

# IL RUOLO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA NEL SUPPORTARE L'ALLATTAMENTO AL SENO PROLUNGATO ED ESCLUSIVO

Raffaele D'Errico

Pediatra di famiglia ASL NA1 Distretto 48

Medico e Bambino 2002; 21:99-103

Allattare non è prerogativa di poche donne, ma di tutte quelle che vogliono e possono allattare. Che il latte materno rappresenti l'alimento ideale per il piccolo dell'uomo non c'è ombra di dubbio e non era certamente necessario che i ricercatori di tutto il mondo si affannassero per confermarlo: un "vaccino universale", comodo, che si prepara in casa, che non costa niente, che si somministra per bocca, che non ha effetti collaterali e indesiderati, sperimentato da milioni di anni! (1,2)

Ciò nonostante ci sono volute "Raccomandazioni" dell'OMS, dell'Unicef, dell'AAP, dichiarazioni di associazioni, come La Leche League International, per promuovere l'allattamento al seno e ciò nonostante sembra che si faccia del tutto per evitare che la mamma allatti e, in un caos generale, continuano ad allattare ancora poco. Infatti, quasi ovunque molte madri cominciano a dare ai bambini latte artificiale o altri alimenti prima dei 4 mesi e sospendono l'allattamento al seno molto prima che il bambino abbia compiuto l'anno di vita. Ciò accade, in genere, per il timore di non avere abbastanza latte, qualche difficoltà legata all'allattamento, la ripresa del lavoro, la mancanza di aiuto a casa, comportamenti non adeguati delle strutture sanitarie, incompetenza dei medici.

Oggi, la realtà sociale è notevolmente cambiata: le grandi malattie infettive sono scomparse, la cultura, la salute generale, il tenore di vita sono nettamente migliorati, la donna lavora, e l'allattamento materno, come Dio, sembrano rappresentare qualcosa di cui l'uomo, oggi, ne può fare anche a meno. Eppure la scienza afferma che non è così e

insegna che l'allattamento materno non è solo "fornire un alimento", ma donare al bambino delle sensazioni e dei nutrienti "speciali" che, probabilmente, faranno di lui un uomo sano ed equilibrato.

La realtà generale è quella di una donna che vuole allattare, ma alla quale manca il sostegno necessario.

## E DOPO LE LINEE GUIDA IL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Proprio dove le linee guida terminano nascono i problemi, quelli di tutti i giorni, quelli che vedono il Pediatra di famiglia (Pdf) a "combattere" in frontiera, laddove cioè le linee guida si scontrano con le realtà quotidiane, fatte di difficoltà, incomprensioni, ignoranza e false credenze.

Ma che cosa, allora, può fare il Pediatra per promuovere e supportare l'allattamento al seno esclusivo e prolungato? O meglio: che cosa vuole una madre dal Pediatra di famiglia?

- ? Essere rassicurata che il latte sia sufficiente;
- ? Aiutata a superare le difficoltà dell'allattamento;
- ? Aiutata ad allattare alla ripresa del lavoro;
- ? Qualcuno con cui parlare;
- ? Essere compresa;
- ? Non vuole essere incolpata se non vuole o non può allattare.

Tutto questo il Pdf lo può fare, è di sua esclusiva competenza e deve imparare a farlo attraverso le conoscenze fisio-patologiche dell'allattamento e l'arte del counselling.

Benché già ampiamente descritti nelle linee guida, i problemi che maggiormente si oppongono all'allattamento al seno, prima che intervenga il Pdf, sono:

- 1) Poppate di soluzione fisiologica e di formula prima della montata latte.
- 2) Assenza del Rooming-in e dell'allattamento a richiesta.
- 3) Dimissioni non chiare e mancanza di supporto adeguato.
- 4) Ritardato contatto col Pdf.

Pertanto, senza voler entrare in merito ai singoli problemi elencati, vorrei solamente sottolineare quello che ritengo il punto più importante e che, spesso, rende arduo il compito del Pdf nel promuovere un allattamento esclusivo e prolungato e che riguarda i punti 3 e 4.

