualsiasi posizione, purché sia comoda per la madre e per il bambino.

Le posizioni più comuni per allattare sono:

- 1) Sdraiata. Il bambino è parallelo a quello della madre.
- 2) A culla. Il bambino è in braccio alla madre. E’ la posizione più comune.
- 3) A rugby. Il bambino è posizionato sotto il braccio della madre con i piedi rivolti verso il fianco della madre.
- 4) Incrociata. Il bambino è sostenuto con il braccio opposto alla mammella dove è attaccato. Si utilizza soprattutto quando ci sono difficoltà di attacco.

Nei paesi occidentali è frequente ricorrere al taglio cesareo in situazioni di rischio per la madre e per il neonato, che a volte sono situazioni impreviste.

Le madri che partoriscono con un taglio cesareo possono sentirsi “inadeguate” perché non sono riuscite a partorire naturalmente e quindi pensano in qualche modo di aver fallito e questo potrebbe comportare anche la paura di non riuscire neanche ad allattare al seno il proprio bambino.

Anche dopo il taglio cesareo si produce latte come dopo un parto naturale. L'allattamento, anzi, è consigliato per accelerare il ritorno alla normalità dell'utero. Sicuramente l'inizio dell'allattamento al seno può essere ritardato a causa dei farmaci ed è necessario un po' più di tempo per riprendersi dall'intervento chirurgico.

Secondo l'UNICEF, per favorire la produzione adeguata di latte sono indispensabili tre aspetti:

1) il contatto pelle a pelle; lasciando il lattante pelle a pelle prono sul petto della mamma, si stimola la sua istintiva ricerca del capezzolo e si favorisce l'attacco; è un potente stimolatore dell'ossitocina e può contribuire a calmare e alleviare lo stress in una diade in difficoltà e nelle situazioni nelle quali si stanno ancora “imparando” le modalità di allattamento al seno;

2) rassicurare e sostenere le capacità della madre, sia dal punto di vista fisico che psicologico;

3) garantire che il bambino sia tenuto in una posizione confortevole e il suo corpo sia di fronte a quello della madre (pancia contro pancia), e che l'attacco consenta al bambino di assumere quanto più tessuto mammario dentro la bocca.

L'analgesia durante il travaglio di parto può interferire con la ricerca spontanea del seno e con il comportamento del neonato: subito dopo il parto, come avviene quando si partorisce per via vaginale, è consigliabile mantenere un contatto pelle a pelle tra il bambino e la madre.

Per capire i processi che determinano la sintesi del latte (lattopoiesi) fino a qualche tempo fa si sono focalizzati sul considerare l'aumento della

prolattina quale risposta alla suzione del piccolo. Nello studiare questo aspetto i ricercatori non hanno trovato un rapporto diretto coerente e costante tra livelli plasmatici di prolattina e produzione di latte materno.

Peter Hartmann e colleghi australiani hanno considerato un altro aspetto: hanno studiato l'allattamento attraverso mappatura dei seni in lattazione prima e dopo le poppate facendo ricorso ad attrezzature video e computer per verificare e misurare i cambiamenti volumetrici del seno. Attraverso questo lavoro Hartmann ha concluso che "la velocità di sintesi del latte fra le poppate varia a seconda del grado di pienezza de seno: più il seno è pieno, più la velocità di produzione del latte è lenta, e al contrario, più il seno è vuoto, maggiore è la velocità con cui il latte viene rimpiazzato".

La buona riuscita dell'allattamento è legato allo sviluppo di un numero adeguato di recettori per la prolattina, questo durante il periodo di controllo endocrino, il quale a sua volta è legato dalla frequenza delle poppate: ecco che più frequenti sono le poppate maggiore è lo sviluppo dei recettori.

Lo studio ha evidenziato un aspetto: le donne che allattavano al seno ad orario hanno una buona quantità di latte nei primi due mesi, mentre a seguire hanno un tasso alto di ipogalattia intorno ai tre quattro mesi. A conferma di questo si nota che i figli di queste donne hanno un calo ponderale al di sotto della media ecco che sono necessarie delle integrazioni, fino a bambini che si svezzano volontariamente rifiutando il latte al seno. Questo latte infatti esce più lentamente e di conseguenza a questi si preferisce il biberon che ha un volume superiore ed una fuoriuscita maggiore.

La ricerca di Hartmann sugli intervalli fra le poppate ed il contenuto di grassi nel latte apre a nuove conoscenze: l'appetito del bambino contribuisce a regolare la sintesi del latte.

Il ricercatore Michael Wooldridge ha proposto un concetto legato al livello di calorie nel latte. Per lui il consumo di latte, quindi l'assunzione dei

grassi, è un elemento che incide nel controllo dell'appetito e quindi nella conseguente sazietà nel bambino.

I sostenitori dell'allattamento ad orario spesso impongono dei limiti sulla durata del pasto limitando di conseguenza il consumo di grassi rilasciati alla fine della poppata. Ritengono che distanziando gli orari dell'allattamento fanno in modo che il bambino sia più affamato e quindi richieda il latte in maniera più decisa ottenendo la quantità di latte necessaria a togliere l'appetito. Wooldridge nel suo studio ha dimostrato che prima dell'inizio della poppata i livelli dei grassi nel latte hanno un rapporto inverso alla lunghezza dell'intervallo fra le poppate. Ecco che la "la concentrazione dei grassi può essere incrementata aumentando sia la frequenza delle poppate sia la quantità di latte estratto dal seno durante il pasto. Quando la frequenza della poppata e la sua durata vengono limitati ad orari, il risultato può benissimo essere un consumo diminuito di grassi da parte del bambino."

Con l'allattamento ad orari tutto avviene in maniera diversa. Un neonato che viene lasciato piangere per molto tempo può diventare molto disorganizzato e avere maggiore difficoltà ad attaccarsi al seno e succhiare correttamente. A conseguenza di ciò non prende tutto il latte di cui ha bisogno. Se questa serie di eventi si ripete nel tempo la produzione di latte materno nella madre cala sensibilmente.

Si è visto come, tutte le interferenze che agiscono sulla capacità del bambino di segnalare i propri bisogni, sono responsabili di aumenti ponderali insufficienti, mancanza di crescita adeguate, mancanza di latte, svezzamento precoce non voluto, casi di coliche.

Il latte materno è l'alimento che la natura ha predisposto per il neonato ed è perfetto dal punto di vista nutrizionale.

La produzione di latte è legata a un meccanismo di domanda e offerta: mamma e bambino devono imparare a conoscersi per il raggiungimento ottimale della frequenza delle poppate.

Spesso alcuni fattori influenzano la buona riuscita dell'allattamento sin dai primi giorni.

Un scarsa crescita del bambino può essere causata da una malattia che influenza uno o tutti i riflessi fisiologici del neonato (ricerca del seno, suzione e deglutizione) o la sua capacità di assumere latte a sufficienza (per esempio ittero, ipotiroidismo, cardiopatia, palatoschisi, neuropatie) o da un'aumentata richiesta metabolica o da un malassorbimento. Tutte queste sono cause molto rare; il più delle volte è un cattivo attacco del bambino al seno che causa una non adeguata assunzione di latte.

Una produzione sufficiente di latte richiede la presenza di un adeguato tessuto mammario, dotti drenanti il latte e innervazione con normale funzionalità e un'appropriata concentrazione di tutti gli ormoni coinvolti. Il 5% delle mamme può avere un'incapacità primaria di produrre il latte, dovuta a un tessuto ghiandolare inadeguato per ipoplasia della ghiandola mammaria o per esiti chirurgici di rimozione di tessuto mammario o ancora per impianto di protesi mammarie. Anche una chirurgia minore come il piercing del capezzolo può produrre una lesione all'innervazione o ai dotti galattofori. Altre cause possono essere importanti emorragie post-partum, infezioni o ipertensione arteriosa. Anche la presenza di un eccesso di progesterone, dovuto alla ritenzione di frammenti di placenta, può inibire o ritardare la lattazione.

Segni attendibili di una scarsa assunzione di latte sono un aumento di peso che si discosta dalla curva di crescita costruita sui pesi registrati in precedenza. In questo caso si raccomanda la valutazione della crescita

attraverso le curve WHO espressamente costruite per bambini sani allattati al seno.

Un metodo indiretto, ma abbastanza attendibile, è la valutazione della frequenza delle minzioni del bambino, che in genere emette un'urina trasparente almeno 6 volte nelle 24 ore a partire dal terzo giorno di vita, mentre un bambino che non prende abbastanza latte urina meno e in genere le urine sono gialle. Segni possibili, ma non attendibili, possono essere il pianto eccessivo del bambino, un aumento nella frequenza delle suzioni, una durata lunga delle poppate, scarse evacuazioni, sensazione di mammella non piena; in tutti questi casi andrà rivalutata la storia dell'allattamento e si avrà cura di osservare una poppata.

C'è un solo modo per aumentare la produzione di latte: aumentare la frequenza delle poppate, dopo essersi accertati che il bambino ha un attacco adeguato; l'aumento della frequenza delle poppate nel periodo della calibrazione del latte (4-6 settimane dalla nascita) fa aumentare la prolattina e di conseguenza la produzione del latte. Tuttavia, senza il riflesso di eiezione da parte dell'ossitocina, la quantità di latte disponibile sarebbe scarsa. Per cui, per aumentare la disponibilità di latte per il lattante, bisogna anche aiutare la mamma a superare eventuali situazioni di stress o dolore o preoccupazioni che interferiscono con il riflesso ossitocinico. Le madri che si sentono stressate in riferimento alla loro produzione di latte dovrebbero essere incoraggiate a usare tecniche di rilassamento, a cercare momenti di piacere per se stesse, ascoltare musica, scegliere i cibi o le bevande preferite, dopo avere verificato che il bambino abbia un corretto attacco e una suzione efficace.

La produzione di latte materno dipende dalla richiesta del lattante. Sebbene la produzione di latte sia in relazione con la concentrazione di prolattina nel sangue (almeno nel periodo della calibrazione), si sa che quanto

più la mammella viene svuotata tanto più latte si produce; questo fatto è dovuto alla presenza del FIL (Fattore Inibente la Lattazione), una proteina contenuta nel latte che interferisce con i recettori della prolattina presente nelle cellule alveolari; per cui quanto più latte viene estratto dalla mammella, tanto meno FIL ci sarà dentro gli alveoli, e quindi la prolattina potrà svolgere in pieno la sua azione. Conseguentemente, alle madri con insufficiente produzione di latte, dovrà essere consigliato di far succhiare a lungo il bambino in modo da favorire un buon drenaggio della mammella e di spremere il seno per aumentare la produzione di latte. Un drenaggio efficace del latte dal seno è fondamentale se l'obiettivo è l'aumento di produzione del latte.

Non c'è una posizione giusta o sbagliata di principio; se al neonato è permesso di stare sdraiato sul torace della mamma, che a sua volta è comodamente sdraiata, sarà egli stesso a trovare la posizione del corpo migliore per potere ben succhiare, mentre se la mamma è seduta con il bambino tra le braccia, allora sarà la mamma che dovrà garantirgli una buona posizione e un buon attacco.

Per favorire la produzione di latte vengono frequentemente utilizzati molti preparati perlopiù a base di erbe. Per la maggior parte di essi non vi sono prove di efficacia, se non aneddotiche, e mancano informazioni sul meccanismo farmacologico, sulla farmacocinetica e, soprattutto, controlli sulla sicurezza e sugli effetti avversi di questi preparati. La sulpiride e il domperidone sono farmaci che presentano come effetto secondario un innalzamento dei livelli di prolattina e, per questo motivo, è stato proposto il loro utilizzo come galattagoghi. Anche se il domperidone è spesso impiegato per questo scopo, nessuna autorità sanitaria ha approvato questa indicazione di utilizzo. Gli studi scientifici effettuati a oggi non sono sufficienti a stabilire l'efficacia del domperidone per la produzione di latte e a stabilirne il livello di

sicurezza; gli studi eseguiti hanno dimostrato un passaggio del farmaco nel latte senza evidenziare effetti avversi nel lattante.

Nessuna bevanda in particolare stimola la produzione di latte (come alcune credenze popolari suggeriscono).

La gran parte delle proscrizioni che vengono imposte alle mamme che allattano sono inappropriate. Non è necessario modificare la dieta durante l'allattamento; non ci sono motivi scientifici per sospendere determinati cibi dall'alimentazione della mamma per il rischio di un'allergia.

Il fatto che diversi alimenti presentino molecole odorose che sono veicolate nel latte è considerato un vantaggio per quando il lattante inizierà ad assaggiare i cibi solidi. La dieta materna influisce sul contenuto di vitamine e sulla qualità degli acidi grassi contenuti nel latte, mentre le altre sostanze sono sintetizzate direttamente dal lattocita, indipendentemente dalla dieta.

Come in gravidanza, anche in allattamento deve essere proscritto l'alcol, che passa con estrema facilità nel latte e, quindi, ingerito dal neonato. È un falso mito che bisogna bere latte per produrne di più. Durante l'allattamento le mamme possono fare tranquillamente attività sportiva, avere rapporti sessuali, fare la tintura ai capelli; possono assumere la gran parte dei farmaci essenziali. L'unica procedura diagnostica che può arrecare danno al bambino è la scintigrafia con l'utilizzo di un mezzo di contrasto radioattivo; in questi casi la madre dovrà tirare ed eliminare il latte per un tempo corrispondente a 5 emivite dell'isotopo. Non c'è bisogno di sospendere temporaneamente l'allattamento e gettare il latte spremuto dopo un'indagine radiologica con mezzo di contrasto. Questa misura può essere riservata ai casi in cui l'indagine radiologica sia stata eseguita con mezzi di contrasto a base di gadolinio della categoria "ad alto rischio di fibrosi sistemica nefrogenica" (gadopentetato dimeglumina, gadodiamide e gadoversetamide). In tutti gli

altri casi, e quindi nella maggioranza dei casi, il bambino allattato può riprendere da subito i pasti al seno.

Nonostante i metodi barriera anticoncezionali rappresentino una prima scelta in corso di allattamento al seno e nelle prime 3-6 settimane dal parto, i metodi ormonali sono sicuri in corso di allattamento al seno, ma vanno avviati non prima di 6 settimane dal parto, preferibilmente dopo 6 mesi dal parto. La pillola di solo progestinico rappresenta la prima scelta nella donna che allatta, ma è utilizzabile in sicurezza anche l'associazione estrogeno-progestinica (la scelta deve tener conto anche di fattori di rischio trombotico individuali). Il metodo dell'amenorrea da lattazione rappresenta una concreta opzione, in particolare quando la coppia non voglia ricorrere ad altri metodi contraccettivi nell'ambito della pianificazione familiare delle nascite. Non è infrequente il verificarsi dell'allattamento al seno mentre la mamma sta portando avanti una gravidanza. Non è presente una specifica controindicazione all'allattamento in questi casi. La composizione del latte appare essere diversa, con un colore che ricorda quello del colostro. Una recente revisione della letteratura in materia ha dimostrato che allattare in gravidanza non produce un aumentato rischio di aborto; in un Paese industrializzato come l'Italia, nel quale le donne gravide sono generalmente sane e ben nutrite, non vi è un aumentato rischio di ritardo di crescita intrauterino (IUGR), né di malnutrizione materna; non è documentato che la suzione al seno collegata all'allattamento possa determinare un parto pretermine per attivazione delle contrazioni uterine.

Allattare non produce un danno estetico al seno; al contrario, le donne devono essere informate sulla protezione dell'allattamento nei confronti di alcuni tumori, tra cui quello al seno.

CAPITOLO III: NORMATIVA SULL'ALLATTAMENTO

3.1 NORMATIVA SULL'ALLATTAMENTO IN ITALIA

La legge 30 dicembre 1971 n° 1204 e il relativo regolamento di attuazione DPR 25/11/76 costituiscono il fondamento giuridico di tutela delle lavoratrici madri. Sono tutelate coloro che svolgono un'attività alle dipendenze di un datore di lavoro privato o pubblico, più in dettaglio, le dipendenti delle varie amministrazioni dello Stato, della Regione, della Provincia o dei Comuni, le dipendenti di datori di lavoro privati, (aziende, artigiani, commercianti, industrie), le dipendenti di società cooperative, le apprendiste, le lavoratrici agricole.

La successiva legge 53/2000, denominata "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi della città", modifica la normativa (legge 1204/71) sulla tutela della maternità, ampliandone ed estendendone le norme anche al padre lavoratore.

Le disposizioni della legge 1204/71 si applicano a tutte le lavoratrici madri, e con particolarità diverse alle apprendiste, alle colf e alle lavoratrici a domicilio. Le lavoratrici autonome, che hanno norme particolari, sono state inserite nella legge 53/2000 unicamente per l'astensione facoltativa di 3 mesi.

Per le lavoratrici del pubblico impiego, tutti i contratti contengono appositi articoli dedicati alla maternità che stabiliscono condizioni di miglior favore rispetto a quelle contenute sia nella legge 1204/71 che nella nuova legge, soprattutto per quanto attiene alla misura dell'indennità economica e ai riposi e permessi.

Il divieto di licenziamento opera dall'inizio del periodo di gestazione fino al compimento di un anno di età del bambino. Sono escluse da tale norma le colf. Tale divieto non opera nei casi di licenziamento per giusta causa, cessazione di attività dell'azienda, ultimazione della prestazione a cui era

addebita la lavoratrice e risoluzione del rapporto di lavoro per scadenza del termine. Con la nuova normativa il divieto di licenziamento si applica anche al padre, che fruisca dell'astensione obbligatoria, dalla nascita del bambino fino al compimento di un anno di età del medesimo.

Le lavoratrici durante il periodo di gestazione e fino a 7 mesi dopo il parto sono esonerate dal trasporto e dal sollevamento di pesi e possono essere spostate ad altre mansioni, conservando la retribuzione e la qualifica originarie, se vengono spostate a mansioni inferiori. Il DPR 1026/76 è il regolamento che indica i lavori pericolosi, faticosi ed insalubri a cui la lavoratrice non deve essere adibita. È vietato far lavorare le donne in stato di gravidanza durante i due mesi precedenti la data presunta del parto: si deve far riferimento alla data indicata sul certificato medico, anche se vi può essere errore di previsione e durante i tre mesi dopo il parto. La disposizione è valida anche per le lavoratrici a domicilio e per le colf. L'astensione obbligatoria post-partum è stata estesa anche al padre lavoratore nel caso in cui l'assistenza della madre al neonato sia diventata impossibile per decesso o grave infermità della madre stessa (Sentenza della Corte Cost. n.1/1987).

La nuova norma oltre a recepire detta sentenza, stabilisce il diritto all'astensione obbligatoria per il padre anche nel caso di affidamento esclusivo. Tale disposizione è applicabile anche al padre lavoratore autonomo, per il quale si ipotizza la sostituzione in azienda con lavoratore a tempo determinato.

La nuova legge n.53/2000, recependo una sentenza della Corte Costituzionale (n.270/99), prevede che, qualora il parto avvenga in anticipo rispetto alla data presunta, si possano aggiungere ai tre mesi post-partum i giorni di astensione obbligatoria non goduti prima del parto, nel limite massimo di cinque mesi, a condizione che ci sia stata comunque effettiva

astensione dal lavoro. La lavoratrice è tenuta a presentare entro 30 giorni dalla data del parto il certificato attestante la data dell'evento.

