

Carlos González

Un dono per tutta la vita

Guida all'allattamento materno

Traduzione dallo spagnolo di
Paola Cicardi e Giulia Grimoldi

Seconda edizione ampliata e aggiornata



Il leone verde

Questo libro è stampato su carta prodotta nel pieno rispetto delle norme ambientali.

In copertina: ©iStockphoto.com/NataliaDeriabina, “*Baby eating mother's milk. Mother breastfeeding baby*”.

Il progetto grafico della copertina è di Francesca De Fusco.

© Carlos González Rodríguez, 2007, 2017.

© Ediciones Temas de Hoy, S.A., 2007. Paseo de Recoletos 4, 4ª, 28001 Madrid, Spain.

Titolo originale: *Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna.*

Traduzione dallo spagnolo di Paola Cicardi e Giulia Grimoldi.

Revisione e cura del testo italiano di Linda Grilli.

Revisione dei termini tecnici di Elena Balsamo.

ISBN: 978-88-6580-184-0

© 2008, 2018 Tutti i diritti riservati

Edizioni Il leone verde

Via Santa Chiara 30bis, Torino

Tel/fax 011 52.11.790

leoneverde@leoneverde.it

www.leoneverde.it

www.bambinonaturale.it

INTRODUZIONE

Cominciai a interessarmi al tema dell'allattamento iniziando gli studi di medicina, grazie a un professore di anatomia che si chiamava, se non ricordo male, Joaquín. In una facoltà traboccante di migliaia di studenti a cui nessuno faceva molto caso, lui aveva il desiderio di insegnare qualcosa. Non appena riuniva un gruppetto di alunni si metteva a spiegare qualcosa, e l'allattamento era uno dei suoi argomenti preferiti.

Per anni vidi l'allattamento con gli occhi del medico. È il miglior nutrimento, protegge da molte malattie, salva migliaia di vite, l'incentivazione al suo utilizzo è una questione di pubblica salute... Una buona madre deve sforzarsi di dare il seno al proprio figlio, perché è la cosa migliore per lui.

Poi ho avuto tre figli, e qualcosa è cambiato. Ho visto i miei figli poppare e mia moglie porgere il seno, e ho provato... orgoglio?... ammirazione?... sorpresa?... incanto?... invidia? Ho letto molto da allora su quel che sente un padre in tali circostanze, tuttavia non sono ancora in grado di fornirne una descrizione adeguata. La vita ti offre delle sensazioni che le parole non riescono a esprimere.

Ho capito che l'allattamento non è uno strumento per garantire la salute, ma una parte della salute stessa. Non è un mezzo, ma un fine. "Evitare l'allattamento artificiale perché provoca diarrea" mi sembra ora così assurdo, come lo sarebbe dire "evitare la cecità perché i ciechi corrono un maggior rischio di essere investiti". L'allattamento non è un mezzo per evitare infezioni, così come la vista non è un mezzo per evitare incidenti. Sono parti normali di una vita piena. Ora so che l'allattamento non è uno sforzo, e men che meno un sacrificio che la donna fa per il bene di suo figlio, ma una parte della sua stessa vita, del suo ciclo sessuale e riproduttivo. Un diritto che nessuno le può togliere.

8 Un dono per tutta la vita

So che ci sono donne che non vogliono allattare. D'accordo. Un diritto non è la stessa cosa di un obbligo. C'è anche molta gente che non partecipa a manifestazioni o che non vota, ma comunque continua a possedere tale diritto.

Questo libro non vuole convincere le madri ad allattare, ma aiutare coloro che vogliono farlo a riuscirci. Il titolo è molto esplicativo, quindi chi preferisce dare il biberon può comprare altri libri.

A qualcuno potrà sorprendere il fatto che sia proprio un uomo a scrivere un libro sull'allattamento. Non cercherò di nascondere, neanche per un minuto, che non ho mai allattato. Chi sa fare una cosa la fa, chi non la sa fare scrive libri.

I

COME FUNZIONA IL SENO

A discrezione del consumatore

Mezzo secolo fa era opinione tanto diffusa quanto errata pensare che la quantità di latte prodotta da ogni donna fosse fissa: alcune hanno tanto latte e altre poco latte. Ad alcune il latte durava una settimana, ad altre due mesi e poi scompariva: il deposito si era svuotato. Chiaramente, si poteva anche avere latte buono o latte cattivo. Erano cose che si avevano o non si avevano. Se hai tanto latte e buono, hai avuto fortuna, e potrai allattare, e tuo figlio crescerà grande e bello. Se hai poco latte, o un latte annacquato, non c'è soluzione: per fortuna che hanno inventato i biberon! Niente che la madre faccia o smetta di fare influisce sul risultato; se conoscevi alcune madri che avevano allattato per più di tre mesi (che a quei tempi era un atto eroico), o per più di sei (il che era assolutamente una bizzarria), non ti veniva in mente di chiederle: “Spiegami come hai fatto, piacerebbe anche a me poter allattare mio figlio”, ma si commentava con una certa invidia: “Che fortuna, tu che hai latte! Magari ne avessi avuto anch'io per allattare mio figlio!” (Beh, a dire il vero il commento più frequente era: “Non capisco perché ti sacrifichi allattando al seno, io l'ho fatto col biberon ed è diventato splendido”).

E non è molto strano che in Europa quasi nessuno abbia latte, mentre in Africa quasi tutte le madri ce l'abbiano? Certo, è questione di razza; le

nere hanno più latte, come le gitane; invece noi bianche non ce l'abbiamo (alcuni aggiungevano che, certo, le nere e le gitane appartenevano a *razze primitive*). E allora perché le nostre nonne (le nonne di mezzo secolo fa, le bisnonne o trisavole del lettore) avevano latte, se erano della nostra stessa razza? Su questo punto le spiegazioni si dividevano. Per alcuni erano le preoccupazioni della vita moderna la causa della fine dell'allattamento (parleremo meglio di questo a pag. 23), per altri era l'evoluzione della specie in azione: l'organo che non si usa si atrofizza e presto nasceranno bambine senza seno (ah, però... forse che prima nascevano col seno?).

Come nei cartoni animati, dove gli animali si trasformano in cinque minuti. Però non è così che funziona l'evoluzione. In realtà, i caratteri acquisiti non si ereditano (vale a dire, anche se si susseguissero cento generazioni di madri che non danno il seno, la centounesima avrebbe gli stessi geni e lo stesso seno, e potrebbe utilizzarlo se volesse e sapesse come). E anche se, a causa di una mutazione, ci fosse una donna senza latte (il che può accadere ed è di fatto accaduto, si veda a pag. 168), questa avrebbe una o due figlie, due o tre nipoti... Ci vorrebbero migliaia di anni perché una parte consistente della popolazione arrivasse ad avere questo gene mutante che provoca la mancanza di latte, e occorrerebbe soprattutto un vantaggio riproduttivo: che le donne senza latte avessero molti più figli, o che i loro figli sopravvivessero con maggior facilità. Senza vantaggio evolutivo, una mutazione non ha alcun motivo per estendersi; dopo migliaia di anni potrebbe avere solamente una manciata di discendenti. Nelle classi medie dei paesi industrializzati dell'ultimo trentennio del XX secolo, l'ipotetico gene del *non avere latte* non possiede alcun vantaggio riproduttivo. Al contrario, per milioni di anni e ancora oggi nella maggior parte del mondo, se la madre possiede poco o cattivo latte, è molto probabile che i suoi figli muoiano (a meno che un'altra donna offra loro il proprio seno). Qualsiasi possibile gene mutante, lungi dall'estendersi, sarebbe stato rigorosamente eliminato. Per questo ci sono così poche donne senza latte.

No, non ci siamo evoluti; abbiamo gli stessi geni dei nostri trisavoli. Abbiamo gli stessi geni degli abitanti delle caverne di Altamira¹. E una

1 Le Grotte di Altamira sono caverne spagnole famose per le pitture rupestri del Paleolitico superiore, raffiguranti mammiferi selvatici e mani umane. Si trova nei pressi di Santillana del Mar in Cantabria, 30 chilometri a ovest di Santander. Queste grotte sono state incluse tra

produzione di latte fissa o limitata nel tempo non sarebbe compatibile con i fatti comunemente osservati.

L'errore forse sta nel fatto che ci vogliamo paragonare alle mucche. È certo che esistono razze che producono più latte di altre; i contadini lo sanno da secoli. Perché non dovrebbero esistere anche donne appartenenti a una *razza da latte*? Ma attenzione, le vacche da latte non sono mammiferi normali. Sono mutanti, accuratamente selezionati nell'arco di migliaia di anni per produrre molto più latte di quanto i vitelli abbiano bisogno. Una cerva che produce tanto latte quanto una vacca sarebbe una cerva malata.

È evidente che i bambini, man mano che crescono, hanno bisogno di una maggior quantità di latte (fino a che non cominciano con altri alimenti, e allora il consumo di latte si stabilizza e più avanti diminuisce). Non c'è alcun dubbio; quando si allatta un bambino con il biberon, bisogna aumentare ogni volta la quantità di latte.

Supponiamo che un neonato prenda 500 ml di latte, e che un bambino di quattro mesi ne prenda 700 (cifre inventate e arrotondate solo a titolo esemplificativo. Non spaventatevi, per allattare non c'è alcun bisogno di sapere di quanto latte necessita o quanto latte prende un bambino). Se la quantità di latte è fissa, e una donna ne produce solo 500 ml al giorno, già al primo mese, suo figlio inizierà ad essere affamato e bisognerà dargli un'aggiunta. “Esatto! – penserà più di una – questo è quel che è capitato a una mia amica.” “E alcune non arrivano a produrre neanche 500 ml al giorno, ma solo 300, così i loro figli hanno bisogno di un'aggiunta fin dal primo giorno”. Ma conosciamo anche alcune donne che continuano a dare il seno per molti mesi, quelle a cui *il latte non finisce*. Di queste ce n'erano alcune anche nei tempi peggiori in cui si allattava *dieci minuti ogni quattro ore*; ora sono sempre di più. E sappiamo che ai tempi delle nostre bisnonne tutti i bambini venivano allattati per mesi o anni, così come succede ora in gran parte del mondo. Come funziona il seno di queste donne? Le fortunate che riescono ad allattare per quattro mesi senza necessità di aggiunte, e ci sono e sono sempre di più, sarà forse perché producono 700 ml fin dal primo giorno? Ma allora, cosa accade durante i primi mesi a questi 700 ml di latte? Se li beve il bambino? Impossibile. Quello che ne ha bisogno solo di

12 Un dono per tutta la vita

500, ne prende solo 500. Molte madri, che usano il biberon, hanno provato a dare al loro figlio un poco in più del necessario (...che rimanga fra noi, alzi la mano quella che non ci ha provato). Solo un pochino in più perché sia ben nutrito, perché mi cresca bello. Ma i bimbi non lo prendono. Se lo prendessero, quasi tutti i bambini di un anno peserebbero più di 20 chili, e alcuni più di 30.

Così il bambino assume solo 500 ml di latte, mentre sua madre ne produce 700. Dove vanno a finire, allora, i 200 ml che avanzano? Gocciolano? Sgattaiolano via dal seno? 200 ml arrivano a riempire un bicchiere, questa madre non avrebbe bisogno di spugne, ma di bacinelle nel reggiseno. Restano all'interno? Si accumulano? Dopo una settimana ci sarebbero 1.400 ml; dopo un mese sei litri di latte accumulato, tre litri per ogni seno. Tutte le donne dovrebbero togliersi il latte e buttarlo, per settimane; e quella che non lo fa, scoppierebbe.

Quindi la quantità di latte non è e non può essere fissa, ma continua ad aumentare man mano che cresce il bisogno del bambino. La stessa madre, che inizialmente produceva 500 ml, dopo un certo periodo ne produrrà 700.

È forse il tempo che fa aumentare la produzione? Vale a dire, si tratta di un processo programmato, come una lavatrice, per cui tutte le madri producono 500 ml di latte al primo mese, 700 dal quarto mese, un po' di più al sesto e a partire da quel momento sempre di meno? Sarà per questo che iniziamo a dare le pappe a partire dai sei mesi? Perché a quell'età comincia a diminuire la produzione di latte? E, peggio ancora, esistono donne con un programma *cotone* e altre con un programma *capi delicati*? Donne che arriveranno a produrre 800 ml e avranno latte per due anni, e altre che non supereranno mai i 600 e resteranno senza latte al terzo mese?

Impossibile. L'essere umano non può essere programmato così male, non è in questo modo che funziona il nostro organismo. Se le variazioni nella produzione di latte fossero prestabilite, cosa accadrebbe, per esempio, se il bambino morisse? Per millenni, e ancora oggi in gran parte del mondo, la morte di un bimbo non è stata una rarità, ma un fatto quotidiano, un'esperienza che prima o poi le madri vivevano. Se il bambino moriva durante il parto, o di meningite a due mesi, credete che la madre continuasse ad aumentare la quantità di latte fino al sesto mese, e a partire da lì a diminuirlo fino ai due o tre anni? Che sofferenza e che spreco!

E le nutrici? Per secoli, in gran parte d'Europa, le donne ricche non hanno mai dato il seno ai loro figli. Credete che le balie rimanessero senza latte dopo due anni e andassero in pensione? Una vita professionale più breve di quella di un calciatore! No, le nutrici, non appena terminavano di allattare un bimbo, iniziavano con un altro, e continuavano in questo modo per decenni.

E i cambiamenti nell'alimentazione complementare? All'inizio del ventesimo secolo i pediatri consigliavano di allattare al seno – e solo al seno – fino a dodici mesi; in seguito fino a dieci, otto, sei, tre, meno di un mese... e, improvvisamente, riprendevano di nuovo con tre, quattro, sei mesi. Se la quantità di latte diminuisce a partire dal sesto mese, di che vivevano i nostri nonni tra il sesto e il dodicesimo? Sarà forse che il programmatore della secrezione di latte si mette automaticamente d'accordo con le raccomandazioni fornite dall'Associazione di Pediatria, come l'orologio del computer che si regola automaticamente quando ci si collega a Internet? No, il processo è inverso: non iniziamo con i cibi solidi a sei mesi perché a quest'età diminuisce la produzione di latte, bensì la produzione di latte diminuisce perché abbiamo cominciato con l'alimentazione complementare.

È una questione di progettazione. Abbiamo bisogno di un sistema che si adatti in ogni momento alla necessità del bimbo, producendo una maggiore quantità di latte se ne vuole di più e una minore se ne vuole meno. Un sistema che continui a generare latte fino a che il bimbo ne ha bisogno, e che ne sospenda la produzione quando smette di poppare. Che produca latte per uno se c'è un solo bambino, e per tre se nascono tre gemelli.

La soluzione è semplice e geniale: la quantità di latte non dipenderà dalla razza della donna, né dal tempo trascorso dal parto, ma solo da quanto poppa un bimbo. Se poppa molto, uscirà molto latte; se smette di poppare, smetterà di uscire latte. È un meccanismo che inventarono già i primi mammiferi più di duecento milioni di anni fa; la natura tende a mantenere le soluzioni che funzionano bene.

Ma possiamo dire qualcosa di più. In natura, se il bimbo non poppa, il latte smette di generarsi e basta. Ma molte madri di bambini malati o prematuri che non possono poppare, o molte madri che lavorano, tirano fuori il latte con altri metodi. In realtà, quel che fa sì che il seno produca latte non è tanto il bimbo mentre poppa, ma il fatto di estrarlo. Estrarlo con qualsiasi mezzo: dando il seno, o estraendolo a mano o con un tiralatte.

Il seno, cos'è e a cosa serve

L'unica cosa che ha bisogno di sapere la maggioranza degli utenti sul funzionamento di un televisore è come si preme il tasto per accenderlo e come si cambia canale. Se ci vengono chiesti ulteriori dettagli, dovremo difenderci con un generico: "Funziona a elettricità". Non serve conoscere le parti che compongono un televisore e il loro funzionamento, per vedere la televisione.

Allo stesso modo, per dare il seno l'unica cosa che serve sapere è come metterlo in bocca al bambino. Se ci vengono chiesti ulteriori dettagli, ora potremo dire presuntuosamente che "quanto più latte si estrae, tanto più se ne produce"; gli animali non sanno nemmeno questo e allattano meravigliosamente. Altra cosa è conoscere cosa contiene il seno, come funziona, perché estraendo più latte se ne produce di più. Anche se non è necessario saperlo per allattare, spiegheremo qui di seguito alcuni dettagli: perché è divertente (beh, dipende dai gusti), perché dà un tocco di serietà, e perché bisognerà pur dire qualcosa affinché il libro non sia tanto scarno.

Ma prima dobbiamo fare un'importante distinzione. Alcune persone a questo mondo hanno progettato e costruito il loro televisore. Sanno esattamente di quali pezzi è composto (quelli che hanno montato loro!) e l'utilità di ognuno. Non possiamo dire la stessa cosa del seno, né di nessun'altra parte del nostro corpo. Anche se ormai si conoscono sempre più cose, possiamo trovare ancora molte sorprese. Ciò che si sa del seno non è altro che una piccola parte della realtà, e probabilmente alcune delle cose che pensiamo di conoscere sono sbagliate. Quel che io, personalmente, so del seno non è altro che una piccola parte di quel che sa una quantità di scienziati in tutto il mondo. E quel che spiegherò di seguito non è altro che un riassunto schematico.

L'esterno del seno

Per tradizione, le donne hanno due seni. Non è sempre stato così; altri mammiferi ne hanno diverse coppie, si pensi alla propria gatta o alla propria cagna. Come ricordo di questi lontani parenti, alcune persone hanno più di due seni. Di solito si tratta solo di un capezzolo in soprannumero, che compare in un qualsiasi punto di una linea immaginaria tra l'ascella

e l'inguine. A volte è un capezzolo talmente primitivo che chi lo possiede, uomo o donna che sia, crede che si tratti di un neo o di una verruca. Altre volte c'è anche un tessuto ghiandolare, più o meno sviluppato, che all'inizio dell'allattamento può gonfiarsi e gocciolare. Non preoccupatevi, è passeggero; continuate ad allattare normalmente, mettete del ghiaccio se allevia il fastidio e in due o tre giorni scomparirà il disturbo.

Verso il centro del seno si trova il capezzolo, una struttura a volte in rilievo e a volte infossata, da cui esce il latte. Intorno al capezzolo c'è una zona scura più o meno grande, l'areola. Così tanta gente, inclusi medici e infermiere, si impegna a dire *aureola*, che la *Real Academia Española* ha finito per accettarli come sinonimi; ma noi irriducibili puristi ricordiamo che sono due cose ben distinte: l'*areola* è una superficie di piccole dimensioni, mentre l'*aureola*, da *aureo*, è l'alone dorato che portano i santi in cima al capo. Chiamatela *areola*, per favore.

Nell'areola si trovano delle piccole escrescenze che crescono durante la gravidanza e l'allattamento. Si chiamano ghiandole di Montgomery, e contengono una ghiandola sebacea enorme e una ghiandola mammaria in miniatura (questione di un millimetro di differenza fra le due). Le ghiandole sebacee sono distribuite in tutta la nostra pelle e producono sostanze protettive; qui nell'areola sono più grosse, e pertanto hanno una maggiore efficacia protettiva. La minuscola ghiandola mammaria produce latte, insieme con i suoi anticorpi, con il suo fattore di crescita epidermica, con le sue numerose proprietà antinfiammatorie... un'autentica pomata epitelizzante.

Al bordo dell'areola crescono anche numerosi peli abbastanza grandicelli. Ogni donna pensa di essere l'unica ad averli e se li toglie con molta cura; in realtà sono assolutamente normali. Alcune madri si chiedono se il bimbo non avrà problemi durante l'allattamento a causa di questi peli. Che problema può avere dato che discendiamo dalle scimmie?

Sotto il capezzolo e l'areola si trovano una serie di fibre muscolari involontarie, abilmente incrociate in modo che la loro contrazione produce l'erezione del capezzolo (ovvero, fa sì che l'areola si contragga e il capezzolo sporga). Lo sfregamento, il freddo o lo stimolo sessuale possono produrre l'erezione del capezzolo.

La parte che non si vede

Poche cose sono noiose come l'esterno del seno. Visto uno, visti tutti.

Dentro, invece, la sua costituzione risulta molto varia. Ci sono ghiandole, dotti, tessuti connettivi, legamenti, arterie, nervi, vasi linfatici...

La ghiandola in sé è formata da vari lobuli, artisticamente intrecciati con tessuto grasso. È la quantità variabile di tessuto grasso che fa sì che esistano seni di tutte le dimensioni; la ghiandola è sempre più o meno uguale, e la dimensione del seno non ha niente a che vedere con la sua capacità di produrre latte. La donna è unica tra i mammiferi per la capacità di accumulare grasso nel seno. Se avete visto una cagna o una gatta coi suoi cuccioli, ricorderete che la madre è quasi piatta.

