

Una storia di latte

Gaia H. Pallestrini

Ostetrica, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Una domenica pomeriggio mi chiamò al telefono Noemi, una cara collega del consultorio, dicendomi che una sua paziente l'aveva contattata per chiederle aiuto con l'allattamento: al controllo con il pediatra la sua neonata non era cresciuta abbastanza e per questo motivo le era stato prescritto il latte artificiale. Noemi mi disse che non poteva aiutarla perché fuori città ma che la sua paziente teneva molto all'allattamento e che durante la gravidanza aveva cercato di raccogliere più informazioni possibili sull'argomento. Le dissi che il giorno dopo sarei stata di turno in ospedale e che se avesse voluto l'avrei aiutata volentieri. Il giorno dopo, una mattinata fortunatamente tranquilla, Gessica suonò al citofono del reparto: andai ad aprirle e la trovai visibilmente preoccupata, agitata e molto demoralizzata. Non era la prima volta che mi capitava di vedere disorientamento, sfiducia e rabbia negli occhi di una mamma ed è sconcertante sapere che questo stato d'animo è causato da professionisti che dovrebbero proteggere la sua serenità in un percorso così delicato.

Le dissi di entrare e l'accompagnai in una delle nostre stanzine, piccola ma confortevole. Alle colleghe avevo chiesto di darmi del tempo perché sapevo che ce ne sarebbe voluto un po': quando si tratta di storie di latte non si può risolvere la questione con una pillola e una prescrizione, ci vuole tempo e tanto impegno ad ascoltare.

Ci sedemmo sul divanetto e mi presentai dicendole il mio nome, poi le chiesi di parlarmi di lei e di cosa la portava da me. Non conoscendo bene la sua storia (nella settimana precedente ero stata in ferie), mentre mi raccontava ciò che le era accaduto io mi appuntavo tutto in modo schematico su un foglio bianco avendo cura che lei potesse ripercorrere insieme a me la sua storia aggiungendo o modificando di tanto in tanto qualcosa. Notai che il suo parlarmi era distaccato, per tutto il tempo non aveva mai cercato il mio sguardo tenendo sempre gli occhi fissi un po' sul foglio e un po' sulla sua bambina, dispiaciuta per quello che stava accadendo e forse anche piena di sensi di colpa.

Per cercare un contatto più profondo mi alzai avvicinandomi alla carrozzina della piccola Beatrice, iniziando a fare apprezzamenti su di lei, sulla simpatica tutina che indossava, su come sembrasse tenera e vispa e sul suo bel colorito roseo: "il colorito di una bambina sana!" Le strappai un sorriso e finalmente si lasciò un po' andare: le dissi che l'allattamento molto spesso all'inizio poteva sembrare un

duro lavoro per una mamma ma che sicuramente il fatto di provarci e non voler mollare era già una grande forma di consapevolezza sull'importanza che riveste nella crescita del neonato.

Le chiesi come stesse emotivamente e cosa la preoccupasse di più... a questo punto crollò in un pianto arrabbiato dicendomi che il giorno della dimissione non era molto preoccupata, le avevano detto che il calo del 10% era da considerarsi fisiologico ma comunque ai limiti perciò le avevano programmato un controllo del peso a un giorno di distanza, aggiungendo che nella notte avrebbe dovuto attaccarla spesso poiché non erano convinti dell'effettivo arrivo della montata latte. Mi disse che Beatrice si era attaccata tutta la notte con voracità, che lei aveva dormito molto poco ma che si era presentata al controllo serena e fiduciosa.

Al controllo del giorno dopo le dimissioni (sabato) l'atteggiamento e le parole di medico e infermiera la distrussero: mi disse che l'infermiera l'aveva trattata male dicendole che "l'allattamento al seno è un vizio delle mamme, se la bambina non cresce è perché il suo latte non le basta, non può volerle dare a tutti i costi il seno, è più importante che cresca e prenda il latte artificiale in questo momento!": da quello che Gessica mi raccontò, nessuno si era premurato di chiederle come stava o cosa sentiva quando allattava o il suo percorso in ospedale prima della dimissione. In quei 20 minuti di rimproveri, spiegazioni inutili, mancato ascolto e fretta Gessica non era stata capita e l'allattamento al seno non era stato contemplato, se non dopo l'artificiale. Beatrice in realtà non aveva perso ulteriore peso, ma aveva acquistato 'solo' 10 grammi in più: la prescrizione del medico prevedeva l'inserimento di 6 pasti di latte formulato da 60 ml e il ritorno al controllo dopo 2 giorni (quindi il lunedì successivo). Disperata aveva chiamato la collega Noemi che per telefono le aveva consigliato di attaccare sempre Beatrice al seno prima di darle l'artificiale in modo da mantenerne attiva la stimolazione e permetterle di dare anche il suo latte. Gessica mi disse che così facendo Beatrice non sempre dopo la poppata al seno prendeva i 60 ml di artificiale e che molto spesso lasciava il biberon mezzo pieno; mi disse anche che nella notte aveva provato a tirarsi il latte ma che non era mai riuscita a tirare 60 ml in un'unica poppata e che, demoralizzata e presa dal panico un paio di volte aveva integrato con il formulato per paura di non sopperire adeguatamente alle

richieste di Beatrice.

La tranquillizzai spiegandole che le quantità da considerare per ogni poppata di latte materno e artificiale sono diverse poiché diversa è la frequenza di assunzione: se il pasto di latte formulato viene consumato con una frequenza di 6 volte nella giornata (frequenza legata ai lunghi tempi per digerirlo), le poppate nell'allattamento esclusivo al seno non sono mai 6 ma minimo 8-12 nella giornata, perciò, è normale una produzione diversa rispetto alle quantità indicate dal pediatra. Le raccontai anche che la produzione di latte risente molto della stanchezza e dello stress materni e che il fatto che Beatrice molto spesso lasciasse il biberon di artificiale mezzo pieno era segno che molto probabilmente il suo latte bastava a saziarla.