Ferma restando la durata dell'astensione obbligatoria di cinque mesi, la nuova legge (art.12) introduce, dal 28 marzo 2000, la possibilità di continuare a lavorare fino all'ottavo mese di gravidanza utilizzando così un solo mese prima del parto e quattro mesi dopo il parto.

Tale facoltà può essere esercitata a condizione che, sia un ginecologo del SSN, sia un medico competente per la salute nei luoghi di lavoro, attestino che tale scelta non pregiudichi la salute della gestante e del bambino. La lavoratrice può chiedere all'Ispettorato del lavoro, oggi Direzione provinciale del lavoro, l'astensione anticipata dal lavoro fin dall'inizio della gestazione in caso di gravi complicazioni della gestazione o di preesistenti forme morbose che si presume possano aggravarsi con lo stato di gravidanza, se le condizioni di lavoro o ambientali siano da ritenersi pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino, quando la lavoratrice non può essere spostata a mansioni meno disagiati.

Detta astensione può essere protratta fino al settimo mese successivo al parto se la lavoratrice è addetta a lavorazioni nocive e non può essere spostata ad altre mansioni, con il diritto a percepire la stessa indennità spettante per la normale astensione obbligatoria. Le lavoratrici hanno diritto ad un'indennità giornaliera pari all'80% della retribuzione media globale percepita nel periodo di paga quadrisettimanale o mensile precedente a quello in cui ha avuto inizio l'astensione obbligatoria. Alla retribuzione media giornaliera su cui computare l'80% va aggiunto il rateo giornaliero della gratifica natalizia e della quattordicesima mensilità.

Dal 28 marzo 2000, il diritto ad astenersi alternativamente dal lavoro durante le malattie del bambino viene fissato per entrambi i genitori fino al compimento dell'ottavo anno di età. Fino al compimento del terzo anno di età

del bambino non si prevedono limiti temporali di fruizione, dai tre anni agli otto è previsto il limite di cinque giorni all'anno per ciascun genitore. La malattia del figlio deve essere certificata da un medico specialista del SSN o con esso convenzionato.

La disciplina sulla maternità, riconosce alla madre la possibilità di prendersi cura del neonato durante il primo anno di vita, attraverso dei piccoli, ma quotidiani, permessi di lavoro, ossia i riposi orari giornalieri per allattamento.

Il Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, prevede i riposi giornalieri della madre, ossia che:

- Il datore di lavoro deve consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo, anche cumulabili durante la giornata. Il riposo è uno solo quando l'orario giornaliero di lavoro è inferiore a sei ore.

- I periodi di riposo hanno la durata di un'ora ciascuno e sono considerati ore lavorative agli effetti della durata e della retribuzione del lavoro. Essi comportano il diritto della donna ad uscire dall'azienda.

- I periodi di riposo sono di mezz'ora ciascuno quando la lavoratrice fruisca dell'asilo nido o di altra struttura idonea, istituiti dal datore di lavoro nell'unità produttiva o nelle immediate vicinanze di essa.

Pertanto la lavoratrice, nel primo anno di vita del bambino, ha diritto a riposi orari per allattamento di due ore se l'orario giornaliero della lavoratrice risulta pari o superiore a sei ore al giorno, oppure permessi di un'ora in caso di orario giornaliero di lavoro di durata inferiore a sei ore.

Le ore di riposo per allattamento avendo la finalità di alimentazione e cura del bambino, non competono alla lavoratrice se si trova in astensione obbligatoria o facoltativa. Analogamente le ore di allattamento non

competono alla lavoratrice madre se il padre lavoratore ha avuto la concessione dell'astensione facoltativa.

Il Ministero del lavoro aggiunge che i riposi orari per allattamento sono concessi alla madre per la salvaguardia della salute del bambino neonato e per le sue esigenze di nutrizione, quindi per questi fini essi devono essere fissati tassativamente in base ad un accordo tra la lavoratrice e il datore di lavoro o mediante l'intervento della Direzione provinciale del lavoro (DPL). L'accordo deve essere volto a contemperare le esigenze proprie del regime biologico del bambino e quelle della produzione.

Per i riposi giornalieri è dovuta un'indennità, a carico dell'Inps, pari all'intero ammontare della retribuzione relativa ai riposi. L'indennità è anticipata dal datore di lavoro ed è portata a conguaglio con i contributi dovuti all'Inps stessa.

Va precisato che i permessi giornalieri di una o due ore per allattamento sono considerati utili ai fini dell'anzianità di servizio a tutti gli effetti, mentre sono esclusi dalla maturazione della tredicesima mensilità, fatto salvo eventuali condizioni di miglior favore previste dai vari CCNL. La giornata lavorativa ad orario ridotto dà invece diritto alla maturazione delle ferie retribuite.

Non è consentito invece alcun trattamento economico sostitutivo dei riposi giornalieri per allattamento, cioè la lavoratrice non può rinunciare alla funzione fondamentale dell'allattamento del bambino dietro percezione di una retribuzione aggiuntiva sostitutiva.

Per le ore di allattamento, che siano due o un ora al giorno, la legge prevede la copertura con contribuzione figurativa ridotta, ma solo per i periodi successivi al 28 marzo 2000.

La madre del bambino è la naturale destinataria dei riposi orari e dell'accredito dei contributi figurativi. Tale disposizione sulla percezione dell'indennità e sull'accredito dei contributi figurativi si applica a tutte le

lavoratrici dipendenti, comprese le apprendiste. Viene inoltre riconosciuto il riposo orario e l'accredito dei contributi figurativi anche alle lavoratrici impegnate in lavori socialmente utili (L.S.U.) e i lavori di pubblica utilità (L.P.U.). Mentre sono escluse dalla prestazione erogata dall'Inps le lavoratrici a domicilio, le addette ai servizi domestici e familiari e, soprattutto, le lavoratrici autonome.

Il padre lavoratore ha diritto di fruire dei riposi orari per allattamento nelle seguenti situazioni :

- nel caso in cui i figli siano affidati al solo padre;
- in alternativa alla madre lavoratrice dipendente che non se ne avvalga;
- nel caso in cui la madre non sia lavoratrice dipendente;
- in caso di morte o di grave infermità della madre.

Il padre del bambino ha diritto a fruire dei riposi orari e dell'accredito contributivo anche quando la madre presta attività ma come lavoratrice non dipendente, cioè come lavoratrice autonoma, libera professionista. Inoltre il padre ha diritto a riposi aggiuntivi, e relativi contributi figurativi, di una o due ore secondo il suo orario di lavoro, anche in caso di parto plurimo.

L'Inps ha precisato che l'ipotesi di riconoscimento al padre del diritto ai riposi in alternativa alla madre lavoratrice dipendente che non se ne avvalga, è comprensiva anche del caso di lavoratrice dipendente che non si può avvalere dell'astensione facoltativa, in quanto appartenente a categoria di lavoratori non aventi diritto ai congedi per allattamento. È il caso delle lavoratrici a domicilio o di quelle domestiche. Mentre non comprende il caso della madre che non se ne avvalga perché sta fruendo di astensione obbligatoria o facoltativa.

La madre ha diritto ad usufruire dei riposi durante il congedo parentale del padre. Il padre invece non può utilizzare i riposi giornalieri durante il congedo di maternità o il congedo parentale della madre, neppure nei casi in cui la madre non si avvalga dei riposi in quanto assente dal lavoro per cause

che determinano una sospensione del rapporto di lavoro (cioè nel caso di aspettative, permessi non retribuiti, pause lavorative previste nei contratti part-time di tipo verticale di tipo settimanale, mensile o annuale), mentre li può utilizzare in alternativa alla madre che non si avvale in quanto è in congedo di maternità o parentale per un altro figlio.

Se la madre è artigiana, commerciante, coltivatrice diretta, imprenditrice agricola, una lavoratrice parasubordinata (lavoratrice a progetto), una libera professionista (con o senza cassa), il padre può fruire dei riposi dal giorno successivo a quello finale del periodo di trattamento economico spettante alla madre dopo il parto, ossia il congedo di maternità per le lavoratrici parasubordinate, o il congedo di maternità per le lavoratrici autonome. Questo sempre che la madre non abbia chiesto di fruire ininterrottamente, dopo il periodo di astensione obbligatoria, del congedo parentale, ossia l'astensione facoltativa.

Il padre lavoratore dipendente che vuole usufruire di permessi orari dal lavoro per allattamento, nei casi in cui è previsto, deve fare la richiesta.

La durata dei riposi giornalieri raddoppia in caso di parto plurimo. Quindi, quando in famiglia la nascita è almeno gemellare, i periodi di riposo spettanti durante il primo anno di vita dei bambini raddoppiano nella misura. Ciò significa, in altre parole, che spettano quattro ore o due ore di permessi al giorno, a seconda che l'orario quotidiano di lavoro svolto dal genitore richiedente sia pari ad almeno sei ore o inferiore alle sei ore. Va però evidenziato che il raddoppio delle ore vale indipendentemente dal numero di neonati, a partire dai gemelli. In sostanza, se nascono tre gemelli, non si triplicano le ore ma restano raddoppiate.

Ciascun genitore, ossia la lavoratrice dipendente madre e il lavoratore dipendente padre, acquistano un proprio diritto ai riposi per allattamento. Alla madre per tutte le ore spettanti, al padre per la parte eccedente la misura

ordinaria, quando la madre vi rinuncia. Resta inteso che la possibilità di fruizione dei riposi orari è ovviamente collegata alla qualifica di lavoratore dipendente della madre.

Mentre per il normale parto di un solo figlio non è consentita l'utilizzazione delle ore aggiuntive previste, per il caso di parto plurimo è invece consentita al padre anche durante il congedo di maternità della madre lavoratrice dipendente. Il diritto ai riposi è in misura raddoppiata anche per il padre, quando la madre è lavoratrice autonoma o parasubordinata. Anche i genitori adottivi o affidatari hanno diritto ai riposi orari per allattamento. Dall'11 agosto 2011, i riposi sono fruibili entro il primo anno dall'ingresso del minore nella famiglia (anziché entro il primo anno di vita del bambino, come previsto prima dal D. Lgs. 151 del 2001). Inoltre, nel caso dei dipendenti pubblici assegnati ad altra sede temporaneamente, la disciplina dei riposi orari per allattamento può applicarsi entro i primi tre anni dall'ingresso del minore nella famiglia, indipendentemente dalla sua età. A differenza di quanto previsto per i figli biologici, per i quali i genitori possono fruire dei riposi giornalieri solo al termine del periodo di astensione obbligatoria post partum (tre mesi dopo il parto, in genere), il lavoratore o la lavoratrice che abbia adottato o preso in affidamento un minore può utilizzare i riposi giornalieri a partire dal giorno successivo all'ingresso del bambino in famiglia, in luogo del congedo di maternità o del congedo di paternità, che pure spettano in caso di adozione o affidamento.

Il Decreto Legislativo n. 151 del 2001 ha previsto che l'applicazione delle disposizioni in materia di riposi giornalieri per allattamento della madre e del padre, e dei parti plurimi, siano estesi anche nel caso di adozione o affidamento. Quindi anche nel caso di adozione o affidamento di più di un bambino.

Al riguardo l'Inps ha avuto modo di precisare che, in caso di adozione o affidamento di bambini, anche non fratelli, entrati in famiglia anche in date diverse, i genitori adottivi o affidatari hanno diritto al raddoppio delle ore di riposo, analogamente ai genitori naturali.

Così pure è da ritenersi che una coppia di lavoratori dipendenti che abbiano in adozione o affidamento un minore e, intanto, hanno diritto alle ore di riposo per allattamento di un figlio naturale, potranno fruire di ulteriori ore di riposo giornaliero fino al compimento di un anno di età del minore adottato o avuto in affidamento.

È la circolare n. 95 bis del 2006 che chiarisce il rapporto tra i permessi orari giornalieri per allattamento e le ore di recupero della banca ore, sistema presente in molti CCNL. L'Inps ha precisato che ai fini del diritto ai riposi giornalieri, nonché al relativo trattamento economico, va preso in considerazione l'orario di lavoro giornaliero contrattuale normale, quello cioè in astratto previsto nel contratto, e non quello effettivamente prestato in concreto nelle singole giornate.

Ne consegue, pertanto, che i riposi in questione sono riconoscibili anche laddove la somma delle ore di recupero e delle ore di allattamento esauriscano l'intero orario giornaliero di lavoro comportando, di fatto, la totale astensione dall'attività lavorativa.

Come abbiamo visto, le ore di allattamento sono previste, seppur solamente durante il primo anno di età del bambino, ma in modo assolutamente insufficiente. Un neonato di tre mesi richiede di essere allattato spessissimo e le ore di permesso concesse alla madre risultano insufficienti per soddisfare queste esigenze. Ancora peggiore risulta essere poi la situazione delle lavoratrici che prestano la loro attività lontana da casa. Se dobbiamo sommare, infatti, anche il tempo per raggiungere la sede di lavoro, ecco che i tempi d'attesa del bambino che aspetta per essere allattato al seno aumentano

ulteriormente. Risulta più comodo e meno stressante per la madre, che dovrebbe utilizzare il tiralatte e conservare il suo latte per i momenti di assenza, far ricorso all'allattamento artificiale.

1.2 NORMATIVA SULL'ALLATTAMENTO NEGLI ALTRI STATI DEL MONDO

Le politiche di congedo di maternità obbligatorio hanno una lunga storia in Europa: ad esempio in Germania esistono sin dal 1883 (Tanaka, 2005), in Svezia dal 1891 e in Francia dal 1929. Sin dal 1919, durante le *convention* sulla protezione della maternità dell'Ilo (Organizzazione internazionale del lavoro) sono state raccomandate dalle dodici alle quattordici settimane di congedo di maternità obbligatorio retribuito.

Molti Paesi Europei hanno tardato ad adottare tali politiche fino agli anni '60, tuttavia oggi lo standard per l'Unione europea ed i Paesi Ocse supera le raccomandazioni dell'Ilo (Ruhm, 1998). Solo pochi paesi non prevedono un congedo retribuito, ad esempio Stati Uniti, Australia, Nuova Zelanda e Corea del Sud.

Per quanto riguarda il congedo parentale facoltativo, la direttiva Ue lascia agli Stati la libertà di elaborare una propria legislazione.

È dal 1973 che in Francia il tasso di fecondità è costante e si attesta sui 2 figli a donna. Un baby boom ininterrotto dovuto prevalentemente alla politica familiare messa in atto dal governo francese. E, nonostante recentemente sia stata introdotta una rimodulazione dell'importo degli assegni familiari legata al reddito e al numero dei figli, le somme erogate restano alte.

Il bonus viene erogato all'inizio del quarto mese di gravidanza, dopo aver presentato gli esami medici, per agevolare le famiglie alle prese con le prime

spese. L'importo, inoltre, viene maggiorato se entrambi i genitori lavorano o se si tratta di una famiglia con un solo genitore.

Le prestazioni di mantenimento e di accoglienza legate alla prima infanzia sono raggruppate in un pacchetto che si chiama Paje e che, oltre al bonus, si compone di un assegno di base pari a 185,54 euro al mese subordinato al reddito e valido fino ai tre anni del bimbo. Poi ci sono la prestazione condivisa di educazione del bambino (*PreParE*) per ogni nascita (o adozione) e l'integrazione di libera scelta d'attività (*CLCA*), che permettono al genitore di sospendere la propria attività o di ridurla. Entrambe sono subordinate a un'anzianità contributiva minima. L'importo della *PreParE/CLCA* è fissato a 392,48 euro ad aliquota piena e a 146,36 euro se l'attività è un part-time superiore al cinquanta per cento.

Un esempio: una famiglia del ceto medio con due figli (uno neonato e l'altro all'asilo nido) percepisce dallo Stato quasi settemila euro all'anno, senza contare che in Francia è prevista l'assistenza gratuita a domicilio di infermieri specializzati subito dopo la nascita del bebè.

Le donne francesi ricevono il salario pieno per le prime sedici settimane di congedo di maternità per il primo e il secondo figlio, e ventisei settimane per ogni figlio dal terzo in poi. Inoltre, le neomamme possono ottenere fino a tre anni di congedo "protetto" con sovvenzioni per baby-sitter a domicilio e assistenza ai bambini.

Le mamme più felici del mondo, secondo quanto emerso dall'ultimo rapporto di Save the Children, sono finlandesi. Nel Paese in cui il 32% del Pil è destinato alle politiche sociali, gli aiuti sono concreti. A iniziare dalla baby box, una scatola di cartone con beni di prima necessità che dal 1949 viene inviata a tutte le future madri. Il mittente è Kela, l'ente pubblico di previdenza sociale, che inserisce nella scatola (pensata anche come possibile culla) vestitini, tutine, bavaglini, coperte, un materassino, cuffiette, calzini,

un set di lenzuola e un set per l'igiene del bambino e della mamma, inclusi i preservativi per il controllo demografico e i pannolini di stoffa in favore dell'ecosostenibilità. C'è anche un giocattolo e un libro illustrato. Non vengono inviati biberon e latte in polvere proprio per incoraggiare l'allattamento al seno. Ogni anno il design e i colori cambiano. I vestiti sono di diverse taglie, in modo da poter servire al neonato per i primi mesi di vita. Ogni mamma può però scegliere se ricevere questo kit o il suo valore in contanti, attraverso un buono di centoquaranta euro.

Il congedo di maternità retribuito per un periodo di nove settimane è stato introdotto nel 1964 e la sua durata è stata progressivamente estesa nel corso degli anni. Alla madre del bambino spetta attualmente un congedo di maternità di centocinque giorni lavorativi: dai trenta ai cinquanta giorni devono essere presi prima di partorire e obbligatoriamente due settimane prima e due settimane dopo il parto. La retribuzione è connessa ai redditi percepiti dalla lavoratrice: durante i primi cinquantasei giorni di congedo, la donna è retribuita al 90% fino ad un salario annuale di 53.072 euro. La percentuale retributiva si riduce per gli stipendi che superano tale soglia. Dopo il periodo iniziale di congedo, la lavoratrice riceve il 70% del salario annuale fino a 34.495 euro, con una percentuale inferiore per i redditi più elevati. Le madri disoccupate o che guadagnano meno di 9.842 euro all'anno percepiscono un'indennità minima fissa di 22,96 euro per giorno lavorativo (574 euro al mese). Il diritto al congedo di maternità è basato sulla residenza ed è riconosciuto a tutte le donne che vivano in Finlandia, o siano assicurate in un altro Stato membro dell'Unione europea, da un periodo di almeno 180 giorni prima della data prevista per la nascita del figlio. La donna ha diritto al congedo retribuito dopo che siano trascorsi 154 giorni di gravidanza. In caso di parto prematuro, se la gravidanza è durata almeno 154 giorni e termina con più di 30 giorni di anticipo rispetto alla data presunta, la madre ha diritto ad

usufruire del congedo retribuito dal giorno dopo il parto e per i successivi 105 giorni. Il diritto al congedo può essere delegato al padre nel caso in cui la madre sia ammalata e per questo impossibilitata ad accudire il bambino.

