



# “VENUTO AL MONDO”

informazioni e consigli utili per i genitori



*Ugo Facchetta (1930 - 2005)*

“Ogni bambino che nasce è il segno che Dio  
non è ancora stanco degli uomini”  
(R. Tagore 1861 - 1941)

## Sommario

Prefazione .....	3
Assistenza al neonato in sala parto .....	4
Adattamento post-natale .....	4
Il nato "prematurato" – il neonato di "basso peso" .....	5
Rooming-in .....	5
Il personale infermieristico .....	6
Screening neonatali .....	6
La dimissione .....	8
Il neonato a domicilio .....	8
L'ambiente .....	8
La « morte in culla » .....	9
La passeggiata .....	9
Il trasporto in macchina .....	10
I viaggi .....	10
L'igiene .....	11
La cura degli occhi .....	12
Il bagno .....	12
Il moncone ombelicale .....	13
L'allattamento al seno .....	13
Le ragadi del capezzolo .....	15
L'ingorgo mammario .....	16
La mastite .....	16
L'alimentazione della donna che allatta .....	16
Allattamento in presenza di patologie materne .....	17
L'attività fisica .....	17
L'allattamento artificiale .....	18
Quando non conviene allarmarsi .....	18
Il pianto .....	19

## Prefazione

L'esperienza professionale maturata come servizio al paziente e opportunità di crescita reciproca. Con questa indole ci apprestiamo a fornire a tutte le famiglie "in trepidante attesa" un affresco di semplici note informative, che agevolino la degenza della madre e l'assistenza alla vita nascente, favorendo l'acquisizione, da parte di genitori o/e familiari, di quella conoscenza pratica essenziale per la gestione quotidiana del neonato. Uno strumento di prevenzione, che illustra, in sintesi, la fase di adattamento del bambino alla nuova vita, annoverando i principali rischi legati alle gravidanze interrotte da parti pre-termine, gli esami clinici "di screening", da eseguire sul neonato entro la data della dimissione, per escludere patologie invalidanti; i suggerimenti, in ultimo, per favorire l'allattamento al seno e per eseguire al domicilio le terapie di profilassi. *"Venuto al mondo"* deve, come da nostro intento, risultare uno strumento di facile comprensione e accessibilità, teso a facilitare l'approccio dei genitori al bambino, nonché a consolidare il clima di emozione, affetto e accoglienza che caratterizza l'evento della nascita. Un puro supporto integrativo, dunque, mai sostitutivo, dell'imprescindibile attività del Pediatra curante, cui, peraltro, occorrerà far riferimento, in prima istanza, per ogni evenienza futura.

Confidiamo e auspichiamo che questo nostro sforzo, sia pur indicativo, trovi riscontro e interesse, stimolando altresì la consapevolezza che dalla collaborazione e dalla fiducia reciproca dipende la qualità del servizio reso.

"Dove sono i bambini c'è un'età dell'oro (Novalis 1772 – 1801)"



## Assistenza al neonato in sala parto

L'assistenza al neonato in sala parto richiede un insieme di manovre tese a facilitare il passaggio alla vita nascente. Appena dopo la nascita, eseguita la resezione del moncone ombelicale, il piccolo viene posto sull'isola neonatale, situata in una zona adiacente alla sala parto. Questa struttura, idonea per l'assistenza sia del neonato a termine di gravidanza che del neonato pretermine o di basso peso, è fornita di un lettino riscaldato e di tutte le apparecchiature necessarie per una assistenza adeguata.

Il pediatra- neonatologo, dopo aver escluso la presenza o meno di evidenti malformazioni, valuta le condizioni di salute del neonato, prendendo in considerazione 5 parametri vitali (frequenza cardiaca, attività respiratoria spontanea, tono muscolare, riflessi e colorito cutaneo); a ciascuno di questi parametri viene attribuito un punteggio che varia da 0 a 2. Il punteggio totale (*punteggio di Apgar*) può ammontare da 0 a 10; viene considerato normale se compreso tra 7 e 10, mentre punteggi inferiori sono in relazione a problemi da indagare.

Il punteggio di Apgar viene riportato sulla cartella ostetrica e sulla cartella del neonato e riveste una importanza notevole in quanto fornisce informazioni utili a coloro che dovranno seguire il nuovo nato.

Il piccolo, quindi, viene lavato, pesato e misurato (lunghezza, circonferenza cranica e toracica) e sottoposto ad alcune misure di profilassi obbligatoria:

- *Profilassi dell'infezione oculare* mediante applicazione di una pomata antibiotica oftalmica
- *Profilassi della malattia emorragica* mediante la somministrazione intramuscolare di vitamina K



Previa applicazione attorno alla caviglia di fascetta identificativa, il bambino viene mostrato alla madre, quindi condotto al nido e posto nell'incubatrice qualche ora per un'attenta osservazione dell'adattamento post-natale. Se la madre lo desidera, può, subito dopo il parto, tenerlo accanto a sé ed attaccarlo al seno.

## Adattamento post-natale

Durante le prime ore di vita, il neonato viene sottoposto ad ispezione accurata, allo scopo di identificare tempestivamente condizioni che necessitano di interventi assistenziali mirati.