Mi disse che alcune delle cose che le stavo dicendo le aveva già sentite durante il corso preparto ed erano in contrasto con quello che pediatra e infermiera le avevano imposto di fare, che le domande erano tante ma che non aveva avuto lo spazio e il coraggio di farle: mi disse che si sentì stupida, incapace, incompetente ed egoista.

Con un po' di rabbia e delusione nel cuore le chiesi di poterle osservare il seno: sorpresa e molto curiosa si sbottonò subito la camicetta (che, le feci notare, era macchiata di latte). Le chiesi di parlarmi del suo seno, se lo avesse sentito diverso nelle ultime ore, se avesse avvertito dei formicolii o del calore, se lo sentisse pieno. Mentre la ascoltavo mi sorpresi nel vederla emozionata e partecipare nella scoperta del grande imputato della questione.

Indossai due guanti e le chiesi se potessi procedere alla palpazione e mentre lo facevo le descrivevo esattamente quello che sentivo e vedevo: una mammella calda, pesante, turgida e lievemente arrossata... le classiche caratteristiche di un seno in montata. Le mie supposizioni vennero confermate dalle sue sensazioni: mi disse che il suo seno era cambiato, si era ingrossato, che lo sentiva pesante e che non vedeva l'ora di attaccare Beatrice per sentire un po' di sollievo.

Appena cercai di spremerlo delicatamente vidi subito fuoriuscire del latte "... che sorpresa Gessica! Guarda quiiii!" poi le spiegai come spremersi il latte dall'altro seno. Mi ascoltò con molta attenzione e curiosità e non appena lo fece venne premiata con un altro gocciolone di latte. Beatrice sembrò avvertire la nostra concitazione e iniziò a piangere: "perfetto-dissi- attaccala pure qui così mi racconti cosa senti mentre ciuccia".

Sicura che il contatto pelle a pelle avrebbe sicuramente facilitato una poppata serena per mamma e neonata, spogliai la piccola Beatrice e la misi sul petto nudo di Gessica avendo cura di coprirle con una copertina: Gessica si emozionò tanto, dicendomi di non aver mai provato quella pratica; le spiegai quindi i benefici del contatto pelle a pelle e le consigliai di farlo anche a casa, tutte le volte che ne avrebbe sentito la necessità e che anche il papà poteva partecipare. Sfruttai l'osservazione della poppata per caricare positivamente il suo stato d'animo "Caspita

Gessica ma sei bravissima! Guarda come allatti bene", mi limitai a rinforzare quello che forse lei già sapeva ma a cui nessuno aveva mai dato importanza, facendole credere di non essere abbastanza per la sua bambina, di non essere in grado di prendersene cura, e di pensare solo a un suo vizio, infondendole solo insicurezza.

Mentre allattava le mostrai i segni per capire quando l'attacco è giusto, le spiegai che il pianto è la sola forma di comunicazione verbale dei neonati in questo periodo della loro vita, e che non può voler solo dire "mamma ho fame". Gessica mi disse che piano piano stavano imparando a conoscersi e che dopotutto si sentiva sicura nel capire cosa veramente servisse a Beatrice. Le spiegai l'importanza dei pannolini di pipì come aspetto per valutare la crescita e lei felice mi disse che nella giornata precedente Beatrice aveva bagnato 5 pannolini di pipì e aveva fatto 3 volte la cacca. Mi sorprende sempre quando iniziano a mettere insieme i pezzettini del puzzle e capiscono che il loro istinto materno è più forte di qualsiasi altra forza sulla Terra.

Pensare da sé a partire da sé[1]

In reparto mi chiamano ironicamente *la donna delle tette* perché, dicono, quando c'è un difficoltoso avvio all'allattamento arriva Gaia a risolvere il problema.

In realtà col tempo ho capito che la mia missione non è quella di 'risolvere il problema' ma di 'prendermi cura di una relazione che sta nascendo': sono fermamente convinta che l'allattamento al seno rappresenti una componente importante nello sviluppo della relazione madre-bambino, per questo motivo i miei interventi danno sempre priorità alla cura di questo legame. È ampiamente riconosciuto il ruolo dell'allattamento al seno nel favorire le condizioni ottimali per il rafforzamento del legame madre-bambino[2] inoltre gli studi di psicologia dello sviluppo sottolineano l'importanza della relazione diadica tra la mamma e il proprio figlio proprio in considerazione di un sano ed equilibrato sviluppo della personalità di quest'ultimo. Alla base di questa relazione c'è il prendersi cura del piccolo, dapprima, durante la gravidanza, nell'attenzione a tutte quelle abitudini materne, prevalentemente alimentari, che possono garantire un corretto sviluppo fisico del bambino, poi, una volta nato, nel rendere fattiva tale relazione attraverso quelle attività di presa in carico dell'infante, prima fra tutte l'allattamento[3].

Va comunque ricordato che l'allattamento al seno non rappresenta sempre la scelta più adatta per una mamma e il suo bambino: come dimostrato dalle ricerche di Else-Quest e colleghe[4], se la madre è amorevole, responsiva e disponibile il legame di attaccamento si svilupperà in maniera profonda ed intensa senza significative differenze rispetto all'attaccamento presentato dai bambini che sono stati allattati al seno.

Molte delle mie colleghe ammettono di non avere pazienza e sentono che quello non 'fa per loro' e che preferi-

scono sporcarsi le mani di liquido amniotico o sangue o gestire un'emergenza ostetrica piuttosto che aiutare una mamma in difficoltà nel prendersi cura del suo bambino. E forse, potrei dire lo stesso di me stessa, che preferirei sporcarmi le mani di latte e lacrime piuttosto che somministrare la terapia o compilare una check list.