Il congedo di paternità, introdotto nel 1978, è attualmente di diciotto giorni lavorativi, cui si aggiunge un bonus di altri ventiquattro giorni per i padri che usufruiscono delle ultime due settimane di congedo parentale. In base alla normativa vigente dal 2007, i giorni del bonus e le due settimane di congedo parentale sono chiamate “il mese del padre” (in inglese *the father's month*), anche se il periodo complessivo di fatto ammonta a sei settimane. Il congedo di paternità è retribuito al 70% del salario annuale fino a 34.495 euro, con una percentuale retributiva inferiore per i redditi più alti. Per quanto concerne l'utilizzo dei giorni di congedo, da uno a diciotto, possono essere presi dal padre in quattro segmenti mentre la madre è in maternità o in congedo parentale, mentre i ventiquattro giorni aggiuntivi devono essere utilizzati tutti in una volta dopo che la madre abbia terminato il suo congedo. Il “mese del padre”, inclusi i giorni di bonus, può essere usufruito entro centottanta giorni dalla fine del congedo parentale. I requisiti per poter accedere al congedo di paternità sono gli stessi previsti per quello di maternità, ma il padre deve anche convivere con la madre del bambino.

La durata complessiva del congedo parentale è di centocinquantotto giorni lavorativi, che i genitori possono ripartirsi tra loro, ciascuno in due parti della durata di almeno dodici giorni. Nei primi trenta giorni di congedo, la retribuzione è del 75% dello stipendio annuale fino a 53.072 euro, con una percentuale inferiore per i redditi più elevati. Dopo il periodo iniziale, la percentuale retributiva si riduce al 70% del salario annuale fino a 34.495 euro. È inoltre prevista un'indennità minima come per il congedo di maternità. Si può usufruire del congedo parentale anche part time, al 40-60% dell'orario full time, ma soltanto se entrambi i genitori ne usufruiscono in tal modo e previo

accordo con il datore di lavoro. In caso di parti gemellari, la durata del congedo parentale è prolungata di sessanta giorni per ogni bambino in più. Sia la madre, sia il padre, possono usufruire del congedo prolungato, in parte o del tutto durante il congedo di maternità o durante quello parentale. Qualora a causa di parto prematuro il congedo di maternità sia iniziato con più di trenta giorni di anticipo rispetto alla data presunta, il congedo parentale è prolungato di altrettanti giorni lavorativi.

I genitori adottivi di un bambino di età inferiore a sette mesi hanno diritto al congedo parentale di duecentotrentaquattro giorni lavorativi dopo la nascita, o di duecento giorni lavorativi se il bambino ha più di due mesi al momento in cui è preso in cura dai genitori adottivi. Non ha diritto al congedo il genitore adottivo di un bambino di età superiore a dodici mesi che sia coniugato o conviva con il genitore naturale.

Infine, è previsto un congedo specifico per la cura del bambino, che va dalla fine del congedo parentale al compimento del terzo anno di età del bambino. Si può usufruire di tale congedo in due parti, ciascuna della durata minima di un mese. Il genitore in congedo percepisce un'indennità di base mensile di 327,46 euro cui si aggiungono 98,04 euro per ogni bambino di età inferiore a tre anni e 63 euro per ogni altro bambino in età prescolare superiore a tre anni, e un eventuale supplemento (fino a 175,24 euro) in relazione ai mezzi della famiglia. I genitori di bambini di età inferiore a dieci anni, possono inoltre prendere fino a 4 giorni di congedo in caso di malattia del figlio e non sono previsti limiti alle volte in cui se ne può usufruire nel corso di un anno. Dalla fine del congedo parentale fino al termine del secondo anno scolastico del bambino i genitori possono chiedere di lavorare con orario ridotto.

In Germania i sussidi previsti per la nascita di un bimbo sono altissimi: 184 euro al mese per ognuno dei primi due figli che, moltiplicato per

12 mesi, fa 2.202 euro all'anno per figlio. Mentre con tre pargoli si sale a 190 euro al mese e a 215 euro per i successivi figli. Si tratta del *Kindergeld* (“denaro del bambino”), pilastro portante del welfare tedesco, che prevede, inoltre, un posto all'asilo nido di diritto per ogni famiglia, mentre, chi preferisce accudire a casa i bambini, riceve un assegno da 150 euro al mese. Ma questo è l'importo base. Recentemente è scattato un nuovo sussidio: si chiama *ElterngeldPlus* e prevede congedi parentali più flessibili. In pratica ci si può assentare dal lavoro per un totale di ventiquattro mesi fino al compimento dell'ottavo anno di età del bimbo o lavorare part-time ricevendo dei benefit. Una misura che dovrebbe rispondere alle critiche che per anni hanno preso di mira il welfare tedesco, considerato poco attento alle esigenze lavorative delle neo mamme. Un sussidio è riservato anche ai genitori single che non ricevono alimenti da parte dell'altro genitore: è finanziato con fondi pubblici ed è pari a 133 euro per i bambini sotto i sei anni e a 180 euro fino ai dodici anni.

In Gran Bretagna la parola chiave è *Child benefit* e comprende tutti i sussidi definiti universali perché riguardano tutti coloro che sono responsabili del bimbo (mamme, genitori o tutori) con un solo limite reddituale, l'*High Income Child Benefit Charge*: se si superano 50mila sterline all'anno (quasi 68mila euro) deve essere restituita una parte di quanto ricevuto. Fino ad aprile 2016, gli importi sono questi: 20,70 sterline (circa 28 euro) a settimana per il primo figlio e 13,70 sterline (circa 18,6 euro) a settimana per ognuno dei successivi. L'erogazione del contributo è prevista fino al sedicesimo anno di età di ciascun figlio, che coincide con la fine dell'obbligo della scuola. Ma se il ragazzo decide di continuare gli studi può essere richiesta un'estensione fino al compimento dei venti anni. Ad affiancare il *Child benefit* è il *Child Tax Credit*, che consente di ottenere crediti d'imposta aggiuntivi per alcune spese, come quelle sostenute per la baby-sitter. Per ottenerlo sono necessari gli stessi

requisiti, ma la somma che si riceve dipende dal reddito: è possibile ottenere fino a 122,50 sterline in più a settimana per il primo figlio (vale a dire 670 euro al mese) o 210 sterline con due figli. Capito a parte sono i voucher per l'infanzia: possono richiederli tutti i lavoratori che hanno il *National Insurance*, una sorta di libretto del lavoro obbligatorio, e consentono di ottenere fino a 55 sterline a settimana a seconda di quanto si guadagna e dall'anzianità contributiva. Sul fronte indennità, le future mamme, dipendenti o lavoratrici autonome attive per almeno ventisei settimane durante l'anno o che hanno guadagnato almeno 30 sterline a settimana per un periodo di tredici settimane, possono richiedere la *Maternity Allowance*. In pratica, per la durata massima di trentanove settimane, riceveranno 139,58 sterline a settimana o il 90% della retribuzione media settimanale. E i pagamenti possono iniziare già undici settimane prima che il bambino nasca. I papà hanno una o due settimane pagate di congedo, ma se il bimbo è nato (o è stato adottato prima del 5 aprile 2015) le settimane diventano ventisei. Un benefit aggiuntivo che può ottenere solo se la mamma torna a lavoro.

In Olanda lo Stato aiuta tutti i genitori a prendersi cura dei figli (anche quelli adottati o di cui si ha la tutela) fino a diciotto anni attraverso il *Kinderbijslag*, l'assegno familiare versato ogni tre mesi. Le prestazioni sono regolate dal *National Child Benefits Act (Akw)*. L'importo aumenta con l'età del bambino. E se ha una disabilità si può beneficiare di assegni familiari pari a due volte il valore di base. In particolare, dal 2012 restano validi questi importi: da zero a cinque anni si ha diritto a 191,65 euro al mese, da sei a undici anni si sale a 232,71 euro al mese fino ad arrivare alla maggiore età con 273,78 euro al mese. C'è poi un bonus a seconda del reddito, del tipo di famiglia e del numero dei figli, a cui si aggiunge un'ulteriore somma solo per l'assistenza ai bambini, a seconda del numero di ore lavorative dai genitori e dal reddito lordo percepito. Sul fronte del congedo di maternità, però, si

possono utilizzare solo sedici settimane in totale. Questo perché lo Stato incentiva le madri a tornare subito a lavoro, per non restarne tagliate fuori, ma con orari flessibili che consentano facilmente di passare da un impiego full time a uno part time. Ci sarà, quindi, una riduzione dello stipendio, ma il versamento dei contributi resta uguale. Una soluzione di cui quasi tutte le donne, ma anche gli uomini, usufruiscono.

In Spagna l'incentivo su cui possono contare tutte le famiglie è la deduzione di 1.200 euro dall'Irpef per ogni figlio nato fino al compimento dei tre anni. Il bonus si può richiedere come rimborso mensile di 100 euro o una tantum, ma per ottenerlo bisogna aver lavorato almeno quindici giorni nel mese in cui si richiede. Il confronto con gli anni passati è impietoso: fino al 2014 tutti percepivano 2.500 per ogni figlio nato. Tuttavia, nel caso di famiglie numerose e madri single o nel caso in cui uno dei genitori abbia una disabilità superiore al 65%, sempre dallo scorso gennaio il bonus bebè è di mille euro. E, in caso di parto multiplo, con due gemelli si ha diritto a 2.665 euro, con tre si sale a 5.131 euro fino ad arrivare a 7.696 euro con quattro o più gemelli. A fare la differenza normalmente sono, comunque, le comunità autonome in cui si risiede. Ad esempio le Baleari, Castiglia e Leon, Navarra, Galizia e i Paesi Baschi danno un aiuto tra 1.200 euro e 8.700 euro all'anno per l'acquisto dei beni di prima necessità come latte, pannolini e prodotti farmaceutici. L'equivalente spagnolo dell'Inps permette di avere sedici settimane di maternità retribuite alle lavoratrici che hanno accumulato negli ultimi sette anni un minimo di centottanta giorni lavorativi. Sul fronte dei permessi lavorati, madri e padri possono richiedere entrambi un'ora al giorno di allattamento fino al compimento dei nove mesi. Inoltre i papà hanno diritto a tredici giorni di permesso subito dopo la nascita.

In Albania le mamme hanno il diritto di chiedere fino a un anno di congedo di maternità, retribuito all'80% per i primi centocinquanta giorni e al 50% per il resto del periodo.

In Australia ciascuno dei genitori può richiedere diciotto settimane di congedo pagato al minimo salariale e fino a cinquantadue settimane non retribuite.

In Brasile il congedo è di quattro mesi retribuiti (sei nel settore governativo), e le famiglie hanno diritto all'assistenza gratuita (compresi gli asili) finché il bambino non raggiunge i sei anni di età.

In Svezia il congedo parentale dura quattrocentoventi giorni e in Germania, Ungheria, Finlandia, Slovacchia, Francia e Polonia può durare fino a tre anni. (Fonte: elaborazione su dati Euro, 2004)

In Danimarca, che ha recepito la direttiva comunitaria n. 2010/18/UE in materia di congedi parentali con la legge n. 217 del 5 marzo 2013 (*Lov om ændring af lov om ligebehandling af mænd og kvinder med hensyn til beskæftigelse m.v.*), sono previsti: un congedo di maternità, distinto in *Graviditetsorlov* di cui può usufruire la donna in stato interessante prima di partorire e in *Barselsorlov* riservato alla madre dopo il parto; un congedo di paternità riconosciuto al padre dopo la nascita del figlio; un congedo parentale disponibile per entrambi i genitori.

La durata del congedo di maternità è complessivamente di 18 settimane: quattro prima del parto e quattordici settimane dopo la nascita del bambino. Le prime due settimane successive al parto sono obbligatorie. La lavoratrice, sia essa impiegata a tempo pieno o a tempo parziale, percepisce il 100% del suo salario, ma con un tetto massimo di 788 corone danesi (circa 106 euro) lorde al giorno, o di 3.940 corone (circa 530 euro) a settimana. Non è previsto un congedo addizionale in caso di parti gemellari poiché il diritto al congedo di maternità (e anche di paternità e parentale) è connesso all'evento della

nascita e non al numero di bambini nati. Ad entrambi i genitori è riconosciuta la possibilità di usufruire di un congedo parentale di trentadue settimane fino al compimento della quarantottesima settimana di vita del bambino. Ciascun genitore può utilizzare tutte le trentadue settimane, ma in totale il congedo parentale, per famiglia, non può eccedere tale durata. I genitori possono prolungare le trentadue settimane a quaranta settimane (tutti i lavoratori) o a quarantasei settimane (solo gli impiegati). Il livello di benefici economici si riduce nel corso del periodo di prolungamento in modo da eguagliare in totale la retribuzione dovuta per le trentadue settimane analogamente a quanto previsto per il congedo di maternità. È inoltre possibile tornare a lavorare part-time, ricevendo un salario ridotto durante l'estensione del periodo di congedo.

In Norvegia, la disciplina sul congedo parentale è contenuta nel capitolo 12 del *Working Environment Act*, da ultimo emendato con l'Atto del 14 dicembre 2012, n. 80, e nelle corrispondenti disposizioni del *National Insurance Act* del 18 marzo 1997. Entrambi i genitori (naturali o adottivi) hanno diritto a un congedo parentale retribuito durante il primo anno di vita del figlio che non superi un anno complessivo, considerando nel totale i permessi presi da entrambi i genitori. In aggiunta, ogni genitore ha il diritto a un intero anno di congedo non retribuito dopo lo scadere del periodo in cui è previsto il congedo retribuito. La Norvegia è stato il primo Paese al mondo ad aver previsto il congedo di paternità. La quota di congedo parentale riservata al padre è stata introdotta nell'ordinamento norvegese nel 1993 al fine di incoraggiare i padri a partecipare alle cure dei propri figli durante il loro primo anno di vita; il padre non è obbligato a prendere il congedo, ma se non lo fa, la madre non può usufruirne al suo posto. In Norvegia non esiste un'unica espressione concordata per indicare il congedo di maternità o il congedo parentale. Il *Work Environment Act* (di responsabilità del Ministero del lavoro)

utilizza l'espressione "congedo di gravidanza" per indicare le tre settimane di congedo prima della nascita, "congedo di nascita" per indicare le sei settimane dopo e "congedo parentale" per il periodo di congedo residuo. Sia il congedo di maternità, sia il congedo di paternità, dunque, fanno parte del congedo parentale, un diritto di famiglia, che ha una durata complessiva di quarantasette settimane al 100% della retribuzione (il periodo di congedo può, a scelta, essere prolungato fino a cinquantasette settimane ad un tasso di compensazione dell'80%); di queste, nove settimane spettano alla madre, mentre dodici spettano al padre. I due genitori possono dividere tra loro il periodo di congedo parentale rimanente. Le donne non lavoratrici ricevono un assegno un tantum di € 4,642. Dopo le prime sei settimane di vita, è possibile posporre parti del congedo parentale, qualora sia utilizzato durante i primi tre anni di vita del figlio, e, il genitore che usufruisce del congedo retribuito, sia impiegato full time per l'intero periodo del rinvio. Per avere diritto al congedo parentale retribuito, sia il padre, sia la madre, devono aver lavorato per sei degli ultimi dieci mesi prima della nascita del figlio.

La Svezia è stato il primo paese al mondo a convertire il congedo di maternità in congedo parentale nel 1974, mentre nel 1995 è stato introdotto il congedo di paternità. La disciplina riguardante il congedo parentale nel suo complesso è contenuta nel *Parental Leave Act* del 24 maggio 1995. In base alla legge, esistono i seguenti tipi di congedo parentale per lavoratrici e lavoratori dipendenti:

1) il congedo di maternità: una donna in stato interessante ha il diritto di prendere un congedo di maternità a tempo pieno per un periodo continuativo di minimo sette settimane prima della data presunta del parto e di sette settimane dopo il parto; qualora non sia in congedo per altre ragioni, è obbligata a prendere almeno due settimane di congedo prima o dopo il parto. Il congedo di maternità non deve essere preso congiuntamente al pagamento

delle prestazioni parentali. Tuttavia, una donna in stato di gravidanza ha diritto alle indennità prenatali se svolge un'attività faticosa incompatibile con il suo stato e se non è stata trasferita ad altra attività meno impegnativa. Le indennità prenatali possono essere erogate per cinquanta giorni al massimo negli ultimi sessanta giorni che precedono la data presunta del parto. Ha diritto alle indennità prenatali anche una donna impossibilitata a svolgere la propria attività normale a motivo di un divieto di svolgerla in vigore per le donne in gravidanza e sempre che non possa essere trasferita ad altra attività. Le indennità prenatali sono all'80 per cento della retribuzione;

2) il congedo temporaneo collegato alla nascita del figlio o all'adozione; si tratta di dieci giorni lavorativi che possono essere presi dal padre per assistere al parto, per accudire gli altri figli durante il ricovero in ospedale della madre o per partecipare alla cura del bambino quando la madre torna a casa. Tale congedo, che può essere preso entro i primi sessanta giorni di vita del figlio, è remunerato all'80% dello stipendio.

3) congedo parentale: complessivamente, i genitori possono usufruire di quattrocentottanta giorni di congedo parentale di cui sessanta sono riservati alla mamma e sessanta al papà; tali quote non possono essere trasferite da un partner all'altro e se non vengono utilizzate da un genitore, sono perse. I restanti trecentosessanta giorni sono equamente distribuiti tra padre e madre. In questo caso, i giorni possono essere trasferiti da un partner all'altro, ma deve essere sottoscritto un consenso informato. Ogni genitore, inoltre, ha diritto ad un congedo non retribuito fino al diciottesimo mese del figlio (dalla nascita del bambino, includendo ogni giorno utilizzato con i benefici previsti per il congedo parentale retribuito).

Per quanto riguarda la retribuzione, i genitori percepiscono l'80% del loro stipendio per trecentonovanta giorni. I restanti novanta giorni sono retribuiti con un forfait di circa 21 euro al giorno.

In Svezia il congedo parentale è molto flessibile; il periodo di permesso è contato in giorni (piuttosto che in settimane o in mesi) per migliorare la flessibilità di utilizzo e per consentire ai genitori di conciliare al meglio le proprie esigenze lavorative. I genitori possono usufruire del congedo in un unico periodo continuativo o in diversi blocchi, fino ad un massimo di tre periodi ogni anno. I genitori possono, inoltre, utilizzare trenta giorni di congedo ciascuno contemporaneamente per prendersi cura del bambino insieme. Questi due mesi possono essere usati solo durante il primo anno di vita del figlio.

Infine, ogni genitore ha diritto, senza i benefici del congedo parentale, ad una riduzione del suo normale orario di lavoro per la cura del figlio fino al compimento dell'ottavo anno del bambino o fino alla fine del primo anno scolastico se ha più di 8 anni in quel momento.

In Svezia è previsto un bonus di parità di genere che offre un incentivo economico di circa 10 euro al giorno alle famiglie che dividono equamente il congedo parentale tra moglie e marito.