Curiosamente, il numero di lobuli della mammella è ampiamente discusso. Alcuni dicono che ci sono una ventina di lobuli, anche se spesso i loro condotti confluiscono prima di giungere al capezzolo; altri che ci sono una decina di dotti, ma che si ramificano molto vicino al capezzolo; in fondo mi sembra che si dica la stessa cosa. Comunque sia, nel capezzolo sbocca una certa quantità di canali chiamati galattofori (cioè, che portano il latte) e, premendo il seno, il latte esce da tanti piccoli fori insieme, come se fosse un annaffiatoio.

La zona dei dotti galattofori vicino al capezzolo ha la capacità di distendersi e riempirsi di latte, formando i cosiddetti seni galattofori. C'è un po' di confusione, vero? Perché il seno può anche chiamarsi tetta, mammella o petto; ma ogni seno contiene una decina di seni galattofori. A volte, quando il bimbo sta poppando, è possibile palpare i seni galattofori pieni, da sotto l'areola, a un paio di centimetri dal capezzolo.

All'inizio del presente secolo, alcuni scienziati australiani hanno affermato che i seni galattofori non esistono, perché nella mammella a riposo non sono presenti fori da riempire e, quindi, nell'arco della giornata il latte non si può accumulare lì, ma che è semplicemente la parte finale dei dotti a dilatarsi un po' quando il latte deve uscire al momento della suzione. Sono persino arrivati a parlare di una "nuova anatomia" della mammella, come se avessero rivoluzionato radicalmente le nostre conoscenze. Francamente, penso che non abbiano rivelato un granché. Non mi è mai parso di sentir affermare che le donne hanno dei depositi vuoti all'interno del seno in cui si accumula il latte tra una poppata e l'altra. Quello che si è sempre affermato

riguardo ai seni galattofori è esattamente ciò che ripetono gli australiani: che al momento della suzione la parte finale dei dotti si riempie di latte, appena appena, giusto quello che prende il bambino nella suzione. Si potrà anche usare un altro nome, ma si tratta comunque della stessa cosa.

A partire dal capezzolo i canali si vanno progressivamente ramificando fino a che un vaso microscopico giunge a una borsa microscopica di cellule, l'acino mammario. Ogni acino è formato da uno strato di cellule secretrici, e circondato da cellule mioepiteliali, contrattili.

Su ognuna di queste cellule agisce un ormone. La prolattina fa sì che la cellula secrettrice produca latte; l'ossitocina fa sì che la cellula contrattile si contragga e che il latte esca in quantità.

Gli ormoni dell'allattamento

L'ipofisi, una ghiandola alla base del cervello, produce l'ossitocina e la prolattina in risposta a un riflesso neuroendocrino. I riflessi più comuni, come quello di stendere la gamba quando ti danno un colpetto sotto la rotula, sono puramente neurologici: c'è un ricettore sensitivo nel tendine rotuleo, un nervo che trasporta il segnale fino al midollo spinale, un centro di computazione che decide quel che bisogna fare, e un nervo motore che porta la risposta al muscolo, ordinandogli di contrarsi. Anche nel capezzolo e nell'areola ci sono ricettori sensitivi e nervi che trasportano l'informazione fino all'ipotalamo; ma il centro di computazione non risponde attraverso un nervo, ma con un ormone che raggiunge la sua destinazione per mezzo del sangue. Per questo il riflesso è *neuroendocrino*.

– La prolattina

I livelli di prolattina sono molto bassi prima della gravidanza. Aumentano progressivamente a partire dal primo trimestre di gestazione, ma non viene prodotto latte perché il progesterone e gli estrogeni generati dalla placenta inibiscono l'azione della prolattina.

Dopo il parto, i livelli di prolattina si mantengono elevati per dei mesi; ma se la madre non allatta, riprendono a diminuire nel giro di un paio di settimane. Dopo l'espulsione della placenta, i livelli di progesterone e di estrogeni si abbassano in maniera vertiginosa in un paio di giorni, il che

permette alla prolattina di agire. È l'espulsione della placenta che mette in moto la produzione del latte.

Il livello di prolattina rimane alto, diciamo, per mesi. Ma sale molto di più, moltiplicandosi per 10 o per 20, ogni volta che il bambino poppa. Questi picchi di prolattina si manifestano solamente in risposta agli stimoli del seno. Se il bambino succhia molto si produrrà una gran quantità di prolattina e molto latte. Se il bambino succhia poco si avrà poco latte. Se il bambino non succhia, si smetterà di produrre latte.

Alcuni pensano, erroneamente, che bisogna lasciar passare alcune ore tra poppata e poppata, affinché il seno abbia il tempo di riempirsi nuovamente. Non è vero. Il seno non funziona come la vaschetta del gabinetto, per cui bisogna aspettare che si riempia per poter tirare ancora la catena. È più simile al rubinetto del lavandino: se si vuole che esca più acqua, bisogna aprire di nuovo il rubinetto.

Dopo la suzione, il livello di prolattina si abbassa lentamente in due o tre ore fino a raggiungere il livello base (che, ricordiamo, è già di per sé alto dopo il parto). Immaginiamo che un bimbo poppi per dieci minuti ogni quattro ore (dieci minuti ogni quattro ore? Esatto, stiamo parlando di un bambino assolutamente immaginario!). Qualunque sia il motivo (forse perché sta crescendo), il nostro eroe vuole più latte. Che farà? Si metterà a poppare quindici minuti ogni quattro ore? Improbabile, sarebbe un metodo poco efficace. Allungando la suzione si arriverebbe a produrre più o meno la stessa quantità di prolattina, e pertanto di latte. Se, invece, decide di poppare dieci minuti ogni due ore, si otterrà il doppio dei picchi di prolattina nell'arco della giornata. Anzi, siccome il livello di prolattina non si è ancora abbassato del tutto, il nuovo picco sarà ancora più alto (diciamo che invece di salire da 50 a 500, sale da 100 a 550). Succhiando più spesso si produce uno spettacolare aumento della secrezione di prolattina, e quindi della quantità di latte.

Pertanto non c'è miglior modo di ostacolare l'allattamento che diminuire il numero delle poppate. Ogni volta che diciamo alla madre di resistere per tre o quattro ore, che mai deve cedere prima delle due ore e mezzo, che è impossibile che il bimbo abbia ancora fame, che se lo si allatta ora il seno è ancora vuoto e quindi non serve, che lo stomaco deve riposare, che bisogna fare una pausa notturna, stiamo mettendo seri ostacoli all'allattamento.

Durante la notte, tanto il livello base così come i picchi di prolattina sono più alti. Vale a dire che il bimbo ottiene più latte con meno sforzo quando poppa di notte. Per questo (tra gli altri motivi) è un'enorme sciocchezza la raccomandazione di non allattare durante la notte.

– L'ossitocina

Molti aspetti della vita sessuale della donna sono regolati dall'ossitocina. È l'ormone che si produce durante l'orgasmo, durante il parto e ogni volta che il bambino poppa. Il suo principale effetto è la contrazione delle varie fibre muscolari: quelle dell'utero, quelle della vagina, quelle che circondano gli acini mammari, e quelle che si trovano sotto il capezzolo e l'areola. Tutti questi episodi della vita sessuale hanno molte dinamiche comuni. Durante l'orgasmo avvengono contrazioni dell'utero e della vagina, e il capezzolo è in erezione. Durante il parto si verificano contrazioni dell'utero e della vagina e suppongo che anche il capezzolo sia in erezione, anche se normalmente nessuno ci fa caso. Durante la poppata il capezzolo è in erezione, e si hanno contrazioni dell'utero e della vagina, i famosi dolori puerperali.

I dolori puerperali sono contrazioni più o meno dolorose dell'utero che si producono ogni volta che il bambino succhia, durante i primi giorni dopo il parto. È una noia, ma si pensi che è *per il suo bene*: le contrazioni aiutano a far sì che l'utero torni alle sue dimensioni normali, il che probabilmente diminuisce il rischio di emorragie o infezioni. Si dice che per ogni nuovo figlio i dolori puerperali aumentino (così come normalmente il parto fa meno male, una cosa compensa l'altra).

Anche se la risposta del corpo all'ossitocina può risultare molto simile, le sensazioni che risveglia nella donna sono molto diverse, perché non dipendono solamente dagli ormoni, ma anche dallo stato d'animo. La maggior parte delle donne non prova eccitazione sessuale né durante il parto né durante l'allattamento.

Alcune però sì. Alcune madri si rendono conto di provare sensazioni di natura sessuale e che possono portare all'orgasmo, mentre il bambino sta poppando. Anche se è una cosa abbastanza rara, lo diciamo qui perché se ci sta leggendo una di queste madri, sappia che è qualcosa di assolutamente normale. No, non è una pervertita, non sono *cattivi pensieri*, non sta abusando di suo figlio, non sono tendenze incestuose, non c'è nessun motivo

perché smetta di allattare. Se l'allattare risulta una cosa particolarmente piacevole, allora che la si sfrutti in modo opportuno, non è il caso di lamentarsi per una delle poche felicità che, a volte, la vita ci riserva.

Oltre a produrre la contrazione di varie fibre muscolari, l'ossitocina influisce sul comportamento. Quando si introduce un topolino nella gabbia di un topo femmina ancora vergine, questa se lo mangia. Ma se prima le viene somministrata un'iniezione di ossitocina, cercherà di prendersene cura come fosse sua madre e cercherà addirittura di allattarlo (anche se, chiaramente, non riuscirà a secernere latte).

All'inizio dell'allattamento, la maggior parte delle madri nota l'azione dell'ossitocina: una specie di contrazione o formicolio al seno, la sensazione che il latte *stia già venendo*, la comparsa di alcune gocce o addirittura di un piccolo spruzzo... È il riflesso dell'eiezione, che è stata denominata con diversi nomi popolari a seconda delle varie zone: tornata di latte, colpo di latte, crescita del latte, uscita del latte... In Spagna² di solito viene chiamata *montata lattea* la sensazione di avere entrambi i seni pieni verso il terzo giorno dopo il parto, mentre invece si definisce *discesa del latte* la sensazione che il latte cominci a venire fuori ad ogni poppata. Ma... occhio! Nella maggior parte dei Paesi americani si pensa il contrario: il latte scende al terzo giorno e poi, ad ogni poppata, sale di nuovo.

Abbiamo detto *all'inizio dell'allattamento e la maggior parte delle donne*. Ci sono donne che mai nella loro vita hanno notato la discesa del latte o come la vogliamo chiamare, ma questo non significa che non abbiano latte o che il latte non scenda. E la maggior parte delle mamme, dopo due o tre mesi, non ne avverte più la discesa e non si accorge di nulla, anche se il latte continua ad uscire perfettamente. Non spaventatevi, non siete rimaste senza latte.

Le lettrici che percepiscono l'effetto dell'ossitocina avranno osservato che l'uscita del latte si produce spesso prima che il bambino inizi a poppare. Basta voler allattare, sentir piangere vostro figlio, o addirittura pensare a lui quando non l'avete sotto gli occhi, perché i vostri seni si contraggano e inizino a gocciolare. Come è possibile che il riflesso si scateni senza il bisogno dello stimolo?

2 In Italia la terminologia è praticamente identica (N.d.C.).

È possibile, perché si tratta di un riflesso condizionato. Ricordate il famoso cane di Pavlov, che perdeva bava ogni volta che sentiva il suono di una campanella? Il riflesso della salivazione si attiva grazie allo stimolo del cibo all'interno della bocca. Suonando la campanella ogni volta che dava da mangiare al suo cane, Pavlov ottenne che l'animale associasse i due stimoli, e bastava il solo suono per fargli produrre saliva. In realtà tutti i cani hanno un riflesso di salivazione condizionato: mostrategli una bella bistecca, e cominceranno a sbavare prima che il cibo entri nella loro bocca. Anche a noi viene l'acquolina in bocca quando vediamo un cibo appetitoso, o semplicemente quando solo ci pensiamo. L'originalità di Pavlov sta nell'aver utilizzato una campanella al posto di una bistecca; se di fronte all'Accademia di Scienza di Mosca avesse detto: "Guardate, guardate cosa fa il mio cane quando gli mostro una bistecca", i professori illuminati avrebbero risposto con sdegno: "Capirai! Al mio cane succede la stessa cosa". Ma la campanella incuriosì tutti quanti.

Così come il riflesso di salivazione si manifesta spontaneamente in tutti i cani (e le persone), il riflesso di eiezione si manifesta spontaneamente in tutte le madri. Gli effetti si possono notare addirittura anni dopo l'allattamento; alcune donne provano una sensazione di formicolio al seno quando sentono piangere un bambino, o quando vedono in televisione immagini di bimbi affamati o invalidi. Si è definito *riflesso di eiezione fantasma*, in analogia con il *membro fantasma* che continuano a sentire alcune persone dopo aver perso un braccio o una gamba.

Può essere che il riflesso condizionato serva a facilitare i passaggi: in questo modo il bimbo non deve neanche stare a poppare aspettando che il latte cominci a uscire, perché non appena si attacca al seno il latte sta già gocciolando. Michael Woolridge, un fisiologo inglese³, pensa però che la principale utilità del condizionamento non sia quella di scatenare il riflesso, bensì di inibirlo, come meccanismo di protezione delle femmine dei mammiferi. Essendo un riflesso condizionato, non dipende dallo stimolo fisico della bocca sul seno, ma dal fatto che la madre senta il bimbo, lo veda, lo pensi... In definitiva dipende dalla corteccia cerebrale. I pensieri della ma-

3 Studioso dell'Università di Leeds (Inghilterra) e autore dello studio *Il recupero dell'allattamento nel Regno Unito* (N.d.C.).

dre possono scatenare il riflesso allo stesso modo in cui possono inibirlo. È la tipica storia: “Ha avuto un dispiacere e ha perso il latte”.

Immaginate una cerva che sta allattando tranquillamente. Improvvisamente sente un lupo. Scappa di corsa dopo aver nascosto il suo piccolo fra i cespugli, perché ancora non è in grado di correre. Siccome il cucciolo non emana alcun odore (per questo sua madre passa tutto il giorno a pulirlo, leccandolo con la lingua) ed è molto tranquillo, mentre la madre, al contrario, emana odore e fa rumore quando si muove, è molto probabile che il lupo inseguia la madre e non lo trovi. Se per disgrazia il lupo raggiunge la madre, anche il piccolo morirà nel giro di poche ore. Se invece la madre riesce a scappare, in poco tempo tornerà da lui e continuerà ad allattarlo.

Ma se la cerva continuasse a perdere gocce di latte, nessun lupo che si rispetti potrebbe perderne le tracce. Siccome il riflesso di eiezione è condizionato, la secrezione di ossitocina si interrompe quando la cerva si spaventa. A differenza della prolattina, che impiega molte ore ad abbassarsi, l'ossitocina viene eliminata rapidamente e rimane nel sangue solo un paio di minuti; se l'ipofisi smette di produrla, in poco tempo non ne rimane traccia (per questo quando si ricorre all'ossitocina per accelerare il parto è necessario somministrarla continuamente, goccia a goccia; non servirebbe a nulla iniettarne una siringa ogni tre ore). Per maggior sicurezza, l'adrenalina, che viene prodotta dagli animali impauriti, inibisce direttamente gli effetti dell'ossitocina. Probabilmente lo stesso meccanismo può inibire il parto se la madre è spaventata. Una femmina adulta di ippopotamo, di rinoceronte, o di giraffa non avrà niente da temere dalle iene; mentre il cucciolo appena nato sarebbe una preda facile. La presenza di un pericolo può arrestare la produzione di ossitocina e ritardare il parto di qualche ora, fino a che il pericolo sarà passato. Forse per questo alcuni parti sono così difficili in un ambiente estraneo come l'ospedale, circondate da sconosciuti, e difatti la maggioranza delle donne si sente più a suo agio se accompagnata dal marito o da un familiare; altre preferiscono partorire a casa, aiutate da un'ostetrica di loro fiducia.

Scusate, sto menando il can per l'aia (ma il cane non è forse il migliore amico dell'uomo?).

Torniamo alla nostra amica cerva insieme al suo cucciolo. Siccome ormai è passato lo spavento, l'adrenalina scompare dal sangue, il riflesso condizionato si scatena nuovamente, il latte ricomincia a uscire e il piccolo poppa contento. Ma se invece di una cerva parliamo di una donna, la cosa

può essere un po' più complicata. Oltre alla madre e al suo bambino, lì intorno ci sono la nonna, il marito, la suocera, la cognata, la vicina, il medico, l'infermiera, e alcuni di loro, se non tutti insieme, inveiscono minacciosi: "Hai perso il latte per un dispiacere? A una mia cugina è successa la stessa cosa e il bambino stava quasi per morire di fame; suo marito è dovuto uscire di corsa a cercare una farmacia di turno per comprare il latte, perché era sabato sera...".

Non è più la paura del lupo, ma la paura di perdere il latte quella che aumenta l'adrenalina e abbassa la produzione di ossitocina. Il bambino cerca di succhiare ma non esce quasi latte; il bambino si arrabbia e protesta, la suocera ne approfitta per far notare: "Vedi? Ti stanno cedendo i nervi per il latte. Te l'ho detto che nel tuo stato è meglio che la smetti con certe stupidaggini e gli dai il biberon". La madre si mette a piangere e si impaurisce ancora di più...

Uno dei modi migliori per ostacolare l'allattamento è spaventare la madre, convincerla che non può farcela, che allattare è molto difficile... È una strategia consueta dei produttori di latte artificiale. Ma attenzione! Non sto dicendo che le donne spaventate, nervose, o stressate non possono allattare. Certo che possono! L'allattamento materno non è un delicato fiore di sera, ma una delle funzioni più robuste del nostro organismo. Una funzione vitale (non per la madre, ma per il bambino). Tutti i nostri organi possono cedere (di qualcosa bisognerà pur morire), ma rimanere senza latte è raro quanto avere un arresto cardiaco o un'insufficienza renale. Chi parla dello stress della vita moderna dimentica che siamo la prima generazione di spagnoli che vanno a letto la sera con la sicurezza di avere da mangiare anche il giorno seguente. Le donne hanno allattato per millenni, in situazioni di gran lunga peggiori. Hanno allattato quando vivere 35 anni veniva considerato "invecchiare", quando la siccità preannunciava la fame, quando la guerra devastava le loro case, quando si lavorava come schiavi, quando le epidemie decimavano paesi e città. L'effetto dello stress sull'allattamento è temporaneo: il latte non esce subito, il bambino si arrabbia e piange un po'... continua a poppare perché ha fame, e alla fine il latte esce, per quanto sia stressata la madre. Ciò che accade oggi e non è mai accaduto prima è che, se il bimbo piange e si arrabbia, la madre gli dà un biberon. Non sono i nervi e le preoccupazioni che provocano la *perdita del latte*, ma i biberon.

– Il FIL

Per molto tempo si è creduto che l'ossitocina e la prolattina bastassero a spiegare, almeno a grandi linee, come funziona l'allattamento. A grandi linee perché sono coinvolti molti altri ormoni che non abbiamo neanche menzionato.

Perché quando il bambino succhia di più esce più latte? Perché la poppata produce più prolattina. Perché un seno gocciola mentre il bambino sta prendendo latte dall'altro? Perché l'ossitocina scorre nel sangue e arriva ai due seni allo stesso modo. Perché le donne che cercavano di seguire la regola dei *dieci minuti ogni quattro ore* di solito restavano senza latte? Perché c'erano pochi stimoli e di conseguenza poca prolattina. Perché le madri dei gemelli hanno latte per entrambi, e le madri di parti trigemellari ne hanno per tre? Perché se c'è il triplo dei bambini c'è il triplo di prolattina.

Restava però un curioso fenomeno che non si poteva spiegare solo attraverso questi due ormoni. Nel sud della Cina, nella zona di Hong Kong, vivono i Tankas, un gruppo etnico che per generazioni ha trascorso la propria vita in mare, vivendo su delle giunche. Per poter remare con più comodità, le donne avevano la consuetudine di dare sempre lo stesso seno. I bambini poppavano sempre dal seno destro, mai dal sinistro (e sicuramente si manifestava un maggior numero di tumori al seno sinistro). Senza spingerci tanto oltre, ogni tanto vediamo bambini che, per chissà quale motivo, smettono di poppare da uno dei due seni. A volte è una situazione transitoria, e dopo due o tre giorni la madre riesce ad allattare di nuovo da entrambi i lati. Ma di tanto in tanto qualche bambino oppone un rifiuto assoluto e non c'è niente da fare. A volte si incontrano madri che stanno due settimane o due mesi allattando da un solo seno.

Siccome l'ossitocina e la prolattina scorrono nel sangue e arrivano ai due seni allo stesso modo, entrambi dovrebbero rispondere nella stessa maniera e produrre più o meno la stessa quantità di latte. Immaginatevi un seno che produce ogni giorno mezzo litro di latte o più, e il bambino che si rifiuta di succhiarlo. In un solo giorno, il dolore diventerebbe insopportabile; in tre giorni si dovrebbe ricoverare la madre; in due settimane scoppierebbe letteralmente, con sette litri di latte accumulati.