Non so da cosa dipenda questa mia inclinazione, molto probabilmente gli anni di esperienza che ho maturato in ospedale e sul territorio quando facevo volontariato mi hanno vista coinvolta spesso in queste difficili *storie di latte* (come le chiamo io) e ciò mi ha automaticamente infuso un profondo interesse verso l'allattamento.

Quando rifletto sul motivo che mi spinge ad avere una sensibilità maggiore verso questa pratica, arrivo sempre a dirmi che solo questo, nel mio io più profondo, mi fa sentire davvero utile per loro. In questo senso, il pensiero di Mayeroff spiega meglio questo concetto: egli "afferma che per l'uomo la possibilità di dare senso alla sua vita sta nell'aver cura per altri e interpreta il senso della cura come un 'servire'" [5].

Se chiudo gli occhi e penso a tutte le mamme di cui mi sono presa cura e dei loro allattamenti mi emoziono perché ognuna di queste mi ha lasciato qualcosa dentro, tutte le volte ho avuto la conferma che quello che facciamo a casa, nelle corsie di un ospedale, sulle sedie di un ambulatorio, al telefono o sedute al PC è davvero importante per loro e per la comunità intera, rimane dentro di loro e in un qualche modo le cambia, ci cambia. La struttura del cervello umano è bisociale, come anche le neuroscienze hanno confermato: ciò significa che, ogniqualvolta entriamo in contatto l'uno con un altro essere umano, si attivano delle connessioni neurali che influenzano l'attività biochimica sia del cervello che di tutto il corpo; contemporaneamente le stesse attivazioni avvengono nella persona con cui interagiamo. Anche nel silenzio della relazione, ogni incontro tra individui attiva, sempre, relazioni fisiche, cognitive ed emotive [6]. Molti studi della letteratura mostrano che le ostetriche valutano l'educazione e il sostegno all'allattamento al seno come significativi nella definizione del proprio ruolo professionale, il che dà loro un senso di soddisfazione [7],[8],[9]; allo stesso modo le donne vogliono anche avere l'opportunità di costruire una relazione con l'ostetrica attraverso l'interazione e il dialogo, condividendo esperienze e ricevendo rassicurazioni e incoraggiamento [10],[11].

Riflessioni sull'esperienza e implicazioni cliniche

Aver cura per gli altri significa prendersi a cuore il mondo esperienziale dell'altro in modo

da facilitare quanto più possibile la qualità della sua vita.

C'è un aver cura che risponde al bisogno di favorire il pieno fiorire delle possibilità esistenti dell'altro e l'aver cura come riparazione dell'essere ferito nella carne o nell'anima,

è la cura che si declina come terapia [5].

Mi piace definirle *storie* perché questo rende bene l'idea di unicità che le caratterizza: non sono tutte uguali (anche se a volte alcuni particolari possono renderle simili) ed è proprio questa diversità che rende difficile la riflessione su di esse e la conseguente organizzazione del percorso da seguire.

Ognuna richiede un'attenzione ed un ascolto profondi, un intervento personalizzato sulla donna che tenga in considerazione le importanti modificazioni dell'assetto ormonale che caratterizzano il delicato periodo del puerperio. L'ottica neuroendocrina applicata alla nascita offre agli operatori sanitari strumenti in più per la comprensione dei meccanismi che regolano l'evento parto e il puerperio. La semeiotica clinica nella lettura dei sistemi integrati permette di guardare il travaglio, il parto e il puerperio con occhi nuovi e dà la possibilità di interagire con la persona e con le risorse endogene che la fisiologia offre. La valutazione delle manifestazioni fisiologiche e comportamentali del sistema di adattamento neuroendocrino può diventare quindi una chiave di lettura per l'assistenza ostetrica nella comprensione dei bisogni [12]. La nostra attività deve fornire sostegno e assistenza alla madre e al neonato nelle prime settimane di vita al fine di promuovere la fisiologia dell'adattamento post-natale, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologia, organica e relazionale, e il benessere della famiglia. Per favorire processi decisionali consapevoli della donna, è utile fornire informazioni appropriate e non contraddittorie [13]. I mesi che seguono la nascita di un figlio costituiscono un momento di aumentata vulnerabilità allo sviluppo di modificazioni dell'umore in senso depressivo, che possono variare dal *maternity blues* alla *psicosi postpartum*.

Le cause di questi disturbi sono ancora poco chiare; tuttavia, i cambiamenti repentini e drammatici dei livelli ormonali che avvengono dopo il parto suggeriscono un ruolo importante dei fattori ormonali nel determinare le alterazioni dell'umore post partum [14].

Nel 70% delle neo-mamme può succedere che il drastico cambiamento ormonale che segue il parto e la spossatezza sia fisica che mentale, dovuta al travaglio e al parto determinino uno stato malinconico, denominato **baby blues** o **maternity blues**, situazione caratterizzata da un'indefinibile sensazione di malinconia, tristezza, irritabilità e inquietudine, che raggiunge il picco 3-4 giorni dopo il parto e tende a svanire nel giro di pochi giorni, generalmente entro i primi 10-15 giorni dal parto. Tale condizione si può risolvere parlando delle proprie sensazioni con una persona di fiducia come il partner, gli amici o familiari o l'ostetrica. In questa fase il mio ruolo è molto importante poiché se il problema continua potrebbe trattarsi di **depressione post-partum** (DPP) e una depressione a lungo trascurata è causa di grande sofferenza per la mamma che la vive e per il suo bambino che non riceve quanto

necessario per crescere sano e felice[15].

Il mio inizio, come tutti gli inizi, non è stato facile, oltre alle conoscenze prettamente scientifiche sul tema, ho dovuto approfondire anche alcuni studi sulle corrette strategie comunicative[16], il tempo e l'esperienza mi hanno portata a modificare il mio approccio, il linguaggio e l'atteggiamento: tutt'ora sento di non riuscire sempre a sintonizzarmi sulle richieste delle mamme forse per il poco tempo di cui disponiamo e che possiamo dedicare ad ogni singola paziente in reparto.