Nell'ambito di "informazioni non chiare fornite al momento della dimissione", senza alcun dubbio, riveste un ruolo fondamentale l'aggiunta di un foglio di dimissione con la faticosa frase "...in caso di ...aggiungere il seguente latte..." e che ancora rimane abitudine di alcuni nidi. Questa frase non trova nessun significato e si oppone decisamente alla legge sulla tutela dell'allattamento al seno.

Perché non mettere anche il nome di un antipiretico in caso febbre? <sup>(3)</sup> Così com'è improbabile che il neonato manifesti febbre nei primi giorni di vita e se ciò accadesse dovrà essere visto urgentemente dal pediatra e non sarà certo sufficiente la prescrizione dell'antipiretico, altrettanto è improbabile che il latte materno sia insufficiente e tale da necessitare di una prescrizione "urgente" prima che sia stato valutato dal pediatra. Tutto ciò era considerato talmente confondente e deleterio per la riuscita dell'allattamento al seno, che dopo la legge che sanciva la proibizione nel rilascio di saggi dal nido (DM n.500, 6/4/94), venne poi il "Libretto Regionale" che, oltre a fornire indicazioni e suggerimenti specifici sull'allattamento materno, impediva (per mancanza di spazio e perché contro la direttiva europea) di aggiungere la faticosa frase... Ciò nonostante c'è voluta una Circolare Ministeriale, a firma

di Veronesi <sup>(4)</sup>, per riaffermare l'illegalità della dimissione dal nido con fogli che prescrivano il sostituto del latte materno. L'assenza di tale prescrizione alla dimissione, infatti, è di fondamentale importanza, perché impone che la madre, sotto la spinta del dubbio, dell'incertezza, della cattiva disinformazione, dei consigli del parentado, sia "costretta" a consultare il Pediatra per il giusto consiglio. Nel caso contrario, invece, la madre si farà forza sulla prescrizione e, soprattutto se ci sarà stata una forte spinta emotiva paventata da chicchessia ("*non è cresciuto!*", "*ha perso troppo!*", "*piange sempre!*" "*ha avuto il cesareo!*", "*la doppia pesata!*", "*il latte non esce!*", "*il biberon lo prende e il seno no!*"), magari suffragata dal sospetto delle nonne, finirà per arrivare al primo controllo dal Pdf già con l'introduzione del latte adattato, nella migliore delle ipotesi dato in aggiunta.

Se il punto precedente è stato, quindi, abbondantemente affrontato anche a livello Ministeriale, ancora lontana da una risoluzione è "la presa in carico del neonato da parte del Pdf", in tempi direi immediati. La possibilità di uscire dal nido con un pediatra già assegnato, contribuirebbe, infatti, certamente a lasciare al medico la decisione di proporre o meno una integrazione al latte materno, evento quasi mai necessario.

### **IL MOMENTO CRUCIALE DAL PEDIATRA DI FAMIGLIA: «C'E' IL LATTE?»**

La prima visita, la presa in carico del Pediatra di famiglia, rappresenta un momento molto importante, in particolar modo se la mamma è primipara, per tutta una serie di motivazioni:

1. E' il momento per conoscere il medico specialista in pediatria che accompagnerà nei successivi 16 anni il figlio.
2. E' il momento fondamentale per mostrare alla mamma chi è il Pdf.
3. E' il primo momento in cui la mamma e il papà sono tutti e due presenti dinanzi al pediatra.
4. E' il momento fondamentale in cui la mamma deve ricevere il sostegno

necessario per riuscire in un allattamento sereno e prolungato.

5. E' il momento in cui la mamma e il papà dovranno sentirsi a loro agio e liberi di esprimere tutte le perplessità e i dubbi.

Per fare questo è necessario che la prima visita si realizzi in un momento di grande tranquillità, serenità e disponibilità. Credo che questo momento rappresenti il biglietto da visita del pediatra e il momento fondamentale per infondere fiducia ai neo-genitori.