Ma questo non capita mai. Quando un bambino non vuole poppare da una parte, quel seno si gonfia e provoca fastidio, e a volte la madre deve togliersi un po' di latte per alleviare la tensione; ma in due o tre giorni i

disturbi spariscono, il latte si asciuga e il seno resta morbido e vuoto. Il seno sinistro produce il doppio di latte rispetto alla quantità normale (sì, il doppio; se il bambino non muore di fame significa che sta prendendo da un solo seno quel che gli altri prendono da entrambi), mentre il seno destro non ne produce neanche una goccia, e così per settimane o mesi. Come si spiega questo fenomeno? Deve esistere un meccanismo di controllo locale, qualcosa che agisce su ogni seno indipendentemente.

All'inizio si credeva che tale meccanismo fosse puramente fisico. Il seno è talmente pieno che la pressione del latte comprime i vasi sanguigni, di modo che il sangue non può più immettersi. Pertanto non entra l'ossitocina, non entra la prolattina, non entrano i principi nutritivi di cui la ghiandola necessita per continuare a produrre latte. Il seno resta collassato, come un aeroporto di fronte a uno sciopero dei controllori.

Certo che questo meccanismo fisico ha la sua importanza; ma da qualche anno si è scoperto che esiste un altro ormone che agisce localmente per controllare la secrezione del latte. Si tratta di un peptide (cioè una piccola proteina) che è stata trovata nel latte di capra, in quello della donna e in quello di altri mammiferi (che io sappia, è stato sempre trovato quando lo si cercava). Quest'ormone si denomina FIL, dall'inglese *Feedback Inhibitor of Lactation*, inibitore retroattivo dell'allattamento. Per approfittare della stessa sigla, potremmo chiamarlo "Fattore Inibitore del Latte", che suona ugualmente bene.

Il FIL costituisce un bell'esempio di controllo da parte del prodotto finale. Il latte contiene un inibitore della produzione di latte, in modo che, se il bambino succhia molto, si rimuove l'inibitore e si produce più latte, mentre se il bambino succhia poco, l'inibitore rimane all'interno e la quantità di latte prodotta è minore.

Questo è stato dimostrato da alcuni scienziati australiani, misurando in serie il volume dei seni. Una macchina scatta varie foto del seno da diverse angolazioni e, partendo da queste immagini, un computer ne calcola il volume (qualcosa di simile al metodo che si utilizza durante la gravidanza per stimare il peso del bambino a partire dall'ecografia). Dato che non è pericoloso e risulta abbastanza comodo, il procedimento si può ripetere tutte le volte che si vuole, diverse volte in un'ora. (Il metodo antico per misurare il volume del seno consisteva nel piegarsi sopra un catino colmo d'acqua, immergere il seno e misurare la quantità d'acqua che fuoriusciva;

risultava impreciso e alquanto fastidioso). In questo modo gli australiani hanno potuto dimostrare come il volume del seno aumenta poco a poco tra poppata e poppata, man mano che si accumula il latte. Poi il bambino succhia, il volume diminuisce bruscamente, e si ricomincia di nuovo. Se durante una delle poppate il bambino, per una qualsiasi ragione, prende meno latte, nelle ore successive esso verrà prodotto più lentamente. Se in un'altra poppata il bambino succhia di più (per esempio perché nella precedente ne ha assunto una minor quantità e ora è affamato), il latte si produce rapidamente. Se poppa solo da un lato, quel seno produrrà molto latte, mentre l'altro, che è rimasto pieno, non ne produrrà o quasi. In questo modo la produzione di latte si regola immediatamente, da una poppata all'altra e indipendentemente per ogni seno, a seconda della necessità del bambino. Certo, sempre e quando gli venga permesso di poppare quel che vuole e quando vuole. Se un giorno non può essere allattato perché, ad esempio, la mamma è uscita, e deve aspettare una o due ore, non succede nulla: quando la madre tornerà, succhierà di più per compensare e tutto si aggiusterà. Ma se sistematicamente gli negano il seno ogni volta che lo chiede, mattino, pomeriggio e sera, un giorno dopo l'altro; se hanno raggirato la madre con i tipici consigli *dieci minuti ogni quattro ore o aspetta un po' di più tra una poppata e l'altra*, il bambino non avrà modo di dare istruzioni al seno e questo non potrà sapere quanto latte produrre. Quando la madre aspetta molte ore perché si riempia il seno prima di allattare (“perché glielo dai ora, se è vuoto?”), quel che otterrà sarà avere sempre meno latte, perché il fattore inibitorio si accumula man mano che il seno si riempie.

Anche se non sapevamo dell'esistenza del FIL, ne abbiamo osservato gli effetti per secoli interi. Qualsiasi medico o infermiera lo ha visto centinaia di volte.

Come si conclude, normalmente, l'allattamento? In Spagna non termina quando vogliono la madre o il bambino. Secondo un'inchiesta, la maggior parte delle madri intervistate ha confessato che avrebbe voluto allattare per più tempo⁴. Nonostante questo, sono rimaste senza latte. Com'è possibile?

4 In uno studio condotto nel 2002 dall'Istituto Superiore di Sanità – in collaborazione con il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – risulta che in Italia il 95% delle donne desidera allattare al seno (N.d.C.).

Una madre sta allattando tranquilla. Improvvisamente, per qualsiasi motivo, si mette (le mettono) in testa che suo figlio è comunque affamato: perché non resiste tre ore, perché piange, perché si sveglia, perché si succhia i pugni, perché non fa la cacca, perché poppa molto, perché poppa poco. Il motivo non è importante, fatto sta che arriva il fatidico giorno in cui danno al bambino il primo biberon. Molti, soprattutto se hanno più di due o tre mesi, non lo vorranno perché non hanno fame. Ma i più piccoli, poverini, capita che si facciano ingannare. E non di rado la madre insiste una e più volte, o addirittura le raccomandano di non dare il seno perché il bambino abbia fame e prenda il biberon. Se il bambino succhia dal biberon, di cui in realtà non aveva assolutamente bisogno, rimarrà pieno di latte fino alla testa. Ogni giorno assumeva 500 ml di latte, e oggi ne ha presi 50 o 100 ml in più. Non stiamo parlando di mangiare un po' più del normale, ma di un 10 o 20 % in più. Vi viene molta voglia di muoverti dopo il pranzo di Natale? Se il bimbo si svegliava, ora dormirà molte ore, se piangeva, non piangerà più; se succhiava i pugni ora non se li succhierà. "Hai visto che fame aveva? È bastato dargli un biberon e finalmente si riposa". Sì, riposare! Questo povero bambino è solo strapieno.

Il Natale in Spagna è una sfida per la nostra digestione. Si susseguono almeno due grandi scorpacciate (in alcune zone, Vigilia e Natale; in altre Natale e Santo Stefano). Che si fa il giorno successivo? Si mangia frutta. Nessuno può sostenere tre pranzi di Natale di seguito. La stessa cosa succede a un bambino: se un giorno si è lasciato ingannare e si è rimpinzato di cibo, non lo ripeterà di certo. Il giorno seguente penserà: "Se mi danno 100 ml di biberon, tanto vale che ne prenda solo 400 dal seno, o scoppio". Può succedere che la madre se ne accorga, oppure no; però, anche se avrà poppato lo stesso numero di volte e per lo stesso tempo, avrà assunto meno latte, perché deve lasciar spazio al biberon. Così il biberon, che il primo giorno è stato *la manna dal cielo*, il terzo giorno già non ha lo stesso effetto: se piangeva, tornerà a piangere; se si svegliava, si sveglierà di nuovo; se si succhiava i pugni, lo farà ancora. La madre pensa: "Sto perdendo il latte, dovrò dargli un altro biberon"; e in parte ha ragione, perché il latte sta diminuendo, ma quel che non sa è che la causa è proprio il biberon, e la soluzione non è aggiungerne un altro, ma togliergli il primo. E così si parte col secondo biberon, poi arriva il terzo, poi il quarto... L'abbiamo visto centinaia di volte: quando si comincia con i biberon, il seno si riduce a un

pugno in un paio di settimane. “Il biberon”, diceva non so quale famoso medico più di un secolo fa, “è la tomba del seno”.

Così il bambino che poppava 500 ml, dopo ne popperà 400, 300, 200... Se la madre continuasse a produrre 500, dove andrebbe a finire il latte che avanza? In due settimane la madre finirebbe disperata al pronto soccorso, col seno infiammato per i chili di troppo, maledicendosi: “Ho iniziato da quindici giorni col biberon e, certo, siccome non mi svuotavo, guardi come sono diventata”. Ma questo non capita mai; al contrario: “Ho iniziato a dargli il biberon e ora non vuole più il seno e ho perso il latte”.

Quando un bambino poppa sempre meno, esce sempre meno latte. Il FIL non sbaglia. Non vedremo mai donne col seno sul punto di esplodere, carichi di uno, tre o cinque litri di latte in più. Vale a dire che il FIL è come un ascensore: o funziona, o non funziona. Se può scendere, allora funziona anche per salire. Se si dà a un figlio sempre meno il biberon, popperà sempre di più e la madre avrà sempre più latte. In pochi giorni potrete buttare nel cestino tutti i biberon.

Una cosa importante: stiamo parlando dei biberon superflui e di un bambino che si attacca bene al seno e ingrassa normalmente, a cui hanno dato un'aggiunta senza motivo giustificato. Quando, invece, l'aggiunta è giustificata, perché il bambino non prende peso, non è sufficiente eliminarla poco a poco; bisogna indagare la causa del problema dall'inizio e porle rimedio (vedi pag. 130).

Alcuni mesi dopo il parto, la prolattina perde importanza. Il livello di base è più basso, così come il picco che si produce a ogni poppata. Ma il volume del latte non diminuisce, anzi continua ad aumentare. Non sappiamo come e perché, ma sembra che il controllo locale, il FIL, risulti sempre più importante per regolare l'allattamento.

Ing R., Petrakis NL, Ho JH, *Unilateral breast-feeding and breast cancer*, in “Lancet”, num. 2, Luglio, 1977, pp. 124-127.

Il controllo del volume del latte

Per alcuni aspetti si può paragonare il funzionamento del seno a quello dei polmoni. Normalmente, senza renderci conto, respiriamo, un po' d'aria dentro, un po' d'aria fuori. Ma non entra tutta l'aria che potrebbe entrare, né esce tutta quella che potrebbe uscire. Possiamo fare un'inspirazione pro-

fonda e introdurre nei nostri polmoni più aria del normale, come accade per esempio prima di immergersi sott'acqua. Possiamo fare un'espiazione forzata ed espellere tutta l'aria possibile, per esempio quando soffiando per spegnere le candeline di una torta. Allo stesso modo, se ce n'è bisogno, il seno può produrre più latte del solito, così che, se ha molta fame, il bambino può poppare più di quanto fa di norma.

Il volume corrente, la quantità d'aria che entra ed esce normalmente, è molto lontano, in qualsiasi individuo sano, dal volume massimo. C'è sempre una grande riserva, che ci permette di respirare più profondamente e più in fretta quando dobbiamo fare un particolare sforzo. Quando questa riserva diminuisce, l'individuo si ammala, soffre di insufficienza respiratoria. In primo luogo, non riesce a respirare quando corre, poi quando sale le scale, nei casi più gravi quando si alza dalla poltrona; questo significa che è arrivato al punto in cui il volume corrente coincide con il volume massimo.

Tutti i nostri organi e sistemi funzionano secondo lo stesso principio. A meno che non si tratti di una persona gravemente malata, esiste sempre un ampio margine per forzare la macchina. In caso di necessità, il cuore può battere più in fretta, lo stomaco può digerire più cibo, i reni possono eliminare più liquidi e più tossine, il fegato può metabolizzare più sostanze. È così che funzionano gli esseri viventi.

La stessa cosa accade con il seno. Qualsiasi donna può produrre latte per tre bambini, probabilmente anche per quattro o cinque. A parte il residuo di latte che è impossibile estrarre, che chiameremo riserva anatomica, c'è sempre una quantità di latte che il bambino potrebbe assumere se volesse, ma che non sfrutta quasi mai. La chiameremo riserva funzionale.

Nessuno ha mai misurato il volume esatto di queste riserve; inventeremo delle cifre a titolo di esempio. Immaginiamo che nel seno ci siano 100 ml di latte. Di questi, 10 sono la riserva anatomica, e altri 20 la riserva funzionale; il bambino, in condizioni normali, ne prende 70, e il seno ne produce di nuovo altri 70. Un giorno, il bambino è più affamato, e ne prende 80. Diminuendo la quantità di FIL, il latte viene generato più rapidamente, e il seno produce 90 ml per la seguente poppata. Se tale cambiamento risulta permanente, se a partire da quel momento il bambino pensa di assumerne 80 ad ogni poppata, si raggiunge un nuovo livello di equilibrio: ora, nel seno ci saranno sempre 110 ml, dei quali 10 sono la riserva anatomica, 20 la riserva funzionale e 80 quel che prende il bambino ogni volta e quel che il seno riproduce subito

dopo. Se, al contrario, il fatto di assumere 80 ml fosse solo *un extra*, e alla seguente poppata tornasse a succhiarne solo 70, il seno si troverebbe subito con un residuo di latte maggiore rispetto al normale. La quantità di FIL nella mammella sarebbe maggiore, la produzione si fermerebbe, e alla successiva poppata si tornerebbe ai soliti 100 ml aspettando il bambino.

Sembra complicato? Beh, era solo un esempio dimostrativo, la vita reale è molto più complicata. Perché nessun bambino succhia esattamente la stessa quantità ad ogni poppata, né la stessa quantità da ogni seno. La vita reale è così complessa che nessuno può sottometerla a norme o prevederla. Né il libro, né il medico, né la nonna, né nessun altro può dire a vostro figlio in quale esatto istante deve poppare né quanti minuti deve stare attaccato al seno. Vostro figlio è l'unico che lo sa.

Il controllo della composizione del latte

Non solamente la quantità di latte prodotta, ma anche la sua composizione dipende dal modo in cui poppa il bambino. Il bambino ha il controllo del seno per ottenere il tipo di latte di cui ha bisogno in ogni momento.

La quantità di grasso nel latte aumenta durante la poppata. Non si tratta di un aumento insignificante; si è verificato che la concentrazione di grasso al termine della poppata può essere di cinque volte maggiore rispetto al principio. A volte si parla di *primo latte* e *secondo latte*; ma non è che ci siano due tipi di latte, ops! è finito il latte scremato e ora esce quello grasso. La quantità di grasso (e pertanto di calorie) aumenta gradualmente, come si può vedere nello schema della figura 1. All'inizio il bambino assume poche calorie in tanto volume; alla fine, molte calorie in poco volume.

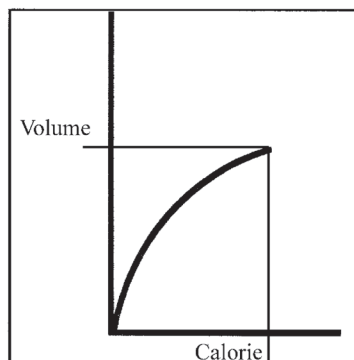


Fig. 1. All'inizio il bambino assume poche calorie in tanto volume; alla fine, molte calorie in poco volume.

tanto volume; alla fine, molte calorie in poco volume. Si noterà che in questo grafico non compare la variabile del tempo. Il tempo dipende dalla rapidità con cui il bambino poppa; può essere che mangi tutto quel che vuole in due o tre minuti, o che ce ne metta più di venti.

Quindi, tanto più latte assume un bambino da un seno in una determinata poppata, maggiore sarà la concentrazione di grasso che si raggiunge (c'è un limite massimo, certo, ma tale limite non si raggiunge mai perché, come abbiamo già detto, il bambino non svuota mai completamente il seno). Quando si stacca, le ultime gocce che ancora cadono hanno una concentrazione di grasso molto elevata. Quando riprende a poppare, dopo alcune ore, le prime gocce di latte avranno pochissimo grasso. L'ultimo latte concentrato si è diluito nell'arco di tali ore con il nuovo latte, più annacquato, che nel frattempo è stato prodotto. Si pensa che anche in questo caso esista un autocontrollo, e che se il bambino lascia nel seno molta quantità di grasso, questa inibisce la produzione di lipidi, e il latte prodotto successivamente sarà più annacquato del normale. Come se il bambino dicesse: "Mamma, non riesco a finire questa pasta, è troppo condita", e lei rispondesse: "Non preoccuparti, la prossima volta ci metterò meno olio".

Supponiamo che il bambino succhi e si stacchi dal seno, ma dopo cinque minuti cambi idea e torni ad attaccarsi. Uscirà latte con pochi grassi? No, perché non c'è stato tempo per il nuovo latte di diluire quello rimasto nel seno al termine della precedente poppata. Uscirà, all'inizio, lo stesso secondo latte che stava uscendo un momento prima. La quantità di lipidi all'inizio della poppata dipende dal livello raggiunto durante la poppata anteriore, e dal tempo trascorso da allora.

D'un tratto stiamo parlando di un solo seno. Ma c'è anche il secondo. Non è la stessa cosa prendere 100 ml da un solo seno invece che 50 da tutti e due; nel secondo caso il bambino ha assunto molti meno grassi, e pertanto molte meno calorie. E non è neanche lo stesso prenderne 70 e 30, o 85 e 15...

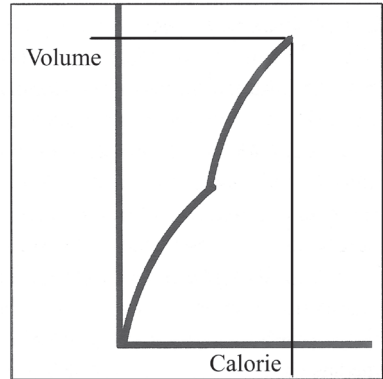
E se non è lo stesso, cos'è meglio? Quando toglierlo da un seno e dargli l'altro? Non si sa. Non conosciamo la quantità di lipidi di cui ha bisogno un bambino (i libri sulla nutrizione possono dire cose come: "I lattanti tra sei e nove mesi necessitano tra x e y milligrammi/chilo al giorno di lipidi"); ma non possono dirci quanti lipidi deve assumere Laura Rossi, di otto mesi, questo pomeriggio alle 16.28), non conosciamo la quantità di lipidi che conteneva il latte all'inizio della poppata, non sappiamo quanti millilitri

di latte sono stati bevuti, non sappiamo a che velocità sta aumentando la quantità di grasso nel latte in questa precisa poppata, non conosciamo la quantità di grasso nel latte dell'altro seno, non sappiamo che quantità di latte del secondo ci starà nello stomaco. Come può esserci gente che è in grado di dire cose come: "Dopo dieci minuti toglietelo dal primo seno per dargli il secondo"? Vallo a sapere. L'ignoranza mette ali all'audacia.

Ogni bambino dispone quindi di tre meccanismi per modificare la composizione del latte che prende in ogni momento: può decidere quanto latte assumere, quanto aspettare per poppare di nuovo, e se attaccarsi a un solo seno o a entrambi. Si è verificato sperimentalmente, analizzando il latte in ogni caso, che i tre fattori influiscono sulla sua composizione. La quantità di latte ingerita dovrebbe dipendere dal tempo in cui un bambino resta attaccato al seno; ma la relazione è così variabile (alcuni bambini poppano in fretta, altri lentamente) che statisticamente non c'è relazione. Non possiamo dire: "Se è rimasto cinque minuti ha ingerito 80 ml, e se è rimasto dieci minuti ne ha assunti 130". La concentrazione di lipidi non dipende dal tempo che ci mette il bambino a poppare, ma dalla quantità di latte che ha preso durante questo tempo. Dunque, per un determinato bambino, e in una determinata poppata, è ovvio che se lo stacciamo dal seno prima, avrà mangiato meno. E d'altra parte è facile misurare per quanto tempo poppa, ma è molto difficile sapere quanto latte ha preso. Così, a scopo puramente didattico, possiamo affermare che i tre meccanismi di controllo sono: la durata della poppata, la frequenza delle poppate, e l'attaccarsi a un seno o a tutti e due. Ogni bambino, in ogni momento del giorno o della notte, modifica a volontà questi tre fattori per ottenere l'alimento di cui ha bisogno.

Quando si stacca il bambino dal un seno prima che finisca (soprattutto perché qualcuno in buona fede ha consigliato: "Dàgli il secondo seno prima che si addormenti"), invece del secondo latte del primo seno, prenderà il primo latte del secondo. Questo significa, come indica la figura 2, che dovrà assumere un volume maggiore per ottenere le stesse calorie. Se la differenza è piccola, probabilmente non succede nulla. Prende un po' più di latte, e buonanotte. Ma se gli cambiano il seno quando ancora doveva assumere una grossa quantità dal primo (per esempio, quando togliamo il seno dopo dieci minuti a un bambino che ne ha bisogno di quindici o venti), la quantità di latte che dovrebbe prendere è così consistente che non gli starebbe nello stomaco. Negli adulti, lo stomaco ha una capacità molto

Fig. 2. Se lo si toglie dal primo seno prima che abbia finito, prende il latte meno concentrato dei due seni, e ha bisogno di un volume di molto maggiore per ottenere le stesse calorie.



superiore a quella che normalmente si sfrutta; potremmo berci un litro di acqua dopo mangiato e non ci darebbe neanche fastidio. Ma lo stomaco di un bambino è molto piccolo, non ha quasi capacità di riserva. Il bambino si vede obbligato a lasciare il secondo seno, perché non gli sta più niente, ma d'altra parte ha ancora fame; la situazione è molto simile a quella che si produce a causa della cattiva posizione al seno (pag. 47).