La difficoltà iniziale con Gessica fu il fatto di non conoscerla, di non saper nulla del suo vissuto, del suo parto e del suo percorso dal ricovero alla dimissione: molto spesso quando mi prendo cura di una mamma e del suo allattamento difficoltoso durante il ricovero in ospedale trovo molto utile confrontarmi con le colleghe ostetriche e infermiere del reparto per ascoltare cosa ne pensano, come hanno 'visto' la mamma, se hanno avuto modo di parlarle, o se c'è qualcosa che le preoccupa. In questo caso avevo provato a ricercare alcune informazioni attraverso la cartella clinica ma l'unica informazione utile trovata era che alla nascita Beatrice fosse stata allontanata dalla sua mamma per essere trasferita subito al nido al fine di un attento monitoraggio della saturazione; nessuna delle mie colleghe ricordava particolari problematiche insorte durante i giorni di ricovero.

Riflettendo su quello che ho appena scritto ci sono due punti che vorrei discutere: il primo è la necessità di conoscere Gessica, anche attraverso le impressioni delle mie colleghe, non focalizzando la mia attenzione esclusivamente sull'allattamento al seno ma più in generale sul suo percorso, un desiderio di conoscere la sua storia al di là di ciò che l'ha portata a chiedere aiuto. Mettere Gessica al centro della cura mi permette di personalizzare la relazione e rendere più efficace il mio intervento: molto spesso capisco quanto questo sia importante per la mamma che ascolto, la quale dimostra maggiore interesse e partecipazione verso quello che poi le vado a proporre.

Il secondo punto che vorrei analizzare riguarda invece un aspetto più che altro culturale e che la sociologa Rothman[17] riesce ad esprimere bene:

La storia dell'ostetricia occidentale è la storia delle tecnologie di separazione. Abbiamo separato il latte dal seno materno, le madri dai bambini, i feti dalla gravidanza, la sessualità dalla procreazione, la gravidanza dalla maternità. Alla fine, ci è rimasta l'immagine del feto come di un essere solitario che galleggia liberamente come l'uomo nello spazio, con il cordone ombelicale che sembra tenere al guinzaglio un'imbarcazione di placenta e la madre invece ridotta allo spazio vuoto che circonda tutto ciò. È veramente difficile ricomporre concettualmente ciò che la medicina ha fatto a pezzi (...) Poiché sto parlando a gruppi diversi, tra i quali si

trovano sia studiosi di scienze sociali sia operatori della nascita, mi rendo conto di quanto sia difficile, dando per scontato che il valore della connessione sia stato compreso, trasmetterne il significato.

[Barbara Katz Rothman, Plenary Address, Midwives' Alliance of North America Conference, New York City, novembre 1992].

Mi riferisco alla pratica medica frequente e ormai diffusa di dover allontanare il neonato dalla madre subito dopo la nascita, il dover separare tipico della cultura biomedica che tende a oggettivizzare il corpo (necessità di valutare i livelli di saturazione nel sangue della piccola Beatrice) senza pensare che il modo in cui un bambino appena nato viene accolto nel mondo nelle ore che seguono il parto può avere delle conseguenze sia a breve che a lungo termine. Questa tenerezza nel rapporto madre-figlio, seno-bocca, va man mano perdendosi nella società tecnologica dove l'introduzione delle macchine rimodula e reinventa anche il rapporto tra puerpera e neonato.

La prima ora dopo la nascita è un'occasione unica per i genitori e il bambino, è *un'ora sacra*, durante la quale si forma la famiglia: quest'esperienza unica, una volta persa, non può più essere vissuta. Purtroppo il parto complicato di Gessica e le condizioni di Beatrice alla nascita non avevano permesso la riuscita di questa pratica e questo creò un piccolo e iniziale *salto relazionale/conoscitivo* tra le due: attraverso il *Bonding* (legame) infatti, la diade supera il momento di transizione e la madre impara a rispondere intimamente ai bisogni nutritivi del bambino consentendo così l'avvio dell'allattamento precoce; le madri che stringono i loro bambini appena nati creando un contatto pelle contro pelle, mostrano una maggior sicurezza nel prendersi cura di loro e allattano più a lungo[18],[19].

Questo gap conoscitivo iniziale e molto speciale era mancato e aveva reso Gessica intimamente meno sicura nel prendersi cura della sua bimba, perciò pur sapendo di aver perso quel momento incredibile che segue il parto, **ho compreso come fosse di fondamentale importanza cercare di ricreare quella connessione profonda e istintiva che avevano in parte perso.**

Per fortuna il processo di attaccamento non avviene solo nelle prime ore dopo il parto, ma è molto lungo, e l'essere umano è estremamente adattabile per cui c'è tempo e modo per recuperare.

Lo skin to skin proposto e ben accettato da entrambe è stato volutamente ricreato non a casa ma in una stanza di ospedale intima e accogliente e, come dico nel testo, *"quasi per permettergli di riacquistare la magia che si era persa qualche giorno prima nelle stesse stanze"*. È un pensiero mio, ho ripreso la frase dall'esperienza che ho fatto.

In realtà, tra le stanze di ospedale credo si fosse persa anche la fiducia di Gessica nel personale sanitario e questo

è stato uno dei motivi che mi ha spinto a dire a me stessa di intervenire per salvare quell'allattamento, quella relazione, quella donna e la sua bambina. Per molte madri, la cessazione dell'allattamento esclusivo al seno si traduce in persistenti sentimenti di dolore e fallimento che influiscono negativamente sul loro stato di benessere psicofisico[20], soprattutto se la volontà di allattare al seno è molto radicata dentro di loro.