Nel passaggio dall'ambiente intrauterino a quello extrauterino, l'organismo fetale deve mettere in atto complessi meccanismi di adattamento, primo fra tutti il compimento della funzione respiratoria, strettamente connessa alle attività cardio-circolatorie, termoregolatrici e metaboliche.



## Il nato “prematurato” – il neonato di “basso peso”

Il termine di *prematurato* o *neonato pretermine* denota bambini nati prima della 38ª settimana. La dizione *neonato di basso peso* definisce invece, indipendentemente dalla durata della gravidanza, un nato che, alla nascita, pesi meno di 2500 g.

Un peso alla nascita ridotto e non correlabile a parto pretermine, che comporta un nato piccolo per l'età gestazionale (*o small-for-date*), indica, infine, un difetto di sviluppo intrauterino, come, ad esempio avviene nel caso di gravidanze gemellari o multiple, infezioni fetali croniche, grave iponutrizione materna, eccesso di fumo, etilismo.



Il nato pretermine e il neonato di basso peso per l'età gestazionale rientrano nella categoria dei neonati per i quali l'adattamento alla “nuova vita” richiede tempi e modalità differenti rispetto al nato a termine.

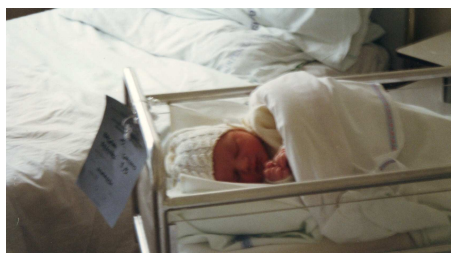
A seconda del grado di prematurità, del peso e delle condizioni alla nascita e/o nelle ore successive, il piccolo può essere trasferito al reparto di Patologia Neonatale o in un reparto di Terapia Intensiva Neonatale.

## Rooming-in

Per *rooming-in* si intende la permanenza del bambino assieme alla madre nella stessa stanza, per il periodo di tempo più lungo possibile nell'arco della 24 ore, ossia sia di giorno che di notte, ad eccezione dei periodi legati alle procedure ospedaliere e durante la visita di parenti.

Tale pratica inizia dopo il parto, allorché la madre risulti in grado di sopperire alle esigenze del suo piccolo.

Questa vicinanza favorisce, come è facilmente intuibile e ampiamente documentato da studi scientifici, una conoscenza precoce e reciproca tra mamma e bambino, la riduzione del pianto, l'attaccamento reciproco ed anche un maggior successo dell'allattamento al seno, dovuto soprattutto all'occasione che le poppate abbiano luogo proprio nei momenti in cui il bambino le richiede.



Talvolta, le mamme sentono il bisogno di calma e riposo protratto, soprattutto dopo un parto cesareo o avvenuto mediante ventosa. Contrariamente a quanto creduto finora, non sempre la separazione e la consegna del bambino alle infermiere del nido consentono alla mamma di riposare più serenamente. La sistemazione del bambino a lato del letto permette, invece, alla madre di rispondere tempestivamente e più facilmente alle sue richieste, anche alimentari. La madre deve, dunque, cercare di approfittare dei momenti di sonno del bambino, per riposare anche lei. Di solito, e soprattutto nelle prime 24 ore di vita, il neonato dorme a lungo, assecondando questa necessità di recupero. Il rooming-in, anche se apparentemente impegnativo, risulta gradito alla maggioranza delle donne, che, alla dimissione dall'ospedale, mostrano maggiore dimestichezza e autonomia. Il Nido, d'altro canto, resta un servizio comunque a disposizione, soprattutto in caso di malessere o impossibilità al rooming-in da parte della madre.

## Il personale infermieristico

Le infermiere controllano in maniera costante i neonati presenti al Nido, aiutano la mamma nell'allattamento e la affiancano nella gestione del neonato.

Il personale è a disposizione per fornire informazioni inerenti a problemi pratici di assistenza (es.: medicazione del cordone ombelicale, bagnetto e modalità di utilizzo di sussidi per la poppata, quali paracapezzolo, osteoflettore di capezzolo e tirallatte).



## Screening neonatali

Tutti i neonati vengono sottoposti, prima della dimissione dal Nido dell'ospedale di nascita, ad un piccolo prelievo di sangue dal tallone per eseguire lo screening (esame esteso) di alcune malattie (*ipotiroidismo, fenilchetonuria, fibrosi cistica o mucoviscidosi, sindrome adrenogenitale*) che, se non tempestivamente diagnosticate e subito trattate, potrebbero arrecare danni irreversibili al bambino. Si tratta del così detto test di Guthrie, che viene inviato a Milano, al Centro di Screening per le Malattie Metaboliche, presso gli Istituti Clinici di Perfezionamento; il risultato viene recapitato al reparto di Neonatologia entro dieci-quindici giorni dall'esecuzione. In caso di esito negativo del test (esame normale), le famiglie, di rimando, non ricevono alcuna comunicazione; in caso di risultato dubbio o positivo, dal reparto viene comunicata telefonicamente la necessità di un ulteriore controllo.