Nel 1988, Michael Woolridge e Chloe Fisher pubblicarono sulla prestigiosa rivista medica "Lancet" cinque casi di bambini che presentavano in forma reiterata un pianto frequente, coliche, diarrea e altri disturbi. Bastò dire alle madri di non staccare il bambino dal primo seno, ma di aspettare che lo facesse da solo quando aveva finito, perché i disturbi sparissero. Poco dopo, Woolridge e altri ricercatori cercarono di riprodurre sperimentalmente la situazione in un gruppo di bambini sani che non avevano alcun problema durante l'allattamento. Dissero alla metà delle madri di staccare il bambino dal primo seno dopo dieci minuti, e all'altra metà di aspettare il tempo necessario affinché il bambino lasciasse il seno spontaneamente. Si aspettavano che i bambini del primo gruppo assumessero troppo liquido, troppo lattosio e pochi grassi, e che pertanto avessero coliche, vomito e gas. E in effetti all'inizio prendevano meno grassi. Ma loro stessi modificavano gli altri due fattori, cioè il tempo tra poppata e poppata e il poppare da un seno o da entrambi, di modo che nell'arco del giorno riuscivano ad assumere la stessa quantità di grassi dell'altro gruppo, e non mostravano alcun disturbo.

Siccome i bambini hanno tre mezzi (ricordate: frequenza delle poppate, durata della poppata, un seno o due) per controllare la composizione del latte, è possibile che la maggior parte si regoli per mantenerne il controllo sfruttandone solamente due, anche se noi abbiamo arbitrariamente fissato la terza. Forse quei cinque bambini che manifestarono problemi con il tempo limitato della poppata sono eccezioni, sono bambini (o madri) con una minore capacità fisiologica di adattamento. Parimenti, tutti camminiamo, ma nel momento di correre alcuni vanno più piano e si stancano prima di altri.

La capacità di adattamento degli esseri viventi può essere molto spiccata, ma non possiamo chiedere miracoli. Nell'arco del secolo scorso, molti medici si impegnarono a controllare simultaneamente i tre fattori: il bambino deve poppare esattamente dieci minuti da ogni lato ogni quattro ore. La precisione arrivava a essere ossessiva; ci sono ancora mamme che chiedono se le quattro ore si iniziano a contare da quando il bambino comincia a poppare o da quando smette (perché con dieci minuti per seno e uno di intervallo per fargli fare il ruttino sarebbero quattro ore e ventuno minuti). Molti libri e molti esperti non dicevano neanche "ogni quattro ore", ma davano direttamente l'ora concreta: alle otto, alle dodici, alle quattro, alle otto e alle dodici. Non ti passi per la testa di allattarlo alle nove, all'una e alle cinque! Tra mezzanotte e le otto di mattina c'è un *riposo notturno* di otto ore (passare mezza nottata in bianco a sentire come piange tuo figlio senza potergli dare il seno lo chiamano *riposo notturno*). Quella delle quattro ore era la raccomandazione della scuola tedesca. C'era anche una scuola francese che raccomandava di dare il seno ogni tre ore, con riposo notturno di sei. C'è da chiedersi se l'aver poppato cinque o sette volte al giorno influisse sul carattere nazionale dei rispettivi Paesi. C'erano anche fautori del dare ad ogni poppata un seno o due (questi ultimi più numerosi), tanto che alla fine si avevano quattro teorie: uno ogni tre, due ogni tre, uno ogni quattro o due ogni quattro. Ma di solito ogni medico aveva una sola teoria, e la difendeva con entusiasmo. Così i bambini si trovavano completamente disarmati: non potevano scegliere né la frequenza, né la durata, né il numero di seni di ogni poppata. Non potevano più controllare né la quantità, né la composizione del latte, dovevano accettare quel che riservava loro la fortuna. Nella maggior parte dei casi la quantità era insufficiente e la composizione inadeguata; i bimbi piangevano, si lamentavano, vomitavano, non aumentavano di peso... Alcuni anni fa, in Spagna, dare il

seno *ancora* al terzo mese era strano, e darlo senza l'*aiuto* del biberon era quasi un atto eroico.

Ci sono, è ovvio, anche casi in cui, per la più rocambolesca delle coincidenze, il bambino ottiene la quantità di latte di cui ha bisogno e con una composizione adeguata poppando dieci minuti ogni quattro ore. Queste rare eccezioni non facevano che confermare la fede dei medici nella rigidità degli orari: “Tutta questa cosa dell’allattamento a richiesta è una stupidaggine. Io ho conosciuto una madre che seguiva alla lettera i dieci minuti ogni quattro ore e le è andata a meraviglia; ha dato il seno nove mesi, e il bambino dormiva come un angioletto e ingrassava perfettamente. Quel che succede è che ora le donne non vogliono fare sacrifici, preferiscono la comodità del biberon”.

Woolridge MW, Fisher C, *Colic, “overfeeding”, and symptoms of lactose malabsorption in the breast-fed baby: a possible artifact of feed management?*, in “Lancet”, num 2, 1988, pp. 382-384.

Woolridge MW, *Baby-controlled breastfeeding: biocultural implications*, in Stuart-Macadam P, Dettwyler KA, *Breastfeeding. Biocultural perspectives*, Aldine de Gruyter, New York, 1995.

Woolridge MW, Ingram JC, Baum JD, *Do changes in pattern of breast usage alter the baby’s nutrient intake?*, in “Lancet”, num. 336, 1990, pp. 395-397.

II

COME ALLATTARE

A volte mia moglie mi diceva: “Non capisco come fate a parlare tanto dell’allattamento materno. Bambini, tette e non c’è nient’altro da dire”. Beh, è vero. Nella stragrande maggioranza dei casi ci sono da sapere solo due cose per allattare: dimenticarsi dell’orologio e allattare nella posizione corretta. E, in condizioni normali, non servirebbe neanche spiegare questo alla madre. Non ci sarebbe bisogno di parlare dell’allattamento a richiesta se a qualcuno non fosse prima venuto in mente di raccomandare gli orari rigidi. E non servirebbe insegnare la posizione corretta se le bambine imparassero, come hanno sempre fatto, vedendo altre donne allattare, e se non avessimo interferito in alcuni processi, come in seguito spiegheremo. Da sempre, le donne hanno allattato senza frequentare corsi e senza leggere libri, e così continuano ancora a fare nella maggior parte del mondo. E nessun altro mammifero (e siamo diverse migliaia di specie) ha bisogno che gli si spieghi come si allatta.

Con un’eccezione: alcuni primati in cattività. Nella maggior parte dei mammiferi, l’allattamento e la cura della prole in generale sono attività totalmente istintive. Una gazzella o una leonessa nate in cattività possono perfettamente crescere i loro figli. Ma per quanto riguarda i primati, soprattutto quelli più simili a noi, la cosa è differente. Negli zoo hanno spesso grandi difficoltà; le femmine nate in cattività e cresciute dall’uomo (non dalla loro madre) non si prendono cura dei loro figli, li ignorano, o li trattano in modo inadeguato. Ricordo la foto di un gorilla femmina che, invece di tenere suo figlio in grembo, lo portava come un cappello. Una femmina

di orango, invece di mettere suo figlio alla mammella, lo baciava sulla bocca: sembrava molto sorpresa che il metodo non funzionasse. Molto spesso non c'è altro rimedio che separare il cucciolo dalla madre e crescerlo artificialmente. Questi fatti ammettono due possibili spiegazioni: una, che le femmine che non hanno avuto l'opportunità di vedere altre madri allattare non hanno potuto imparare osservando; l'altra, che le femmine che non hanno avuto una relazione affettiva normale con la loro madre hanno disturbi affettivi e non sono in grado di mantenere una relazione normale con i loro figli. Forse entrano in gioco entrambi i fattori. In alcuni zoo si è deciso di ricorrere alla proiezione di video educativi per le scimmie incinte, o è stato chiesto a madri umane di allattare i propri figli davanti alle gabbie.

L'igiene

Non c'è bisogno di lavarsi il seno né prima né dopo le poppate, a meno che non vi siate rotolate nude a terra o qualcosa di simile. Non è necessario lavarlo con acqua e sapone, né solamente con acqua. Si lava già abbastanza quando ci si fa la doccia (e non conviene neanche sfregare molto il capezzolo con la spugna). Dopo la poppata basta asciugarlo un po' se è pieno di saliva.

L'eccesso di sapone può eliminare le sostanze protettive naturali, e probabilmente favorire le ragadi.

La frequenza e la durata delle poppate

Forse avrete già sentito dire da qualche parte che il seno si dà a richiesta. Ma è facile che vi sia stato spiegato male.

Sembra molto complicato sradicare dalla nostra cultura questa ossessione collettiva degli orari delle poppate. Sembra che sia qualcosa che *esiste da sempre*. Alcune persone, sentendo parlare di allattamento a richiesta, pensano che si tratti di una nuova invenzione degli *hippy*, e che con la stessa sfrenata libertà cresceremo una generazione di selvaggi indisciplinati. In realtà è esattamente il contrario; l'allattamento a richiesta è quel che *esiste da sempre*, e gli orari sono l'invenzione moderna. Sicuramente qualche medico dell'antica Roma avrà parlato di orari, ma si sarà trattato di un caso isolato e inoltre a quel tempo le madri non chiedevano al medico

come si faceva ad allattare. Praticamente tutti i medici fino al XVIII secolo raccomandavano l'allattamento a richiesta (o non raccomandavano niente, perché dato che l'allattamento non è una malattia, i medici non si occupavano molto dell'argomento). Solo all'inizio del XX secolo iniziarono quasi tutti a consigliare un orario; e anche allora poche madri lo seguivano, perché non esisteva la mutua e i poveri non andavano dal dottore se non a causa di gravi malattie. Solo quando, verso la metà del secolo scorso, le visite dal pediatra cominciarono a convertirsi in una cerimonia regolare le madri iniziarono a cercare di seguire un orario, ottenendo pessimi risultati.

Pensiamoci un po'. Fino a un'ottantina di anni fa solo i ricchi portavano l'orologio da polso. Fino a due secoli fa, pochissime persone avevano l'orologio in casa, ci si orientava con i rintocchi della chiesa. Sei secoli fa, gli orologi erano meridiane, e la maggioranza della gente non ne aveva mai vista una o non era in grado di interpretarla. Vi sembra che si possa contare dieci minuti ogni quattro ore con una meridiana? I soldati romani, i vichinghi, i marinai di Colombo, tutti erano stati allattati a richiesta; vi sembra che fossero eccessivamente mammoni e viziati?

Molta gente (madri, familiari, medici, infermiere) legge o sente questa cosa della *richiesta* e pensa: "Sì, certo, non bisogna essere rigidi con le tre ore; se piange un quarto d'ora prima glielo si può dare o se sta dormendo non c'è bisogno di svegliarlo apposta". O meglio: "Sì, certo, a richiesta, quel che ho sempre detto io, mai prima di due ore e mezzo né oltre le quattro". Tutto questo non è *a richiesta*; sono solamente orari flessibili, che dopotutto non sono così deleteri come gli orari rigidi, ma continuano a causare problemi. A richiesta significa in qualsiasi momento, senza guardare l'orologio, senza pensare al tempo, sia che il bambino abbia poppato da cinque ore, sia che abbia poppato da cinque minuti.

Però, come può avere ancora fame dopo cinque minuti? Immaginatevi di alimentare vostro figlio col biberon. Di solito prende 150 ml; improvvisamente, un pomeriggio, il bambino ne beve solo 70. Se dopo cinque minuti sembra che abbia di nuovo fame, gli darete gli 80 che rimangono o gli direte: "Non puoi avere ancora fame, hai mangiato cinque minuti fa"? Sono sicuro che tutte le madri gli darebbero il resto del biberon senza dubitare un solo momento; di fatto, molte passerebbero più di un'ora tentando di infilarlo in bocca il biberon ogni cinque minuti. Quindi, se un bambino si stacca dal seno e dopo cinque minuti sembra che abbia ancora fame, è possibile

che abbia mangiato solo la metà. Magari aveva ingoiato aria e si sentiva infastidito, e ora ha fatto il ruttino e può continuare a poppare. O magari si è distratto vedendo volare una mosca, e ora la mosca se n'è andata e lui si rende conto di avere ancora fame. O magari si è solo sbagliato, pensando di aver già mangiato abbastanza e ora ha cambiato idea. In qualsiasi caso solo quel bambino, in quel momento, può decidere se ha bisogno di poppare o no. Un esperto che ha scritto un libro rinchiuso nella propria casa, l'anno scorso o un secolo fa, o la pediatra che ha visitato il bambino giovedì scorso e vi ha raccomandato un orario, non potevano sapere se vostro figlio, oggi, alle 14.25 avrebbe avuto fame. Questo significherebbe attribuire loro poteri soprannaturali. Se conoscete qualcuno in grado di predire a che ora avrà fame vostro figlio, non perdetevi tempo a chiedere una cosa così inutile; meglio sapere che numero uscirà alla lotteria.

Non gli farà male mangiare così presto dall'ultima poppata? Non bisogna aspettare che si svuoti lo stomaco? Non deve riposare l'apparato digerente? Ma certo che no.

Quello del riposo digestivo l'ho sentito raccomandare con autentico entusiasmo. Dando retta a qualcuno, chiunque direbbe che lo stomaco si infiamma e finisce per scoppiare. E il cuore, quando riposa? E i polmoni, il fegato, i reni? Non esiste un solo organo all'interno del nostro corpo che abbia bisogno di riposare, anzi, meglio per noi che non riposino mai. Non riposa né il cervello (di notte sogniamo, e in ogni caso il cervello continua a controllare l'organismo), né i muscoli (ci muoviamo durante il sonno). Perché dovrebbe riposare proprio lo stomaco?

E quella di svuotare lo stomaco è un'altra convinzione assurda, disgraziatamente molto diffusa tra i pediatri. I pediatri non studiano nei centri di salute, ma negli ospedali. Passano quattro anni facendo la specializzazione, ma in generale non escono dall'ospedale. Ciò significa che hanno visto molte meningiti e molte tubercolosi, ma pochi bambini raffreddati e quasi nessuno sano. La loro formazione sull'alimentazione infantile è puramente teorica; quando un bambino entra in ospedale devono solo impartire l'ordine "dieta normale per la sua età" e in cucina sanno già quel che c'è da fare. L'unica occasione in cui al pediatra dell'ospedale è richiesto di occuparsi personalmente dell'alimentazione di un bambino è nel periodo di tempo che passa con i prematuri. Si sa che dar da mangiare a un prematuro, specialmente a un *gran prematuro* (cioè a un bimbo molto piccolo,

di meno di un chilo) non è cosa semplice. Bisogna calcolare esattamente quanti millilitri di latte somministrargli e ogni quante ore, e non si può dargliene neanche uno in più. I più piccoli non riescono a succhiare, e bisogna mettere loro un sondino nasogastrico. E a volte il loro apparato digestivo non funziona ancora (in fin dei conti, avrebbero dovuto stare ancora nella pancia della mamma, e lì non c'è bisogno di mangiare). All'inizio, prima di dar loro il latte, bisogna aspirare dal sondino per controllare se è rimasto nello stomaco del latte avanzato dalla poppata precedente. L'eccessiva ritenzione è un brutto segno, e continuare a dare latte quando lo stomaco non si svuota completamente può essere pericolosissimo. Per disgrazia alcuni pediatri dimenticano che questo è un problema specifico dei grandi prematuri, e mantengono poi la convinzione che non si possa mangiare finché lo stomaco non è vuoto.

Ma, nel migliore dei casi, lo stomaco è vuoto solo durante il primo sorso. Dopo un minuto, il bambino non ha più lo stomaco vuoto. Quando mangiamo il secondo piatto lo stomaco non è vuoto. Ce l'abbiamo pieno di zuppa, o di insalata, o di pasta; come ci azzardiamo a buttarci dentro una bistecca? Quando un bambino si attacca a un seno, fa il ruttino (o non lo fa) e poi si mette a poppare dal secondo seno, solo un minuto dopo che aveva finito col primo. Se si può poppare dopo un minuto senza alcun pericolo, perché non si può poppare dopo cinque o quindici minuti, mezz'ora o un'ora e mezza?

E se in realtà non aveva fame, se piangeva per un altro motivo, non gli farà male mangiare ancora? Certo che no. Primo, il seno non si prende solo quando si ha fame, ma anche per altre ragioni. Secondo, se non vuole succhiare non succhierà. Il modo più semplice per sapere se un bambino ha fame o no, è offrirgli il seno e vedere cosa succede.

E il tempo massimo? Bisogna svegliarlo? Quante ore può stare senza poppare? Di regola, quante ne vuole. Un bambino sano, che ingrassa normalmente, non ha bisogno di essere svegliato. Popperà quando avrà fame. Stare per delle ore senza poppare non gli produrrà un'ipoglicemia. Addirittura, alcuni decenni fa, era *obbligatorio* che rimanesse otto ore senza poppare ogni notte; curiosamente oggi ad alcune madri dicono che è *obbligatorio* svegliarli ogni quattro ore.

È diverso il caso di un bimbo malato, o che non ha un normale aumento di peso. Un bimbo può essere così debole da non avere la forza di chiedere

il seno. In questi casi bisognerà offrirglielo più spesso. Questa soluzione si può applicare anche ai neonati (si veda a pag. 93).

Quando un bambino dorme troppo, molte volte non serve svegliarlo, basta stare attenti ai suoi segnali di fame. *A richiesta* non significa *dargli il seno ogni volta che piange*. Da una parte, i bambini possono piangere per tanti motivi; se è chiaro che piange per un'altra cosa, non serve dargli il seno (ma in caso di dubbio, diciamo, la cosa più semplice è provare a darglielo. E molte volte, anche se piangono per paura, dolore o qualsiasi altro motivo, il seno è il modo migliore di calmarli). D'altra parte, il pianto è uno degli ultimi segnali della fame. Se un adulto stesse tre o quattro giorni senza mangiare, probabilmente anche lui piangerebbe dalla fame. Ma mangiamo molto prima di arrivare a questo punto, vero? Da quando un bambino più grande ha fame a quando piange possono passare diverse ore. Da quando un lattante ha fame a quando si mette a piangere possono passare alcuni minuti, o qualcosa in più, dipende dal carattere del bambino. Però è raro che appena senta lo stimolo della fame si metta a piangere. Prima di arrivare a questo avrà mostrato segnali precedenti: un cambiamento nel livello di attività (svegliarsi, muoversi), movimenti con la bocca, movimenti di ricerca con la testa, rumorini, portarsi le manine alla bocca... è in questo momento che bisogna attaccarlo al seno, non aspettare che pianga. Se un bambino che è debole perché ha perso peso è solo nella sua stanza, fuori dalla vista dei genitori, è probabile che di questi segnali non si accorga nessuno e il bimbo si riaddormenterà per sfinimento. Tanto vale tenerlo sempre vicino, o meglio in braccio, per poterlo allattare subito.

Un commento di passaggio. Perché i bambini, quando vogliono poppare, aprono la bocca e muovono la testa verso i lati? È un gesto? Un modo di comunicare? Credo di no. Da sempre i bambini sono stati in braccio alla madre. Anche se oggi in molte culture si usa portarli sulla schiena, questo non è stato possibile fino a che i nostri antenati non hanno imparato a tessere tele o corde. Prima di allora, i bambini si tenevano con un braccio, quindi non stavano sul dorso, ma davanti. E la madre era nuda. Che dormissero o fossero svegli, il capezzolo si trovava sempre a pochi centimetri dalla loro bocca. Quando cercavano il seno, di solito lo trovavano. Non è un gesto, non stanno *facendo come se cercassero*, stanno effettivamente cercando.

Allattare a richiesta non significa che il bimbo succhi come e quando voglia, e tutto sia sempre *normale*. Anche lo zucchero nel sangue o la pres-

sione arteriosa sono *a richiesta*; vale a dire ognuno ha quello che ha. Però non tutti i valori sono normali; se la pressione è troppo alta ci troviamo di fronte a una malattia. Un medico non può dire al paziente: “Che fa lei con la pressione così alta? Non le avevo detto che doveva averla più bassa? A partire da questo momento non oltrepassi mai i 140/90”. Il paziente non ha scelto di avere la pressione alta, non dipende dalla sua volontà. Quel che deve fare il medico è raccomandargli una cura adeguata, e allora la pressione si abbasserà.

Pertanto, esistono dei valori normali anche per la durata e la frequenza delle poppate. Per conoscere i valori normali per una specie di mammifero, basterebbe osservare un numero sufficiente di femmine con i loro piccoli. (Sorpriendente, vero? Gli zoologi e i veterinari lasciano che le madri e i loro cuccioli facciano quel che vogliono, e decidono che questo è *normale*. Non hanno mai pensato di scrivere in un libro: “Le giraffe devono poppare dodici minuti ogni cinque ore” e poi di andare a convincere le mamme giraffe a obbedire. Questo è successo solo con la specie umana.). Di sicuro nessuna specie allatta guardando l’orologio, ma c’è un modello; se sappiamo che i cuccioli di drago poppano da tre a cinque volte al giorno, uno che lo fa sei volte è semplicemente *un’eccezione*; ma uno che lo fa quattordici non è proprio normale.