Gessica era stata molto chiara sotto questo punto di vista (come già mi aveva accennato Noemi), credeva fortemente nell'allattamento al seno e fallire per lei significava anche aver fallito come mamma: il suo istinto materno diceva che il latte stava arrivando ma bilancia e numeri indicavano che non era stata in grado di nutrire abbastanza la sua bambina e per questo motivo si sentiva in colpa.

Alla prima visita di controllo con medico e infermiera nessuno si era preoccupato di chiederle come stava e come si sentiva, come sentiva il suo seno; nessuno l'aveva osservata durante la poppata, nessuno aveva dato fiducia al suo istinto di madre: tutto si era concentrato sui risultati dati da una bilancia.

Partendo dal presupposto che i dati di una bilancia non mi bastano mai per analizzare un allattamento difficoltoso, in questo preciso caso l'utilizzo della bilancia era anche avvenuto in maniera errata: è importante standardizzare la pesata per il numero maggiore possibile di variabili. Il bambino va quindi pesato: con la stessa bilancia; alla stessa ora; nudo; a stomaco vuoto. Nei bambini piccoli l'emissione di feci e urine sono variabili non eliminabili che possono determinare anche differenze di un certo rilievo nella valutazione dell'incremento ponderale[21],[22]. Inoltre, per la valutazione dell'adeguatezza dell'apporto alimentare nei primi giorni di vita devono essere valutati oltre al peso, anche il numero dei pannolini bagnati (feci e urine) nelle 24 ore, la tranquillità e la consolabilità del neonato, il ritmo sonno-veglia[23]. La valutazione del peso di Beatrice non era avvenuta in queste modalità e il pediatra non aveva indagato anche le altre variabili: questo non poteva permettere al pediatra di dire che la bambina era cresciuta 'solo' di 10 grammi.

Per poter fare un'analisi quanto più precisa della situazione, oltre ad eseguire in maniera corretta la pesata è necessario valutare anche il punto di vista della madre, le sue sensazioni, al fine di capire insieme quale potrebbe essere la causa e la possibile soluzione del problema. La soluzione posta dal pediatra non aveva tenuto in considerazione la volontà di Gessica di allattare (una soluzione poteva essere quella di permetterle di attaccare Beatrice prima della poppata di latte formulato o proporre l'utilizzo di un tiralatte) e l'aveva resa ancora più insicura verso sé stessa. L'infermiera aveva poi rincarato la dose considerando la sua volontà di allattare al seno come un vizio e quindi un atto egoistico.

L'allattamento materno rimane il modo più semplice

e naturale per iniziare e mantenere il legame madre/bambino, appagando con un solo gesto ogni necessità fisica ed emotiva di entrambi. In questo contesto, la fiducia reciproca gioca un ruolo essenziale: la mamma acquista fiducia nella propria capacità di nutrire ed accudire il proprio bambino e nell'attitudine del proprio piccolo a percepire ed esprimere i propri bisogni; il bambino si affida alla naturale competenza della sua mamma nel comprendere e soddisfare le sue necessità: definirlo un vizio è un atto di grande ignoranza.

Nonostante tutto, Gessica era perfettamente consapevole dei suoi bisogni e di quelli della sua piccola Beatrice: il mio intervento è consistito nel rafforzare questa consapevolezza dando a Gessica gli strumenti necessari per gestire il suo allattamento.

La comunicazione con Gessica è avvenuta utilizzando un linguaggio sia verbale che non e mi ha permesso di trasmetterle un senso di fiducia nelle sue capacità di madre (*"mi limitai a rinforzare quello che forse lei già sapeva ma a cui nessuno aveva mai dato importanza, facendole credere di non essere abbastanza per la sua bambina"*); attraverso un dialogo aperto all'ascolto e non giudicante e l'utilizzo di domande aperte, ho ricercato una relazione che le permettesse di aprirsi e raccontarmi di sé senza filtri e paure, **di coinvolgerla nelle scelte relative alla sua salute.**

Molto spesso le donne si sentono in soggezione davanti ad una figura sanitaria e il nostro atteggiamento frettoloso, sbrigativo e saccente può inibirle nel porci delle domande (*"...che le domande erano tante ma che non aveva avuto lo spazio e il coraggio di farle"*): questo contribuisce a rendere difficile una comprensione dei fatti alla madre, una confusione e un disorientamento che sicuramente non la possono aiutare a capire cosa è successo, come e perché. Posso affermare che il mio approccio da ostetrica abbracci molto l'idea di cura promossa dalla *Slow Medicine* secondo cui ognuno ha diritto di essere quello che è e di esprimere quello che pensa: una medicina rispettosa accoglie e tiene in considerazione i valori, le preferenze e gli orientamenti dell'altro in ogni momento della vita; incoraggia una comunicazione onesta, attenta e completa con i pazienti[24][25].

Per facilitare una comunicazione serena e libera ho deciso di curare anche l'ambiente in cui ho incontrato Gessica (*"l'accompagnai in una delle nostre stanzine, piccola ma confortevole"*) e ho chiesto espressamente alle colleghe di darmi del tempo (*"quando si tratta di storie di latte non si può risolvere la questione con una pillola e una prescrizione, ci vuole tempo e tanto impegno ad ascoltare"*) sono convinta che questo influisca positivamente sulla relazione di cura e permetta un'apertura maggiore da entrambe le parti, una predisposizione alla relazione.

Il fatto di presentarmi e spiegare chi io sia, costituisce la

base della successiva relazione terapeutica con Gessica: rende più umano il rapporto e pone le basi per una cura centrata sulla persona[26].