Pertanto, bisognerà sempre programmarla in un momento in cui il pediatra sia libero dal telefono, dalle ricette, dalle visite e possa dedicare tutto il tempo necessario per il lungo colloquio. Non credo sia il momento giusto per lanciare messaggi legati alla "convenzione", che seppur necessari e importanti, potranno trovare tempo e luogo anche in successivi e ravvicinati incontri. La prima visita deve dare l'impressione ai genitori di trovarsi di fronte ad un medico che "ama i bambini", che ha le idee chiare, che infonde loro la fiducia e la tranquillità che cercavano. La faticosa frase, che frequentemente ripeto in occasione del primo incontro, è: *"Lasciate che sia io a preoccuparmi della salute del vostro bambino. Scrollatevi di questi problemi che non vi competono... Tu, mamma, pensa ad allattare e a infondere amore e serenità a tuo figlio... Tu papà cerca di stare vicino a tua moglie e aiutala..."*

Non sostenere l'allattamento al seno equivale ad ostacolarlo! Ogni volta che incontriamo una mamma che allatta (e non solo che allatta) dobbiamo cercare di infonderle fiducia elogiandola per ciò che lei e il suo bambino fanno in modo corretto, fornendo informazioni rilevanti e suggerimenti adeguati, aiutandola ad evitare possibili errori, incoraggiandola a chiedere il nostro parere prima di cominciare l'allattamento artificiale laddove ella ritenesse necessario questo passaggio (farmaci, malattia, crisi di lattazione).

Ma non c'è ombra di dubbio che la prima visita del pediatra è ricercata affannosamente dal genitore per sapere se il proprio bambino «sta crescendo bene» e «se è necessaria

*"l'aggiunta"». A tal proposito il pediatra dovrà conoscere molto bene i fattori da ricercare per comprendere se la madre ha latte a sufficienza o meglio se il piccolo prende latte a sufficienza, poiché la maggior parte delle madri produce latte sufficiente per uno o anche due bambini. Generalmente, anche quando una madre pensa di non avere abbastanza latte, il bambino sta, in effetti, succhiando tutto il latte di cui necessita. A volte, però, il bambino non prende molto latte o perché non succhia abbastanza o perché la suzione non è efficace. E' raro che una madre non produca latte in quantità sufficiente. Nella maggior parte dei casi, infatti, una scarsa produzione dipende da una posizione scorretta del bambino quando è attaccato al seno, o da poppate di durata limitata o poco frequenti. Se si correggono questi errori, la difficoltà è superata <sup>(5)</sup>. La vera ipogalattia materna è, infatti, un evento estremamente raro, poiché si riscontra in **meno di due donne su cento** <sup>(6)</sup>. Le aggiunte di latte adattato, se non necessarie, sono sempre sconsigliate perché portano a una minore produzione di latte, poiché se si riduce la suzione, diminuisce anche la quantità.*

Alla luce di quanto detto, quindi, è importante non quanto latte una madre possa produrre, ma quanto latte un bambino assume.

Per capire se un lattante assume latte a sufficienza dovremo controllare se aumenta di peso e se urina frequentemente: questi sono gli unici dati veramente attendibili <sup>(5)</sup>.

#### **CONTROLLARE CON CHE FREQUENZA URINA.**

E' un controllo utile e rapido. Il bambino allattato esclusivamente al seno, che prende abbastanza latte, in genere urina almeno 6-8 volte in 24 ore. Un bambino che non assume latte abbastanza urina meno di sei volte al giorno (spesso meno di quattro volte). In questo caso l'urina è concentrata, ha un odore forte, un colorito giallo scuro che va nell'arancione. E' importante che il piccolo non assuma nessun altro liquido, primo perché non ne ha necessità, secondo perché può interferire con l'allattamento al seno e anche con la quantità di urina prodotta.

Non interferiscono con la produzione di latte materno, invece, l'età della madre, i rapporti

sessuali, le mestruazioni, la disapprovazione dei parenti e delle persone vicine, il ritorno al lavoro (se il bambino continua a succhiare spesso), l'età del bambino, il taglio cesareo, molti figli, una dieta semplice e comune <sup>(5)</sup>.