### La fenilchetonuria

La Fenilchetonuria rappresenta una malattia metabolica ereditaria (incidenza un caso ogni 4000 – 6000 nati) che comporta, nella maggior parte dei casi, gravi danni cerebrali nel bambino. Se identificata nelle prime settimane di vita e trattata con una dieta specifica, il bambino si svilupperà normalmente. La *fenilalanina* è un aminoacido presente in tutte le proteine vegetali; nei pazienti affetti da fenilchetonuria non può essere metabolizzata normalmente

dall'organismo, con conseguente formazione ed accumulo di sostanze tossiche per il cervello.

### **L'ipotiroidismo**

L'ipotiroidismo è uno dei disturbi ormonali più frequenti nei bambini (un caso ogni 3000 nati). Si presenta, per lo più, sporadicamente ed è dovuto all'assenza della tiroide o ad un suo incompleto sviluppo. L'insufficiente secrezione di ormoni tiroidei causa un rallentamento di tutti i processi metabolici e una grave compromissione dello sviluppo fisico e mentale.

La somministrazione quotidiana degli ormoni tiroidei carenti comporta un miglioramento di tutti i sintomi clinici e la normalizzazione dei processi metabolici, consentendo uno sviluppo mentale e fisico adeguato all'età del bambino.

### **La Fibrosi Cistica o Mucoviscidosi**

La Fibrosi Cistica o Mucoviscidosi è una malattia ereditaria che colpisce un bambino ogni 3500 nati; si manifesta con malassorbimento da insufficienza pancreatica e affezioni polmonari croniche. La diagnosi precoce consente di migliorare la sopravvivenza dei soggetti affetti ed offre la possibilità di informare la coppia sul rischio genetico che corrono, in previsione di una nuova gravidanza.

### **La sindrome adrenogenitale**

Condizione patologica caratterizzata da iperplasia surrenalica congenita, associata a deficit enzimatici (nella forma più frequente manca la 21-idrossilasi) e ridotta secrezione di ormoni steroidei. La malattia presenta espressioni cliniche diverse (ipertrofia o "ambiguità" dei genitali, accompagnata da perdita di sali in caso di deficit completo, forme senza perdite di sali nei deficit parziali, forme ad espressione tardiva). La diagnosi clinica si pone precocemente allorché si osservi ambiguità dei genitali e/o perdita di sali. La terapia sostitutiva è efficace.

Altri esami di screening eseguiti alla nascita sono la **manovra di Ortolani e di Barlow** (tests clinici per il rilevamento precoce della predisposizione alla lussazione congenita dell'anca) e lo **screening delle ipoacusie**. L'ecografia del bacino viene di norma eseguita entro il terzo mese di vita.

### **Profilassi consigliate**

Al momento della dimissione dal Nido, viene consigliata la profilassi del rachitismo, mediante la somministrazione per via orale di *vitamina D*, per tutto il primo anno di vita. Per i bambini con allattamento al seno esclusivo è prevista inoltre, la prevenzione della malattia emorragica tardiva, con la somministrazione orale di *vitamina K*, a partire dalla quarta settimana di vita per i successivi due mesi. In seguito, è bene iniziare una fluoro-profilassi, come verrà prescritto dal vostro Pediatra di fiducia.





## La dimissione

Se non esistono controindicazioni né per la mamma né per il neonato, la dimissione avviene generalmente il terzo giorno dopo il parto (solitamente la degenza è protratta di due giorni in caso di taglio cesareo) e comunque non prima del compimento delle 48 ore di vita del neonato.

Il Pediatra consegna ai genitori il libretto regionale contenente le informazioni relative alla gravidanza, al parto ed ai primi giorni di vita e sarà a disposizione per rispondere ad eventuali quesiti e per cercare di incoraggiare e rassicurare la mamma in un momento tanto delicato in cui viene a confrontarsi con una nuova vita. In caso di problemi particolari il neonato viene inserito in un programma di *follow-up* che prevede controlli a distanza, eventualmente in collaborazione con altri specialisti.



## Il neonato a domicilio

L'assistenza domiciliare del bambino spetta al Pediatra di fiducia oppure alla Guardia Medica (nei giorni prefestivi, festivi e la notte).

Su indicazione del Pediatra curante o in casi strettamente necessari si ricorre al pronto soccorso dell'ospedale.

## L'ambiente

Considerate le difficoltà di termoregolazione del neonato, è opportuno prestare particolare attenzione alle caratteristiche climatiche dei locali in cui soggiorna o dorme. La temperatura dell'ambiente domestico non deve essere elevata ed il neonato non deve essere esageratamente vestito.

La temperatura ambientale ideale è circa 20-22 °C nei primi giorni di vita e, successivamente, 18-22 °C con un tasso di umidità pari al 55-60%, che si può garantire costante attraverso la dotazione di appositi umidificatori.

Il lettino o la culla, corredati di materassino rigido antisofofo e privi di cuscino, devono essere tenuti lontani da fonti di calore.

Il piccolo non deve essere avvolto strettamente nelle coperte; bisogna evitare di coricarlo per il sonno in posizione prona (a pancia in giù) o sul fianco, a meno di precise indicazioni mediche al riguardo.