Il mio approccio iniziale non è comunque stato esente da errori: la scelta di utilizzare un foglio sul quale scrivere tutte le informazioni rilevanti si è rivelata poco empatica poiché nonostante Gessica abbia partecipato alla sua compilazione, si è comunque mostrata chiusa e un po' diffidente (*"notai che il suo parlarmi era distaccato, per tutto il tempo non aveva mai cercato il mio sguardo tenendo sempre gli occhi fissi un po' sul foglio e un po' sulla sua bambina..."*). Riflettendo sulla scelta comprendo come questa inizialmente si adattasse principalmente alle mie necessità: scrivere mi ha permesso di farmi un'idea e capire cosa potesse aver portato Gessica e la sua bambina in quella situazione difficile, tuttavia aveva involontariamente creato un meccanismo di difesa da parte di Gessica che molto probabilmente si sentiva nuovamente messa alla prova e interrogata sul suo saper fare la mamma. Quel foglio rappresentava una sorta di distanziatore tra me e lei e, nonostante sapessi quanto potesse esserle utile nella gestione del successivo colloquio con il pediatra, avevo compreso subito grazie al suo atteggiamento, che andava proposto in un secondo momento. Non è stata empatica la scelta ma lo sono stati l'ascolto e l'osservazione del non verbale che mi hanno permesso di cambiare strategia di approccio.

Dopo aver accolto e raccolto le emozioni di Gessica ho messo in atto il mio intervento, alternando momenti in cui davo informazioni teoriche che rispondevano alle reali ed espresse preoccupazioni di Gessica, a momenti di osservazione. Nel suo particolare caso, era preoccupata di non aver abbastanza latte e questo era in contraddizione con quello che il suo istinto materno le diceva: non aveva applicato alla lettera la prescrizione del pediatra ma l'aveva adattata sulle sue necessità (prima di dare formulato a Beatrice la attaccava al seno) ma tirandosi il latte non aveva visto uscire la quantità indicata dal pediatra.

Dopo aver dato una spiegazione razionale e scientifica alla sua preoccupazione, rafforzando le conoscenze pregresse ottenute al corso parto (*"Mi disse che alcune delle cose che le stavo dicendo le aveva già sentite durante il corso parto ed erano in contrasto con quello che pediatra e infermiera le avevano imposto di fare"*) mi sono concentrata sull'osservazione del seno di Gessica, richiedendole piena partecipazione durante il processo di cura. Il mio intervento richiede sempre una grande attenzione da parte della mamma la quale deve imparare ad osservare il suo seno, a prendere confidenza e conoscerlo: in questo modo mentre effettuo la mia valutazione clinica, metto in atto l'intervento educativo. Gessica non impara solo ascoltando e riflettendo sulle informazioni che le vengono comunicate ma anche osservandosi e comprendendo i fenomeni o i concetti espressi verbalmente: durante questo processo la sua partecipazione attiva mi permette di

adattare e indirizzare il mio intervento educativo su quelli che sono i suoi reali bisogni. Nella prospettiva di Husserl, ripresa da Merleau-Ponty[27] *"Non è mai il nostro corpo oggettivo che muoviamo, ma il nostro corpo soggettivamente percepito"*. Osservando un corpo vivente, spesso la nostra osservazione *"oggettiva"* si discosta dalla percezione *"soggettiva"* della persona assistita, che è per lei l'unica verità e che determina il suo funzionamento[6]. Il corpo della donna non è una macchina, ma un corpo vivo; nella relazione è indispensabile partire sempre dalle sue percezioni soggettive, ascoltando, domandandole quello che sente e non giudicando come giusto o sbagliato quello che sente[6].

Il contatto fisico è un aspetto fondamentale dell'assistenza ostetrica in quanto, se eseguito rispettosamente (*"le chiesi di poterle osservare il seno... [...] Indossai due guanti e le chiesi se potessi procedere alla palpazione"*), completa la comunicazione e la relazione di aiuto con le pazienti, riduce la distanza e crea fiducia. Allo stesso tempo, attraverso l'uso delle mani, riconosco l'individualità e mi sembra di trasmettere un messaggio di vicinanza, sicurezza, conforto e incoraggiamento: riesco ad entrare in contatto con un livello più concreto e profondo tirando fuori le emozioni, le paure e le preoccupazioni; mentre faccio questo mi piace condividere con la paziente quello che il mio occhio da ostetrica vede (*"mentre lo facevo le descrivevo esattamente quello che sentivo e vedevo: una mammella calda, pesante, turgida e lievemente arrossata... le classiche caratteristiche di un seno in montata"*). L'ostetrica, legandosi per statuto ontologico alla Cura dell'altro non può dimenticare l'indissociabile unità della persona, non può non considerare l'aspetto relazionale in quanto di per sé terapeutico, non può non cercare di adeguare le proprie prestazioni alle richieste dell'altro. A questo riguardo è importante ricordare come Martin Heidegger richiamandosi esplicitamente all'antica mitologia latina, indicò proprio nella *"cura"* la struttura fondamentale dell'esistenza[28]. L'aver cura di sé, delle cose del mondo e degli altri, era per Heidegger l'unica determinante strutturale dell'essere-nel-mondo; l'unico modo che l'uomo ha di comprendere sé stesso è aiutare gli altri ad essere liberi di assumersi le proprie cure, ossia di comprendere sé stessi[29].

È importante riflettere sul ruolo che il corpo riveste nella relazione di cura: questo va infatti visto come portatore di un soggetto, come mezzo di relazione, come luogo di esperienza, di emozioni e di dolore; su questo si fonda il piano della sensibilità alla relazione dialogica, il piano della comprensione ermeneutica dell'altro e della conseguente personalizzazione dell'assistenza. Non si tratta quindi solo di un *"prendersi cura"* ma di un *"aver cura"* dove la comprensione dell'altro avviene attraverso una *"cura condivisa"*, un *"essere-con"*[28], una relazione tra corpi e attraverso il corpo che si sviluppa con il contatto, lo sguardo e la parola.