Il problema è che non sappiamo quali siano i valori normali nell’essere umano. Perché l’essere umano non si trova più allo stato selvaggio, tutti viviamo in società, in civiltà, con le nostre convinzioni e le nostre norme. Le Spagnole, verso la metà del XX secolo, allattavano dieci minuti ogni quattro ore. Non facevano ciò che volevano, *il normale*, ma quel che aveva indicato loro il medico o il libro. Se nell’Alto Orinoco c’è una tribù che allatta cinque minuti ogni ora e mezza, questo sarà naturale o è quel che raccomanda lo stregone della tribù? Così all’essere umano non basta, come agli altri animali, l’osservazione per stabilire i valori normali dell’allattamento. Bisogna usare anche un criterio di efficacia: se con le madri che fanno *così* funziona, bisognerà ammettere che, se non è normale, come minimo è compatibile con le nostre necessità.

In Occidente, i bambini che poppano a richiesta di solito lo fanno una decina di volte in ventiquattro ore (la maggioranza tra otto e dodici, alcuni poche di più, altri poche di meno), distribuite irregolarmente. Di regola lo fanno a raffica: poppano due o tre volte a distanza abbastanza ravvicinata,

e poi dormono per un periodo più lungo... I neonati, siccome non sanno ancora poppare, a volte stanno attaccati a un seno quindici o venti minuti o anche più; ma quando ci prendono la mano vanno sempre più veloce, e verso i tre mesi molti poppano per cinque o sette minuti, o addirittura per due o meno. Le dieci poppate al giorno si mantengono, più o meno, per tutto il primo anno e parte del secondo. Arriva un momento in cui il bambino comincia a poppare sempre meno, una o due volte al giorno; ma verso i due o tre anni è preso da una sorta di frenesia, si attacca a tutte le ore, addirittura ogni quindici minuti (non per ventiquattro ore, chiaramente. Poppano molte volte di seguito e poi restano molte ore senza mangiare). È come se stessi giocando a prendere il latte. Familiari e amici, sempre così amabili, ne approfittano per nuocere al vostro stato d'animo con il tipico: "Te l'avevo detto che questo bambino è viziato; si sposerà e dovrai andare in chiesa a dargli la tetta". (Uno dei fattori che fanno sì che i bambini di questa età si mettano a poppare tutto il tempo può essere il fatto di stare a contatto con estranei... quindi familiari e amici hanno molte opportunità per osservare questo fenomeno.) Tranquille, è lo stadio finale; dopo alcune settimane (o mesi) di voracità, alcuni bambini si staccano dal seno quasi di colpo, e altri mantengono un allattamento quasi simbolico (una o due poppate al giorno) ancora per qualche anno.

In altre culture, i bambini poppano molto più spesso. Sembra che il record del mondo sia detenuto dai Kung, o Boscimani del Kalahari, che si attaccano al seno circa sei volte all'ora nell'arco di una giornata, ma ogni poppata dura solo all'incirca novanta secondi. Perché vi facciate un'idea, gli antropologi si dedicavano a osservare per quindici minuti i bambini più piccoli di due anni con le loro madri, per prendere nota di quel che facevano. Solo in un 25% dei casi il bambino restava quindici minuti senza poppare. Quelli più piccoli di tre anni poppavano sempre di notte. Senza arrivare a queste cifre, i popoli nativi dell'Africa, Asia, o America hanno l'abitudine di allattare più spesso rispetto alle madri occidentali.

Potremmo quindi affermare che esistono due modelli di allattamento che funzionano nell'essere umano: poche poppate (cioè solo una decina al giorno) ma relativamente lunghe, o molte poppate ma più brevi. Con tutte le varietà intermedie. Ciò che non è normale, né qui né nel Kalahari, è che ci siano tante poppate molto lunghe, che il bambino stia *appeso* al seno. Questo, di solito, indica che il bambino non riesce a poppare bene, forse perché

la posizione non è corretta o a causa del frenulo linguale troppo corto, o per la combinazione dei due fattori, come vedremo più avanti.

Anche in Europa ci sono delle differenze. Secondo uno studio multinazionale sulla crescita dei bambini, si è rilevato con sorpresa che il numero medio di poppate al giorno al secondo mese variava da 5,7 a Rostock (Germania) a 8,5 a Oporto¹, passando per le 6,5 di Madrid o le 7,2 di Barcellona. Donne appartenenti a culture così simili, che in teoria stanno allattando a richiesta. Com'è possibile che i bambini chiedano la tetta più volte in un Paese che in un altro?

La risposta è semplice, ma inquietante. Risulta che l'allattamento a richiesta, il concetto intorno al quale ruota questo libro così come qualsiasi libro moderno sull'argomento, in realtà non esiste. Non esiste perché i bambini non sanno parlare.

Se potessero parlare, un osservatore imparziale potrebbe certificare: "Effettivamente, questa madre sta allattando a richiesta"; oppure "questa madre non allatta a richiesta, perché alle 11.23 la bimba ha detto: «Mamma, tetta», e alle 11.41 l'ha chiesta di nuovo, ma non è stata allattata fino alla terza richiesta, alle 11.57". Siccome i bambini non parlano, rimane a discrezione della madre decidere quando sta chiedendo il seno e quando no. Due bambini piangono, a uno la madre dà subito la tetta, mentre l'altra guarda l'orologio e dice: "Non sarà fame, perché l'ho allattato neanche un'ora e mezza fa, devono essere i denti", e gli dà un giochino di gomma da mordere. Due bambini muovono la testa e la bocca, come per cercare qualcosa; una madre se lo attacca subito al seno mentre l'altra neanche se ne accorge perché il bambino era nella culla e lei non guardava. Due bambini dicono "ga-ga"; una madre pensa: "Oh, si è già svegliato" e se lo attacca al seno, l'altra lo guarda estasiata ed esclama: "Che carino, già comincia a parlare a quest'età". Molte madri occidentali hanno sentito dire che "mano a mano che cresce, aspetterà sempre di più tra una poppata e l'altra". E la profezia si compie; le madri convinte che "aspetterà sempre di più" hanno sempre la tendenza a non ascoltare la richiesta del figlio o a interpretarla come un'altra esigenza (freddo, caldo, dolore, coliche, denti, noia... qualsiasi cosa tranne la voglia del seno). I loro figli, effettivamente, poppano

1 Oporto (in portoghese Porto), è la seconda città del Portogallo (N.d.C.).

sempre meno, e prima di raggiungere l'anno sono svezzati. Ma è appurato che quando la mamma sfata questo mito e davvero prova ad allattare a richiesta, il bambino continua a chiedere. Sì, poi arriva un momento in cui il numero di poppate diminuisce; ma di solito non capita a tre mesi, ma verso l'anno e mezzo o più tardi.

Nella nostra società i dieci minuti e le tre ore sono diventati una regola così radicata che probabilmente quasi tutte le madri, anche le più entusiaste dell'allattamento, hanno provato qualche volta a stimolare il bambino a *resistere* un po' di più tra poppata e poppata, o a tenerlo attaccato un po' di più quando si stacca dopo due minuti. Forse, se li lasciassero, i bambini non popperebbero dieci volte, ma quindici o venti, o più. Forse questo periodo che ho descritto come *stadio finale*, in cui i bambini si attaccano a tutte le ore, dura solamente alcune settimane perché tutte le madri si impegnano affinché non duri, perché il bambino avverte la preoccupazione e il disagio di sua madre e si arrende; forse se la madre lo accettasse felice, il bambino continuerebbe per mesi e anni.

Forse non c'è molta differenza tra noi e i boscimani. Siccome i Kung allattano per circa quattro anni, quando gli antropologi si sono messi a contare il numero di poppate forse non hanno notato molti neonati, ma soprattutto bambini di due o tre anni. Forse i neonati Kung non poppano sei volte all'ora, ma un po' di meno. Forse le loro madri sono talmente abituate ad allattare molto spesso un bambino di due, tre o quattro anni, che quando ne partoriscono un altro si stupiscono che si attacchi al seno così poco, e fanno tutto il possibile per allattarlo più spesso, esattamente al contrario delle madri di qui. Magari influisce il calore del deserto, e i bimbi boscimani hanno bisogno di bere piccoli sorsi di latte tutto il tempo.

Da ultimo, bisogna ricordare che *a richiesta* non solo significa *quando vuole il bambino*, ma anche *quando vuole la madre*. È certo che le necessità di un neonato sono assolutamente prioritarie. Tuttavia man mano che il bambino cresce, sua madre ha sempre più possibilità di intrrompersi e decidere quando allattare e quando no. Quindi un orario rigido è sbagliato a qualsiasi età, e conviene sempre che la maggioranza delle volte sia il bambino a decidere. Ma nello stesso tempo non succede nulla se si anticipano o si ritardano alcune poppate.

Per esempio, se vostro figlio di tre mesi chiede il seno in mezzo alla strada, glielo potete dare subito; ma potete anche distrarlo un attimo e dar-

glielo quando tornate a casa. A cinque mesi, una madre che segue un orario rigido non può andare al cinema alle sette perché suo figlio deve mangiare alle otto. La madre che allatta a richiesta, invece, può farlo alle sei, può cercare di dargliene ancora un po' alle sei e mezza, lasciare il bambino alla nonna e vedere il film tranquillamente. E se alle otto meno un quarto il bambino protesta, la nonna lo intratterrà come meglio può, che mamma tornerà dopo mezz'ora e gli darà la tetta.

Così, contrariamente a ciò che pensa molta gente, l'allattamento a richiesta non è una schiavitù, ma una liberazione per la madre. La maggior parte delle volte può fare quel che vuole suo figlio, così il bambino è contento e non piange, e quindi anche lei sarà contenta e non piangerà. E qualche volta, ed è un bene, anche la mamma può fare quello che vuole. La schiavitù è l'orologio. Dover camminare su e giù, piangendo con in braccio un bambino che piange per quindici minuti, o per due ore, perché "ancora non è il momento". Dover svegliare un bambino che dorme come un ghiro, perché "è già ora". Dover spiegare alla parrucchiera: "Alle 5.30 non posso. Non mi può dare l'appuntamento alle 6.30? È che alle 6 ho la poppata...".

Konner M, *Nursing frequency and birth spacing in Kung hunter-gatherers*, in "IPPF Med Bull", num. 15, 1978, pp. 1-3.

Manz F, van't Hof MA, Haschke F, *The mother infant relationship: Who controls breastfeeding frequency?*, in "Lancet", num. 353, 1999, p. 1152.

Come poppano i bambini

Nella prima edizione di questo libro ho scritto che "il bambino non succhia dal seno aspirando, formando il vuoto, come si fa con una bibita attraverso una cannuccia, ma lo munge, o lo sprema, premendo con la lingua i seni galattofori in cui si è accumulato il latte per effetto dell'ossitocina". Questa era la descrizione del procedimento proposta da alcuni scienziati inglesi che vent'anni prima avevano analizzato tramite ecografia il movimento della lingua del bambino durante la poppata.

Pochi anni dopo, la dottoressa Geddes, australiana, ha analizzato nuovamente il fenomeno della suzione tramite ecografia ed è giunta a una conclusione diametralmente opposta: in realtà, il bambino succhia abbassando la parte posteriore della lingua e questo crea un vuoto che permette al latte di uscire.

Nel 2012, il dottor Woolridge, inglese (che aveva partecipato ai primi studi condotti negli anni Ottanta), ha esposto durante un convegno le sue conclusioni, a cui era giunto dopo aver fatto ulteriori ecografie. Egli afferma che nell'arco di una stessa poppata si alternano in proporzione variabile due tipi di movimento: quello "peristaltico" (che comprime il seno, secondo la prima teoria) e quello "estrattivo" (che crea il vuoto). I movimenti peristaltici sono predominanti e si possono osservare in tutti i bambini; la maggior parte dei bambini compie anche movimenti estrattivi.

Per estrarre manualmente il latte è necessario comprimere i dotti dietro l'areola, un gesto che assomiglia più ai movimenti peristaltici. I tiralatte, al contrario, agiscono formando un vuoto, proprio come i movimenti estrattivi. Alcuni produttori di tiralatte sostengono con entusiasmo la teoria australiana del vuoto come unico meccanismo di suzione, perché questo consente loro di affermare che i tiralatte agiscono in maniera "naturale".

Geddes DT, Kent JC, Mitoulas LR, Hartmann PE, *Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants*, in "Early Hum", num. 84, 2008, pp. 471-477.

Woolridge M, *The mechanics of breastfeeding revised: Do babies extract milk from the breast using peristalsis, suction or a combination of both?*, in "Association of Breastfeeding Medicine Conference", Trieste, Maggio 2012.

La posizione, chiave del successo

Qualunque sia il meccanismo della suzione, una cosa è certa: in bocca il bambino non deve avere solo il capezzolo, ma una parte più grande di seno. Che sia per comprimere o per risucchiare, la lingua deve trovarsi al di sotto dell'areola, nella zona in cui si trovano (o non si trovano) i seni galattofori, o come li vogliamo chiamare.

La figura 3 (pag. 54) mostra che l'areola si allunga e va ad occupare, insieme al capezzolo, tutta la cavità boccale. La punta della lingua sta sopra le gengive, a volte addirittura sopra al labbro inferiore, sotto l'areola. La lingua si muove verso l'alto e poi all'indietro, spremendo così il latte accumulato all'interno dei dotti. In realtà, la lingua non si sposta fisicamente, ma un'onda di pressione la percorre dalla punta alla base. Non si provoca, quindi, uno sfregamento tra la lingua e il seno. Mano a mano che l'onda di pressione si muove verso il capezzolo, i dotti si svuotano, pertanto la pressione al suo interno è molto bassa. Siccome la pressione negli acini mam-

mari è molto alta (per effetto dell'ossitocina), il latte torna a riempire i seni galattofori, così che la lingua possa spremersi nuovamente. Dopo uno o vari movimenti della lingua, nella gola si accumula la sufficiente quantità di latte per scatenare il riflesso di deglutizione, che fa sì che il bambino ingoi.

Mentre succhia, il bambino tiene la bocca molto aperta, il seno trattenuto fino in fondo, le labbra everse (ovvero, il labbro superiore piegato verso l'alto e quello inferiore verso il basso). A volte viene specificato che il labbro superiore può essere "everso o indifferente". Quello inferiore è sicuramente everso. Il bambino non si succhia mai il labbro. Il naso si trova vicino al seno; di solito il mento vi è appoggiato, così come spesso succede con la guancia, in modo che non si vedono neanche le labbra. Le guance non affondano ma si gonfiano ritmicamente (poppare, insisto, non è come succhiare da una cannuccia, ma come masticare). All'inizio, il bambino può muovere le labbra rapidamente, probabilmente per stimolare il capezzolo e far sì che venga prodotta una maggior quantità di ossitocina. Ma subito cambia il ritmo della poppata, e i movimenti rapidi intorno alla bocca lasciano spazio ad altri movimenti più lenti e più ampi della mandibola. Si può vedere come si muovono l'angolo della mandibola e l'orecchio, e come si contraggono i muscoli temporali, ai lati del cranio.

Conseguenze di una posizione scorretta

Quando il bambino viene messo in una posizione scorretta, invece di contenere una buona parte di seno, succhia solamente il capezzolo e si produce una catena di sintomi:

1. Guance che affondano (fanno risucchio)

Siccome non riesce a premere il seno con la lingua, è obbligato a succhiare formando il vuoto.

2. Dolore e ragadi

Il bambino esercita una maggiore forza su una minore superficie (solo quella del capezzolo), e di conseguenza una maggiore pressione. La madre sente dolore durante la poppata, e in pochi giorni si possono presentare ragadi.

3. *Poppate molto lunghe, non si stacca dal seno*

Formare il vuoto è un modo poco efficace di poppare e il bambino ha bisogno di molto più tempo. Di solito la madre esclama: “Mezz’ora o tre quarti d’ora per ogni seno, e perché lo stacco io, se no continuerebbe”.

Se è ben attaccato, il bambino lascia il seno spontaneamente quando termina, che sia dopo due minuti o dopo venti (dipende dall’età). Anche quando la madre dice: “Si addormenta al seno”, normalmente ciò che vuole dire è che il bambino si stacca dal seno e si addormenta. Se un bambino, ogni tanto, si addormenta con il seno in bocca e bisogna staccarlo, non importa, sono cose che capitano. Ma se accade ad ogni poppata, quasi sempre è perché si trova in una posizione scorretta (o perché, per altri motivi come una debolezza generale o problemi alla lingua, non riesce a succhiare bene).

4. *È ancora affamato*

Nonostante resti attaccato mezz’ora, si nota che è inquieto, lamentoso, insoddisfatto.

5. *Poppa molto spesso*

E siccome è ancora affamato, dopo poco tempo ne chiede ancora. La madre si lamenta del fatto che ce l’ha “tutto il giorno attaccato”. È normale che il bambino chieda il seno più spesso del solito in alcune ore della giornata (normalmente nel pomeriggio) o in alcuni giorni sporadici; ed è normale anche che faccia tante poppate ma molto corte, di uno o due minuti l’una. Ma tante poppate e molto lunghe, poppare mezz’ora o tre quarti d’ora e dopo pochi minuti ricominciare, e così per tutto il giorno, indicano di solito una posizione scorretta.

6. *Seni pieni, ingorgo mammario, mastite*

In casi estremi, se un bambino non succhia praticamente niente, la produzione di latte si blocca e il seno si svuota. Ma quando il bambino succhia male e continua a poppare, è più probabile che il seno rimanga troppo pieno. Il seno sembra in grado di distinguere quando un bambino succhia in modo corretto ma poco (quando è già grande e sta mangiando altre cose) e quando succhia poco perché lo fa in modo sbagliato. Nel primo caso, il seno produce meno latte. Ma nel secondo caso si mette in moto un meccanismo di sicurezza. Perché la natura non vuole che i bambini muoiano di fame;

non è il caso che un bambino rimanga pelle e ossa solo perché ha il labbro spostato un centimetro più in qua o più in là. Quando il seno *si accorge* che il bambino non sta succhiando in maniera efficace, inizia a produrre in quantità maggiore il *primo latte*, mentre l'ipofisi produce più ossitocina in modo che quel latte esca in tutta fretta. Potremmo dire, semplificando molto, che il primo latte, *annacquato*, è quello che gocciola da solo, mentre il secondo, ricco di grassi, è quello che il bambino estrae quando succhia correttamente. Siccome il bambino non riesce a estrarre bene il latte, il seno glielo serve su un vassoio. Questo meccanismo di sicurezza permette che il bimbo continui a succhiare, ma con difficoltà. Con il seno che produce troppo latte e il bambino che non è in grado di poppare in modo corretto, il risultato è che i seni sono sempre pieni, spesso dolorosamente pieni, e a volte si manifesta addirittura una mastite.

7. *Riflesso eccessivo di eiezione*

Dicevamo che le madri notano il colpo di latte all'inizio della poppata, soprattutto nei primi mesi (vedi pag. 20). Ebbene, quando il bambino succhia in posizione sbagliata la madre si accorge di questa montata latte in maniera molto violenta e più volte durante ogni poppata. Il latte può uscire letteralmente a getto. Il bimbo, più che succhiare, aspetta che il latte, che esce naturalmente per effetto dell'ossitocina, gli cada in bocca. Per questo ci mette molto tempo. Nel frattempo, l'altro seno può gocciolare in maniera copiosa. In alcuni libri, soprattutto americani, si menziona un possibile eccesso di ossitocina come se si trattasse di una malattia specifica. Succede che, quando l'ipofisi della madre produce un eccesso di ossitocina, il latte esca a getto, al bambino vada di traverso, e dopo un po' di tempo, infastidito da un'esperienza così sgradevole, finisca per rifiutare il seno. Come trattamento si raccomanda di estrarre un po' di latte a mano prima della poppata, così che il primo getto di latte più violento non cada nella bocca del bambino, o si consiglia di allattare sdraiate a letto supine, in modo che il latte si trovi ostacolato dalla forza di gravità. Forse esiste qualche donna con eccesso di ossitocina, così come ci sono donne con ipertiroidismo; ma in molti siamo convinti che questi siano casi molto rari, e che molti dei problemi attribuiti a un eccesso di entusiasmo dell'ipofisi si debbano in realtà alla posizione scorretta. Mettendo il bambino nella giusta posizione,

questi riesce a succhiare in modo efficace, e la madre non è più obbligata a produrre un eccesso di ossitocina.

8. Vomito e rigurgiti

Tutti i bambini vomitano, alcuni più di altri. È normale, e questo sintomo comincia a scomparire verso l'anno. Ma il bambino che poppa in posizione scorretta, rigurgita e vomita in abbondanza perché assume un maggior volume di latte diluito, invece di prendere il latte più concentrato della fine della poppata, e può semplicemente essere che questo gli riempia talmente lo stomaco da procurargli il vomito.