Gli Usa sono in fondo alla classifica. Solo chi ha lavorato per almeno dodici mesi ha diritto a dodici settimane di congedo, ma senza paga. E solo le aziende con più di cinquanta lavoratori sono obbligate a concedere il congedo, quindi metà delle madri americane rischiano il posto per dare alla luce un figlio. Una situazione peggiore si trova solo in Swaziland (Africa del Sud) e Papua Nuova Guinea.

CAPITOLO IV: BENEFICI DELL'ALLATTAMENTO MATERNO

L'allattamento materno comporta benefici diretti per le mamme e per i loro bambini, ma anche importanti vantaggi sociali.

Nei Paesi in via di sviluppo, promuovere l'allattamento materno porta con sé miglioramenti a lungo termine per la famiglia e per l'intera comunità. Meno noti, ma sempre di grande importanza, sono i numerosi benefici che questa pratica può recare anche in un paese industrializzato, come l'Italia.

4.1 BENEFICI PER IL BAMBINO

Gli studi sui bambini non allattati, allattati per breve periodo o in modo misto dimostrano che questi si ammalano più spesso e in modo più grave rispetto ai bambini allattati.

I rischi a cui sono esposti derivano principalmente dalla mancanza di fattori protettivi contenuti nel latte materno e dall'esposizione di sostanze estranee, ossia gli ingredienti del latte artificiale stesso, ma anche tutti i micro-organismi che inevitabilmente il bambino ingerisce durante le poppate con latte artificiale.

Non dimentichiamo che il latte materno è l'unico nutrimento per il neonato perfetto e facilmente digeribile ed è la sua prima immunizzazione perché contiene anticorpi e cellule vive.

I bambini alimentati con latte artificiale, o allattati parzialmente e/o per brevi periodi sono più soggetti a infezioni di varia natura, soprattutto all'apparato respiratorio e gastro-intestinale ma non solo.

L'allattamento materno protegge dalle infezioni gastro-intestinali e dalla diarrea. Uno studio inglese trovava che l'effetto protettivo dell'allattamento contro la diarrea perdurava anche oltre i sei mesi di vita del bambino, e fino a due mesi dopo la cessazione dell'allattamento.

Secondo uno studio del 1989, in Brasile i bambini non allattati erano quattordici volte più a rischio di morte a causa della diarrea rispetto a quelli allattati in maniera esclusiva.

Altri studi dimostrano come i bambini allattati al seno in modo esclusivo contraggano meno infezioni alle vie respiratorie. Una rassegna sistematica pubblicata nel 2009 conferma gli effetti deleteri dell'alimentazione artificiale per le malattie respiratorie; altri studi affermano che i bambini allattati artificialmente hanno un rischio tre volte maggiore di contrarre infezioni gravi alle vie respiratorie con conseguente maggiore ricorso a cure e ospedalizzazione.

Fra i bambini allattati al seno si verificano anche meno otiti.

L'allattamento al seno ha un effetto preventivo contro le malattie atopiche, compreso l'eczema atopico, le allergie alimentari e le allergie respiratorie. Questo effetto perdura per tutta l'infanzia e l'adolescenza (17 anni d'età).

Sono stati inoltre evidenziati effetti dell'alimentazione artificiale su una maggiore incidenza di infezioni alle vie urinarie, meningite neonatale, setticemia.

Il broncospasmo ricorrente a sei anni è meno frequente nei bambini non atopici che sono stati allattati al seno da neonati, mentre quelli che non sono stati allattati corrono un rischio tre volte superiore. Il broncospasmo ricorrente nei bambini non atopici può essere attribuito per l'11% al fatto di non essere stati allattati al seno (Wright, 1995).

Secondo un altro studio, la durata dell'allattamento esclusivo al seno è significativamente maggiore nei neonati non anemici (6.5 mesi in confronto a 5.5 mesi). Nessuno dei bambini allattati esclusivamente al seno per sette mesi o più e il 43% di quelli allattati per un periodo minore presentava segni di

anemia. I bambini allattati esclusivamente al seno per un periodo prolungato avevano buoni livelli di ferro a dodici e ventiquattro mesi (Pisacane, 1995).

L'allattamento materno protegge il bambino, con effetti a lungo termine, anche per quanto riguarda le malattie cardiovascolari. I bambini non allattati avranno maggiori probabilità di avere pressione alta e colesterolo alto. (Fewtrell, 2004).

Come per le allergie e le malattie cardiovascolari, l'insorgenza del diabete potrebbe essere dovuta anche alla precoce esposizione a proteine non specie-specifiche come quelle del latte vaccino usato nelle formule per lattanti. Da uno studio condotto in Svezia e Lituania del 2004 emerge che l'allattamento esclusivo nei primi mesi e l'allattamento protratto oltre i nove mesi proteggano significativamente dal diabete (Sadauskaitė, Kuehne, 2004).

L'allattamento protegge il bambino dall'obesità, sia perché lo aiuta ad autoregolarsi, sia grazie alla composizione del latte materno, che contiene alcuni ormoni, come la leptina, con funzioni regolatorie su appetito e senso di sazietà. Le proteine in eccesso contenute nel latte artificiale e il più intenso metabolismo energetico del bambino alimentato al biberon sono altri possibili spiegazioni del perché i bambini non allattati tendono a diventare più grassi negli anni successivi.

Il latte materno sembra essere l'alimento ottimale per il bambino anche dal punto di vista dello sviluppo psicomotorio, e in particolare molti lavori indicano tra i suoi vantaggi una migliore acuità visiva, un QI più elevato, una maggior fluidità dei movimenti. Tuttavia l'interpretazione di questi lavori presenta una serie di difficoltà, analizzate in un recente articolo di *Pediatrics*.

Altri studi sembrerebbero confermare come l'allattamento materno protegga da alcuni tipi di cacro infantile: uno studio canadese ha scoperto che i bambini colpiti da leucemia erano stati più spesso alimentati artificialmente (Mac Arthur, M. L. McBride, J. J. Spinelli, 2008).

Poppare al seno favorisce inoltre uno sviluppo più corretto della struttura mandibolare e delle arcate dentarie.

4.2 BENEFICI PER LA MADRE

L'allattamento ha il potere di rendere completo un periodo già di per sé appagante della gravidanza e poi della maternità. Per molte madri rappresenta una vittoria, un dono per il loro bambino.

Gli ormoni implicati nell'allattamento accrescono la dipendenza reciproca tra madre e figlio e supportano le madri nel prendersi cura dei loro bambini di notte e di giorno, dando loro l'energia sufficiente.

Ormai oggi è chiaro e documentato, tra l'altro, che l'allattamento è per la madre anche un'arma di tutela della propria salute.

Allattare subito dopo il parto aiuta l'involutione dell'utero e previene le emorragie. Aiuta a perdere i chili in eccesso accumulati durante la gravidanza. L'amenorrea dovuta all'allattamento favorisce il distanziamento delle nascite e previene l'anemia.

Allattare protegge le madri anche dal diabete di tipo 2: secondo uno studio australiano, le donne che hanno partorito ma non hanno allattato hanno un rischio doppio per questa condizione rispetto a quelle che hanno allattato per almeno tre mesi. La protezione derivante dall'aver allattato aumenta con la durata dell'allattamento (Liu, L. Jorm, E. Banks, 2010).

Altre malattie materne per le quali il mancato allattamento potrebbe rappresentare un fattore di rischio, anche se in alcuni casi lieve, sono il tumore dell'esofago, il morbo di Hodgkin, il cancro della tiroide, l'ipertensione, l'artrite reumatoide, il lupus sistemico eritematoso, l'osteoporosi e la frattura del femore post-menopausa.

L'allattamento materno fornisce alla madre una protezione contro il cancro alla mammella.

La correlazione negativa fra lattazione e rischio di cancro alla mammella è più marcata relativamente al periodo pre-menopausale che al postmenopausale. L'effetto protettivo dell'allattamento al seno è statisticamente significativo fra le donne in pre-menopausa che hanno allattato per più di sei mesi (Hirose, 1995).

Per le donne con meno di 45 anni di età, il fatto di aver allattato è sempre associato ad una diminuzione del 10% circa del rischio di cancro al seno. Una riduzione dell'ordine del 30% si rileva nel piccolo gruppo di donne che hanno allattato, in media, ogni bambino per settantadue settimane (un anno e cinque mesi) o di più (Brinton, 1995).

Allattare riduce inoltre il rischio di depressione post-partum.

4.3 BENEFICI PER LA SOCIETÀ

L'allattamento materno può essere considerato una grande risorsa anche per la società. Notevoli sono, infatti, i vantaggi che esso comporta per il benessere sociale.

In genere, i neonati allattati al seno necessitano di una quantità inferiore di visite mediche, prescrizioni e ospedalizzazioni, come abbiamo detto. Di recente uno studio americano, svolto dall'Agenzia per la Ricerca e la Qualità dei Sistemi Sanitari, ha provato a calcolare i costi dovuti alla mancanza di allattamento per le cure emediche dovute a una serie di malattie legate all'alimentazione artificiale, come otite, gastroenterite, dermatite atipica, ospedalizzazione dovute a infezioni delle basse vie respiratorie, scoprendo che, se il 90% dei bambini venisse allattato al seno in modo esclusivo per

almeno sei mesi, per le malattie citate, si risparmierebbero ogni anno 13 miliardi di dollari e 911 decessi infantili.

In Italia è stato effettuato uno studio su ottocento bambini ed è stato dimostrato che i costi dovuti a cure mediche nel primo anno di vita del bambino si abbassavano quanto più a lungo durava l'allattamento (Cattaneo, L. Ronfani, T. Burmaz, 2006).

Risulta evidente che i costi sanitari dovuti all'uso di latte artificiale incidono notevolmente sui bilanci dei sistemi sanitari statali.

Inoltre, per le famiglie, l'allattamento al seno risulta decisamente economico poiché, al costo del latte artificiale che già di per sé incide sul bilancio familiare, è necessario aggiungere anche quello relativo a biberon, scalda biberon, succhiotti, tettarelle e altro.

L'allattamento al seno fa bene anche all'ambiente, in quanto con l'allattamento artificiale viene prodotta una quantità enorme di spazzatura e rifiuti di plastica. Possiamo considerare il latte materno un prodotto sicuro, sano e sostenibile.

PARTE II

STUDIO EMPIRICO

CAPITOLO V: MATERIALI E METODI

1. OBIETTIVI

Ho scelto di occuparmi di allattamento materno nella provincia di Ragusa perché desideravo comprendere quali fossero i fattori che condizionano la scelta delle puerpere di allattare il proprio bambino con allattamento artificiale, misto o esclusivo.

Gli obiettivi della ricerca sono:

- Indagare e analizzare quali sono le variabili che favoriscono o meno l'allattamento materno;

- Verificare se le prime pratiche ospedaliere siano state in linea con le indicazioni fornite dall'UNICEF e dall'OMS in materia di allattamento materno;

- Comprendere se le puerpere abbiano ricevuto il sostegno psicologico ed emotivo da parte delle figure professionali prima e dopo il parto;

- Indagare se le puerpere abbiano ricevuto il sostegno dei familiari a casa;

- Analizzare come il condizionamento della società attraverso i mezzi di comunicazione di massa abbia influito sulla buona riuscita dell'allattamento materno.

- Mettere in correlazione le variabili maggiormente significative (età, titolo di studio, altre esperienze di allattamento, frequenza di corsi preparto, contatto pelle a pelle, roaming-in, sostegno dei familiari, rientro al lavoro, ecc.).

2. IPOTESI

Dall'analisi e dall'elaborazione di questi dati mi aspetto che all'aumentare del sostegno psicologico e delle corrette pratiche ospedaliere aumenti la percentuale di madri che allatta al seno in modo esclusivo.

Di certo, la motivazione all'allattamento della madre e la fiducia in se stessa credo siano il punto di partenza per la buona riuscita dell'allattamento materno.

Il livello di istruzione e la frequenza o meno ai corsi di preparazione alla nascita sarà un presupposto indispensabile per la buona riuscita dell'allattamento.

Sarà interessante valutare anche il ruolo dei nonni che, essendo stati genitori negli anni in cui i pediatri consigliavano l'allattamento artificiale come unica alimentazione corretta del neonato, spesso sconsigliano e scoraggiano l'allattamento al seno prediligendo l'uso del biberon che, per altro, li rende partecipi nell'alimentazione del nipote.

L'atteggiamento dimostrato dal partner riguardo all'allattamento sarà decisivo.

Il rientro al lavoro certamente scoraggerà le madri a prolungare la durata dell'allattamento.

3. VARIABILI SOCIODEMOGRAFICHE

1. Età: dai 19 ai 46 anni
2. Sesso: donne
3. Nazionalità: italiana, europea, africana, asiatica, americana, australiana
4. Titolo di studio: Licenza elementare, Licenza scuola secondaria di primo grado, Licenza scuola secondaria di secondo grado, Laurea
5. Attività lavorativa: casalinga, lavoratrice dipendente, lavoratrice autonoma
6. Esperienza maternità: primogenito, secondogenito
7. Esperienze allattamento: allattamento materno, allattamento artificiale, allattamento misto
8. Parto espletato: parto naturale, parto cesareo

4. METODOLOGIA

La ricerca che ho portato avanti in questo progetto di tesi di dottorato è stata una ricerca di tipo quantitativo, svolta attraverso la somministrazione di tre questionari. Si tratta di una tipologia standardizzata di questionario nel quale le domande sono brevi e organizzate secondo un ordine temporale degli eventi. Inoltre, le domande del questionario sono domande semplici e chiare, pertinenti e specifiche.

Il primo questionario è stato posto alle puerpere in “terza giornata”, ossia al terzo giorno di vita del neonato che solitamente coincide con la data delle dimissioni dall’ospedale, nella stanza assegnata loro durante la degenza.

Il secondo questionario è stato posto telefonicamente al terzo mese di vita del bambino.

Il terzo questionario è stato somministrato al sesto mese di vita del bambino, telefonicamente, ma solo alle madri che al terzo mese di vita del loro bambino gli fornivano un’alimentazione con latte materno esclusivo o misto.

5. IL CAMPIONE

Il campione che ho preso in esame per la mia ricerca è composto da donne che hanno partorito nel periodo compreso tra marzo 2014 e dicembre 2014 nei reparti di Ostetricia e Ginecologia dell’Ospedale “Maria Paternò Arezzo” di Ragusa e dell’Ospedale “Maggiore” di Modica.

Si tratta di un campione di 208 donne di età compresa tra i 19 e i 46 anni, con una media di 32,13 e una deviazione standard di 5,6.

182 donne sono italiane, 12 di origine africana, 11 provenienti da altri Paesi Europei, 2 di origine asiatica e 1 americana.

Il 47,6% del campione ha conseguito il diploma di scuola secondaria superiore, il 26% il diploma di scuola secondaria inferiore, il 25% la laurea e l'1,4% la licenza di scuola elementare.

99 donne non hanno un'attività lavorativa, 75 hanno un lavoro dipendente e 34 svolgono la libera professione.

124 donne sono primipare.

6. STRUMENTI

Lo strumento che ho utilizzato è il questionario.

Si tratta di un piano strutturato di domande che un soggetto (intervistatore) pone a un altro soggetto (intervistato) nel corso dell'intervista.

Le domande che sono state poste sono tutte pertinenti all'argomento trattato e specifiche. Ho elaborato il questionario cercando di inserire domande chiare, semplici e brevi, comprendendo la mancanza di tempo da dedicare ad altro al di fuori del loro bambino delle neomamme.

Il questionario è stato utilizzato come tipologia standardizzata, sottoforma di intervista.

Ho impostato le domande seguendo un ordine cronologico degli eventi.

Tutti i questionari sono anonimi. L'unico dato che permette di risalire alla madre è il numero di telefono che ho richiesto solo per la somministrazione dei due questionari successivi, che sono stati somministrati per via telefonica.

Il primo questionario è stato somministrato all'ospedale, all'interno della camera assegnata durante la degenza. Una prima parte era legata ai dati relativi all'età, al titolo di studio, alla professione, alla presenza di altri figli, ad eventuali altre esperienze di allattamento. La seconda parte del questionario includeva domande specifiche legate all'esperienza del parto, alla condizione emotiva di puerpera, al rispetto delle regole indicate dall'Unicef per la buona

riuscita dell'allattamento materno e al tipo di alimentazione del bambino, per un totale di quattordici domande, tutte a risposta chiusa.

Il secondo questionario, come abbiamo già detto, effettuato telefonicamente al compimento del terzo mese di vita del bambino, prevedeva dieci domande a risposta chiusa.

Il terzo questionario, somministrato al compimento del sesto mese di età del bambino, prevedeva cinque domande a risposta chiusa ed è stato somministrato solo alle madri che al terzo mese nutrivano il loro bambino con latte materno o latte misto, ossia latte materno e latte artificiale.

7. PROCEDURA

La somministrazione dei questionari è stata effettuata in modo differente, per il primo e poi per il secondo e il terzo questionario.

Inizialmente ho chiesto l'autorizzazione per la somministrazione dei questionari al Direttore Sanitario dell'ASP di Ragusa e poi ho preso accordi con i Primari dei Reparti di Ostetricia e Ginecologia degli ospedali di Ragusa e di Modica.

Per la somministrazione del primo questionario mi sono recata all'interno del reparto nelle prime ore della mattinata e, in accordo con il personale sanitario, ho somministrato il primo questionario all'interno delle camere assegnate alle puerpere durante la degenza. Il questionario è stato loro somministrato alla terza giornata dopo il parto, spesso coincidente con la data di dimissioni. La reazione della gran parte di loro è stata, nella maggior parte dei casi, di assoluta disponibilità. Molte di loro hanno chiesto i dettagli di questa ricerca e hanno dimostrato serietà e correttezza nella compilazione del questionario. Ogni somministrazione in ospedale ha avuto una durata media di circa 7-8 minuti.

Gli altri due questionari sono stati somministrati telefonicamente, attraverso il contatto telefonico fornito durante la somministrazione del primo questionario. In questa fase ho avuto difficoltà maggiori, poiché molte volte ho dovuto ripetere le telefonate per mancata risposta o perché in quel momento le madri non avevano il tempo necessario da dedicarmi, spesso indaffarate con la cura del bambino. In altri casi, 30 per essere precisi, mi è stato impossibile contattare le madri perché il numero di telefono fornito era inesistente o il telefono sempre spento.

8. ANALISI DEI DATI

Tutti i dati da me raccolti sono stati elaborati attraverso il programma statistico SPSS.

Inizialmente ho elaborato i calcoli statistici descrittivi e le frequenze di tutti gli items. Successivamente ho poi messo in relazione le variabili maggiormente rilevanti per scoprire correlazioni significative e contingenze.

9. RISULTATI

Dopo aver analizzato tutte le variabili prese in considerazione e rilevate dalla somministrazione dei 208 questionari, è possibile affermare che le ipotesi di ricerca che avevo postulato all'inizio del percorso sono state tutte confermate dall'analisi dei dati.

A) CORRELAZIONE TRA LE VARIABILI MAGGIORMENTE SIGNIFICATIVE

Le 208 donne che ho preso in considerazione hanno un'età media di 32,2 anni, una deviazione standard di 5,6, l'età minima è di 19 anni e l'età massima è di 46 anni.