Coinvolgere la paziente contribuisce a rendere la relazione di cura più efficace e mi permette anche di capire se il mio intervento educativo sta avendo un risvolto positivo su di lei (*“Le mie supposizioni vennero confermate dalle sue sensazioni: mi disse che il suo seno era cambiato, si era ingrossato, che lo sentiva pesante e che non vedeva l’ora di attaccare Beatrice per sentire un po’ di sollievo.”*). Per aiutare la paziente durante il contatto, oltre a dare informazioni derivanti dall’osservazione, spiego anche come funziona il processo di fuoriuscita del latte dal capezzolo: questo mi aiuta a spiegarle come e dove si attacca il neonato e introdurre la tecnica corretta per spremersi il latte (*“poi le spiegai come spremersi il latte dall’altro seno. Mi ascoltò con molta attenzione e curiosità...”*). In questo modo riescono a comprendere, attraverso un approccio di tipo pratico, il funzionamento del loro seno e correggono autonomamente un attacco scorretto o poco funzionale: nel caso di Gessica avevo deciso di spiegarle la tecnica di spremitura manuale per rafforzare tutto quello che ci eravamo dette prima e infondere in lei più fiducia e competenza verso le sue capacità di mamma[30].

L’osservazione della poppata per me rappresenta il momento più bello e ricco di emozioni, mi permette di cogliere sfumature sulla relazione della diade che magari all’inizio potevo non aver colto: mi concentro sull’atteggiamento che mostra la mamma, se guarda il suo bambino, come lo guarda, se è attenta, se prova dolore, se sembra preoccupata. Si tratta di una pura concentrazione di segnali non verbali che molto spesso sono risolutivi nella pianificazione dell’intervento; in questo caso mi ha permesso di completare la fase di raccolta delle informazioni su questa storia di latte.

Il fatto che Gessica sapesse allattare molto bene non mi sorprese, era come se già sentissi in lei una grande capacità e confidenza nel porgere il seno alla sua bambina, frutto di un profondo amore e devozione verso quel momento. Nel modello della Midwifery Care, l’ostetrica emerge come la professionista che fa da collante tra la donna, la gravidanza, la genitorialità, la famiglia, la cura, la prevenzione, la salute psichica e lo sviluppo di competenze di tutti i soggetti assistiti. Queste competenze sono alla base del rafforzamento dell’individuo, per questo si parla di **empowerment** come obiettivo dell’assistenza ostetrica: il modello della Midwifery Care[31] (contrariamente a quello biomedico) agisce principalmente sull’accredimento delle competenze delle donne e dei bambini, facendo emergere le loro risorse e concentrando l’attenzione alla salute. In questo caso la funzione educativa di rinforzo dell’empowerment e della self-care messa in atto dal mio intervento ha permesso a Gessica di riconoscere le proprie capacità, prenderne coscienza e sentirsi più forte mostrando a sé stessa, con estrema semplicità e amore, quanto sapesse prendersi cura della sua bimba. Era così naturale il modo in cui la stringeva a sé e l’accarezzava, la complicità nel guardarsi l’un l’altra, forse favori-

to anche dallo *skin to skin* proposto, che in alcuni frangenti ammetto di essermi sentita di troppo (*“...rimase attaccata per ben 30 minuti, durante i quali ogni tanto le lasciai da sole”*). Ammetto di essermi sentita di troppo soprattutto considerando il fatto che a adorare quell’amorevole quadretto non dovevo esserci io: la figura paterna è mancata per tutta la durata dell’incontro e sicuramente la sua assenza si è fatta sentire.

Il padre ha un ruolo importantissimo, fondamentale nel nutrimento del bambino. Laddove c’è un allattamento ben avviato che procede serenamente, la maggior parte delle volte c’è un papà presente, partecipa e coinvolto che ha saputo offrire il suo sostegno alla compagna. Quando il contesto è poco incoraggiante e anche la più determinata delle madri rischia di andare in crisi (soprattutto se l’allattamento stenta ad avviarsi e si presenta qualche difficoltà iniziale) il padre diventa una figura fondamentale, che può davvero fare la differenza. Un neopapà ben informato, che ricorda alla sua compagna di possedere tutte le carte in regola per nutrire al meglio il proprio bambino, che la rassicura nei momenti di sconforto, che la incoraggia dicendole che supereranno ogni ostacolo insieme, può letteralmente “salvare” l’allattamento; viceversa, alcuni studi hanno visto che le critiche del papà, proprio per la figura di sostegno che riveste, possono essere determinanti per un’interruzione precoce delle poppate[32].

Per fortuna con Gessica fu sufficiente comunicarle quello che sentivo, non credo bastasse altro in quel momento... risposi alle sue domande e con grande riconoscenza la sentii descrivere in maniera positiva il suo nuovo ruolo di mamma (*“Gessica mi disse che piano piano stavano imparando a conoscersi e che dopotutto si sentiva sicura nel capire cosa veramente servisse a Beatrice”*) eppure solo ora comprendo che il coinvolgimento della figura paterna avrebbe rafforzato le consapevolezze di Gessica, permettendo la creazione di una famiglia serena forte e più consapevole. Questa riflessione ha contribuito a rinforzare la consapevolezza sulla forte valenza socioculturale che riveste l’educazione alla genitorialità nell’attività che svolgo: non mi prendo cura solo di una mamma o del suo bambino, ma anche della famiglia e indirettamente della comunità. Una promozione della cultura della genitorialità significa riconoscere ciascuna famiglia come soggetto portatore di risorse e competenze, da promuovere attraverso azioni di ascolto, accompagnamento educativo, creazioni di spazi di socializzazione, confronto e infine mutuo aiuto tra genitori.

Credo fortemente che prendersi cura di un allattamento rappresenti un atto di profonda connessione con i bisogni dell’altro poiché si colloca tra la natura e la cultura, tra l’essere madre e donarsi come madre e dispensatrice di vita, tra il nutrire e il costruire e il forgiare una nuova persona. L’allattamento può essere inteso come pratica non solo biologica ma anche culturale, dalla ricca gravidanza simbolica, che lega la sfera privata a quella sociale[33].