9. Diarrea

Col passare del tempo, bevendo più del primo latte, si introducono meno grassi, ma si assume più lattosio del normale e questo può provocare un relativo sovraccarico. Non è che il bambino sia intollerante al lattosio; il bambino sta bene e potrebbe tollerarne una normale quantità. Ma se questa risulta essere eccessiva non riuscirà a digerirla totalmente. Il lattosio non digerito arriva all'intestino crasso, dove verrà attaccato dai batteri, producendo così gas e acido lattico. Le feci sono più liquide (ancor più perché in un bambino allattato al seno sono sempre liquide) e più acide, e questo provoca bruciore al sederino se non gli viene cambiato subito il pannolino.

10. Pianto e coliche

Al nostro eroe non mancano motivi per piangere. Ha fame. È stanco. Sua madre gli mette il muso perché le fanno male i capezzoli. Può ingerire aria mentre succhia il latte, perché in posizione scorretta le labbra non si chiudono ermeticamente. I batteri producono gas a causa del lattosio non digerito; il bimbo si sente appesantito, e in più gli brucia il sederino.

11. Capezzoli arrossati

Di norma, il capezzolo è più o meno dello stesso colore dell'areola che lo circonda. Quando, però, il bambino succhia in maniera scorretta, la lingua sfrega ripetutamente sul capezzolo e inizia a spellarlo, fino a che questo, irritato o arrossato, non risalta sull'areola marrone.

12. E il peso?

Beh, dipende. Se la madre cerca di allattarlo dieci minuti ogni quattro ore, sicuramente non ingrasserà quasi per nulla. In questo modo non può neanche incominciare. Ma se la madre allatta a richiesta, mattina, pomeriggio e sera, se lo tiene attaccato tutto il giorno, è possibile che il bambino aumenti a sufficienza. O addirittura, in casi rari, può essere che ingrassi troppo. Assumendo pochi grassi può continuare ad avere fame. E persino quando ha già assunto abbastanza calorie può continuare a essere affamato. Alcuni bambini ingrassano come bestie, nonostante vengano allattati in posizione scorretta.

Questo dettaglio è importante. Non basta il peso per valutare l'allattamento, non possiamo dire: "Il bambino ingrassa, quindi va tutto bene". Se la madre deve allattare giorno e notte perché il bimbo ingrassi, soffrendo per le ragadi e per l'ingorgo mammario, e il bambino deve passare il tempo a poppare, piangere e vomitare, significa che non va bene. L'allattamento è ben riuscito quando, oltre ad ingrassare, sia la madre che il bambino si mostrano felici.

La posizione al seno non è sempre o del tutto sbagliata o del tutto corretta. Esiste tutta una gamma di possibilità tra l'una e l'altra. Perciò, non tutti i bambini presentano completamente i sintomi descritti in precedenza, o non li mostrano con la stessa intensità. Quasi sempre si osservano almeno le poppate molto lunghe e il dolore ai capezzoli. Può essere che ci siano state ragadi, ma poi rimane solo il dolore; man mano che il bimbo cresce, cresce anche la sua bocca, che riesce così a contenere meglio il seno, e tra questo e l'esperienza che va acquisendo col tempo, sembra che i sintomi della posizione scorretta tendano a scomparire.

Un'ampia gamma di possibilità significa che il confine tra il normale e il non normale è vago. Chloe Fisher è un'ostetrica di Oxford, forse la persona più affidabile per quanto riguarda la posizione di allattamento dei bambini. Le hanno chiesto qual era il limite, fino a quando si può considerare normale la durata di una poppata (come ci piacerebbe aver tutto quanto ben organizzato, poter dire: "diciassette minuti è normale, diciotto è troppo!"). Ha risposto: "Normale è ciò che accetta la madre". Se la madre è contenta dell'allattamento e il bambino pure, se allattare è il momento più bello della giornata, un momento di calma e riposo, cosa importa che la poppata

duri diciotto minuti? Per un'altra madre invece la situazione può essere fastidiosa. Magari le fanno male i capezzoli, o il bambino piange tutto il tempo, o semplicemente può essere che abbia altri figli o altre attività, o che dedicare così tanto tempo ad allattare la faccia sentire *vincolata* e innervosita. In questi casi, è bene sapere che un piccolo cambio di posizione del bambino la può aiutare.

Come fargli assumere una posizione adeguata

(Si vedano le fotografie sul sito: <http://www.acpam.org/la-posicion-al-pecho>).

Quando la madre si sdraia a letto supina, oppure si accomoda su una poltrona o una chaise longue, con il bambino addosso, a pancia in giù, la maggior parte dei neonati si dirige spontaneamente verso il seno e inizia a succhiare in posizione corretta (possono metterci un po'). In pratica, succede la stessa cosa che era successa in sala parto. L'istinto di cercare il seno non si manifesta solo dopo il parto, ma continua per mesi (e col passare del tempo non sarà più solo un gesto istintivo, ma diventerà intenzionale). Il contatto pelle a pelle è piacevole, ma non è necessario: il bambino popperà anche vestito. La cosa importante è garantire la tranquillità del bambino e rispettarne i tempi. Ho conosciuto un bambino che aveva rifiutato il seno fin dalla nascita (prendevo solo il latte materno che la madre si estraeva, ma non aveva mai voluto poppare; piangeva non appena lo si avvicinava al seno) attaccarsi al seno per la prima volta al terzo mese in questa posizione. Suzanne Colson ha definito questa posizione *biological nurturing* (allevamento biologico); troverete maggiori informazioni sul sito www.biologicallnurturing.com.

In altre occasioni, la madre vorrà allattare seduta (di solito è meglio se si siede lievemente piegata sulla sedia) o guidare il figlio in maniera più attiva. Oppure può capitare che la postura non sia del tutto corretta quando il bambino si attacca da solo, e che sia necessario migliorarla spostandolo un po'.

Abbiamo visto che, per poppare in maniera efficace, il bambino deve avere una buona parte di seno all'interno della bocca, e la lingua al di sotto. Anni fa si diceva alle mamme: "Bisogna che il bambino non si aggrappi solamente al capezzolo, ma a tutta l'areola". Ma c'era un problema. La madre riesce a vedere il suo seno solo dall'alto, quindi non può

sapere cosa succede nella parte inferiore. Cercando di inserirgli la parte superiore dell'areola in bocca, al bambino a volte usciva la parte inferiore. Il capezzolo rimaneva troppo vicino al labbro inferiore e non c'era spazio per collocare la lingua e poppare. Non si tratta quindi di contenere tutta l'areola, ma di contenere una buona parte del seno, in modo tale che il capezzolo si venga a trovare nella parte superiore della bocca del bambino. Tra il capezzolo e il labbro inferiore ci dev'essere sufficiente spazio per la lingua (fig. 3).

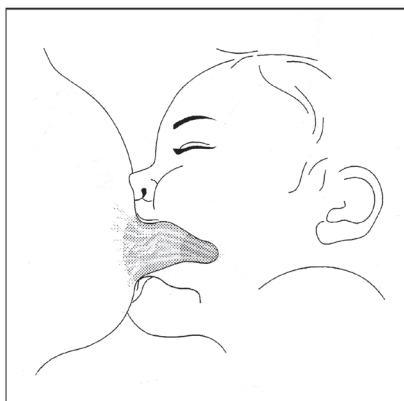


Fig. 3. Il bambino afferra gran parte dell'areola (in colore grigio chiaro) e la sprema con la lingua.

Per ottenere questo risultato, è opportuno avvicinare il bambino al seno con il capezzolo all'altezza del naso (o del solco sottanasale). Se gli si mette il capezzolo all'altezza della bocca, è possibile, naturalmente, che succhi in modo corretto. Ma è anche facile che il capezzolo rimanga al centro o addirittura nella parte bassa della bocca, e lui non riesca ad infilare la lingua.

Invece, se il capezzolo si trova all'altezza del naso, quando il bambino apre la bocca c'è sicuramente lo spazio sufficiente per la lingua (fig. 4).

La posizione del resto del corpo è importante, ma secondaria. Dopo qualche mese i bambini raggiungono un'abilità tale che sono in grado di poppare in qualsiasi posizione. Se la bocca è al posto giusto, non importa in quale posizione sia il resto del corpo anche se, ovviamente, ci sono posizioni in cui è più o meno facile collocare correttamente la bocca. I neonati soprattutto trovano grandi difficoltà a poppare se la posizione del corpo non è adeguata.

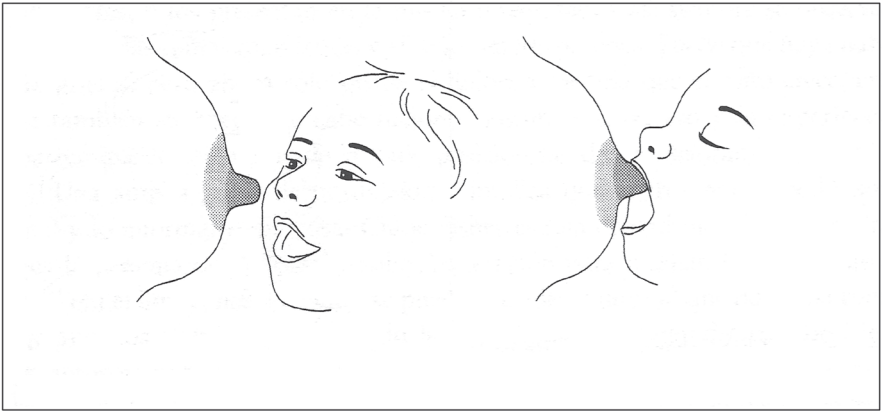


Fig. 4. Mettere il bambino con il naso all'altezza del capezzolo; quest'ultimo si troverà così nella parte superiore della bocca.

Nella precedente edizione di questo libro ho scritto che il collo del bambino deve stare dritto o leggermente inclinato all'indietro. Grazie a un caro amico, il dottor Ruiz, ho appreso che in realtà la testa deve essere decisamente inclinata all'indietro, come quando beviamo da un bicchiere. Alla luce di questo, la figura 9-A (pag. 59), che era un esempio di posizione corretta, si potrebbe forse modificare. Piegando la testa all'indietro, anche il naso si sposta all'indietro, mentre il mento viene in avanti. Il nasino del bimbo si allontana dal seno, e al tempo stesso la mandibola si avvicina, così da riuscire a mettere una parte maggiore di lingua sotto l'areola. Se prolungassimo l'asse mediano del seno che attraversa il capezzolo, questo uscirebbe dalla regione occipitale del bambino, non dalla nuca né tanto meno dalla schiena.

Molti bambini, naturalmente, poppano bene, o abbastanza bene, anche con il collo dritto. Esistono posizioni accettabili e posizioni migliori. Quando il bambino fa fatica a poppare, per esempio a causa del frenulo linguale troppo corto, è molto importante che la sua posizione sia perfetta, con la testa decisamente inclinata all'indietro.

Con il collo inclinato all'indietro, certo, ma comunque dritto rispetto agli altri assi, non piegato da un lato, né ruotato, né tanto meno piegato verso il basso: in quel caso sarebbe molto difficile poppare.

Se non ci credete fate una prova con un bicchiere d'acqua, e cercate di berlo con il collo piegato (il mento che tocca lo sterno), ruotato (mento che tocca la spalla) o di lato (l'orecchio che tocca la spalla).

Nella maggior parte dei casi non è necessario né conveniente sorreggere il seno mentre il bambino sta succhiando; invece di muovere il seno e portarlo dove si trova il bambino, è meglio muovere il bambino e portarlo al seno. Sorreggere il seno può causare vari problemi: la stessa mano può essere d'ostacolo, impedendo che il bambino si avvicini abbastanza al seno; la pressione delle dita può comprimere qualche condotto, impedendo che esca il latte, e alla madre non rimane nessuna mano libera.

In alcuni casi in cui il seno è molto cadente può essere più comodo sorreggerlo con il palmo della mano; non è necessario schiacciare con il pollice da sopra. La posizione a forbice (sorreggendo il seno tra l'indice e il medio) è molto utilizzata, e numerosi quadri antichi testimoniano che le madri la adottano da sempre. Nonostante questo, è stata denigrata da molti esperti perché, se si fa in maniera scorretta, con le dita troppo vicine al capezzolo, il bambino non ha lo spazio per mettere la bocca. Se le dita sono abbastanza distanti dal capezzolo, la forbice non causerà problemi, anche se sembra più semplice usare l'indice e il pollice (fig. 5).

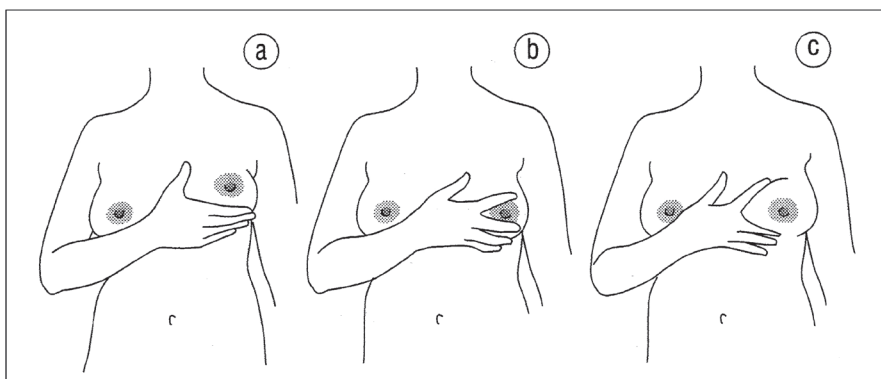


Fig. 5. Se fosse necessario sostenere il seno durante la poppata sarebbe meglio farlo con il palmo della mano (a). Le dita a forbice molto spesso coprono l'areola e impediscono al bambino di attaccarsi (b); bisogna tenerle ben separate (c).

A volte è meglio comprimere un seno molto voluminoso perché il bambino lo possa prendere più facilmente (fig. 6), soprattutto nelle prime settimane (cioè quando ha la bocca più piccola).

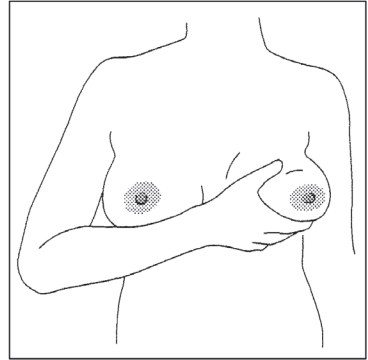


Fig. 6. Un seno grande e voluminoso si può comprimere, per agevolare il bambino nell'attaccarsi.

Una volta che il bambino si è attaccato, si può lasciare il seno. Non dimenticatevi di comprimere il seno nella stessa direzione della bocca del bambino. Wiessinger² l'ha spiegato perfettamente attraverso l'analogia del sandwich (fig. 7).

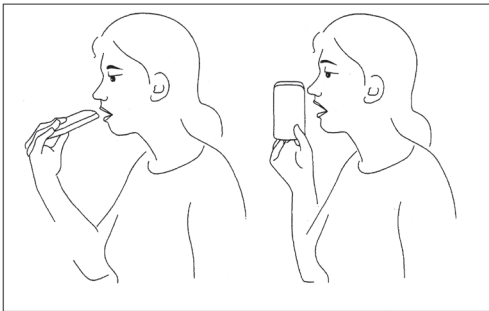


Fig. 7. La bocca e il sandwich devono essere sullo stesso asse.

2 Diane Wiessinger, membro IBCLC (*International Board of Lactation Consultant Examiners*): associazione internazionale che riunisce tutti i professionisti sanitari specializzati nella gestione clinica dell'allattamento al seno. Essi ricoprono posizioni diverse negli ambiti più disparati: ambulatori ospedalieri, consultori ASL, studi pediatrici privati. Queste figure professionali operano anche in Italia: per maggiori informazioni è possibile consultare il sito dell'AICPAM, l'Associazione Italiana Consulenti Professionali in Allattamento Materno, raggiungibile all'indirizzo www.aicpam.org (N.d.C.)

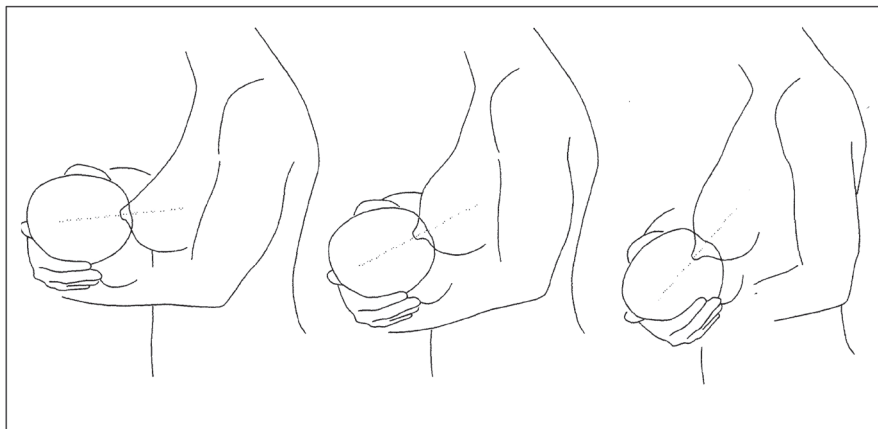


Fig. 8. La testa del bambino è orientata nella direzione del seno.

La testolina dev'essere orientata in modo che l'asse della cavità boccale e l'asse del seno siano allineati (fig. 8). A seconda della forma del seno, il corpo del bimbo dovrà stare totalmente di lato, guardando la madre, oppure un po' inclinato in diagonale. Ma se il corpiccino è rivolto verso l'alto, il bambino non potrà poppare comodamente. Tutto il corpo del bimbo deve stare a contatto con quello della madre, circondandolo come una cintura; il bambino della figura 9-C è molto lontano dalla madre; questo lo obbliga a stendere troppo il collo all'indietro. A volte si utilizza la frase "Ombelico con ombelico", che è un'esagerazione (ho visto madri prenderla alla lettera e cercare di far coincidere il loro ombelico con quello del bambino). Basta metterlo *pancia contro pancia*.

In molti libri, soprattutto in quelli americani, si raccomandava di sorreggere con una mano il culetto del bambino, in modo che la sua testolina riposi nell'angolo del gomito della madre. Ma il gomito si trova a lato del corpo, mentre il seno sta davanti. Senza dubbio molte madri allattano con la testolina all'interno del gomito, di solito grazie al fatto che il seno è grande e morbido, e lo si può orientare verso il gomito, o, anche, perché la madre sposta il braccio fino a portare la testolina davanti al seno (posizione un po' scomoda che può concludersi con un mal di spalla). Ma se il seno e il gomito si trovano nella posizione normale (fig. 10), il bambino si troverà

obbligato a piegare il collo per raggiungere il seno. Starà scomodo, potrà aggrapparsi solo al capezzolo, e dovrà fare grandi sforzi perché questo non gli esca dalla bocca.

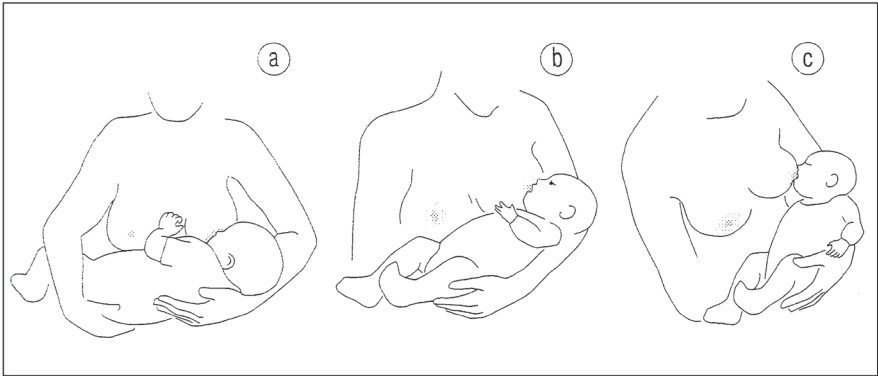
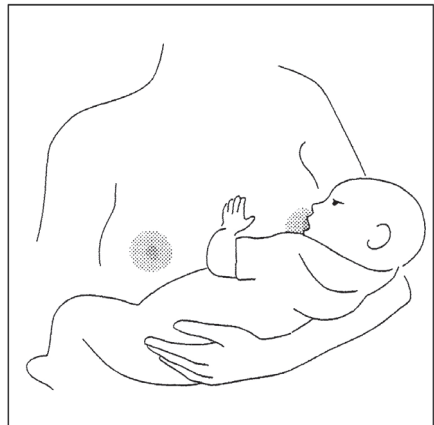


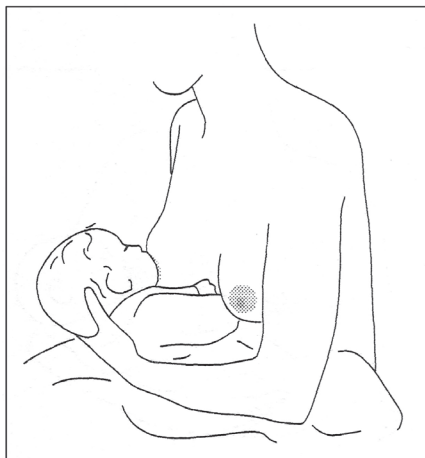
Fig. 9. Per poppare comodamente, il bambino deve stare di fronte alla madre e a contatto con lei (a). Starebbe ancora più comodo se venisse spostato di qualche centimetro nella direzione dei piedini, in modo tale da fargli piegare il collo all'indietro. Le posizioni (b) e (c) sono scorrette. In (b) il bambino è obbligato a girare il collo; in (c) è troppo lontano e il seno gli sfugge.