L'arredo deve essere facile da pulire e da lavare. L'abbigliamento deve permettere al piccolo di potersi muovere agevolmente; va evitato il contatto diretto della cute del neonato con tessuti di lana, fibre sintetiche e con accessori pericolosi come spille, bottoni e ganci che potrebbero ferirlo, essere inghiottiti o addirittura inalati con conseguente pericolo di soffocamento.



## La « morte in culla »

La *SIDS* (*Sudden Infant Death Syndrome*) ossia la morte improvvisa del lattante, chiamata anche “morte bianca” o “morte in culla”, è una sindrome rara che, tuttavia, può colpire il bambino nel primo anno di vita.

Le cause sono ancora sconosciute, ma sono stati identificati alcuni comportamenti che si ritiene aiutino a prevenirla:



- **È bene far dormire il bambino sano supino (sulla schiena), non a pancia sotto, su un materassino rigido della stessa dimensione del letto, in modo che egli possa spostarsi, senza cuscino.**
- **Non fumare e non esporre il piccolo al fumo.**
- **Evitare che l'ambiente domestico sia eccessivamente riscaldato e secco; favorire l'utilizzo di umidificatori; evitare l'esagerato impiego di coperte.**
- **Non abituare il bambino a dormire nel “lettone”**

## La passeggiata

Già a partire dalla dimissione, il neonato può uscire per una passeggiata quotidiana. Inizialmente è bene riservare all'uscita poco meno di mezz'ora, col tempo si può arrivare gradualmente anche a due o più ore al giorno. E' importante evitare il contatto con persone ammalate, luoghi chiusi, affollati o condizionati, strade con intenso traffico. In inverno sono consigliate le ore più calde, in estate quelle più fresche.



La luce ed il sole forniscono costituiscono un valido strumento di prevenzione contro il rachitismo, ma ricordiamo che il neonato va esposto al sole con prudenza e per brevi periodi.

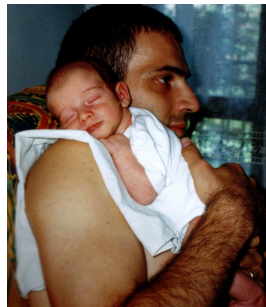
Durante le uscite, a partire dal 2°-3° mese di vita, il piccolo può essere collocato, per brevi periodi, nel marsupio e, dopo il sesto mese, nello zainetto.

## Il trasporto in macchina

I bambini, soprattutto i più piccoli, sono soggetti più frequentemente, rispetto agli adulti, ai traumi provocati da incidenti di varia natura. Gli incidenti stradali, in particolare, coinvolgono, ogni anno almeno 8000 bambini, con un esito sfavorevole in circa 100 casi. L'utilizzo corretto dei sistemi di ritenuta può ridurre di oltre il 60% l'esito sfavorevole di un grave incidente stradale.

Il neonato-lattante viene esposto ad un grave rischio, quando viene trasportato in braccio alla madre seduta sul sedile anteriore, a pochi centimetri dal cruscotto.

Le insidie si possono annidarsi anche in un viaggio breve, di pochi minuti o a poca distanza da casa, come dimostrano le casistiche di pazienti osservati in pronto soccorso. In braccio al papà o alla mamma non vi è alcuna sicurezza, perché in caso di incidente è proprio il corpo dell'adulto a provocare le lesioni più gravi sul piccolo, che funzionerebbe da inconsapevole air-bag.



Il posto più adatto per la collocazione del bambino è il sedile posteriore. I neonati (fino a 10 kg di peso) vanno trasportati a bordo di appositi seggiolini, rivolti in senso contrario alla marcia perché, in caso di incidente, la forza d'urto maggiore verrà esercitata sulla schiena del piccolo, che risulta appoggiata al seggiolino, evitando la pressione delle cinture sul torace e sull'addome e la proiezione in avanti del capo.

L'impiego del sedile anteriore, meno sicuro, è vietato in tutte le auto provviste di airbag, a meno che quest'ultimo sia disattivabile.

Per i bambini particolarmente piccoli è consigliato l'uso di appropriate "navicelle" da fissare al sedile posteriore, nelle quali essi possano assumere la posizione supina, fissati da un'ampia fascia interna.

Dopo l'anno d'età, le modalità di trasporto cambiano: i seggiolini, più grandi, potranno essere posizionati nel senso di marcia, ma sempre preferibilmente sul sedile posteriore.

## I viaggi

Per gli spostamenti protratti con bimbo al seguito, può essere adottato ogni mezzo di trasporto: dall'auto al treno, all'aereo; è bene, tuttavia, evitare che il neonato sia sottoposto a sbalzi di temperatura e di altitudine eccessivi. Bisogna, inoltre, rispettare i suoi ritmi biologici quotidiani: mangiare, riposare, essere cambiato e pulito come a casa.

Se il piccolo viene condotto in luoghi lontani, dalle caratteristiche climatiche-ambientali particolari, è buona norma consultarsi il proprio Pediatra, prima di intraprendere il viaggio, al fine di assicurarsi un soggiorno tranquillo.



Il neonato può dimorare sia al mare che in montagna (non oltre i 1500-1800 metri), con le dovute precauzioni sopra descritte.