**CONTROLLARE SE AUMENTA DI PESO.** Questo è il segno più attendibile e tanto ricercato affannosamente dalle mamme.

Durante i primi sei mesi di vita, un bambino dovrebbe aumentare di almeno **500 gr al mese o 125 g a settimana**. Un aumento di peso di meno di 500 gr in un mese non è soddisfacente. In ogni caso, è importante sottolineare che **questa regola non è valida per i primi 15 giorni di vita**, periodo nel quale il piccolo tra la fase di adattamento post-natale, il calo fisiologico, la comparsa della montata latte può subire un incremento apparentemente scarso. Il peso, infatti, dovrebbe tornare a quello iniziale in circa due settimane. Poiché frequentemente il neonato giunge all'osservazione del pediatra tra la 7<sup>a</sup> e la 14<sup>a</sup> settimana di vita post-natale, capiterà talvolta di trovare un accrescimento apparentemente scarso o nullo, se prenderemo in considerazione il peso della dimissione e quello al momento della visita, poiché rimane incognito il reale calo (che può avvenire anche oltre le 48-72 ore dalla dimissione) o perché, comunque, l'incremento iniziale può essere fisiologicamente scarso. Presupponendo di aver indagato su tutti gli altri dati importanti nella valutazione, il peso che avremo a 15 giorni di vita dovrà essere, considerando tutto il resto nella norma, perlomeno quello della nascita <sup>(6)</sup>. Questo andrà considerato il peso di partenza sul quale, poi, giudicare il reale incremento.

Nella mia casistica personale, ricavata dai nuovi nati nel periodo 1999-2000 (*fig.1*), si può osservare che tra i neonati che hanno iniziato l'allattamento al seno esclusivo (66), 7 di essi, pari a circa il 10%, presentavano al primo controllo, avvenuto nei primi 14 giorni, un incremento "apparentemente scarso", inferiore cioè ai 125 g a settimana (*fig.2*). Esclusi altri problemi, e forniti i consigli necessari, hanno continuato tutti l'allattamento al seno "a richiesta" e tutti hanno mostrato dopo 7 giorni, un incremento ponderale più che soddisfacente. Il successivo

follow-up non ha mai deluso le aspettative e la diagnosi.

Ovviamente, non tutti hanno continuato l'allattamento al seno, per lo meno esclusivo, ma nessuno è passato al latte adattato per mio diretto intervento. Circa il 15% ha abbandonato il seno dopo il 1° mese, generalmente per problemi di rapporto madre-figlio, crisi di lattazione, ma nessuno per fondati motivi legati a dimostrata ipogalattia. Poi, c'è stato un secondo gruppo, 3-4 mesi, pari al 21%, che ha abbandonato per problemi legati alla ripresa del lavoro. Il 28% sarà staccato dal seno tra i 5 e gli 11 mesi, per i motivi più disparati, ma quasi sempre per decisioni personali o consigli non corretti, come piccoli interventi chirurgici, terapie antibiotiche, lutti e problemi familiari. Il 32% arriverà al primo compleanno con il latte della mamma e l'1.5% continuerà anche dopo (*fig.3*).

La madre il cui bambino non assume abbastanza latte dovrà essere aiutata dal Pdf non somministrando subito latte in aggiunta, ma cercando prima la causa, infondendo fiducia e supporto, fornendo aiuto in evenienze poco comuni e visitando il bambino, nei primi tempi, anche ogni giorno (semmai fosse veramente necessario!), poi settimanalmente, fino a che non aumenta di peso e la madre non si senta più tranquilla.

Le cause che più frequentemente inducono il bambino a non assumere latte a sufficienza sono quelle psicologiche della madre (mancanza di fiducia in se stessa, preoccupazione, stress, avversione per l'allattamento al seno, rifiuto del bambino, stanchezza), ma soprattutto fattori intrinseci legati all'allattamento stesso, quali inizio ritardato, poppate non frequenti, assenza di poppate notturne, poppate brevi, attaccamento inefficace, uso di biberon e ciucciotti <sup>(5)</sup>.

### **QUANDO IL LATTANTE PIANGE.**

Molte madri cominciano a dare aggiunte inutili, perché pensano che il loro bambino "pianga troppo", attribuendo la fame e il pianto al fatto di avere poco latte. Tuttavia, le aggiunte non fanno piangere di meno un bambino, anzi a volte piange di più <sup>(5)</sup>.

Un pianto continuo può turbare il rapporto tra bambino e madre e può causare tensione tra tutti i membri della famiglia. Un modo adeguato per aiutare una madre che allatta consiste nel fornirgli consigli appropriati sul pianto del suo bambino, ma per fare questo bisogna capire perché piange: per disagio (è sporco, sente caldo, sente freddo), per stanchezza (troppa confusione in casa), per malattia o dolore (in questo caso il pianto è diverso dal solito), per alimentazione della madre (è possibile un'associazione con un qualsiasi alimento, per il sapore che esso può conferire al latte, o per l'uso di caffeina e tabacco), per iperproduzione di latte, coliche, fame.