Fig. 10. Un bambino posizionato male. Ha la testa sul gomito della madre ed è obbligato a piegare il collo per raggiungere il seno.



È meglio tenere il bambino con la mano sotto la sua schiena, in modo che la testa riposi sull'avambraccio della madre. Un'altra possibilità è quella di sorreggergli la testa con l'altra mano (fig. 11).

Fig. 11. Si può anche sostenere il bambino con l'altro braccio.



Posizionandolo davanti al seno, sfregando il suo labbro superiore sul capezzolo, il bambino comincerà a cercare, muovendo la testa e leccando ripetutamente. Più di una madre alle prime armi, vedendo suo figlio muovere la testa da un lato all'altro, ha esclamato: “Sta dicendo di no! Non vuole il seno!”. Se leggete questo libro durante la gravidanza, o quando sono già settimane o mesi che allattate, penserete che sto esagerando... ma sfinite dopo un lungo parto, insicure e con gli ormoni sconvolti, credetemi, non è così difficile deprimersi per una cosa così. Ricordate, vostro figlio non sta dicendo di no; il movimento della testa da una parte all'altra è istintivo, e serve a trovare il capezzolo. Le nostre cugine scimmie non portano il loro cucciolo al capezzolo; lo prendono semplicemente in braccio e lui si preoccupa di fare il resto.

Prima di poppare, il bimbo deve assicurarsi che quello è in effetti il capezzolo. Non sta bene mettersi a succhiare dal braccio o dalla pancia della mamma; oltre a non prendere il latte, le lascerebbe un bel livido. Per capire mette in funzione quasi tutti i sensi: vede l'areola, tocca il capezzolo con la pelle del viso e poi con le labbra, lo annusa e lo lecca. Quando infine si decide, apre la bocca e si lancia a fondo. In quel momento, spingetelo verso di voi con la mano che tenete sotto la sua schiena, perché il seno sia ben

messo nella sua bocca. Non spingetelo premendo la nuca; provochereste un riflesso istintivo e il bambino butterebbe la testa all'indietro.

Troverete una spiegazione della posizione del seno, con l'aggiunta di fotografie, sul sito: www.acpam.org/la-posicion-al-pecho.

Altre posizioni

Conviene conoscere altre posizioni per allattare:

- Con i piedi all'indietro (a palla da rugby). Utile specialmente per allattare insieme due gemelli, o nel caso in cui i piedi del bambino vi diano fastidio alla cicatrice del cesareo.
- Distesa a letto. Madre e figlio possono mettersi sul fianco, l'uno di fronte all'altra. Per dare il secondo seno vi potete inclinare un po' di più e darglielo dall'alto, oppure abbracciare vostro figlio, girarvi insieme a lui e mettervi sull'altro fianco. Se i seni sono molto gonfi, può risultare più comodo dargli prima quello in alto e poi quello in basso. Questa postura presenta un importante inconveniente: per tutto il tempo della poppata, è necessario spingere il bambino mettendogli una mano sotto la schiena perché si attacchi bene al corpo della mamma. Quando smettete di spingere, il bambino si allontana e il seno gli esce quasi completamente dalla bocca; e se il bambino si dovesse girare fino a mettersi in posizione supina potrebbe dare un bello strattone al capezzolo. In alcuni casi si raccomanda di appoggiare alla schiena del bambino un cuscino o un asciugamano arrotolato, ma è molto importante che non vi siano cuscini e simili in prossimità del viso del bambino, per evitare il rischio di asfissia. Di giorno potete premervelo al seno mettendogli una mano sotto la schiena per tutto il tempo che volete, ma di notte (o se vi capita di fare un sonnellino), non appena cominciate ad addormentarvi e diminuite la pressione, il bambino si allontanerà e cominceranno i problemi. Invece, se la madre si mette supina, con il bambino sopra, a pancia in giù, non è necessario spingere. Ci penserà la forza di gravità a mantenere il bambino al suo posto, anche se la mamma si è addormentata.
- A cavalcioni (a volte detta "a cavalluccio"). Molto utile per bambini che devono poppare in posizione molto verticale, per esempio a causa di una

schisi del palato. Così come nella postura più tradizionale, alcuni bambini possono poppare perfettamente con il collo dritto, ma nella postura ottimale il collo è inclinato all'indietro, e il bambino guarda la madre negli occhi.

- Il bambino è nel lettone, supino, e la madre si mette sopra di lui a quattro zampe, come la Lupa romana. Questa postura può essere utile, per esempio, in caso di ostruzione o mastite al seno, per cui bisogna trovare la posizione in cui la lingua del bambino rimanga esattamente sotto la zona infiammata. Anche quando è la madre a stare supina e il bambino è sopra di lei, a pancia in giù, è possibile sistemarlo in qualsiasi angolo. Non dimenticatevi di fare una foto ricordo.

Perché poppano in posizione scorretta

Una volta scordati i benedetti orari e stabilito l'allattamento a richiesta, la maggior parte dei problemi è dovuta alla posizione sbagliata o a un problema con il frenulo linguale, come vedremo più avanti.

Com'è possibile che ci siano così tanti bambini mal posizionati al seno? Dopo aver letto la lunga e noiosa spiegazione precedente, si è tentati di dire: "Beh, perché è così difficile che non è chiaro a nessuno". In realtà non è così complicato. Tutti i mammiferi poppano senza che nessuno gli spieghi la posizione corretta, e così hanno fatto le nostre antenate da sempre.

Questo argomento mi preoccupava. Ci ho impiegato anni a capire realmente qual è la posizione corretta, anni a leggere libri, a guardare documentari e ad ascoltare esperti. E continuo a imparare: ho dovuto cambiare molte cose rispetto alla prima edizione di questo libro. Come ci riuscivano, allora, nelle grotte di Altamira? Come mai oggi così tante madri e i loro bambini non riescono a trovare la posizione corretta? Mi vengono in mente quattro motivi:

1. Interferenze dopo il parto

Ho trovato la risposta in uno studio scientifico realizzato in Svezia nel 1990 da Righard e Alade³. Sono stati messi a confronto due gruppi di neonati, alcuni a contatto pelle a pelle con la madre dalla nascita, e altri separati temporaneamente. All'interno di ogni gruppo c'erano alcune madri a cui avevano somministrato petidina (un potente analgesico) durante il parto. Praticamente tutti i bambini che stavano a contatto con la madre e non si trovavano sotto l'effetto della petidina si muovevano da soli verso il seno, e si attaccavano in posizione perfetta. I movimenti di strisciamento iniziavano una ventina di minuti dopo il parto; e tra i quaranta e i novanta minuti quasi tutti cominciavano a poppare. Dei bambini a contatto con la madre, ma sotto l'effetto dell'analgesico, solo la metà poppavano in posizione corretta, e lo stesso succedeva con quelli che non avevano subito alcuna anestesia, ma erano stati separati dalla madre. Quindi i bambini nascono con l'istinto e la capacità di cercare il seno, trovarlo e poppare correttamente, ma quando interferiamo, che sia con la petidina o separando il bambino dalla madre, molti non ci riescono. E quando si univano i due fattori, il risultato era devastante; neanche uno riusciva a poppare nella giusta posizione, e la grande maggioranza non poppava affatto, né bene, né male. Dopo due ore dalla nascita non avevano ancora poppato.

La cosa più curiosa (vista dalla Spagna) è come gli svedesi definiscono i bambini *a contatto con la madre e separati dalla madre*. Quelli del primo gruppo, alcuni secondi dopo la nascita, prima di essere lavati o prima che mettessero loro le gocce negli occhi o qualsiasi altra cosa, venivano posizionati nudi sul corpo nudo della madre, e lì restavano per alcune ore. Quelli del gruppo *separati*, appena dopo il parto, prima di venire lavati o pesati o che mettessero loro le gocce negli occhi, venivano posizionati nudi sul corpo nudo della madre. Ma dopo venti minuti dalla nascita venivano separati, lavati e pesati e solo dopo quaranta minuti dalla nascita venivano risistemati nudi sul corpo nudo della madre, e lì restavano per due ore. Questa separazione di venti minuti, che non erano neanche i primi venti, già interferiva con la capacità del bambino di poppare. E

3 L'autore si riferisce al medico Lennart Righard e all'infermiera-ostetrica Margaret Alade, autori di numerosi studi e pubblicazioni riguardanti l'allattamento materno (N.d.C.).

che dire allora dei neonati che non toccano e a volte neanche vedono la madre per tre, sei, dodici ore, o addirittura di più? Magari tutti i bambini che nascono in Spagna avessero lo stesso contatto con la madre che hanno i neonati *separati* in Svezia⁴.

Certo, non pensate che il dettaglio del contatto pelle contro pelle sia una specie di cerimonia *new age* o di terapia naturalista. Non si tratta di trasmettere vibrazioni positive né energia tellurica. Si trasmette calore, nel senso più stretto del termine. Vari studi (tra i quali quelli realizzati in Spagna nell'ospedale 12 de Octubre di Madrid e nel Joan XXIII di Tarragona, centri pionieri di questo argomento) dimostrano che il bambino a contatto pelle a pelle con la madre mantiene la temperatura normale, o la recupera nel caso si sia abbassata.

Noi mammiferi siamo animali a sangue caldo, abbiamo bisogno di mantenere una temperatura corporea costante. Per lottare contro il freddo dobbiamo bruciare più zuccheri, mobilitando le nostre riserve, e impiegando più ossigeno, il che obbliga i nostri polmoni, cuore e fegato a lavorare più in fretta. Per un neonato è molto più difficile che per un adulto, per questo i bambini appena nati sono esposti al rischio di una pericolosa ipotermia.

Noi adulti ci copriamo per non avere freddo. Ma i vestiti non scaldano, isolano solamente. Il nostro organismo produce facilmente calore, e i vestiti impediscono che questo calore si disperda. Lo stesso cappotto che permette che non abbiate freddo può far sì che un blocco di ghiaccio non si scioglia. Ma il problema del neonato è proprio che fa fatica a produrre calore sufficiente. Ha bisogno di una fonte di calore esterna. All'interno dell'utero, si trova alla stessa temperatura della madre, sui 37°C. Se viene

4 Secondo l'OMS, attaccare al seno il bambino subito dopo il parto è un importante fattore per favorire l'allattamento materno. In Italia – sulla base dei dati raccolti dall'ISTAT nel biennio 2004-2005 su *Gravidanza, parto, allattamento al seno* nell'ambito dell'indagine multi-scopo *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* – solo il 48,4% delle donne ha avuto questa possibilità, con rilevanti differenze territoriali: solo il 38,3% ha potuto farlo nel Sud mentre questa pratica è molto più diffusa nel Nord-est (59,9%). Tra quante hanno avuto la possibilità di tentare l'allattamento dei loro bambini subito dopo il parto, sono di più le donne che allattano al seno (84,3%), quelle che hanno un periodo di allattamento esclusivo o predominante (70,2%) ed è maggiore la percentuale di quante allattano oltre i sei mesi (34,5%). L'argomento è stato oggetto, nel 2007, della Settimana per l'Allattamento Materno (SAM): *Allattamento al seno: la prima ora salva 1 milione di bambini!* Maggiori informazioni sono disponibili sul sito Internet del MAMI (Movimento Allattamento Materno Italiano): www.mami.org/sam/sam_07/idee_07.html (N.d.C.).

messo nudo sul corpo nudo della madre, i due continueranno ad avere la stessa temperatura, è una legge fisica. La madre è la miglior fonte di calore, efficace, sicura, sempre alla stessa temperatura, continua a scaldare anche se tagliano luce e gas, e il bambino non si scotterà mai fra le sue braccia. Ma se mettiamo fra madre e figlio uno o molti strati di isolante sotto forma di vestiti, il bambino non riceverà il calore di cui ha bisogno.

Righard L, Alade MO, *Effect of delivery room routines on success of first breast-feed*, in "Lancet", num. 336, 1990, pp. 1105-7.

Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H et al., *Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot*, in "Acta Paediatr", num. 81, 1992, pp. 488-493.

Gomez Papi A, Baiges Nogues MT, Batiste Fernández MT, Marca Gutiérrez MM, Nieto Jurado A, Closa Monasterolo R, *Metodo Canguro en sala de partos en recién nacidos a término*, in "An Esp Pediatr", num. 48, 1998, pp. 631-633.

2. Confusione tra capezzolo e tettarella

Tutti sanno che quando i bambini si abituano al biberon possono smettere di poppare. Molte madri dicono: "Mi ha rifiutato il seno". La spiegazione più comune è che "siccome il biberon è più semplice, diventano sfaticati e non si vogliono sforzare con il seno".

Ma questo non è vero. Il biberon non è più semplice. Vari studi, tanto su bambini prematuri che su bimbi con gravi malformazioni cardiache, dimostrano che la frequenza cardiaca e respiratoria e il livello di ossigeno nel sangue si mantengono più stabili quando succhiano dal seno che non quando prendono un biberon. I bambini nascono per poppare dal seno, i loro muscoli e i loro riflessi sono programmati precisamente per questo, mentre prendere un biberon richiede un apprendimento specifico.

Il problema non è il fatto che sia più facile o più difficile, ma che è diverso. Il bambino deve estrarre il latte dal seno, ad eccezione delle poche gocce che escono da sole, e per far questo la lingua deve spingere ritmicamente all'indietro. Oltre a far sì che il latte fuoriesca, questo movimento tende a introdurre il seno sempre di più all'interno della bocca, cosa che a sua volta permette al bambino di poppare meglio. Dal biberon, invece, il latte esce da solo; il bambino deve fare in modo che il latte smetta di uscire per poter ingerire quello che ha già in bocca. Con il biberon la lingua si muove ritmicamente in avanti. Questo movimento tende a spingere il biberon fuori dalla

bocca. Per impedirlo, tutte le tettarelle e i succhiotti del mondo si allargano sulla punta formando una specie di bolla che fa da tappo.

Dietro il tappo, la tettarella si restringe in modo tale che il bambino possa prendere il biberon con la bocca quasi chiusa; se aprisse tanto la bocca come fa quando prende il seno, non servirebbe il tappo e il biberon gli cadrebbe di sicuro.

Alcuni bimbi più grandicelli alternano senza alcun problema seno e biberon (o succhiotto), facendo ogni volta i movimenti precisi con la lingua e con le labbra. Ma durante le prime settimane sono in molti quelli che fanno confusione; se riescono a prenderne bene uno, non capiscono come funzioni l'altro. Nei primi giorni, molte madri dicono: "Chiede continuamente il seno, ma non c'è modo di fargli prendere il ciuccio" (*continuamente* significa in questo caso *prima di tre ore*), e molte altre esclamano: "Non vuole poppare, e non capisco cosa gli succede perché succhia continuamente il ciuccio" (e poi la tipica spiegazione: "Non vuole il seno perché non esce niente" non è vera; non è mai uscito nulla da un ciuccio e nonostante questo lo succhiano).

La prima volta che si dà un biberon a un neonato (per esempio quando nel bel mezzo della notte qualcuno decide di darglielo per non svegliare la madre), molto spesso lo rifiuta. A parte il fatto che il latte ha un sapore strano e la tettarella anche, è dura e ha una forma singolare; quando cerca di succhiare come se fosse un seno, il latte esce a una velocità tale che al bimbo va di traverso. Così respinge la tettarella, sputando e piangendo. Ma l'infermiera continua a insistere. L'infermiera affabile dice: "Non è nulla, ci ci ci, questo bimbo così bravo beve il suo lattino"; l'infermiera scorbatica dice: "Adesso basta fare i capricci, cosa si crede questo bambino?"; comunque sia insistono entrambe. Dopo alcuni secondi di angoscia il bimbo scopre che facendo così e cosà con la lingua, non gli va più di traverso. "Molto bene, vedi che è facile?", dice un'infermiera; "vedi che erano tutte storie?", dice l'altra.

Alcune ore più tardi, quando lo porteranno alla madre, il neonato *penserà* quel che più avanti dirà centinaia di volte: "Guarda mamma, guarda cosa so fare!". Proverà a fare con il seno quel che ha appena imparato con il biberon, spingendo con la lingua. Con sorpresa e sconforto, il seno gli uscirà dalla bocca. Perché i seni non hanno il tappo; tutti i seni del mondo terminano *a punta*.

“Mi rifiuta il seno e piange”, dice la madre afflitta. Sfnita dal parto, in pieno uragano ormonale, presa dalla tristezza post-parto (più lieve ma molto più frequente della depressione), la madre in realtà sta dicendo: “Mi rifiuta, il seno, e piange.” Si sente rifiutata dal suo stesso figlio; è possibile cadere più in basso? “Non preoccuparti, si attaccherà la prossima volta”, dice l’infermiera affabile. “Certo, non hai latte”, dice l’infermiera scorbutica. Si portano via il bambino e gli danno un altro biberon. È l’inizio della fine.

Perché tutte le infermiere (e tutte le madri, le nonne, i padri o le vicine) sanno che è possibile dare un biberon a un bambino. Sempre. Se non lo vuole, è solo questione di pazienza. Nessuno dice: “Lascialo in pace; ci hai già provato, ci sono volte in cui il biberon semplicemente non funziona”; “a mia cognata è successa la stessa cosa, il bambino rifiutava il biberon e quasi moriva di fame, alla fine ha dovuto dargli il seno”; “non bisogna essere fanatici dei biberon, oggi giorno con il seno crescono benissimo”; “io sono il primo difensore del biberon, ma bisogna riconoscere che alcune donne non ci riescono”; “è meglio dargli il seno con amore che il biberon con risentimento”; “non fai alcun bene a tuo figlio; dandogli il biberon in questo modo non fai che trasmettergli il tuo nervosismo”; “non devi sentirti in colpa, non è obbligatorio dare il biberon per essere una buona madre”...

Se tutte le madri avessero la stessa assoluta certezza che sempre, sempre è possibile allattare un bambino, continuerebbero a insistere, e quasi tutti i bambini smetterebbero di *rifiutare* il seno dopo pochi minuti. E nei casi più difficili, l’aiuto verrebbe dall’infermiera, sicura e nello stesso tempo con più esperienza. Se tutte le madri, infermiere, nonne, padri e vicine avessero tanta fiducia nel seno come ce l’hanno nel biberon, non avrei dovuto scrivere questo libro.

Questo *rifiuto* del seno quando il bambino si è abituato al biberon è conosciuto come *confusione del capezzolo* o *confusione tra il capezzolo e la tettarella*. Per evitarla si raccomanda di non dare biberon o succhiotti ai bambini, almeno durante il primo mese. Dopo il mese, molti bambini rifiutano con forza il biberon o il succhiotto, e non si lasciano più ingannare così facilmente come un neonato. Altri prendono il biberon, o usano il succhiotto, ma non si confondono più, e in ogni caso muovono la lingua in modo corretto. Ma ci sono anche bambini che, qualsiasi età abbiano (anche più di sei mesi), quando cominciano a usare succhiotti o biberon iniziano a *rifiutare* il seno, o a poppare in modo doloroso per la madre.

Alcuni medici insistono a dire che la confusione del capezzolo non esiste, e che dare uno o più biberon ai neonati non pregiudichi in alcun modo l'allattamento materno. Quel che è certo è che non esistono prove sperimentali, perché per questo bisognerebbe dare il biberon di proposito a un gruppo di bambini, scelti a caso, per vedere cosa succede. Quelli che pensano che questo non sia un male non si disturberanno a fare un simile studio, noi che siamo invece convinti che sia un danno, pensiamo che non sarebbe etico eseguire un esperimento del genere. “Che importa se esiste o non esiste?”, penserà il lettore; di fronte al dubbio, meglio non dargli il biberon e basta. Ebbene risulta che alcuni di quelli che non credono in questa confusione raccomandano a tutti i bimbi allattati al seno almeno un biberon alla settimana, perché si abituino. Perché se no, quando la madre riprenderà a lavorare, o per qualsiasi altro motivo dovrà uscire di casa, il bambino rifiuterà il biberon. Bene, almeno riconoscono che la confusione funziona in un senso, che il bambino che si *abitu*a al seno poi rifiuta il biberon.

3. Mancanza di modelli culturali

L'allattamento nei primati superiori non è puramente istintivo (vedi pag. 36). Manca un apprendimento derivato dall'osservazione; apprendimento che in natura avviene in modo spontaneo. Ma molte madri partoriscono senza aver mai visto allattare altre donne. Alcune non hanno neanche mai tenuto in braccio un bambino. Molte adolescenti non hanno vissuto l'esperienza di vedere una madre crescere il proprio figlio, ma quella di lavorare come baby sitter, prendendosi cura del bambino (e dandogli il biberon) quando la madre non c'è.