## **L'igiene**

La pelle del bambino, nei primi anni di vita, e in particolar modo nei primi mesi, è alquanto sottile e molto delicata: richiede quindi cure e attenzioni particolari per evitare arrossamenti, irritazioni, screpolature ed infezioni.

Tutte le parti del corpo necessitano di una detersione delicata; non è necessario usare materiale sterile, né detergenti antisettici; per un'accurata pulizia della cute è sufficiente usare prodotti che non alterino il pH fisiologico della pelle ed asciugare tamponando delicatamente.



Devono essere sempre rimossi residui di cibo o sudore che possono irritare la pelle del piccolo. Chiunque si prenda cura del neonato deve osservare una scrupolosa igiene, lavandosi le mani sia prima che dopo aver accudito il piccolo.

Il bimbo va cambiato ogni volta che scarica, anche se ciò avviene dopo la poppata. In tal caso, la posizione distesa e protratta sul fasciatoio può indurre il rigurgito del pasto, dunque il cambio deve essere eseguito in modo rapido e senza scossoni.

Le regioni genitale ed anale vanno mantenute ben pulite, poichè le feci possono provocare facilmente arrossamenti ed irritazioni.

Nelle femmine, la pulizia dei genitali va effettuata aprendo delicatamente le grandi labbra vulvari e rimuovendo i residui di feci dal davanti, verso la regione anale.

Nei maschi, non sono necessarie profonde manovre di retrazione del prepuzio, che possono essere causa di traumatismi; la pulizia da eventuali contaminazioni fecali deve essere eseguita delicatamente, limitando la retrazione al minimo necessario.

Le orecchie vanno lavate solo esternamente (non inserire "cotton fioc" nel condotto uditivo) e le unghie tagliate, quando sono lunghe, con le apposite forbicine senza arrotondare gli angoli e senza avvicinarsi troppo alla cute, ma solamente a partire dal secondo mese di vita.



## **La cura degli occhi**

Nel neonato si osserva frequentemente la presenza di secrezioni mucose agli occhi, dovute alla scarsa pervietà dei dotti naso-lacrimali, particolarmente evidenti al momento del risveglio. Queste secrezioni devono essere rimosse mediante garze sterili imbevute di acqua sterile, procedendo dall'angolo mediale verso l'esterno dell'occhio.

Questo quadro deve essere differenziato dall'infezione oculare, che solo una piccola percentuale di neonati (1-2%) presenta tra i 2 e i 13 giorni di vita ed i cui segni sono rappresentati da edema palpebrale con arrossamento congiuntivale e secrezioni muco-purulente.

## **Il bagno**

Di solito il bambino ama il momento del bagno. Con il trascorrere dei mesi, la permanenza in acqua diventa sempre più un gioco. E' importante che la madre o il padre trovino sufficiente tempo per trasformare una semplice misura igienica in un momento piacevole.



Tuttavia, l'immersione completa va eseguita solo quando il moncone ombelicale è caduto; preferibilmente alla sera prima della poppata (ha effetti rilassanti che possono favorire il sonno), non necessariamente ogni giorno.

La stanza da bagno va riscaldata nelle stagioni più fredde (deve raggiungere circa 24-25 °C), eventualmente facendo ricorso all'uso di un termoventilatore, e la temperatura dell'acqua deve essere di circa 36-37 °C.

Il piccolo va immerso lentamente sostenendolo sotto l'ascella, in modo che la testa sia appoggiata sul braccio, mentre con la mano libera si provvederà a detergere la cute e i capelli; il viso dovrà essere lavato con un panno umido.

## Il moncone ombelicale

La sua caduta avviene spontaneamente entro 7-14 giorni dalla nascita; prima di tale evento, deve essere ricoperto con garza sterile asciutta, rivolto verso l'alto e preferibilmente tenuto esterno al pannolino (deve essere disinfettato 1 volta al giorno, con garza sterile imbevuta di disinfettante alcolico e quindi ben asciugato).



Consultare il Pediatra se il moncone non cade entro 14 giorni, se è molto umido, se sanguina, se ha cattivo odore o se la cute circostante è arrossata.

## L'allattamento al seno

Il latte materno rappresenta l'alimento ideale per il neonato ed il lattante. Facilmente digeribile, costituisce un efficace mezzo di difesa contro infezioni ed allergie. E' inoltre ricco di fattori che migliorano lo sviluppo cerebrale.

L'allattamento al seno apporta benefici anche alla mamma: la suzione stimola, mediante la produzione dell'ormone *ossitocina*, non solo la secrezione di latte, ma anche un rapido ripristino delle dimensioni iniziali dell'utero. L'ormone *prolattina*, dal canto suo, induce la produzione del latte, che viene sintetizzato smaltendo le riserve lipidiche materne, ed ha un effetto rilassante sull'umore materno. L'allattamento al seno, dunque, aiuta più rapidamente a perdere il peso guadagnato durante la gravidanza. La donna che ha allattato presenta, infine, una minore incidenza di tumori della mammella e dell'utero, come pure di osteoporosi.