Dalla tavola di contingenza tra l'età e l'alimentazione al terzo mese emerge che le donne che hanno un'età compresa tra 26 e 35 allattano nel 48,2% dei casi. Le donne con un'età compresa tra i 36 e i 46 anni allattano con una percentuale pari al 43,1%. Infine, quelle con un'età compresa tra i 19 e i 25 anni lo fanno solo nel 30% dei casi (Tabella 1.1).

La percentuale scende al compimento del sesto mese d'età del bambino ma rimane invariata la fascia d'età che allatta maggiormente (26-35 al 37,7%). La percentuale risulta poco inferiore, al 36,6% quella della fascia relativa alle donne con un'età compresa tra i 36 e i 46 anni. Anche in questo caso la percentuale più bassa, il 30%, si riferisce alle donne che allattano al seno in modo esclusivo dopo il sesto mese di vita del bambino, con un'età compresa tra i 19 e i 25 anni (Tabella 1.2).

Si può interpretare questo dato pensando che le donne con un'età inferiore siano quelle più immature e con un approccio alla maternità più infantile. Le donne, invece, con un'età maggiore, probabilmente sentono il peso dell'età e la stanchezza fisica e mentale che comporta la maternità e l'allattamento materno e ciò le condiziona in questa scelta.

Tabella 1.1 Tavola di contingenza età-alimentazione terzo mese

| | 3 MESE ALIMENTAZ | | | Totale |
|------------|------------------|-------|---------|--------|
| | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| ETA' 15-25 | 8 | 6 | 6 | 20 |
| ETA' 26-35 | 39 | 20 | 55 | 114 |
| ETA' 36-46 | 15 | 10 | 19 | 44 |
| Totale | 62 | 36 | 80 | 178 |

Tabella 1.2 Tavola di contingenza età-alimentazione sesto mese

| | 6MESIALLATT | | | Totale |
|-----------|-------------|-----------|-------------|--------|
| | ALL.ART | ALL.MISTO | ALL.MATERNO | |
| ETA 15-25 | 12 | 2 | 6 | 20 |
| ETA 26-35 | 58 | 13 | 43 | 114 |
| ETA 36-46 | 20 | 8 | 16 | 44 |
| Totale | 90 | 23 | 65 | 178 |

Le donne a cui è stato somministrato il questionario hanno conseguito nel 47,6% dei casi il diploma secondario superiore; il 26% di esse ha conseguito il diploma secondario inferiore e il 25% la laurea (Tabella 1.3).

Dalla tabella di contingenza, tra il titolo di studio e il tipo di alimentazione del bambino al terzo mese, si evince che l'allattamento materno esclusivo è praticato dal 47,9% delle madri laureate, dal 45,7% delle madri con diploma secondario superiore, dal 40,5% di madri con diploma secondario inferiore. Allattano in modo artificiale il 48,6% delle madri con diploma secondario inferiore, il 37,5% di madri laureate e il 28,3% delle madri con diploma superiore secondario (Tabella 1.4).

Dalla tabella di contingenza, tra il titolo di studio e il tipo di alimentazione del bambino al sesto mese, si evince che l'allattamento materno esclusivo è praticato dal 41,7% delle madri laureate, dal 35,9% delle madri con diploma secondario superiore, dal 32,4% di madri con diploma secondario inferiore. Allattano in modo artificiale il 54,1% delle madri con diploma

secondario inferiore, il 52,1% di madri laureate e il 48,9% delle madri con diploma secondario superiore (Tabella 1.5).

Ecco che qui si evince in modo netto che l'istruzione gioca un ruolo fondamentale per la buona riuscita dell'allattamento materno: il titolo di studio emerge come variabile significativa.

Tabella 1.3 Statistiche descrittive titolo di studio

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|------------|-----------|-------------|
| Validi | ELEMENTARE | 3 | 1,4 |
| | MEDIA | 54 | 26,0 |
| | SUPERIORE | 99 | 47,6 |
| | LAUREA | 52 | 25,0 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tabella 1.4 Tavola di contingenza titolo di studio-alimentazione terzo mese

| | | | 3MESEALIMENTAZ | | | Totale |
|------------|----------------|-------|----------------|-------|---------|--------|
| | | | ARTIFICIAL | MISTO | MATERNO | |
| ELEMENTARE | Conteggio | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| | % entro STUDIO | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 100,0% | |
| MEDIA | Conteggio | 18 | 4 | 15 | 37 | |
| | % entro STUDIO | 48,6% | 10,8% | 40,5% | 100,0% | |
| SUPERIORE | Conteggio | 26 | 24 | 42 | 92 | |
| | % entro STUDIO | 28,3% | 26,1% | 45,7% | 100,0% | |
| LAUREA | Conteggio | 18 | 7 | 23 | 48 | |
| | % entro STUDIO | 37,5% | 14,6% | 47,9% | 100,0% | |
| Totale | Conteggio | 62 | 36 | 80 | 178 | |
| | % entro STUDIO | 34,8% | 20,2% | 44,9% | 100,0% | |

Tabella 1.5 Tavola di contingenza titolo di studio-alimentazione sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|------------|----------------|--|-------------|--------|---------|--------|
| | | | ARTIFICIAL | MISTO | MATERNO | |
| ELEMENTARE | Conteggio | | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | % entro STUDIO | | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 100,0% |
| MEDIA | Conteggio | | 20 | 5 | 12 | 37 |
| | % entro STUDIO | | 54,1% | 13,5% | 32,4% | 100,0% |
| SUPERIORE | Conteggio | | 45 | 14 | 33 | 92 |
| | % entro STUDIO | | 48,9% | 15,2% | 35,9% | 100,0% |
| LAUREA | Conteggio | | 25 | 3 | 20 | 48 |
| | % entro STUDIO | | 52,1% | 6,2% | 41,7% | 100,0% |
| Totale | Conteggio | | 90 | 23 | 65 | 178 |
| | % entro STUDIO | | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |

Le donne del campione sono nel 47,6% dei casi casalinghe, nel 36,1% hanno un lavoro dipendente e nel 16,3 dei casi % svolgono la libera professione (Tabella 1.6).

Dalla tavola di contingenza, tra l'attività lavorativa e l'alimentazione al terzo mese, risulta che le casalinghe allattano in modo esclusivo al seno nel 45,6% dei casi, le lavoratrici dipendenti nel 44,6% dei casi e le libere professioniste nel 44,9% dei casi. Si evince qui solo una lieve differenza tra le diverse percentuali, sia per l'allattamento artificiale che per quello materno (Tabella 1.7).

Al sesto mese la situazione cambia e si evince dalla tavola di contingenza che le donne che praticano la libera professione sono quelle che allattano al seno in modo esclusivo nel 41,2% dei casi, le casalinghe nel 38% dei casi e le dipendenti nel 32,3 % dei casi (Tabella 1.8).

Credo che la maggior parte delle donne che praticano la libera professione abbiano la possibilità di ritagliarsi del tempo, sottraendolo al proprio lavoro, ma in autonomia, certamente a danno dell'aspetto economico. Ricordiamo, infatti, che per le libere professioniste non è riconosciuta la maternità dal punto di vista economico.

Tabella 1.6 Statistiche descrittive attività lavorativa

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|--------|-------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | CASALINGA | 99 | 47,6 | 47,6 |
| | DIPENDENTE | 75 | 36,1 | 36,1 |
| | LIBERAPROFESSIONE | 34 | 16,3 | 16,3 |
| | Totale | 208 | 100,0 | 100,0 |

Tabella 1.7 Tabella di contingenza attività lavorativa-alimentaz. terzo mese

| | | | 3MESEALIMENTAZ | | | Totale |
|-------------------|----------------|--|----------------|-------|--------|--------|
| | | | ARTIFICIAL | MISTO | MATERN | |
| CASALINGA | Conteggio | | 28 | 15 | 36 | 79 |
| | % entro LAVORO | | 35,4% | 19,0% | 45,6% | 100,0% |
| LAVORO DIPENDENTE | Conteggio | | 22 | 14 | 29 | 65 |
| | % entro LAVORO | | 33,8% | 21,5% | 44,6% | 100,0% |
| LIB.PROFESSION | Conteggio | | 12 | 7 | 15 | 34 |
| | % entro LAVORO | | 35,3% | 20,6% | 44,1% | 100,0% |
| Totale | Conteggio | | 62 | 36 | 80 | 178 |
| | % entro LAVORO | | 34,8% | 20,2% | 44,9% | 100,0% |

Tabella 1.8 Tabella di contingenza attività lavorativa-alimentaz. sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|--------|-----------------|----------------|-------------|-------|--------|--------|
| | | | ARTIFICIAL | MISTO | MATERN | |
| LAVOR | CASALINGA | Conteggio | 39 | 10 | 30 | 79 |
| | | % entro LAVORO | 49,4% | 12,7% | 38,0% | 100,0% |
| | DIPENDENTE | Conteggio | 35 | 9 | 21 | 65 |
| | | % entro LAVORO | 53,8% | 13,8% | 32,3% | 100,0% |
| | LIB.PROFESSIONE | Conteggio | 16 | 4 | 14 | 34 |
| | | % entro LAVORO | 47,1% | 11,8% | 41,2% | 100,0% |
| Totale | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 | |
| | % entro LAVORO | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% | |

Le madri a cui è stato somministrato il questionario sono per l'87,5% di nazionalità italiana. Il 5,3% è proveniente da altri Paesi Europei, per lo più Romania e Albania, il 5,8 è africana, l'1% asiatica e lo 0,5% americana (Tabella 1.9).

Al sesto mese di vita del bambino, le madri africane allattano al seno in modo esclusivo nel 45,5% dei casi; si tratta della percentuale più alta, che si distanzia di quasi dieci punti rispetto a quella relativa al dato delle donne italiane (Tabella 1.10).

Tabella 1.9 Statistiche descrittive nazionalità

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|--------|-----------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | ITALIANA | 182 | 87,5 | 87,5 |
| | EUROPEA | 11 | 5,3 | 5,3 |
| | AFRICANA | 12 | 5,8 | 5,8 |
| | ASIATICA | 2 | 1,0 | 1,0 |
| | AMERICANA | 1 | ,5 | ,5 |
| | Totale | 208 | 100,0 | 100,0 |

Tabella 1.10 Tavola di contingenza nazionalità-alimentazione sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|----------------------|-------------|--|-------------|--------|---------|--------|
| | | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| | Conteggio | | 83 | 19 | 57 | 159 |
| ITALIANA | NAZIONALITA | | 52,2% | 11,9% | 35,8% | 100,0% |
| | 6MESIALLATT | | 92,2% | 82,6% | 87,7% | 89,3% |
| | | | 2 | 2 | 2 | 6 |
| EUROPEA | NAZIONALITA | | 33,3% | 33,3% | 33,3% | 100,0% |
| | 6MESIALLATT | | 2,2% | 8,7% | 3,1% | 3,4% |
| | | | 4 | 2 | 5 | 11 |
| NAZIONALITA AFRICANA | NAZIONALITA | | 36,4% | 18,2% | 45,5% | 100,0% |
| | 6MESIALLATT | | 4,4% | 8,7% | 7,7% | 6,2% |
| | | | 0 | 0 | 1 | 1 |
| ASIATICA | NAZIONALITA | | 0,0% | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | 6MESIALLATT | | 0,0% | 0,0% | 1,5% | 0,6% |
| | | | 1 | 0 | 0 | 1 |
| AMERICANA | NAZIONALITA | | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| | 6MESIALLATT | | 1,1% | 0,0% | 0,0% | 0,6% |
| | | | 90 | 23 | 65 | 178 |
| Totale | NAZIONALITA | | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |
| | 6MESIALLATT | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Il 59,6% del campione è alla prima esperienza di maternità (Tabella 1.11). Tra le donne che hanno già avuto altri figli, il 64,3% di esse ha avuto altre esperienze di allattamento materno, il 74,1% delle quali per un periodo superiore ai sei mesi (Tabella 1.12).

Nella tavola di contingenza tra le donne che hanno già avuto esperienze di allattamento e l'alimentazione a sei mesi del bambino, emerge un dato molto significativo: le donne che non hanno allattato al seno gli altri figli allattano in modo artificiale nell'88% dei casi. Si crea una sorta di fidelizzazione, come se una madre che al primo figlio non ha allattato si senta incapace di farlo anche per l'altro. Le madri che hanno avuto altre esperienze

di allattamento materno con altri figli, allattano il loro secondo o terzo figlio nel 56,9% dei casi fino al sesto mese di età del bambino (Tabella 1.13).

Tra le donne con altre esperienze di allattamento, il 74% ha allattato al seno per più di sei mesi, mentre il 25,9% di esse lo ha fatto per un periodo inferiore ai sei mesi (Tabella 1.14).

Tabella 1.11 Statistiche descrittive primo figlio

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|--------|-----------|-------------|
| Validi | NO | 84 | 40,4 |
| | SI | 124 | 59,6 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tabella 1.12 Statistiche descrittive precedenti esperienze di allattamento

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | NO | 30 | 14,4 | 35,7 |
| | SI | 54 | 26,0 | 64,3 |
| | Totale | 84 | 40,4 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 124 | 59,6 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

Tabella 1.13 Tavola di contingenza precedenti esperienze di allattamento-alimentazione sesto mese

| | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|------------------|------------------|-------------|-------|---------|--------|
| | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| ALLATTALTRIFIGLI | Conteggio | 22 | 2 | 1 | 25 |
| | NO % entro | 88,0% | 8,0% | 4,0% | 100,0% |
| | ALLATTALTRIFIGLI | | | | |
| | Conteggio | 12 | 10 | 29 | 51 |
| | SI % entro | 23,5% | 19,6% | 56,9% | 100,0% |
| | ALLATTALTRIFIGLI | | | | |
| Totale | Conteggio | 34 | 12 | 30 | 76 |
| | % entro | 44,7% | 15,8% | 39,5% | 100,0% |
| | ALLATTALTRIFIGLI | | | | |

Tabella 1.14 Statistiche descrittive durata allattamento altri figli

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | <6MESI | 14 | 6,7 | 25,9 |
| | >6MESI | 40 | 19,2 | 74,1 |
| | Totale | 54 | 26,0 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 154 | 74,0 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

Nel campione sono presenti 4 donne che hanno espletato un parto gemellare. La percentuale relativa a questo dato è dell'1,9% (Tabella 1.15).

Tabella 1.15 Statistiche descrittive parto gemellare

| | | Frequenza | Percentuale |
|----------|---------------------|-----------|-------------|
| Validi | SI | 4 | 1,9 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 204 | 98,1 |
| Totale | | 208 | 100,0 |

Una sola donna ha dichiarato di non allattare il proprio bambino a causa di un intervento di mastoplastica riduttiva effettuato negli anni precedenti (Tabella 1.16).

Tabella 1.16 Statistiche descrittive mastoplastica riduttiva

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida | Percentuale cumulata |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|----------------------|
| Validi | 1 | 1 | ,5 | 100,0 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 207 | 99,5 | | |
| Totale | | 208 | 100,0 | | |

**B) VERIFICARE SE LE PRIME PRATICHE
OSPEDALIERE SIANO STATE IN LINEA CON LE
INDICAZIONI FORNITE DALL'UNICEF E
DALL'OMS IN MATERIA DI ALLATTAMENTO
MATERNO**

In relazione al secondo obiettivo, l'87% delle donne ha partorito presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale "Maria Paterno Arezzo" di Ragusa , mentre il restante 13% presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale "Maggiore" di Modica.

Tabella 2.1 Statistiche descrittive Presidio ospedaliero

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|--------|-----------|-------------|
| Validi | MODICA | 27 | 13,0 |
| | RAGUSA | 181 | 87,0 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Dalla rilevazione dei dati emerge che solo il 33,7% delle puerpere ha frequentato un corso di preparazione al parto mentre il 66,3% di esse non lo ha mai fatto (Tabella 2.2).

La tavola di contingenza tra la frequenza al corso di preparazione al parto e l'alimentazione a sei mesi del bambino emerge un altro dato molto interessante perché ci indica che, tra le madri che allattano in modo esclusivo, il 53,8% di esse ha frequentato corsi di preparazione al parto mentre la percentuale scende al 26,5% per quelle che non lo hanno fatto. (tabella 2.3). E' evidente quanto sia importante la corretta informazione e la conoscenza delle buone pratiche per la buona riuscita dell'allattamento materno poiché, il 95,7% delle donne che ha frequentato un corso di preparazione al parto dichiara di aver ricevuto informazioni circa i benefici dell'allattamento materno (Tabella 2.4).

I corsi di preparazione al parto sono spesso a pagamento e vengono svolti con orari poco flessibili. Appare chiaro quanto sia di primaria importanza l'informazione sul funzionamento dell'allattamento materno, che è materia affrontata proprio in questi corsi, da professionisti del settore, ossia ostetrici e medici.

Tabella 2.2 Statistiche descrittive frequenza corsi di preparazione al parto

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|--------|-----------|-------------|
| Validi | NO | 138 | 66,3 |
| | SI | 70 | 33,7 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tabella 2.3 Tavola di contingenza frequenza corsi di preparazione al parto- alimentazione sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|----------|------------------|------------------|-------------|-------|---------|--------|
| | | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| PREPARTO | NO | Conteggio | 66 | 17 | 30 | 113 |
| | | % entro PREPARTO | 58,4% | 15,0% | 26,5% | 100,0% |
| | SI | Conteggio | 24 | 6 | 35 | 65 |
| | | % entro PREPARTO | 36,9% | 9,2% | 53,8% | 100,0% |
| Totale | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 | |
| | % entro PREPARTO | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% | |

Tabella 2.4 Statistiche di frequenza informazione benefici allattamento al corso preparato

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | NO | 3 | 1,4 | 4,3 |
| | SI | 67 | 32,2 | 95,7 |
| | Totale | 70 | 33,7 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 138 | 66,3 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

Il 37,5% delle puerpere ha espletato un parto cesareo, mentre il 62,5% di esse un parto spontaneo (Tabella 2.6).

Anche il parto incide in modo netto sulla buona riuscita dell'allattamento materno poiché l'allattamento materno esclusivo è praticato solo dal 23,4% delle madri che hanno espletato un parto cesareo mentre questo dato sale, quasi raddoppiandosi, al 43,9% per le madri che hanno espletato un parto spontaneo (Tabella 2.7). Ancora una volta siamo dinanzi a un aspetto che incide notevolmente sulla buona riuscita dell'allattamento materno. Se gli studi dimostrano che anche con il parto cesareo si può allattare senza difficoltà, le evidenze creano invece qualche dubbio e fanno riflettere sull'utilizzo eccessivo di questa pratica, soprattutto nelle strutture ospedaliere del meridione d'Italia. Le donne che hanno subito un intervento, come un parto cesareo, hanno maggiori difficoltà nella gestione del bambino durante i primi giorni e i dolori della ferita e i postumi farmacologici dell'intervento stesso, inficiano sovente, in modo più che evidente, la buona riuscita dell'allattamento materno.