E' proprio su quest'ultimo punto che ci soffermeremo, poiché il lattante potrebbe per motivi para-fisiologici, avere fame per qualche giorno. Ma perché?

#### **Fame dovuta ad uno scatto improvviso di crescita.**

Da qualche giorno il bambino sembra avere molta fame, probabilmente perché sta crescendo più rapidamente rispetto a prima e chiede di essere allattato più spesso. Ciò si verifica più frequentemente all'età di 2 settimane, 6 settimane e 3 mesi, ma può verificarsi anche in altri periodi. Se il bambino per qualche giorno succhia più spesso, la produzione di latte aumenta e la frequenza delle poppate ritorna come in precedenza.

#### **Fame dovuta a "crisi di lattazione".**

Il latte materno è quasi sempre sufficiente per sfamare il bambino anche se possono esserci giorni in cui la produzione può diminuire. In questi casi la madre va incoraggiata a riposare più a lungo e ad allattare con più frequenza (anche ogni 2 ore per un paio di giorni), perché quando un bambino succhia più spesso si produce più latte. Il pediatra controllerà il peso del bambino dopo 4-5 giorni e prescriverà l'aggiunta solo se l'incremento ponderale risultasse basso (<15-20 grammi al giorno). Quello che più spesso si verifica durante questi momenti di "crisi di lattazione" è che, per motivi che non si conoscono bene, il bambino continua a crescere anche se la produzione di latte è effettivamente diminuita. D'altra parte la produzione di latte, se la

madre è incoraggiata dal medico e dai familiari, riprende entro 2-3 giorni come prima della crisi.

#### **SFATIAMO I MITI**

In conclusione, dobbiamo affermare che il compito del Pdf nel favorire l'allattamento al seno, seppur di fondamentale importanza, è comunque gravato da grosse difficoltà pratiche, legate soprattutto a fattori culturali e ambientali. Il Pdf non viene preparato adeguatamente alle conoscenze fisiologiche dell'allattamento, all'arte del counselling e alla gestione dei problemi più comuni che possa riscontrare la mamma durante l'allattamento. Questo dato è confortato anche dal ritardo con cui sono attualmente coinvolti i Pdf di famiglia nei corsi OMS-Unicef e dall'assenza di corsi, sia pre sia post-specializzazione, sul counselling, fondamentali non solo per la promozione dell'allattamento al seno, ma per l'intera pratica ambulatoriale del Pdf.

Quando parliamo di "cultura", però, dovremo necessariamente far riferimento anche alla cultura popolare, che talvolta diventa (ahimè!) anche "cattiva cultura medica". Se appare spesso ovvia per la madre la necessità di portare i propri dubbi sull'allattamento, spesso indotti da persone comuni, al Pdf, più difficile potrebbe sembrare la necessità di considerare il pediatra al di sopra di ogni consiglio che possa giungere da medici "specialisti". Abbiamo potuto, infatti, notare come l'allattamento al seno è stato, anche nella mia personale esperienza, interrotto senza consulto, perché lo specialista odontoiatra o ginecologo o il medico di famiglia aveva consigliato la sospensione per la pratica di piccoli interventi o terapie farmacologiche materne per le quali, invece, si sarebbe potuto continuare l'allattamento tranquillamente, come ampiamente discusso più volte anche sul Forum di Pediatria On-Line.

Probabilmente, ancora una volta, compito della Pediatria di famiglia, sarà anche quello di modificare la cultura della classe medica e sociale, sfatando i tanti miti (*fig.4*) che impregnano ancora la nostra “avanzata” società.