La prima secrezione che il bambino succhia non è latte vero e proprio; per 3-4 giorni la ghiandola mammaria secreta *colostro*, un liquido di colore paglierino, più ricco di proteine e sali e più povero di zuccheri e grassi rispetto al latte maturo. Il colostro è già di per sé nutriente ed esercita un'azione leggermente lassativa: aiuta il piccolo nell'eliminazione del *meconio*, cioè delle feci accumulate durante la vita intrauterina. Solo verso il 4°-5° giorno dal parto la secrezione latteica perde le caratteristiche tipiche del colostro ed assume progressivamente quelle del latte definitivo.



La cosiddetta *montata lattea* si verifica in genere dopo 48 ore dal parto; nelle primipare, e soprattutto, nelle donne che hanno partorito mediante taglio cesareo può verificarsi più tardivamente. Lo stimolo che maggiormente la innesca è la frequente e precoce suzione del neonato, anche subito dopo il parto: più il piccolo succhia e più latte viene secreto. Prima e durante la comparsa della montata lattea non vanno, possibilmente, assunte sostanze galattogene (che favoriscono la produzione di latte).

Se il bambino è sano e succhia regolarmente, è bene allattarlo quando lo richiede, senza insistere laddove non manifesti appetito. Si regolerà da solo. In media, il numero di pasti si aggira attorno a 6-7 al giorno, ogni 3 ore-3 ore e  $\frac{1}{2}$ . Ci sono neonati molto voraci che mangiano ogni 4 ore fin dalla nascita e neonati più pigri che succhiano quantità inferiori, riducendo quindi l'intervallo di tempo tra una poppata e l'altra (ogni 2-3 ore). E' comunque buona norma attaccare il bambino qualora mostri desiderio di succhiare: la rotazione frequente della testa seguita da movimenti di suzione e gesti di adduzione delle mani verso la bocca possono essere segnali di fame.

Si proceda con pazienza e costanza, senza lasciarsi scoraggiare se all'inizio il neonato pare riluttante o non in grado di attaccarsi al seno.

Accade spesso che, nei primi giorni di vita, il bimbo tenda a dormire molto e rifiuti di attaccarsi al seno: **il torpore dei primissimi giorni è un fenomeno normale e transitorio.**



In tale circostanza, si sconsiglia di svegliare il neonato, a meno che non siano trascorse più di 3 ore e mezza o 4 dalla poppata precedente. In ogni caso, quando l'allattamento al seno è ben avviato, evitare di tenere il bambino attaccato più di 10-15 minuti per seno. E' bene svuotare una mammella per volta, quindi offrirgli l'altra prima che egli sia completamente sazio.

Se il latte materno sembra non soddisfarlo a sufficienza, provare ad aumentare il numero di poppate, mai la loro durata (nel 1° mese di vita sono utili anche piccole quantità di latte per pasto). Qualora il latte materno risulti comunque scarso, passare, su consiglio medico, ad alimentazione artificiale.

**Non assumere l'abitudine della doppia pesata.** I volumi di latte assunti al seno variano nel corso della giornata e da bimbo a bimbo. La doppia pesata può risultare utile solo le prime volte, quando l'allattamento non è ancora ben avviato, oppure nel caso di allattamento misto, ovvero quando vi siano segni di scarso accrescimento, sonnolenza o pianto. E' preferibile pesare il piccolo settimanalmente.

**L'accrescimento ponderale previsto è di 25-30g al giorno nel 1° trimestre di vita, quindi 150-200 g alla settimana.**





### **Non è necessario somministrare al bambino acqua, camomilla e tisane zuccherate.**

E' importante scegliere una posizione comoda per allattare, distesa, seduta sul letto, oppure adagiata in poltrona. Il seno deve essere offerto al neonato in modo che non solo il capezzolo ma anche la maggior parte dell'areola mammaria venga presa tra le labbra ed accolta nella bocca del neonato. E' utile cambiare la posizione della bocca rispetto al capezzolo nel corso delle diverse poppate, per evitare traumi ripetuti o lesioni nella stessa zona della mammella. Infine, è bene svuotare completamente i seni alternando, tra i vari pasti, quello da offrire per primo.

E' importante lavarsi accuratamente le mani e, in particolare, il seno con acqua, sia prima che dopo la poppata. Non vi è necessità di impiegare, per quest'ultimo, sapone o disinfettanti: tali sostanze, infatti, asportano la protezione naturale della pelle, rendendola ancora più delicata, ed alterano il caratteristico odore materno, che attrae il piccolo verso il seno.

Al termine della poppata asciugare bene capezzolo e mammella, al fine di evitare l'insorgenza di ragadi. Il dolore al capezzolo, presente nei primi giorni di allattamento è un sintomo ricorrente, ma del tutto normale; spesso cessa spontaneamente, senza ricorrere ad alcun tipo di medicamento.

### **Le ragadi del capezzolo**

Consistono in lesioni dolorose, che rappresentano un serio ostacolo al proseguimento dell'allattamento. Sono dovute a diversi fattori: attacco scorretto del bambino al seno, mantenimento della stessa posizione della bocca durante le diverse poppate, eccessivo sforzo del neonato durante la suzione secondario ad ingorgo mammario, lavaggio frequente del seno, uso di reggiseni troppo piccoli, utilizzo di coppette assorbi-latte in materiale plastificato. Il principale accorgimento per evitarne l'insorgenza consiste nel corretto posizionamento del bambino al seno, mentre non ci sono evidenze che provino l'efficacia di un trattamento preventivo dei capezzoli.