Tabella 2.5 Statistiche di frequenza parto

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|-----------|-----------|-------------|
| Validi | CESAREO | 78 | 37,5 |
| | SPONTANEO | 130 | 62,5 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tabella 2.6 Tavola di contingenza parto –alimentazione sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|--------|-----------|---------------|-------------|-------|---------|--------|
| | | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| PARTO | CESAREO | Conteggio | 39 | 10 | 15 | 64 |
| | | % entro PARTO | 60,9% | 15,6% | 23,4% | 100,0% |
| | SPONTANEO | Conteggio | 51 | 13 | 50 | 114 |
| | | % entro PARTO | 44,7% | 11,4% | 43,9% | 100,0% |
| Totale | | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 |
| | | % entro PARTO | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |

Il 62% delle puerpere ha avuto un contatto pelle a pelle col proprio bambino subito dopo il parto mentre per il 38% di esse ciò non è avvenuto (Tabella 2.7).

Il 41,4% delle madri che ha avuto un contatto pelle a pelle col proprio bambino subito dopo il parto allatta al seno in modo esclusivo; la percentuale scende al 27,4% tra le madri che non hanno avuto tale contatto (Tabella 2.8).

Anche questo è un dato che ci deve far riflettere molto sull'importanza del rispetto delle procedure ospedaliere indicate dall'OMS e dall'UNICEF. Il contatto pelle a pelle aiuta a mantenere costante la temperatura corporea del neonato e a superare lo sbalzo termico dopo il parto. Quando avviene, il neonato si tranquillizza e piange di meno. E' una pratica da non sottovalutare perché viene favorito il rilascio di ossitocina nella madre, un ormone che agisce sull'utero e sul seno. Nel primo caso, lo aiuta a contrarsi prevenendo così l'emorragia post partum; nel secondo, prepara il seno alla produzione di colostro, il primo latte. L'attaccamento precoce del neonato al seno facilita la produzione del latte aumentando il successo dell'allattamento esclusivo al seno sia immediato che a lungo termine.

Tabella 2.7 Statistiche descrittive contatto pelle a pelle

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|--------|-----------|-------------|
| Validi | NO | 79 | 38,0 |
| | SI | 129 | 62,0 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tavola 2.8 Tavola di contingenza contatto pelle a pelle-alimentaz. sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|-------------|---------------------|---------------------|-------------|-------|---------|--------|
| | | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| PELLEAPELLE | NO | Conteggio | 37 | 8 | 17 | 62 |
| | | % entro PELLEAPELLE | 59,7% | 12,9% | 27,4% | 100,0% |
| | SI | Conteggio | 53 | 15 | 48 | 116 |
| | | % entro PELLEAPELLE | 45,7% | 12,9% | 41,4% | 100,0% |
| Totale | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 | |
| | % entro PELLEAPELLE | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% | |

Le donne che hanno attaccato al seno il loro bambino entro mezz'ora dal parto sono il 41,8%, mentre il 58,2% di esse non lo ha fatto (Tabella 2.9).

Le prime allattano in modo esclusivo nel 50,6% dei casi. La percentuale si dimezza e arriva al 25,7% per le donne che non hanno rispettato questa procedura indicata dall'Oms e dall'UNICEF (Tabella 2.10).

I riflessi del neonato di ricerca del seno materno e di suzione sono particolarmente forti immediatamente dopo un parto. La madre a sua volta è generalmente desiderosa di vedere e toccare il proprio bambino. Incoraggiare il contatto epidermico tra madre e figlio subito dopo la nascita e permettere l'allattamento del neonato al seno reca benefici e contribuisce a rafforzare il legame iniziale madre-figlio e a stimolare la secrezione latte. Il movimento di suzione del neonato stimola anche l'emissione di ossitocina, la quale facilita l'espulsione della placenta e le contrazioni uterine durante la terza fase del travaglio.

Tabella 2.9 Statistiche descrittive allattamento dopo mezz'ora dal parto

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|--------|-----------|-------------|
| Validi | NO | 121 | 58,2 |
| | SI | 87 | 41,8 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tabella 2.10 Tavola di contingenza allattamento entro mezz'ora dal parto- alimentazione sesto mese

| | | 6MESIALLATT | | | Totale | |
|-----------------|--------|--------------------------|-------|---------|--------|--------|
| | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | | |
| SENO MEZZORA | NO | Conteggio | 61 | 14 | 26 | 101 |
| | | % entro SENO MEZZ'ORA | 60,4% | 13,9% | 25,7% | 100,0% |
| | SI | Conteggio | 29 | 9 | 39 | 77 |
| | | % entro SENO MEZZ'ORA | 37,7% | 11,7% | 50,6% | 100,0% |
| | Totale | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 |
| | | % entro SENO MEZZ'ORA | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |

La pratica ospedaliera del *rooming in* è stata rispettata nell'84,6 % dei casi (Tabella 2.11).

In particolare, è emerso che le madri che hanno avuto la possibilità di avere nella loro camera il bambino durante la degenza in ospedale allattano al seno nel 38,5% dei casi mentre questa percentuale scende al 22,7% per le madri che non l'hanno avuta (Tabella 2.12).

Il contatto tra madre e figlio, che si realizza sia a livello epidermico che visivo immediatamente dopo la nascita, dovrebbe continuare offrendo alla madre la possibilità di tenere sempre il bambino con sè. La pratica del *rooming-in* dovrebbe quindi sostituire quella di tenere madre e figlio in camere separate e a contatto soltanto durante "visite" programmate.

Questa pratica presenta una serie di importanti vantaggi: per esempio, facilita il crearsi di un legame affettivo, rende possibile l'allattamento al seno tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento e permette un contatto più stretto con il padre e gli altri familiari. Il rischio di infezioni neonatali, che rappresenta una delle principali preoccupazioni, risulta inferiore se il neonato rimane nella camera materna piuttosto che nell'ambiente chiuso di una nursery, in cui si possono sviluppare gravi epidemie. Il mantenimento del

contatto madre-figlio favorisce la colonizzazione della pelle e del tratto gastroenterico del neonato da parte dei micro-organismi materni, che tendono a non essere di natura patogena e contro i quali agiscono gli anticorpi contenuti nel latte materno. Il neonato è quindi contemporaneamente esposto e protetto dagli organismi contro cui svilupperà un'immunità attiva solo in un periodo successivo.

I neonati tenuti nella nursery, invece, tendono ad essere soggetti ai batteri portati dal personale ospedaliero, micro-organismi che, in generale, sono più patogeni e spesso resistenti a molti farmaci antibiotici e contro cui non esistono anticorpi specifici nel latte della madre.

Tabella 2.11 Statistiche descrittive *rooming-in*

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|--------|-----------|-------------|
| Validi | NO | 32 | 15,4 |
| | SI | 176 | 84,6 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tabella 2.12 Tavola di contingenza *rooming-in* – alimentazione sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|-----------|----|-----------|-------------|-------|---------|--------|
| | | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| ROOMINGIN | NO | Conteggio | 13 | 4 | 5 | 22 |
| | | ROOMINGIN | 59,1% | 18,2% | 22,7% | 100,0% |
| ROOMINGIN | SI | Conteggio | 77 | 19 | 60 | 156 |
| | | ROOMINGIN | 49,4% | 12,2% | 38,5% | 100,0% |
| Totale | | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 |
| | | ROOMINGIN | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |

**C) COMPRENDERE SE LE PUERPERE ABBIANO
RICEVUTO IL SOSTEGNO PSICOLOGICO ED
EMOTIVO DA PARTE DELLE FIGURE
PROFESSIONALI PRIMA E DOPO IL PARTO**

In realzione al terzo obiettivo, l'82,2% delle puerpere si è sentita rassicurata dal personale sanitario dell'ospedale sulla propria capacità di allattare e sull'adeguatezza del proprio latte (Tabella 3.1). Queste donne, al sesto mese di vita del bambino, allattano in modo esclusivo nel 38,2% dei casi. La percentuale di donne che allatta in modo esclusivo al seno scende al 29,4% per le donne che non hanno sentito questo sostegno da parte del personale sanitario (Tabella 3.2).

Il personale dei reparti di maternità e delle cliniche per l'assistenza delle madri e dell'infanzia e per la pianificazione familiare dovrebbe ricevere un'adeguata formazione di base, completata da un tirocinio pratico, sui benefici dell'allattamento naturale sulla salute. Tutti gli altri operatori sanitari dovrebbero essere ampiamente informati dell'importanza dell'allattamento al seno.

Tabella 3.1 Statistiche descrittive rassicurazioni personale sanitario

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|--------|-----------|-------------|
| Validi | NO | 37 | 17,8 |
| | SI | 171 | 82,2 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tabella 3.2 Tavola di contingenza rassicurazioni-alimentazione sesto mese

| | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|----------------|----------------|-------------|-------|---------|--------|
| | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| RASSICURAZIONI | Conteggio | 20 | 4 | 10 | 34 |
| | NO % entro | 58,8% | 11,8% | 29,4% | 100,0% |
| | RASSICURAZIONI | | | | |
| | Conteggio | 70 | 19 | 55 | 144 |
| | SI % entro | 48,6% | 13,2% | 38,2% | 100,0% |
| | RASSICURAZIONI | | | | |
| Totale | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 |
| | % entro | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |
| | RASSICURAZIONI | | | | |

Al 72,6% delle puerpere è stato mostrato come si allatta, quali sono le corrette posizioni che madre e bambino devono assumere per la buona riuscita dell'allattamento (Tabella 3.3).

Anche in questo caso, dalle tavole di contingenza elaborate, emerge quanto sia importante questa indicazione. Infatti, tra le madri a cui è stato mostrato quale sia il corretto modo per allattare al seno il proprio bambino, il 38% di esse allatta in modo esclusivo a sei mesi dal parto, la percentuale scende al 32,7% per le madri che non hanno ricevuto queste spiegazioni pratiche (Tabella 3.4). Tra queste madri, tuttavia, è bene precisare, ci sono madri che hanno già avuto esperienze precedenti di allattamento e che non hanno richiesto l'aiuto del personale sanitario poiché erano già a conoscenza sul funzionamento dell'allattamento materno e sulle posizioni corrette da assumere per allattare il proprio bambino.

Tabella 3.3 Statistiche descrittive mostra allattamento

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|--------|-----------|-------------|
| Validi | NO | 57 | 27,4 |
| | SI | 151 | 72,6 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tabella 3.4 Tavola di contingenza mostra allattamento–alimentaz. sesto mese

| | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|---------------------|--------------------------------|-------------|-------|--------|--------|
| | | ARTIFICI | MISTO | MATERN | |
| MOSTRALALLATTAMENTO | Conteggio | 26 | 7 | 16 | 49 |
| | NO % entro MOSTRA ALLATTAMENTO | 53,1% | 14,3% | 32,7% | 100,0% |
| | Conteggio | 64 | 16 | 49 | 129 |
| | SI % entro MOSTRA ALLATTAMENTO | 49,6% | 12,4% | 38,0% | 100,0% |
| Totale | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 |
| | % entro MOSTRA ALLATTAMENTO | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |

La percentuale delle puerpere che ha ricevuto sostegno nella somministrazione del proprio latte senza aggiunta di altri liquidi è del 73,6% (Tabella 3.5). Il 41,8% di esse allatta in modo esclusivo al seno al sesto mese; quelle che non hanno ricevuto questo sostegno sono il 20,5% (Tabella 3.6).

Anche in questo caso il sostegno alle madri gioca un ruolo fondamentale nella buona riuscita dell'allattamento.

L'ansia associata alla paura immotivata di una mancata lattazione (incapacità di produrre latte) e di un'insufficienza latte (quantità di latte materno inadeguata a soddisfare le esigenze nutrizionali di un neonato normale) è uno dei motivi più comuni che spingono le madri a non iniziare l'allattamento al seno, a interromperlo prematuramente o ad integrarlo con alimenti complementari prima che sia necessario dal punto di vista nutrizionale. Il sostegno psicologico rafforzerà nella madre la fiducia nella propria capacità di allattare al seno.

Tabella 3.5 Statistiche descrittive sostegno somministrazione latte materno

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|--------|-----------|-------------|
| Validi | NO | 55 | 26,4 |
| | SI | 153 | 73,6 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tabella 3.6 Tavola di contingenza sostegno latte mat.-alimentaz. sesto mese

| | | 6MESIALLATT | | | Totale | |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------|-------|--------|--------|
| | | ARTIFICIA | MIST | MATE | | |
| SOSTEGNOSOLOLATTE | NO | Conteggio | 27 | 8 | 9 | 44 |
| | % entro | SOSTEGNOSOLOLATTE | 61,4% | 18,2% | 20,5% | 100,0% |
| | SI | Conteggio | 63 | 15 | 56 | 134 |
| % entro | SOSTEGNOSOLOLATTE | 47,0% | 11,2% | 41,8% | 100,0% | |
| Totale | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 | |
| | % entro | SOSTEGNOSOLOLATTE | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |

Il 78,4% del campione ha ricevuto informazioni circa il funzionamento dell'allattamento a richiesta (Tabella 3.7): il 40,9% di esse allatta al seno il proprio bambino in modo esclusivo, il 22% è la percentuale relativa alle donne che allattano al seno ma che, al contrario delle prime, non hanno avuto queste informazioni da parte del personale sanitario (Tabella 3.8).

Anche in questo caso la percentuale raddoppia laddove l'informazione è presente.

Tabella 3.7 Statistiche descrittive informazioni allattamento a richiesta

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|--------|-----------|-------------|
| Validi | NO | 45 | 21,6 |
| | SI | 163 | 78,4 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tabella 3.8 Tavola di contingenza informazioni allattamento a richiesta- alimentazione sesto mese

| | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|-----------------------------|---------------------|-------------|-------|-------|--------|
| | | ARTIFICIA | MIST | MATE | |
| INFO ALLATT RICHIESTA | Conteggio | 24 | 8 | 9 | 41 |
| | NO % entro | 58,5% | 19,5% | 22,0% | 100,0% |
| | INFOALLATTRICHIESTA | | | | |
| | Conteggio | 66 | 15 | 56 | 137 |
| | SI % entro | 48,2% | 10,9% | 40,9% | 100,0% |
| | INFOALLATTRICHIESTA | | | | |
| Totale | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 |
| | % entro | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |
| | INFOALLATTRICHIESTA | | | | |

Il 60,1% delle puerpere ha ricevuto informazioni sull'utilizzo del ciuccio e sulle sue controindicazioni legate alla buona riuscita dell'allattamento (Tabella 3.9).

Queste donne allattano in modo esclusivo nel 43,1% dei casi. La percentuale scende al 28,2% per le donne che non hanno ricevuto queste informazioni (tabella 3.10).

Le madri dovrebbero essere informate del fatto che, alternando uno stimolo artificiale (la tettarella di gomma) ed uno naturale (il seno), si confonde soltanto la reazione orale del neonato. Poichè succhiare da una tettarella di gomma è meno faticoso, i muscoli delle guance si indeboliscono e si perde la voglia di succhiare al seno. Per evitare il ridursi della produzione di latte dovuto ad una scarsa attività di suzione, non si dovrebbero dare nè tettarelle artificiali nè succhiotti ai neonati allattati al seno.

Anche in questo caso, possiamo notare che le corrette informazioni sono decisive per la buona riuscita dell'allattamento.

Tabella 3.9 Statistiche descrittive controindicazioni ciuccio

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|--------|-----------|-------------|
| Validi | NO | 83 | 39,9 |
| | SI | 125 | 60,1 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tabella 3.10 Tavola di contingenza controindicazioni ciuccio-alimentazione sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|-------------|---------------------|---------------------|-------------|-------|---------|--------|
| | | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| INFOCIUCCIO | NO | Conteggio | 38 | 13 | 20 | 71 |
| | | % entro INFOCIUCCIO | 53,5% | 18,3% | 28,2% | 100,0% |
| | SI | Conteggio | 52 | 10 | 45 | 107 |
| | | % entro INFOCIUCCIO | 48,6% | 9,3% | 42,1% | 100,0% |
| Totale | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 | |
| | % entro INFOCIUCCIO | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% | |

Le donne del campione non hanno ricevuto in ospedale campioni di latte artificiale, biberon, ciucci o infusi per l'infanzia nel 99% dei casi (tabella 3.11). Ciò è avvenuto perché entrambi gli Ospedali si sono impegnati nella promozione dell'allattamento al seno e non hanno accettato campioni dalle case produttrici di sostituti del latte materno.

Tabella 3.11 Statistiche descrittive campioni latte artificiale

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|--------|-----------|-------------|
| Validi | NO | 206 | 99,0 |
| | SI | 2 | 1,0 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

La tavola indica che il 99% delle puerpere non ha ricevuto in ospedale campioni di latte artificiale, infusi per l'infanzia, biberon o ciucci.

D) INDAGARE SE LE PUERPERE ABBIANO RICEVUTO IL SOSTEGNO DEI FAMILIARI A CASA

Per quel che concerne il quarto obiettivo, nella giornata di dimissioni dall'ospedale il 54,8% dei bambini viene allattato con latte materno, il 34,1%

con latte artificiale e latte materno (allattamento misto) e l'11,1% con latte artificiale (Tabella 4.1).

Tra le madri che alla data delle dimissioni somministravano latte artificiale, il 92,3% di esse continua con latte artificiale al sesto mese del bambino, 7,7% somministra allattamento misto e nessuna di esse latte materno; tra quelle che somministravano in ospedale latte materno, il 32% al sesto mese allatta in modo artificiale ma il 55,3% continua ad allattare in modo esclusivo al seno (Tabella 4.2).

Da questi dati emerge l'importanza di cominciare già nelle prime ore dopo il parto ad allattare il proprio bambino e che la somministrazione di latte artificiale in questi primi momenti di vita del bambino inficia in modo irreversibile la buona riuscita dell'allattamento materno.

Tabella 4.1 Statistiche descrittive alimentazione dimissioni

| | | Frequenza | Percentuale |
|--------|-------------|-----------|-------------|
| Validi | ARTIFICIALE | 23 | 11,1 |
| | MISTO | 71 | 34,1 |
| | MATERNO | 114 | 54,8 |
| | Totale | 208 | 100,0 |

Tabella 4.2 Tavola di contingenza alimentaz dimiss-alimentaz. sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|-------------------------|---------------|---------------|-------------|--------|---------|--------|
| | | | ARTIFICI | MISTO | MATERNO | |
| ALIMENTAZ DIMISSIONI | ARTIFICIALE | Conteggio | 12 | 1 | 0 | 13 |
| | | % entro | 92,3% | 7,7% | 0,0% | 100,0% |
| | | ALIMENTAZIONE | | | | |
| | | % entro | 13,3% | 4,3% | 0,0% | 7,3% |
| | MISTO | Conteggio | 45 | 9 | 8 | 62 |
| | | % entro | 72,6% | 14,5% | 12,9% | 100,0% |
| | | ALIMENTAZIONE | | | | |
| | | % entro | 50,0% | 39,1% | 12,3% | 34,8% |
| | MATERNO | Conteggio | 33 | 13 | 57 | 103 |
| | | % entro | 32,0% | 12,6% | 55,3% | 100,0% |
| | | ALIMENTAZIONE | | | | |
| | | % entro | 36,7% | 56,5% | 87,7% | 57,9% |
| Totale | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 | |
| | % entro | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% | |
| | ALIMENTAZIONE | | | | | |
| | % entro | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Un altro dato che è emerso dalla ricerca e sul quale è necessario riflettere a fondo è quello relativo alle motivazioni che hanno spinto la madre a somministrare aggiunte di latte artificiale, azione assolutamente controindicata dall'OMS e dall'UNICEF, poiché inibisce la produzione di latte materno e decreta irrimediabilmente il fallimento dell'allattamento materno. Al terzo mese di vita del bambino, le madri decidono di somministrare aggiunte di latte artificiale principalmente per presunta ipogalattia (67,3%), poi per motivi di salute della madre o del bambino (15,3%), scarsa crescita del bambino (9,2%), motivi di lavoro (7,1%) ma anche perché l'allattamento materno viene ritenuta un'attività troppo stressante (1%) (Tabella 4.3).