### **RISPOSTE IN RETE**

Il Pdf ha spesso bisogno di risposte. Molto sull'allattamento al seno si può trovare anche navigando nella grande rete. Ecco alcuni indirizzi utili. Tra quelli italiani:

**[www.lalecheleague.org/Lang/LangItaliano.html](http://www.lalecheleague.org/Lang/LangItaliano.html)**

**<http://arnone.de.unifi.it/mami/>**

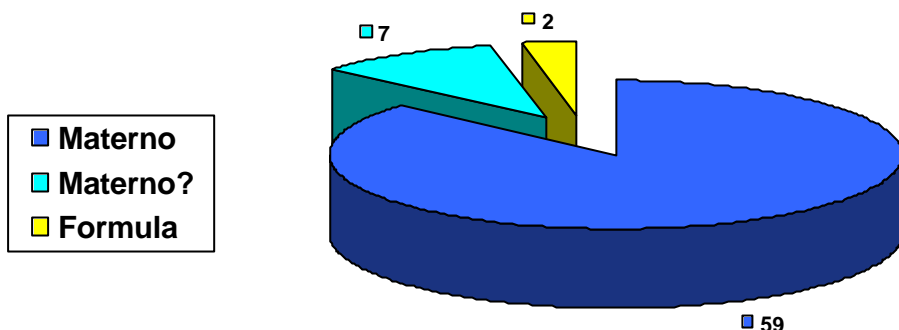
I migliori siti si possono trovare in WABA, andando direttamente all'indirizzo: **[www.waba.org.br/bookmark.htm](http://www.waba.org.br/bookmark.htm)**, che contiene un lungo elenco dei migliori siti mondiali.

Le linee guida “governative” degli USA, invece, si possono trovare all'indirizzo: **[www.medscape.com/Home/Topics/directories/dir-PED.links.html](http://www.medscape.com/Home/Topics/directories/dir-PED.links.html)** oppure in un sito australiano molto completo: **[www.rchunimelb.edu.au/breastfeed](http://www.rchunimelb.edu.au/breastfeed)**

In alternativa, ricordiamo il Forum di Pediatria On-Line ([www.pediatria.it](http://www.pediatria.it)), dove iscrivendosi ad una mailing-list è possibile scambiarsi informazioni, porre quesiti e ricevere risposte, anche da esperti.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Una catena di solidarietà per l'allattamento materno. The Lancet, vol.344, n.8932, 1239-1241
2. Work Group on Breastfeeding - Allattamento al seno e impiego del latte materno. Pediatrics 1998, vol.10, n.1
3. Biasini G. – Forum Pediatria On line 2000, Etica e libertà, 31 agosto
4. Circolare Ministeriale n.16 del 24/10/2000 GURU n.263, 10/11/2000, pag. 69.
5. OMS-UNICEF-DIP.PED.UNIV.NAPOLI “Federico II” - ASS.SANITÀ REGIONE CAMPANIA – Corso di formazione per la promozione dell'allattamento al seno, 1997
6. Venturelli L., Caso G., Marangoni B., L'educazione alla salute in pediatria di famiglia, UTET 2000, pag.63



**Figura 1 – Allattamento in nuovi nati al primo controllo studio D’Errico 1999/2000**

**Fig.2 – Follow-up di bambini con “apparente” scarso incremento ponderale al primo controllo dal Pdf (D’Errico 1999/2000)**

	PN	PD	ED	P1°c	E1°c	Incr.7gg/1g	P2°c	E2°c	Incr.7gg/1g	P1m
Giovanna	3120	2950	4gg	3020	13gg	54/7	3240	20gg	220/31	3500
Chiara	3280	2990	4gg	2850	12gg	0/0	3300	19gg	165/23	3750
Salvatore	3680	3370	3gg	3450	9gg	93/13	4000	21gg	320/46	4550
Antonio	3250	3120	3gg	3150	8gg	42/6	4050	25gg	370/52	4500
Francesco	3470	3250	5gg	3250	8gg	0/0	3400	15gg	105/15	3950
Gianluca	3480	3350	4gg	3450	10gg	70/10	3950	21gg	320/45	4350
Pierluigi	3600	3380	5gg	3450	12gg	40/6	3750	22gg	210/30	4050