Poiché il dolore che ne deriva durante l'allattamento è molto intenso, è bene offrire al piccolo il seno meno dolente, al fine di avviare più agevolmente il flusso di latte; successivamente gli si porgerà la seconda mammella, dalla quale il latte sgorgherà con relativa facilità.

Il trattamento locale in caso di ragadi è consigliato solo nel caso di una possibile infezione da candida (pelle arrossata, traslucida, a scaglie, oppure prurito, dolore profondo o persistente).





## **L'ingorgo mammario**

E' la condizione che si instaura nel seno in caso di congestione da accumulo di latte e si può manifestare, in genere, dopo la prima settimana. Anche l'ingorgo si previene e si cura attaccando e posizionando correttamente il neonato durante la suzione; inoltre, è fondamentale attaccare spesso il bambino dalla parte ingorgata. Possono, a tal riguardo, essere utili impacchi caldo-umidi applicati localmente (spugne calde bagnate, oppure borse d'acqua calda avvolte in un asciugamano), massaggi al seno in direzione del capezzolo e la delicata spremitura manuale del seno.

## **La mastite**

E' un'infezione della ghiandola mammaria e si manifesta con sintomi simili a quelli dell'influenza, con senso di malessere generale, febbre e tensione mammaria, accompagnata da sensazione di calore e arrossamento. In questi casi, è consigliato mettersi a riposo, applicare impacchi caldo-umidi, assumere farmaci adeguati dietro prescrizione medica (anche antibiotici e, se necessario, antidolorifici). Solitamente, il fenomeno non rappresenta un pericolo per la salute del lattante, poiché non compromette la composizione del latte. Se, in questo frangente, la mamma non riesce a offrire il seno al bimbo, è consigliabile sospendere l'allattamento, spremere manualmente il latte e riprendere l'allattamento dopo qualche giorno.

## **L'alimentazione della donna che allatta**

Si consiglia un'alimentazione varia ed equilibrata, senza inutili eccessi e comunque adeguata alle esigenze personali.

Non sono richieste supplementazioni o integrazioni alimentari. Di norma, non vanno esclusi alimenti abitualmente consumati in gravidanza; si suggerisce, tuttavia, di limitare cibi particolarmente piccanti o speziati e alimenti che possono dare flatulenza.

E' importante bere molto, circa due litri al giorno di liquidi.



Sono **fassativamente vietati superalcolici**, mentre vino, birra, caffè, tè e bevande che contengono sostanze eccitanti possono essere consumati con estrema moderazione.

E' **assolutamente controindicato fumare**.

Non esistono cibi o bevande stimolanti, di per sé, la produzione di latte, che invece risulta incentivata dall'attaccamento corretto e frequente del bimbo al seno. Se la mamma deve assumere farmaci, non è sempre necessario sospendere l'allattamento, ma è consigliabile che sia il medico curante a stabilirlo. I farmaci vanno assunti preferibilmente dopo la poppata.

Una dieta strettamente vegetariana, infine, che non preveda assunzione di uova né latte, può portare indurre anemia carenziale nel lattante; di tale regime alimentare materno deve essere informato il Pediatra, che provvederà alla supplementazione dei nutrienti mancanti nel piccolo.

## **Allattamento in presenza di patologie materne**

Malesseri, quali bronchite, influenza, malattie esantematiche, raffreddore, diarrea non controindicano l'allattamento al seno. La febbre, tranne quando è molto elevata ( $>39^{\circ}\text{C}$ ), non è di per sé una ragione per smettere di allattare, anche se di fatto può ridurre la produzione di latte.

Non esistono, a tutt'oggi, dimostrazioni scientifiche del fatto che l'allattamento peggiori la miopia.

L'herpes labiale materno richiede l'applicazione di pomate antivirali e di una mascherina sulla bocca, durante l'assistenza al bambino.

**Non si può allattare, invece, se la mamma è affetta da:**

- epatite B in fase acuta (qualora la donna sia semplicemente portatrice del virus, il neonato, dopo essere stato sottoposto alla somministrazione di immunoglobuline specifiche e alla vaccinazione, potrà assumere latte materno);
- infezione da HIV-1 e HIV-2 (virus dell'AIDS)
- stato di severa debilitazione
- alcolismo e tossicodipendenza in atto
- malattie gravi che comportano l'assunzione di farmaci controindicati per l'allattamento
- prolattinoma (controindicazione relativa; spesso si consiglia di non allattare per più di tre mesi);
- Herpes simplex al capezzolo (se monolaterale, la donna può allattare con il seno sano).

Controindicazione assoluta è la presenza **nel neonato** di una malattia del metabolismo chiamata **galattosemia**.

## **L'attività fisica**

Se la donna, a partire dalla fine del 1° mese dopo il parto, inizia un'attività fisica regolare e leggera (ginnastica dolce, bicicletta, jogging), l'allattamento ed, in particolare, la composizione del latte non ne risultano inficiati.