E' un dato rilevante perché per ipogalattia intendiamo una scarsa produzione di latte materno, che non prevede quindi una fornitura di latte sufficiente a soddisfare esclusivamente le esigenze nutrizionali del bambino. Dobbiamo tuttavia precisare che ne esistono due tipi diversi: l'ipogalattia primaria, quando le cause sono riconducibili alla salute materna e l'ipogalattia secondaria, dovuta cioè a fattori esterni come l'interferenza di ciucci, biberon, aggiunte di latte artificiale ecc. Della prima forma di ipogalattia ne è affetto solo il 5% delle puerpere, e le cause sono dovute a reali motivi di salute, come alcune forme di diabete, alcune malattie della tiroide, a interventi di mastoplastica riduttiva o di mastectomia, ma il restante 95% è affetto da un'ipogalattia presunta, che solo le corrette informazioni e il rispetto di regole precise può ridurre.

Tabella 4.3 Statistiche descrittive motivo aggiunte latte artificiale

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|--------------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | IPOGALATTIA | 66 | 31,7 | 67,3 |
| | SCARSA CRESCITA BIMBO | 9 | 4,3 | 9,2 |
| | SALUTE | 15 | 7,2 | 15,3 |
| | LAVORO | 7 | 3,4 | 7,1 |
| | ATTIVITA IMPEGN E STRESS | 1 | ,5 | 1,0 |
| | Totale | 98 | 47,1 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 110 | 52,9 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

Il 64,6% delle madri ritiene che il pediatra alla prima visita abbia sottolineato l'importanza dell'allattamento materno e abbia consigliato loro di insistere con l'allattamento esclusivo (Tabella 4.4).

Dalla tavola di contingenza tra l'alimentazione del bambino al sesto mese e il consiglio del pediatra di insistere con l'allattamento materno esclusivo, è emerso un dato molto rilevante. La tavola mostra, infatti, che le donne a cui il pediatra ha consigliato di insistere con l'allattamento artificiale allattano al

sesto mese nel 51,3% dei casi, ma la percentuale scende vertiginosamente al 9,5% per le donne che allattano al seno in modo esclusivo nonostante il pediatra non abbia consigliato loro di insistere con l'allattamento materno (Tabella 4.5).

Questa differenza di percentuali tra allattamento misto e artificiale è la più alta che ho riscontrato. Si evince un totale affidamento che le madri rivolgono al loro pediatra e ai suoi consigli e quanto esse si lascino influenzare dalle loro parole. Forse basterebbe una sensibilizzazione maggiore da parte dei pediatri e un'informazione limpida e sincera sui benefici dell'allattamento materno per madri e bambini. Ricordiamo che molteplici sono stati gli scandali, sia in Italia che all'Estero, sulla collusione dei pediatri con le case produttrici di latte artificiale.

Tabella 4.4 Statistiche descrittive sostegno pediatra

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | NO | 63 | 30,3 | 35,4 |
| | SI | 115 | 55,3 | 64,6 |
| | Totale | 178 | 85,6 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 30 | 14,4 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

Tabella 4.5 Tavola di contingenza sostegno pediatra-alimentaz. sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|----------|----|------------------|-------------|-------|---------|--------|
| | | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| PEDIATRA | NO | Conteggio | 47 | 10 | 6 | 63 |
| | | % entro PEDIATRA | 74,6% | 15,9% | 9,5% | 100,0% |
| | SI | Conteggio | 43 | 13 | 59 | 115 |
| | | % entro PEDIATRA | 37,4% | 11,3% | 51,3% | 100,0% |
| Totale | | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 |
| | | % entro PEDIATRA | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |

Il ciuccio è stato usato dal 56,2% dei bambini (Tabella 4.6): quelli che utilizzano il ciuccio vengono allattati prevalentemente con latte artificiale, con

precisione nel 64% dei casi. I bambini che non utilizzano il ciuccio, al contrario, vengono allattati prevalentemente al seno in modo esclusivo, nel 56,4% dei casi (Tabella 4.7).

L'utilizzo del ciuccio, come suggerito dall'Oms e dall'UNICEF, non favorisce la buona riuscita dell'allattamento materno esclusivo.

Tabella 4.6 Statistiche descrittive utilizzo del ciuccio

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | NO | 78 | 37,5 | 43,8 |
| | SI | 100 | 48,1 | 56,2 |
| | Totale | 178 | 85,6 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 30 | 14,4 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

Tabella 4.7 Tavola di contingenza utilizzo ciuccio-alimentazione sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|---------|----|-----------------|-------------|-------|---------|--------|
| | | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| CIUCCIO | NO | Conteggio | 26 | 8 | 44 | 78 |
| | | % entro CIUCCIO | 33,3% | 10,3% | 56,4% | 100,0% |
| | SI | Conteggio | 64 | 15 | 21 | 100 |
| | | % entro CIUCCIO | 64,0% | 15,0% | 21,0% | 100,0% |
| Totale | | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 |
| | | % entro CIUCCIO | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |

Per quanto riguarda l'atteggiamento assunto dal partner nei confronti dell'allattamento, egli dimostra di essere favorevole all'allattamento materno nel 79,1% dei casi, indifferente nell'11,9% delle situazioni e infastidito nel 9% dei casi. I dati mancanti qui sono 31 poiché una delle donne a cui è stato somministrato il questionario ha dichiarato di essere una madre single (Tabella 4.8).

Nessuna, tra le donne il cui partner si è mostrato infastidito, allatta in modo esclusivo al seno al sesto mese di vita del bambino, anzi, il 93,8% di esse allatta in modo artificiale (Tabella 4.9). Ciò dimostra quanto la donna si

lasci condizionare anche dall'atteggiamento del proprio partner, soprattutto in un momento delicato come quello della nascita del bambino, evento che muta inevitabilmente e irreversibilmente gli equilibri della coppia, soprattutto nell'arrivo del primogenito. La diade madre-figlio spesso esclude il padre che, talvolta, fatica a comprendere quale possa essere il suo nuovo ruolo all'interno della famiglia e di sente messo da parte e ignorato. Ecco che il momento dell'allattamento è un evento che lo pone dinanzi a questa nuova situazione che spesso, difatti, il padre vive con distacco o addirittura con fastidio.

Tabella 4.8 Statistiche descrittive atteggiamento partner

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | INFASTIDITO | 16 | 7,7 | 9,0 |
| | INDIFFERENTE | 21 | 10,1 | 11,9 |
| | FAVOREVOLE | 140 | 67,3 | 79,1 |
| | Totale | 177 | 85,1 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 31 | 14,9 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

Tabella 4.9 Tavola di contingenza atteggiam. partner-alimentaz. sesto mese

| | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|----------------------|-----------------|-------------|-------|---------|--------|
| | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| INFASTIDITO | Conteggio | 15 | 1 | 0 | 16 |
| | % entro PARTNER | 93,8% | 6,2% | 0,0% | 100,0% |
| PARTNER INDIFFERENTE | Conteggio | 16 | 3 | 2 | 21 |
| | % entro PARTNER | 76,2% | 14,3% | 9,5% | 100,0% |
| FAVOREVOLE | Conteggio | 58 | 19 | 63 | 140 |
| | % entro PARTNER | 41,4% | 13,6% | 45,0% | 100,0% |
| Totale | Conteggio | 89 | 23 | 65 | 177 |
| | % entro PARTNER | 50,3% | 13,0% | 36,7% | 100,0% |

L'82% delle donne ha ricevuto aiuto e sostegno dai familiari a casa all'uscita dall'ospedale (Tabella 4.10); in particolare, queste donne allattano nel 41,1% dei casi mentre quelle che non hanno ricevuto questo supporto lo fanno solo nel 15,6% dei casi (Tabella 4.11).

Appare chiaro, anche in questo caso, quanto incida il supporto dei familiari subito dopo il parto per la buona riuscita dell'allattamento materno.

Tabella 4.10 Statistiche descrittive aiuto a casa

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | NO | 32 | 15,4 | 18,0 |
| | SI | 146 | 70,2 | 82,0 |
| | Totale | 178 | 85,6 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 30 | 14,4 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

Tabella 4.11 Tavola di contingenza aiuto a casa-alimentazione sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|------------|----|--------------------|-------------|-------|---------|--------|
| | | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| AIUTOACASA | NO | Conteggio | 23 | 4 | 5 | 32 |
| | | % entro AIUTOACASA | 71,9% | 12,5% | 15,6% | 100,0% |
| AIUTOACASA | SI | Conteggio | 67 | 19 | 60 | 146 |
| | | % entro AIUTOACASA | 45,9% | 13,0% | 41,1% | 100,0% |
| Totale | | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 |
| | | % entro AIUTOACASA | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |

Dall'analisi dei dati è emerso che il 34,8% delle madri non si è sentita condizionata favorevolmente da nessuno nella scelta di allattare (Tabella 4.12).

Queste donne allattano il modo artificiale nel 69,4% dei casi. Il dato si ribalta perché le donne che, al contrario, hanno ricevuto il supporto di tutti allattano con latte materno nel 63,3% dei casi (Tabella 4.13).

Tabella 4.12 Statistiche descrittive condizionamento favorevole

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | PARTNER | 33 | 15,9 | 18,5 |
| | MADRE-PADRE | 37 | 17,8 | 20,8 |
| | SUOCERA-SUOCERO | 6 | 2,9 | 3,4 |
| | NESSUNO | 62 | 29,8 | 34,8 |
| | AMICI | 3 | 1,4 | 1,7 |
| | SORELLE | 7 | 3,4 | 3,9 |
| | TUTTI | 30 | 14,4 | 16,9 |
| | Totale | 178 | 85,6 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 30 | 14,4 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

Tabella 4.13 Tavola di contingenza condizionamento favorevole-alimentazione sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|-----------------|-----------------------|--|-------------|-------|---------|--------|
| | | | ARTIFIC | MISTO | MATERNO | |
| PARTNER | Conteggio | | 13 | 6 | 14 | 33 |
| | FAVOREVOLECONDIZIONAM | | 39,4% | 18,2% | 42,4% | 100,0% |
| MADRE-PADRE | Conteggio | | 20 | 0 | 17 | 37 |
| | FAVOREVOLECONDIZIONAM | | 54,1% | 0,0% | 45,9% | 100,0% |
| SUOCERA-SUOCERO | Conteggio | | 4 | 1 | 1 | 6 |
| | FAVOREVOLECONDIZIONAM | | 66,7% | 16,7% | 16,7% | 100,0% |
| FAVOR CONDIZI | Conteggio | | 43 | 8 | 11 | 62 |
| | FAVOREVOLECONDIZIONAM | | 69,4% | 12,9% | 17,7% | 100,0% |
| AMICI | Conteggio | | 1 | 1 | 1 | 3 |
| | FAVOREVOLECONDIZIONAM | | 33,3% | 33,3% | 33,3% | 100,0% |
| SORELLE | Conteggio | | 2 | 3 | 2 | 7 |
| | FAVOREVOLECONDIZIONAM | | 28,6% | 42,9% | 28,6% | 100,0% |
| TUTTI | Conteggio | | 7 | 4 | 19 | 30 |
| | FAVOREVOLECONDIZIONAM | | 23,3% | 13,3% | 63,3% | 100,0% |
| Totale | Conteggio | | 90 | 23 | 65 | 178 |
| | FAVOREVOLECONDIZIONAM | | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |

Le madri che non si sono sentite condizionate negativamente sono il 70,8%. I suoceri lo hanno fatto nell'11,2% dei casi e gli amici nel 7,3%

(Tabella 4.14); le donne che hanno sentito un condizionamento negativo da parte di tutti allattano in modo artificiale nel 100% dei casi (Tabella 4.15).

Tabella 4.14 Statistiche descrittive condizionamento negativo

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | PARTNER | 1 | ,5 | ,6 |
| | MADRE-PADRE | 11 | 5,3 | 6,2 |
| | SUOCERA-SUOCERO | 20 | 9,6 | 11,2 |
| | NESSUNO | 126 | 60,6 | 70,8 |
| | AMICI | 13 | 6,3 | 7,3 |
| | Tutti | 7 | 3,4 | 3,9 |
| | Totale | 178 | 85,6 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 30 | 14,4 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

Tabella 4.15 Tavola di contingenza condizionam neg.-alimentaz. sesto mese

| | | | 6MESIALLATT | | | Totale |
|--------------------|---------------------|----------------|-------------|-------|---------|--------|
| | | | ARTIFICIALE | MISTO | MATERNO | |
| NEGATIVO CONDIZ | PARTNER | Conteggio | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | NEGATIVOCONDIZ | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| | MADRE- PADRE | Conteggio | 5 | 2 | 4 | 11 |
| | | NEGATIVOCONDIZ | 45,5% | 18,2% | 36,4% | 100,0% |
| | SUOCERA- SUOCERO | Conteggio | 7 | 3 | 10 | 20 |
| | | NEGATIVOCONDIZ | 35,0% | 15,0% | 50,0% | 100,0% |
| | NESSUNO | Conteggio | 66 | 15 | 45 | 126 |
| | | NEGATIVOCONDIZ | 52,4% | 11,9% | 35,7% | 100,0% |
| | AMICI | Conteggio | 4 | 3 | 6 | 13 |
| | | NEGATIVOCONDIZ | 30,8% | 23,1% | 46,2% | 100,0% |
| | tutti | Conteggio | 7 | 0 | 0 | 7 |
| | | NEGATIVOCONDIZ | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| | Totale | Conteggio | 90 | 23 | 65 | 178 |
| | | NEGATIVOCONDIZ | 50,6% | 12,9% | 36,5% | 100,0% |

Le madri intervistate telefonicamente al sesto mese hanno dichiarato di aver ricevuto sostegno dai familiari a casa nella gestione delle attività domestiche nel 72,8% dei casi (Tabella 4.16).

Tabella 4.16 Statistiche descrittive sostegno a casa dopo 6 mesi

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | NO | 31 | 14,9 | 27,2 |
| | SI | 83 | 39,9 | 72,8 |
| | Totale | 114 | 54,8 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 94 | 45,2 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

La maggior parte delle madri intervistate non è rientrata la lavoro nei sei mesi successivi al parto; il 37% di esse lo ha fatto in questo periodo (Tabella 4.17).

Tabella 4.17 Statistiche descrittive rientro al lavoro

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | NO | 71 | 34,1 | 62,8 |
| | SI | 42 | 20,2 | 37,2 |
| | Totale | 113 | 54,3 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 95 | 45,7 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

Il 76,8% delle madri dichiara di volere prolungare l'allattamento oltre il sesto mese (Tabella 4.18). Questa domanda è stata posta sia alle madri che al terzo mese allattavano in modo esclusivo, sia a quelle che lo facevano in modo misto.

Tabella 4.18 Statistiche descrittive volontà di allattamento

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | NO | 26 | 12,5 | 23,2 |
| | SI | 86 | 41,3 | 76,8 |
| | Totale | 112 | 53,8 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 96 | 46,2 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

E) ANALIZZARE COME IL CONDIZIONAMENTO DELLA SOCIETA' ATTRAVERSO I MEZZI DI COMUNICAZIONE DI MASSA ABBIA INFLUITO SULLA BUONA RIUSCITA DELL'ALLATTAMENTO MATERNO

Relativamente al quinto obiettivo, l'86,5% delle madri ha assistito a pubblicità che promuovono sostituti del latte materno o ausili per l'alimentazione artificiale (Tabella 5.1).

Siamo di fronte a un vero e proprio bombardamento su tutti i mass media. Non dimentichiamo che promuovere il consumo di un latte artificiale nei bambini di una fascia di età in cui è ancora raccomandato l'allattamento naturale, non è consentito dal Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e quindi questo genere di pubblicità non dovrebbe essere consentito. Non ho messo in relazione questo dato con il tipo di alimentazione al sesto mese del bambino poiché mi sono trovata dinanzi a una percentuale troppo alta e non ho ritenuto potesse essere rilevante utilizzare una tabella di contingenza.

Tabella 5.1 Statistiche descrittive pubblicità

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | NO | 24 | 11,5 | 13,5 |
| | SI | 154 | 74,0 | 86,5 |
| | Totale | 178 | 85,6 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 30 | 14,4 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

F) INDAGARE E ANALIZZARE QUALI SONO LE VARIABILI CHE FAVORISCONO O MENO L'ALLATTAMENTO MATERNO

In relazione al sesto obiettivo, in parte già esaminato nel primo paragrafo di questo capitolo, al terzo mese di vita del bambino le madri che hanno espresso la volontà di allattare ancora il loro figlio sono il 64% (Tabella 6.1).

Tabella 6.1 Statistiche descrittive volontà di proseguire l'allattamento

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida | Percentuale cumulata |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|----------------------|
| Validi | NO | 64 | 30,8 | 36,0 | 36,0 |
| | SI | 114 | 54,8 | 64,0 | 100,0 |
| | Totale | 178 | 85,6 | 100,0 | |
| Mancanti | Mancante di sistema | 30 | 14,4 | | |
| Totale | | 208 | 100,0 | | |

Al sesto mese il 50,6% delle madri allatta in modo artificiale, il 12,9% lo fa in modo misto e solo il 36,5% alimenta il proprio bambino con latte materno esclusivo.

Tabella 6.2 Statistiche descrittive alimentazione sesto mese

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|----------|---------------------|-----------|-------------|--------------------|
| Validi | ARTIFICIALE | 90 | 43,3 | 50,6 |
| | MISTO | 23 | 11,1 | 12,9 |
| | MATERNO | 65 | 31,3 | 36,5 |
| | Totale | 178 | 85,6 | 100,0 |
| Mancanti | Mancante di sistema | 30 | 14,4 | |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

Tra le madri che hanno scelto di somministrare al bambino aggiunte di latte artificiale, il 73,5% ha deciso di farlo per presunta ipogalattia, il 10,2% di esse lo ha fatto per motivi di lavoro, infatti il 62,8% delle madri è rientrata al lavoro al sesto mese di vita del bambino o prima (Tabella 6.3).

Tabella 6.3 Statistiche descrittive motivo aggiunte latte artificiale 6° mese

| | | Frequenza | Percentuale | Percentuale valida |
|--------|--------------------------------|---------------------|-------------|--------------------|
| Validi | IPOGALATTIA | 36 | 17,3 | 73,5 |
| | SCARSA CRESCITA | 4 | 1,9 | 8,2 |
| | SALUTE | 2 | 1,0 | 4,1 |
| | LAVORO | 5 | 2,4 | 10,2 |
| | ATTIVITA' TROPPO STRESSANTE | 2 | 1,0 | 4,1 |
| | Totale | 49 | 23,6 | 100,0 |
| | Mancanti | Mancante di sistema | 159 | 76,4 |
| Totale | | 208 | 100,0 | |

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La ricerca che ho portato avanti ha evidenziato quali siano le variabili che influenzano la buona riuscita dell'allattamento esclusivo al seno.