**Legenda:**

PN= peso alla nascita

PD= peso alla dimissione

ED= età alla dimissione

P1°c= peso al primo controllo

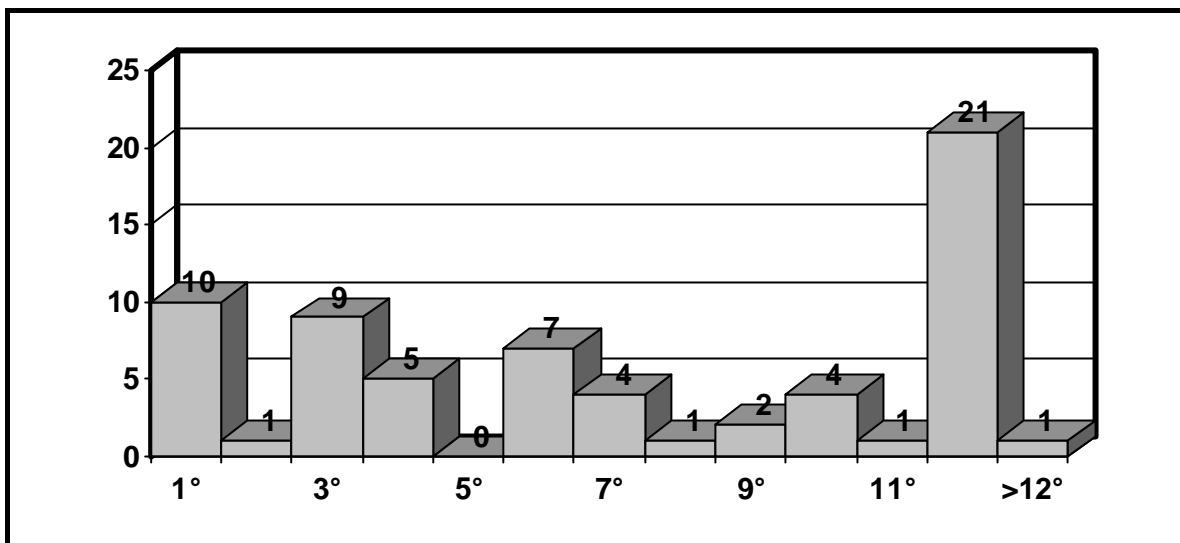
E1°c= età al primo controllo

Incr.7gg/1g= incremento ponderale in 7 giorni e al giorno

P2°c= peso al secondo controllo

E2°c= età al secondo controllo

P1m= peso a un mese



**Figura 3 – Allattati al seno esclusivo che abbandonano l'allattamento materno nel primo anno di vita (studio D'Errico 1999/2000)**

### **Fig.4 - Non è vero che...**

- ...il colostro non è sufficiente per prevenire l'ipoglicemia nei neonati a termine.
- ...bisogna fare la "doppia pesata" nei primi giorni.
- ...il latte della mamma può essere "leggero".
- ...il latte materno è insufficiente.
- ...le donne miopi non posso allattare.
- ...nel sospetto di ittero da latte materno, il latte della mamma va sospeso.
- ...il neonato di basso peso o il prematuro hanno bisogno di "latte speciali" e non di quello materno.
- ...allattare frequentemente riduce la produzione di latte.
- ...una madre deve bere latte per produrre latte.
- ...i bambini riescono ad ottenere tutto il latte di cui hanno bisogno nei primi cinque, dieci minuti della poppata.
- ...è la quantità di latte che il bambino ingerisce che determina la durata della pausa tra una poppata e un'altra.
- ...non bisogna svegliare un bambino che dorme molto.
- ...il metabolismo del neonato alla nascita è disorganizzato ed è pertanto necessario seguire delle abitudini e degli orari per aiutare a stabilizzare questo disordine.
- ...le madri che allattano devono sempre usare entrambi i seni ad ogni poppata.
- ...la mamma non dovrebbe essere un ciuccio per il bimbo.
- ...la confusione tra tettarella e capezzolo non esiste.
- ...l'allattamento frequente può portare alla depressione post-partum.
- ...le mamme che tengono troppo in braccio i loro bambini li "viziano".
- ...è importante che altri membri della famiglia nutrano il bambino per stabilire anch'essi un legame.
- ...l'allattamento a richiesta ha un effetto negativo sul rapporto marito e moglie.
- ...alcuni bambini sono allergici al latte della propria madre.
- ...l'allattamento frequente provoca nel bambino obesità a lungo termine.
- ...l'allattamento da sdraiate provoca infezioni all'udito nel lattante.
- ...l'allattamento al seno oltre i 12 mesi ha poco valore perché la qualità del latte materno comincia a diminuire dopo i sei mesi.