Al contrario è piuttosto facile incontrare bambini che prendono il biberon: nei parchi, nei film, nelle foto sulle riviste. Questo contribuisce al fatto che, in molti Paesi europei, le immigranti allattino meno delle autoctone. Le turche che vivono in Svezia, per esempio, non solo allattano meno delle turche che sono rimaste in Turchia; ma allattano anche meno delle svedesi. La Svezia è uno dei Paesi europei in cui si allatta di più, ma le immigranti non capiscono. Non capiscono i libri, non hanno amiche con cui parlare, possono solamente guardare le foto sulle riviste, giungendo così alla con-

clusione che “il biberon dev’essere meglio, perché qui lo prendono tutti i bambini”.⁵

Dato che, invece, hanno visto molte volte dare il biberon, nelle foto o dal vivo, molte madri cercano di allattare tenendo il bambino come se gli stessero dando un biberon, con la testa nell’interno del gomito e lo sguardo verso l’alto. Messa così, il bambino deve torcere e piegare il collo e quasi non raggiunge il seno.

Anche l’arte può proporre modelli inadeguati. In molte opere Gesù bambino viene allattato seduto e con il collo girato. Ma guardate bene il bambino: di solito ha già molti mesi, a volte uno o due anni. I neonati in realtà non sono molto fotogenici; il quadro riesce meglio con un bambino grandicello. I bimbi più grandi, come abbiamo già detto, riescono a poppare bene in quasi tutte le posizioni. E in alcuni quadri il bambino non sta neanche succhiando; sta guardando il pittore (la cosa più interessante che abbia visto nella sua vita, è ovvio) mentre dà al capezzolo uno strattone da far paura.

4. L’abnegazione

Anche il mito della madre che si sacrifica contribuisce a far sì che molti bambini succhino il seno in posizione sbagliata.

Perché il capezzolo fa tanto male? Un pizzicotto sul capezzolo è molto più doloroso che in qualsiasi altro punto della pelle. Deve forse essere molto sensibile, per poter reagire agli stimoli e scatenare i riflessi dell’ossitocina e della prolattina? Non necessariamente. Quello che conosciamo come *tatto* sono, in realtà, vari sensi diversi, con ricettori e nervi distinti. Il capezzolo potrebbe essere molto sensibile alla pressione o al contatto, ma poco sensibile al dolore.

Penso che la delicata sensibilità al dolore serva a garantire che il bambino si aggrappi bene al seno. Perché allattavano le donne delle caverne? Perché allattano gli animali? Perché il veterinario lo raccomanda, perché si dice che è molto nutritivo e protegge dalle infezioni? È chiaro che no. Il

⁵ Sull’argomento si veda Paola Negri, *Tutte le mamme hanno il latte*, Il leone verde, Torino 2005 (N.d.C.).

primo motivo per cui le madri, animali o umane, allattano è semplicemente per far tacere il bimbo. Il pianto è un suono molto sgradevole, che spinge la madre a fare qualcosa per calmarlo. Seno, braccia, carezze, canzoni, quel che sia, ma che taccia.

Cosa succedeva nella caverna di Altamira quando un bambino poppava in posizione scorretta? “Il bambino piange, gli dò il seno. Mi fa male, gli tolgo il seno. Piange ancora, gli dò il seno. Mi fa ancora male, glielo tolgo...” E così via fino a che non raggiungevano la posizione corretta: “Dài, che questa volta non mi fa male! Può succhiare tutto quel che vuole...”. Il dolore è un avvertimento del nostro corpo affinché la madre cambi posizione. In questo modo può risolvere il problema prima che compaiano ragadi, mastiti, vomito, coliche...

Ma in tempi molto più recenti, l’allattamento si è tinto di connotazioni morali. Una *buona madre* continua ad allattare, anche se le fa male. Una *buona madre* si sacrifica e compie il suo dovere:

Guarda il viso sofferente di quella madre che sta allattando, a costo di violenti e terribili dolori! Come sta per scoppiare in lacrime anche se, con uno sforzo estremo, cerca di trattenersi e come, lanciando un forte urlo, toglie bruscamente il bambino dal seno!

Dr. José J. Muñoz,
¡¡Madre...cría a tu hijo!!, 1941

Una *buona madre* non ascolta i messaggi del proprio corpo, e continua ad allattare in posizione scorretta, fino a che le usciranno le ragadi. E quando non può più sopportare il dolore, l’ansia e lo sfinimento, quando si arrende e passa al biberon, quelli che davanti a lei dicono: “Non ti preoccupare, con questi nuovi tipi di latte di oggi crescerà bene allo stesso modo”, alle sue spalle commenteranno: “È che le madri di oggi non sopportano niente”.

In conclusione, per milioni di anni non ci devono essere stati quasi mai problemi di posizione. Dopo un parto naturale, quando il bambino stava in braccio alla madre dal primo secondo e non si muoveva da lì per dei mesi (dove avrebbe dovuto stare, nella caverna-nursery?), senza succhiotti né biberon e con molte opportunità di osservare altre madri con i loro figli, quasi tutti i bambini succhiavano bene. E in caso ci fosse stato qualche problema, il dolore avvertiva la madre di correggerlo immediatamente. La

natura non poteva prevedere che la nostra società sarebbe arrivata a fare tutto il contrario.

E perché la natura non ha ideato un sistema più semplice? Se l'ossitocina fosse un po' più efficace, e tutto il latte uscisse di colpo senza fatiche per il bambino, questi potrebbe poppare anche se fosse in posizione scorretta, e siccome non dovrebbe sforzarsi, non ci sarebbero neanche più dolore e ragadi. L'idea è allettante, ma non può funzionare. Se il latte uscisse da solo, il bambino non avrebbe alcun controllo. Perché la quantità e la composizione del latte si adattino alle necessità del lattante, è necessario che questi svolga un ruolo attivo. Per questo il latte non esce da solo in nessun mammifero, bisogna sempre fare uno sforzo. Per questo le vacche, le capre, le pecore, bisogna mungerle, non basta mettere sotto un secchio e aspettare.

A proposito, già che si parlava di abnegazione materna, mi permetto di inserire una considerazione aggiuntiva contro il sacrificio. La parola *sacrificio* ha diverse accezioni, e alcune di queste non sono male: "Atto di abnegazione o altruismo, ispirato dalla veemenza d'amore". Ma può anche essere: "Azione a cui uno si sottomette con grande ripugnanza", in modo tale che può esserci confusione.

Si sacrifica un alpinista per raggiungere la cima? Si sacrifica chi studia per un concorso per diventare notaio, o chi fa pratica ore e ore al pianoforte? Non stanno facendo qualcosa che li disgusta; stanno facendo quel che desiderano fare. Io non voglio scalare una montagna né essere notaio, per questo non lo faccio.

Se volete portare vostro figlio in braccio, o dargli il seno, fatelo. Se volete smettere di lavorare per mesi o anni per crescerlo, o rifiutare una magnifica opportunità di lavoro all'estero per stare con la vostra famiglia, fatelo. Ma solo se volete. Se non volete, non fatelo. Dire: "Ho sacrificato la mia carriera professionale per stare con mio figlio" è assurdo tanto quanto: "Ho sacrificato la relazione con mio figlio per la mia carriera". Non sono sacrifici, sono scelte. Vivere è scegliere, le giornate hanno solamente ventiquattro ore e chi fa una cosa non può farne un'altra contemporaneamente. Scegliete quello che in ogni momento vi sembra opportuno, e basta. Chi fa quel che vuole non sta rinunciando, sta riuscendo; non si sacrifica, ma trionfa.

La sfumatura è importante, perché chi fa (o crede di fare, o vuole credere di fare) un sacrificio lo fa, per definizione, molto malvolentieri. Non si considera appagato, crede che gli si debba qualcosa. Presto o tardi avrete

72 Un dono per tutta la vita

conflitti coi vostri figli. In questi momenti, chi crede di essersi sacrificato pensa (o peggio, dice): “Sembra assurdo, dopo tutto quel che ho fatto per te” o “per colpa tua non sono potuto arrivare a...”. Le parole, una volta pronunciate, non possono essere cancellate. Invece, le persone coscienti di aver fatto ciò che desideravano pensano: “Che peccato che dopo tutti gli anni di gioia che mi hai dato, ora abbiamo un conflitto” o “grazie a te ho avuto il privilegio di essere padre”. O, ancora meglio, lo dicono.

INDICE

| | | |
|--------------|--|----|
| INTRODUZIONE | 7 | |
| I | COME FUNZIONA IL SENO | 9 |
| | <i>A discrezione del consumatore</i> | 9 |
| | <i>Il seno, cos'è e a cosa serve</i> | 14 |
| | L'esterno del seno | 14 |
| | La parte che non si vede | 16 |
| | Gli ormoni dell'allattamento | 17 |
| | – La prolattina | 17 |
| | – L'ossitocina | 19 |
| | – Il FIL | 24 |
| | Il controllo del volume del latte | 28 |
| | Il controllo della composizione del latte | 30 |
| II | COME ALLATTARE | 36 |
| | <i>L'igiene</i> | 37 |
| | <i>La frequenza e la durata delle poppate</i> | 37 |
| | <i>Come poppano i bambini</i> | 46 |
| | <i>La posizione, chiave del successo</i> | 47 |
| | <i>Conseguenze di una posizione scorretta</i> | 48 |
| | <i>Come fargli assumere una posizione adeguata</i> | 53 |
| | Altre posizioni | 61 |
| | <i>Perché poppano in posizione scorretta</i> | 62 |
| | 1. Interferenze dopo il parto | 63 |
| | 2. Confusione tra capezzolo e tettarella | 65 |
| | 3. Mancanza di modelli culturali | 68 |
| | 4. L'abnegazione | 69 |

370 Un dono per tutta la vita

| | | |
|-----|--|-----|
| III | LA GRAVIDANZA | 73 |
| | <i>Gruppi di appoggio all'allattamento</i> | 75 |
| IV | IL PARTO | 76 |
| | <i>Anestesia</i> | 76 |
| | <i>Non usare lo iodio</i> | 78 |
| | <i>La recisione del cordone ombelicale</i> | 79 |
| V | INIZIO DELL'ALLATTAMENTO | 80 |
| | <i>Ospedali amici dei bambini</i> | 80 |
| | <i>La montata lattea</i> | 85 |
| | <i>La perdita di peso</i> | 86 |
| | Compressione del seno | 90 |
| | Aggiunte | 91 |
| VI | ALCUNE CURIOSITÀ SUI BAMBINI ALLATTATI AL SENO | 97 |
| | <i>Il petto del bambino</i> | 97 |
| | <i>L'ombelico</i> | 98 |
| | <i>Il bagno</i> | 98 |
| | <i>La cacca</i> | 100 |
| | <i>La pipì</i> | 103 |
| | <i>Il sonno</i> | 105 |
| | Devo svegliarlo per poppare? | 105 |
| | Quando dormirà tutta la notte? | 107 |
| | <i>I gas</i> | 108 |
| | <i>Le coliche</i> | 111 |
| | <i>Chiarimenti</i> | 116 |
| | <i>La dentizione</i> | 118 |
| | <i>I morsi</i> | 120 |
| | <i>La fame</i> | 121 |
| | <i>Periodi di crescita</i> | 122 |
| | <i>La crisi dei tre mesi</i> | 122 |
| | <i>Rifiuto del seno</i> | 123 |
| | Falso rifiuto | 123 |
| | Dolore o malattia del bambino | 124 |
| | Problemi di tecnica | 125 |
| | Cambiamenti che disturbano il bambino | 126 |
| | Rifiuto unilaterale | 126 |
| | Come superare il rifiuto | 128 |
| | <i>Il peso</i> | 128 |

| | | |
|------|--|-----|
| | Le curve del peso non sono rette | 128 |
| | La metà dei bambini è sotto la media | 129 |
| | I grafici del peso non sono percorsi obbligati | 129 |
| | Se davvero non ingrassa... | 130 |
| | I nuovi grafici con i bambini allattati al seno | 131 |
| | Non ha senso pesare i bambini tutte le settimane | 132 |
| | Ritardo costituzionale della crescita | 132 |
| VII | PROBLEMI AL SENO | 134 |
| | <i>Capezzioli invertiti</i> | 134 |
| | <i>Dolore ai capezzoli</i> | 138 |
| | Ragadi al capezzolo | 138 |
| | Frenulo corto | 141 |
| | Candidosi del capezzolo | 146 |
| | Dolore profondo (infezione) del capezzolo | 147 |
| | Sindrome di Raynaud del capezzolo | 149 |
| | Eczema del capezzolo | 151 |
| | Vescica bianca di latte | 151 |
| | Paracapezzoli | 152 |
| | <i>Infiammazioni del seno</i> | 153 |
| | Ingorgo mammario | 153 |
| | Ostruzione di un condotto | 157 |
| | Mastite | 158 |
| | Ascesso mammario | 160 |
| | Troppi seni | 161 |
| VIII | LA MANCANZA DI LATTE (IPOGALATTIA) | 162 |
| | <i>Alcune cause di una reale ipogalattia</i> | 164 |
| | Ipotiroidismo | 164 |
| | Ritenzione della placenta | 165 |
| | Agenesia del tessuto mammario | 165 |
| | Chirurgia | 165 |
| | Sindrome di Sheehan | 166 |
| | Deficit congenito di prolattina | 167 |
| | Denutrizione | 167 |
| | <i>Galattogoghi</i> | 168 |
| IX | ALIMENTAZIONE DELLA MADRE | 171 |
| | <i>Quanto mangiare</i> | 171 |
| | <i>Cosa mangiare</i> | 173 |

372 Un dono per tutta la vita

| | |
|--------------------------------------|-----|
| La dieta della mucca | 175 |
| Alimenti proibiti | 176 |
| – Gas misteriosi | 177 |
| Alimenti per avere più latte | 178 |
| – La birra | 178 |
| – Il latte vaccino | 179 |
| Dieta vegetariana | 181 |
| – Vegetarianesimo stretto | 182 |
| Vitamine e minerali | 184 |
| – Iodio | 184 |
| – Vitamina B12 | 186 |
| – Ferro | 187 |
| – Calcio | 187 |
| <i>Quanto bere</i> | 189 |
| <i>Prevenzione dell'allergia</i> | 190 |
| <i>Dimagrire</i> | 190 |
| | |
| X IL RITORNO AL LAVORO | 193 |
| <i>Questioni pratiche</i> | 193 |
| Il congedo di maternità | 193 |
| L'ora dell'allattamento | 194 |
| Riduzione della giornata | 195 |
| Permesso non retribuito | 195 |
| Portare il bambino al lavoro | 197 |
| Prodotti tossici sul posto di lavoro | 198 |
| Piloti e assistenti di volo | 200 |
| I viaggi d'affari | 200 |
| Chi si prenderà cura di mio figlio? | 201 |
| Conoscenza reciproca | 205 |
| Cosa mangerà quando non ci sarò? | 206 |
| Abituarsi al cibo | 208 |
| Togliersi il latte | 209 |
| – L'estrazione del latte | 210 |
| – Una banca del latte? | 213 |
| – Conservazione del latte | 213 |
| – Come scaldare il latte | 215 |
| – Come somministrare il latte | 217 |
| <i>Questioni politiche</i> | 219 |

| | | |
|------|---|-----|
| XI | ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE | 222 |
| | <i>Riassunto pratico</i> | 222 |
| | Alcuni dettagli abbastanza importanti | 222 |
| | Alcuni trucchi pratici | 225 |
| | <i>Terminologia</i> | 229 |
| | <i>Un po' di storia</i> | 231 |
| | <i>Perché sei mesi?</i> | 235 |
| | Necessità teoriche dei nutrienti | 236 |
| | – Il ferro | 240 |
| | Mio figlio ha forse bisogno di vitamine? | 244 |
| | Dati empirici | 245 |
| XII | LO SVEZZAMENTO | 248 |
| | <i>Svezzamento spontaneo</i> | 249 |
| | <i>Svezzamento guidato</i> | 250 |
| XIII | MEDICINALI E ALTRE SOSTANZE | 253 |
| | <i>L'origine del mito</i> | 255 |
| | <i>Alcune idee generali</i> | 258 |
| | <i>Come cercare informazioni</i> | 261 |
| | Posologia e vademecum | 262 |
| | Informazioni su Internet | 263 |
| | PubMed (Medline), la madre di tutte le informazioni | 264 |
| | <i>Giorni impiegati ad assumere una pastiglia</i> | 266 |
| | <i>Alcool</i> | 268 |
| | <i>Tabacco</i> | 271 |
| | <i>Caffè</i> | 273 |
| | <i>Isotopi radioattivi</i> | 273 |
| | <i>Contaminanti ambientali</i> | 274 |
| XIV | MALATTIE DELLA MADRE | 277 |
| | <i>Anemia</i> | 277 |
| | <i>Asma</i> | 278 |
| | <i>Allergie</i> | 278 |
| | <i>Miopia</i> | 278 |
| | <i>Carie nella madre</i> | 279 |
| | <i>Epilessia</i> | 279 |
| | <i>Dolore</i> | 280 |
| | <i>Influenza e raffreddore</i> | 280 |

374 Un dono per tutta la vita

| | | |
|-----|--|-----|
| | <i>Ulcera allo stomaco</i> | 280 |
| | <i>Amalgama dentale</i> | 281 |
| | <i>Diabete</i> | 281 |
| | <i>Cancro alla mammella</i> | 282 |
| | <i>Fibrosi cistica</i> | 283 |
| | <i>Malattie infettive</i> | 283 |
| | Epatite B | 284 |
| | Epatite C | 284 |
| | AIDS | 285 |
| | Tubercolosi | 286 |
| | Diarrea | 287 |
| | Varicella-herpes zoster | 288 |
| | Herpes simplex | 289 |
| | <i>Ipertiroidismo</i> | 290 |
| | <i>Ipotiroidismo</i> | 291 |
| | <i>Iperensione e cardiopatia</i> | 291 |
| | <i>Depressione</i> | 292 |
| | <i>Prolattinoma</i> | 293 |
| | <i>Ricovero ospedaliero</i> | 294 |
| | <i>Colite ulcerosa (come cercare informazioni in Internet)</i> | 295 |
| XV | CIRCOSTANZE PARTICOLARI | 297 |
| | <i>Gemelli</i> | 297 |
| | <i>Prematuri</i> | 298 |
| | <i>Banche del latte</i> | 299 |
| XVI | MALATTIE DEL BAMBINO | 301 |
| | <i>Ittero</i> | 301 |
| | <i>Sindrome di Down</i> | 305 |
| | <i>Labbro leporino</i> | 306 |
| | <i>Palatoschisi</i> | 307 |
| | <i>Fenilchetonuria</i> | 308 |
| | <i>Mandibola piccola</i> | 309 |
| | <i>Problemi neurologici</i> | 309 |
| | <i>Cardiopatia congenita</i> | 309 |
| | <i>Diarrea</i> | 310 |
| | <i>Intolleranza al lattosio</i> | 312 |
| | <i>Galattosemia</i> | 312 |
| | <i>Allergia al latte e ad altri alimenti</i> | 313 |

| | | |
|-------|--|-----|
| | <i>Interventi chirurgici</i> | 316 |
| | <i>Digiuno prima delle analisi cliniche</i> | 316 |
| | <i>Riflusso gastroesofageo</i> | 317 |
| | <i>Carie nel bambino</i> | 317 |
| XVII | ALTRI DUBBI | 322 |
| | <i>Pratico un allattamento misto. Posso eliminare il biberon?</i> | 322 |
| | <i>Ho smesso di allattare da settimane, posso riprendere?</i> | 324 |
| | Mi hanno dato delle pastiglie per bloccare la produzione del latte... | 326 |
| | <i>Allattare un bambino adottato</i> | 327 |
| | <i>Cesareo</i> | 328 |
| | <i>Caduta dei capelli</i> | 328 |
| | <i>Radiografie</i> | 329 |
| | <i>Tingersi i capelli</i> | 330 |
| | <i>Esercizio fisico</i> | 331 |
| | <i>Creme depilatorie</i> | 332 |
| | <i>Raggi UVA</i> | 332 |
| | <i>Tatuaggi</i> | 332 |
| | <i>Piercing</i> | 333 |
| | <i>Mestruazioni</i> | 333 |
| | <i>Rabbia e stress</i> | 333 |
| | <i>Cambi di temperatura</i> | 334 |
| XVIII | ALLATTAMENTO E FERTILITÀ | 335 |
| | <i>Effetto anticoncezionale dell'allattamento</i> | 335 |
| | <i>Il LAM</i> | 338 |
| | <i>Altri metodi contraccettivi</i> | 339 |
| | <i>Allattamento e gravidanza, allattamento in tandem</i> | 341 |
| XIX | ALLATTAMENTO E SALUTE | 344 |
| | <i>Allattamento e salute infantile</i> | 345 |
| | <i>Allattamento e salute materna</i> | 348 |
| | <i>Il latte come medicina</i> | 349 |
| XX | PROTEZIONE LEGALE | 350 |
| XXI | SEPARAZIONE E DIVORZIO | 353 |
| XXII | LA COLPA | 355 |

376 Un dono per tutta la vita

XXIII COME CAMBIARE IL MONDO
Il potere della penna

361
361

LETTURE E SITI CONSIGLIATI

366

Finito di stampare
nel mese di Aprile 2018 presso
Tipolito Graphicolor, Città di Castello (PG)