Il periodo della gravidanza risulta essere un periodo molto fertile poiché la frequenza ai corsi di preparazione al parto consente alla madre di ricevere e interiorizzare tutte le informazioni necessarie per allattare con successo. Infatti, le donne che hanno partecipato a questi corsi allattano molto di più rispetto a quelle che non lo hanno fatto.

Un'altra variabile che risulta influenzare l'allattamento al seno è il titolo di studio: dai risultati dell'indagine si evince che allattano di più le donne che hanno un titolo di studio più alto, mentre la percentuale è sensibilmente più bassa tra quelle che hanno conseguito il diploma di scuola secondaria inferiore.

Un altro fattore predisponente l'allattamento al seno esclusivo è quello relativo all'attività lavorativa: la libera professione è l'occupazione maggiormente praticata dalle donne che allattano.

Tra le mamme più giovani, fino a 25 anni, e quelle con oltre 36 anni si rileva una minore propensione all'allattamento al seno, mentre nella fascia di età 26-35 anni si riscontra la percentuale più alta di donne che hanno allattato in modo esclusivo al seno. Inoltre, l'aver avuto altre esperienze di allattamento è certamente una delle variabili maggiormente predisponenti.

Anche il tipo di parto influisce sull'allattamento: infatti, le donne che hanno avuto un parto cesareo allattano i loro bambini meno spesso di quanto accade per le donne che hanno partorito spontaneamente. Il rispetto delle indicazioni fornite dall'OMS e dall'UNICEF in materia di allattamento materno, risulta essere fondamentale: il contatto pelle a pelle, il *rooming in*, l'allattamento entro mezz'ora dal parto, il sostegno psicologico e pratico nel

somministrare al bambino solo il proprio latte, sono fattori predisponenti che incidono in modo più che evidente.

A casa, il sostegno psicologico dei familiari, partner e genitori in primo luogo, influenza in modo determinante la buona riuscita dell'allattamento, ma la figura che ha avuto il potere di condizionare maggiormente la madre è stata quella del pediatra. Le donne che alla prima visita hanno ricevuto il sostegno psicologico del pediatra e il consiglio di insistere con l'allattamento materno esclusivo allattano in misura cinque volte superiore rispetto alle madri a cui non sono stati offerti questi consigli.

La motivazione ad allattare e la propria determinazione sono risultati essere certamente di primaria importanza affinché ciò avvenisse: anche le madri che non sono state incoraggiate e sostenute da nessuno, ma che avevano una motivazione interiore forte, sono riuscite ad allattare con successo.

LIMITI DELLA RICERCA

La mia ricerca è stata svolta, nella prima fase, presso i reparti di Ostetricia e Ginecologia degli ospedali di Modica e Ragusa. Si tratta di ospedali di provincia, con bacini di utenza non molto ampi, nei quali il numero delle nascite annuali supera di poco il migliaio. Mi sono recata in ospedale in giornate diverse perché ogni mattina le madri in uscita erano tre o quattro e di conseguenza anche i questionari somministrati. Talvolta, nessuna donna veniva dimessa e io non sono stata nelle condizioni di somministrare neppure un questionario.

Per questo motivo il numero di questionari somministrati è 208.

Inoltre, sia al terzo mese, per la somministrazione del secondo questionario, che a sesto mese, per il terzo questionario, non sono riuscita a contattare 30 madri: talvolta il numero di telefono fornito era inesistente o spento, altre volte squillava a vuoto, altre volte le madri hanno dichiarato di non avere tempo da dedicarmi e di non volere proseguire l'intervista. Per questi motivi il numero dei questionari validi è sceso a 178.

Tra i limiti, credo che ci sia anche una volontà di alcune madri di essere veloci nelle risposte, per mancanza di tempo, e di fornirle senza riflettere troppo.

CONCLUSIONI FINALI

Alla fine di questo mia tesi di dottorato, che sento molto vicina, per il tempo dedicato e per l'argomento che mi tocca da vicino, ritengo che sull'importanza dell'allattamento materno e sulla sua corretta informazione ci sia ancora moltissimo da fare.

I dati emersi dalla mia ricerca fanno riflettere sull'importanza del rispetto delle buone pratiche fornite dall'Oms e dall'UNICEF e su quanto la donna, nella fase delicata del post-partum, subisca inevitabilmente i condizionamenti dei familiari, dei medici che la seguono, del personale sanitario. E' una missione che deve essere compiuta dalla società tutta poiché rappresenta un investimento per le generazioni future, soprattutto dal punto di vista della salute.

Ritengo che la frequenza ai corsi preparto debba essere garantita a tutte le donne in gravidanza e, per fare questo, è necessario rendere gratuita la partecipazione e fissare gli incontri con orari flessibili. Credo che questi corsi di preparazione al parto debbano essere rivolti anche ai padri e alle nonne, perché il loro comportamento, come abbiamo visto, condiziona notevolmente la madre.

Tutte le figure che ruotano attorno alla donna durante la degenza in ospedale devono lavorare in sinergia, ognuno con il proprio ruolo, ma tutti coesi e determinati, affinché la donna allatti in modo esclusivo e con serenità, almeno per i primi sei mesi di vita del bambino.

Una pratica estremamente utile, che in alcuni servizi sanitari è ormai diventata abituale, è quella della visita domiciliare effettuata da un operatore sanitario una settimana circa dopo la dimissione per controllare la salute della madre e del bambino, rispondere alle domande e in generale assisterli per risolvere eventuali problemi. In ogni caso, al momento della dimissione, si dovrebbe fissare la data della prima visita di controllo sia per la madre che per

il neonato e si dovrebbero fornire indicazioni su complicazioni, quali ulcerazioni dei capezzoli e difficoltà di suzione del bambino. Gli operatori sanitari dovrebbero essere in grado di risolvere questi ed altri problemi e rispondere alle domande poste dalle madri.

A volte le madri hanno dubbi sulla quantità e la qualità del proprio latte. Se poi devono iniziare ad integrarlo con altri alimenti è probabile che decidano di interrompere prematuramente l'allattamento al seno. È quindi importante rassicurarle visitando periodicamente i bambini, il cui stato di salute e la cui crescita dovrebbero rappresentare la dimostrazione più evidente della validità nutritiva del latte materno. Le visite di controllo dei neonati presso i centri sanitari, compreso il controllo della crescita e del peso, sono indispensabili; le tabelle della crescita, in cui il peso alla nascita è considerato ovviamente il punto di partenza, risultano ideali per questo scopo. Le visite di controllo, inoltre, offrono l'opportunità di dare alle madri consigli pratici sull'allattamento al seno e garantiscono che tutti i servizi sanitari per madri e bambini, in particolare la vaccinazione e la pianificazione familiare, vengano forniti con tempestività e in maniera adeguata.

I medici pediatri dovrebbero essere maggiormente sensibili al tema dell'allattamento e dovrebbero comprendere quanto le madri si affidano a loro e ai loro consigli.

Lo Stato dovrebbe appoggiare tutte le madri, garantendo loro la possibilità di allattare, offrendo garanzie lavorative maggiori e che involino la madre a godere della maternità senza rischi e problemi sul luogo di lavoro al loro rientro. Sarebbe necessario aumentare il periodo di astensione obbligatoria o di modificare il trattamento economico della lavoratrice nel periodo di astensione non obbligatoria al fine di permettere ad un maggior numero di donne di continuare l'allattamento al seno almeno fino ai sei mesi di vita.

La società tutta dovrebbe comprendere il valore dell'allattamento materno per il bene comune e dovrebbe smettere di giudicare le madri che allattano in pubblico; anzi, dovrebbero essere garantiti spazi comodi e rilassanti per le madri che vogliono allattare in luoghi pubblici.

Le autorità competenti di ogni Paese dovrebbero attuare le misure sanitarie e sociali necessarie per tutelare, promuovere e sostenere l'allattamento al seno.

L'esperienza e l'educazione ricevuta dalle donne fin dalla prima infanzia influisce in seguito sul loro atteggiamento e comportamento nei confronti dell'allattamento al seno. Il vedere abitualmente altre donne che allattano, specialmente nella stessa famiglia o gruppo sociale, è soltanto uno dei vari esempi grazie ai quali le ragazze e le giovani donne possono sviluppare un atteggiamento positivo verso tale pratica. Laddove prevale la "cultura del biberon", le ragazze e le giovani donne non hanno modelli positivi di allattamento al seno nella loro esperienza quotidiana. Non è sorprendente che in tale ambiente le donne adulte abbiano frequentemente una conoscenza scarsa o addirittura nulla dell'allattamento al seno o della sua attuazione, manchino di fiducia nella loro capacità di allattare e non siano circondate da familiari, amici o altri sostegni sociali che le aiutino a superare gli eventuali problemi connessi. In casi estremi, intere generazioni di giovani madri non hanno mai visto una donna allattare al seno e non conoscono nulla di questa pratica che considerano antiquata e non più necessaria. È chiaramente preferibile non attendere che queste donne partoriscono senza prima essere state educate e motivate ad allattare al seno i propri figli. Anche desiderandolo, poche madri hanno la probabilità di riuscirci in tali circostanze. Fin dalla prima infanzia e durante l'adolescenza le ragazze dovrebbero essere motivate ad allattare al seno sia per mezzo di una loro quotidiana esperienza che da un'educazione formale. Le madri che allattano al seno dovrebbero essere

incoraggiate a lasciare che i propri figli a qualunque età, ma soprattutto le bambine, osservino come esse nutrono e si prendono cura del neonato. L'essenziale è diffondere la conoscenza dell'allattamento al seno, specialmente nelle società in fase di rapida modernizzazione, o in quelle in cui ancora sussiste l'ignoranza di tale pratica, attraverso un impegno educativo ampio, intenso e prolungato.

Sarebbe auspicabile un maggiore impegno politico nel difendere, promuovere e sostenere l'allattamento, attraverso l'attivazione di sistemi di monitoraggio nazionale e regionali per seguire nel tempo, attraverso definizioni standardizzate in campo internazionale e convalida internazionale, l'andamento dell'allattamento e le attività di promozione alla nascita, alla dimissione dall'ospedale, e in età successive.

Sarebbe opportuno riconoscere, valorizzare e sostenere le esperienze e le competenze specifiche delle organizzazioni di auto-aiuto e di preparazione e sostegno alla maternità operanti da anni in molte regioni per la diffusione dell'allattamento al seno.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. D. (1978). *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: Raccomandazioni standard per l'Unione Europea. (s.d.).
- Bernardi, R. D.-R. (1982). Ritmos y sincronias en la relación temprana madre-hijo. *Rev Urug. Psicolanal.* 61,.
- Bettelheim, B. (1974). *L'amore non basta: trattamento psicoterapeutico dei bambini che presentano disturbi affettivi*. Milano: Ferro.
- Bettelheim, B. (1987). *Un genitore quasi perfetto*. Milano: Universale Economica Feltrinelli.
- Blyth R., C. D. (2002). *Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration: An Application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory*. Birth.
- Bollea, G. (1995). *Le madri non sbagliano mai*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Bowlby, J. (1976). *Attaccamento e perdita. Vol.1: L'attaccamento alla madre. Collana Programma di Psicologia Psichiatria Psicoterapia (Vol. 1)*. Torino: Boringhieri.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. (M. Magnino, Trad.) Milano: Raffaello Cortina.
- EU. (2004). *Promotion of Breastfeeding in Europe, Protection, promotion and support of Breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. Luxembourg: European Commission.
- Flaherman VJ, L. H. (2013). *Breastfeeding*. (P. Clin, A cura di) Feeding Expressed Mother's Milk.
- Harlow, H. (1973). *Psicologia come scienza del comportamento*. Milano: Mondadori Editore.
- Kent J.C., P. D. (2011 Dec 12). *Principles for Maintaining or Increasing Breast Milk Production*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.
- Kessen, W. L. (1967). Age food deprivation, non-nutritive sucking and movement in the human newborn. *Journal of Comparative and Physiological Psychology.*, 63, 82-6.
- Pereira, J. M. (1984). *Variacion del flujo de leche materna durante la lactada (Vol. 120)*. Archivi domenicali di pediatria.
- Raccomandazioni della Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM), S. I. (18 marzo 2014.). L'uso dei mezzi di contrasto nella donna che allatta.

- Raccomandazioni della Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM), S. I. (s.d.). L'uso dei mezzi di contrasto nella donna che allatta.
- Recalcati, M. (2015). *Le mani della madre. Desiderio, fantasmi ed eredità del materno*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Richards, M. (1978). *L'integrazione del bambino in un mondo sociale*. Milano: Angeli.
- Rogers, C. (1965-66). *Psychothérapie et relations Humaines. Théorie et pratique de la thérapie non-directive*. Louvain: Ed. Nauwelaerts.
- Rousseau, J. (2006). *L'Emilio*. Bari: Laterza.
- Salute, T. T. (2014, marzo 18).
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2113_allegato.pdf.
- Schaffer, E., & P, E. (1972). The development of social attachments in infancy. *Monograph. Soc. Res. Child. Developm.* 29, 1-77.
- Standards., W. H. (s.d.). www.who.int/childgrowth/en/.
- UNICEF. (s.d.). Manuale del corso per promozione dell'allattamento al seno., (p. http://www.unicef.it/Allegati/Manuale_partecipante_Corso_20_ore1_7ott10.pdf).
- Wambach, K. (2016). *Breastfeeding and human lactation*. Burlington (Mass.): Jones and Bartlett.
- Winnicott, D. (1974). *Gioco e realtà*. Roma: Armando Editore.
- Winnicott, D. (2004). *La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile*. Roma: Armando Editore.
- Winnicott, D. (2005). *Il bambino, la famiglia e il mondo esterno*. Roma: Magi.
- Winnicott, D. W. (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Roma: Armando Editore.
- Winnicott, D. W. (1987). *I bambini e le loro madri*. Milano: Cortina.
- World Health Organization, U. (s.d.). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Tratto da http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategu.htm, 2003. Disponibile a:

APPENDICE
Primo questionario

QUESTIONARIO SULL'ALLATTAMENTO (dimissioni dall'ospedale)

N° Identificativo Scheda _____
Presidio ospedaliero _____

Data _____

Età _____

Nazionalità _____

Titolo di studio _____

Attività lavorativa _____

Telefono _____

Numero figli _____

Allattamento altri figli (materno-misto-artificiale; se materno per quanto tempo) _____

- 1) Ha seguito corsi di accompagnamento alla nascita?
SI NO

- 2) Se ha risposto affermativamente alla domanda precedente, ha ricevuto informazioni circa i benefici dell'allattamento materno?
SI NO

- 3) Che tipo di parto ha espletato?
 PARTO SPONTANEO
 PARTO CESAREO

- 4) Dopo il parto ha avuto un contatto pelle a pelle con il bambino?
SI NO

- 5) Ha attaccato al seno il suo bambino per la prima volta entro mezz'ora dal parto?
SI NO

- 6) Ha avuto la possibilità di utilizzare il rooming in, ossia essere nella stessa stanza del bambino per tutto il periodo della degenza in ospedale?
SI NO

- 7) Il personale dell'ospedale in cui ha partorito:
 - l'ha rassicurata sulla sua capacità di allattare e sull'adeguatezza del suo latte?
SI NO
 - le ha mostrato come attaccare il bambino al seno?
SI NO
 - l'ha sostenuta nel somministrare al bambino solo il suo latte, senza aggiunta di altri liquidi o alimenti diversi dal latte materno?
SI NO
 - le ha spiegato il meccanismo dell'allattamento a richiesta?
SI NO
 - le ha consigliato di non offrire il ciuccio al suo bambino?
SI NO

- 8) Al momento delle dimissioni dall'ospedale, ha ricevuto in regalo campioni di latte artificiale, infusi per l'infanzia, biberon o ciucci?
SI NO

- 9) Come si alimenta il suo bambino?
 LATTE MATERNO
 LATTE MATERNO E LATTE ARTIFICIALE
 LATTE ARTIFICIALE

- 10) Ritieni che continuerà ad allattare al seno il suo bambino?
SI NO

NOTE

Secondo questionario

QUESTIONARIO SULL'ALLATTAMENTO (dopo 3 mesi)

N° Identificativo Scheda _____

Data _____

- 1) Come si alimenta il suo bambino?
 LATTE MATERNO
 LATTE MATERNO E LATTE ARTIFICIALE (MISTO)
 LATTE ARTIFICIALE

- 2) Se non allatta in modo esclusivo, per quale motivo ha scelto di somministrare delle aggiunte di latte artificiale?
 RIENTRO AL LAVORO
 MANCANZA DI TEMPO A CAUSA DELLE FACCENDE DOMESTICHE
 ATTIVITA' TROPPO IMPEGNATIVA E STRESSANTE
 SCARSA CRESCITA DEL BAMBINO
 ALTRO _____

- 3) Il suo pediatra, alla prima visita, le ha consigliato di insistere con l'allattamento materno esclusivo?
SI NO

- 4) Ha usato il ciuccio durante il primo mese?
SI NO

- 5) Qual è l'atteggiamento del suo partner quando la vede allattare?
 FAVOREVOLE
 INDIFFERENTE
 INFASTIDITO

- 6) Ha ricevuto sostegno dai familiari a casa al rientro dall'ospedale?
SI NO

- 7) Nella sua famiglia, chi ritiene che la abbia condizionata favorevolmente nella scelta di allattare, incoraggiandola e sostenendola?
 PARTNER
 MADRE/PADRE
 SUOCERA/SUOCERO
 ALTRO

- 8) Nella sua famiglia, chi ritiene che la abbia condizionata negativamente nella scelta di allattare, scoraggiandola e consigliandole di dare al bambino del latte artificiale?
 PARTNER
 MADRE/PADRE
 SUOCERA/SUOCERO
 ALTRO

- 9) In questi mesi ha visto materiale informativo che promuove sostituti del latte materno, biberon o ausili per l'alimentazione artificiale?
SI NO

- 10) Ritiene che continuerà ad allattare al seno il suo bambino?
SI NO

NOTE _____

Terzo questionario

QUESTIONARIO SULL'ALLATTAMENTO (dopo 6 mesi)

N° Identificativo Scheda _____

Data _____

1) Come si alimenta il suo bambino?

- LATTE MATERNO
 LATTE MATERNO E LATTE ARTIFICIALE (MISTO)
 LATTE ARTIFICIALE

2) Se non allatta in modo esclusivo, per quale motivo ha scelto di somministrare delle aggiunte di latte artificiale?

- RIENTRO AL LAVORO
 MANCANZA DI TEMPO A CAUSA DELLE FACCENDE DOMESTICHE
 ATTIVITA' TROPPO IMPEGNATIVA E STRESSANTE
 SCARSA CRESCITA DEL BAMBINO
 ALTRO

3) Si è sentita sostenuta dai familiari in questi mesi?
SI NO

4) E' rientrata al lavoro?
SI NO

5) Ritiene che continuerà ad allattare al seno il suo bambino?
SI NO

NOTE