## L'allattamento artificiale

Essere una buona madre significa mostrare capacità non necessariamente di allattare, anzi, offrire al bambino tutto ciò di cui ha bisogno: attenzione, serenità, sicurezza e amore.



Quando il latte materno non è disponibile oppure diventa insufficiente, si deve ricorrere al latte artificiale (liquido – pronto per l'uso – o in polvere, da diluire in acqua oligominerale non gassata a basso residuo fisso), formulato in modo tale che la composizione sia analoga a quella del latte umano (le proprietà antiallergiche e antinfettive di quest'ultimo rimangono, tuttavia, inimitabili).

I latti "adattati" in commercio rispettano, infatti, i requisiti nutrizionali fondamentali soddisfatti dal latte umano. **Il latte di latteria o vaccino (di mucca) non è assolutamente idoneo per il neonato-lattante, sia consumato intero che diluito.**

Quando il latte della mamma comincia a scarseggiare, si procede all'allattamento misto, preferibilmente integrando ogni singola poppata con il latte artificiale, oppure offrendo alternativamente una volta il seno e una volta il biberon. Non è infrequente, purtroppo, in questa fase, il rischio che il latte materno vada progressivamente in esaurimento per la mancata stimolazione da suzione diretta. Dopo il 4°-5° mese di vita e fino al 12° si possono utilizzare i *latti di proseguimento*.



## Quando non conviene allarmarsi

Non deve destare preoccupazione la comparsa nel neonato di:

- chiazze rosse con un puntino giallastro al centro, sia sul viso sia sul corpo: è il cosiddetto "eritema tossico", che scompare spontaneamente entro la 4-5 giornata;
- piccoli puntini bianchi sulla punta e alla radice del naso, costituiti da microcisti sebacee, il cosiddetto "milio" dei neonati;
- chiazze vascolari rossastre sulle palpebre, alla radice del naso e sulla nuca: sono angiomi e scompariranno spontaneamente;
- tonalità giallastra, intorno alla 2-5 giornata di vita, della cute e delle sclere: è "l'ittero fisiologico", che tende di norma a risolversi spontaneamente nel giro di qualche settimana; solo in rari casi il fenomeno, per la presenza di fattori

patologici, può assumere una particolare intensità e richiedere degli accertamenti specifici;

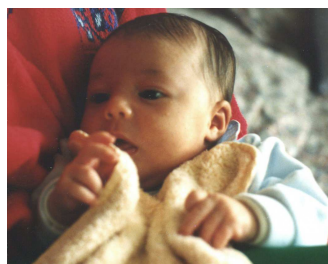
- starnuti ripetuti, che non sono indice di “raffreddore”, ma solo della spiccata sensibilità della mucosa nasale del neonato;
- frequenti evacuazioni intestinali, anche dopo ogni poppata. Successivamente all'emissione del meconio nelle prime 24 ore, compaiono feci di consistenza da cremosa a semiliquida, color giallo-oro, talora anche verdastre; talvolta punteggiate da piccoli grumi bianchi. Trascorse le prime settimane, il ritmo delle evacuazioni rallenta, ed il piccolo scarica 1 –2 volte al giorno, oppure ogni 2-3 giorni; se il piccolo non appare disturbato non occorre allarmarsi; nel caso in cui diventi, tuttavia, irritabile e insofferente, si può ricorrere al Pediatra di fiducia;
- singhiozzo o rigurgiti di latte dopo la poppata: in un bambino normale (non affetto da patologie gastro-intestinali) costituiscono soltanto fenomeni sgradevoli, ma privi di conseguenze;
- movimenti scoordinati, a volte con sobbalzi a scatto soprattutto nel sonno: sono una regolare espressione dell'imaturità del sistema neuromotorio neonatale;
- ingrandimento, nel neonato maschio, della ghiandola mammaria, che risulta palpabile come una nocciola in corrispondenza dell'areola mammaria, mentre la neonata femmina presenta lo stesso ingrandimento mammario, un ingrandimento dei genitali esterni (piccole labbra, clitoride) e/o lievi perdite ematiche o biancastre vaginali: è la cosiddetta “crisi genitale” determinata dal passaggio transplacentare degli ormoni materni.

## Il pianto

E' la principale modalità del neonato per esprimere i propri bisogni, come pure rappresenta la naturale reazione a qualsiasi stimolo ne disturbi la quiete: fame, sonno, rabbia.

Inizialmente, il pianto del bambino è difficile da interpretare ed è possibile che metta a dura prova i nervi dei genitori, anche se molto pazienti.

Con il passar del tempo, si instaura una conoscenza reciproca e diventa più facile capire quando il pianto esprime fame, rabbia, dolore, sonno o semplicemente desiderio di contatto.



Dopo le prime 2-3 settimane, può capitare che il piccolo pianga in maniera ostinata, talvolta più di frequentemente nel tardo pomeriggio o alla sera, e che sia meno facile consolarlo: può trattarsi della cosiddetta “**colica gassosa**”, che tende a scomparire spontaneamente con la crescita.

In caso di coliche particolarmente intense possono essere utili alcuni rimedi suggeriti dal Pediatra di fiducia.