BIBLIOGRAFIA

1. L. Mortari, "Alla ricerca di un sapere che viene dall'esperienza," in *Apprendere dall'esperienza*, Carocci Editore, 2003, p. 20.
2. C. Peñacoba and P. Catala, "Associations between breastfeeding and mother-infant relationships: A systematic review," *Breastfeed. Med.*, vol. 14, no. 9, pp. 616–629, 2019.
3. N. Rosati, "Feeding Life: Breastfeeding and Mother-Child bonding," *Formazione, Lav. Pers.*, vol. 5, no. 14, 2015.
4. N. Else-Quest, J. S. Hyde, and R. Clark, "Breastfeeding, Bonding, and the Mother-Infant Relationship," *Merrill. Palmer. Q.*, vol. 49, no. 4, 2003.
5. L. Mortari, "La relazione di cura," *Riflessioni Sist.*, vol. 7, p. 65, 2012.
6. A. Regalia, G. Bestetti, J. P. Ressayguier, and A. M. Caporalletti, "La qualità della relazione," in *Fisiologia della nascita, dai prodromi al post partum*, 1st ed., Carocci editore, 2014, p. 309.
7. C. M. Furber and A. M. Thomson, "The emotions of integrating breastfeeding knowledge into practice for English midwives: A qualitative study," *Int. J. Nurs. Stud.*, vol. 45, no. 2, pp. 286–297, 2008.
8. G. McLelland, H. Hall, C. Gilmour, and R. Cant, "Support needs of breast-feeding women: Views of Australian midwives and health nurses," *Midwifery*, vol. 31, no. 1, pp. e1–e6, 2015.
9. M. Swerts, E. Westhof, A. Bogaerts, and J. Lemiengre, "Supporting breast-feeding women from the perspective of the midwife: a systematic review of the literature," *Midwifery*, vol. 37, pp. 32–40, 2016.
10. A. Mcfadden et al., "Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 2, 2017.
11. V. Schmied, S. Beake, A. Sheehan, C. McCourt, and F. Dykes, "Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis," *Birth*, vol. 38, no. 1, pp. 49–60, 2011.
12. A. M. Rossetti, R. Spandrio, and A. Regalia, "Il sistema psiconeuroendocrino," in *Fisiologia della nascita, dai prodromi al post partum*, Carocci Editore, 2014, p. 217.
13. F. I. M. Pe- and A. N. Culturale, "Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato," *Med. e Bambino*, vol. 19, no. 1, pp. 35–43, 2000.
14. E. Caroti, L. Fonzi, and G. Bersani, "Modelli neurobiologici nei disturbi dell'umore post partum," *Riv. Psichiatr.*, vol. 42, no. 6, pp. 366–376, 2007.
15. "Puerperio." [http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4480&area=Salute donna&menu=nascita](http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4480&area=Salute%20donna&menu=nascita) (accessed Nov. 01, 2020).
16. Unicef and WHO, "Sessione 2: Abilità della comunicazione," in *Insieme per l'allattamento. Manuale del partecipante del corso di 20 ore per il personale della maternità*, 2009, pp. 7–17.
17. R. Davis-Floyd and E. Davis, "Intuition as authoritative knowledge in Midwifery and Homebirth," in *Intuition: The Inside Story: Interdisciplinary Perspectives*, vol. 10, no. 2, Taylor and Francis, 2016, pp. 145–176.
18. E. R. Moore, N. Bergman, G. C. Anderson, and N. Medley, "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants," *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 11, 2016.
19. K. Aghdas, K. Talat, and B. Sepideh, "Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial," *Women and Birth*, vol. 27, no. 1, pp. 37–40, 2014.
20. J. E. Ayton, L. Tesch, and E. Hansen, "Women's experiences of ceasing to breastfeed: Australian qualitative study," *BMJ Open*, vol. 9, no. 5, 2019.
21. A. Brienza, "Come pesare correttamente i bambini," *Amico Pediatra*. https://www.amicopediatra.it/come-fare-per-come-pesare-correttamente-i-bambini_sviluppo-fisico/ (accessed Dec. 07, 2020).
22. Canadian Paediatric Society, "A health professional's guide for using the new WHO growth charts," *Paediatr. Child Health (Oxford)*, vol. 15, no. 2, p. 84, 2010.
23. G. Marchioni, S. Salerno, S. Scalorbi, and P. Quadrella, *Infermieristica in area materno-infantile*. McGraw-Hill Education, 2014.
24. A. Bonaldi and S. Venero, "Slow medicine: Un nuovo paradigma in medicina," *Recenti Prog. Med.*, vol. 106, no. 2, pp. 85–91, 2015.
25. "Cosa è Slow Medicine - Slow Medicine." <https://www.slowmedicine.it/cosa-e-slow-medicine/> (accessed Nov. 01, 2020).
26. M. Guest, "How to introduce yourself to patients," *Nurs. Stand. (Royal Coll. Nurs.)*, vol. 30, no. 41, pp. 36–38, 2016.
27. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*. Bompiani, 2003.
28. M. Heidegger, *Essere e Tempo (1927)*. Longanesi, 2009.
29. D. Manara, "Le caratteristiche fondamentali del sapere infermieristico," in *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Milano: Lauri Edizioni, 2000, p. 50.
30. L. M. Steurer and J. R. Smith, "Manual Expression of Breast Milk," *J. Perinat. Neonatal Nurs.*, vol. 32, no. 2, pp. 102–103, 2018.
31. J. P. Rooks, "The midwifery model of care," *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 44, no. 4, pp. 370–374, 1999.
32. L. A. Rempel, J. K. Rempel, and K. C. J. Moore, "Relationships between types of father breastfeeding support and breastfeeding outcomes," *Matern. Child Nutr.*, vol. 13, no. 3, 2017.
33. A. Fantauzzi, E. Di Giovanni, E. Di Giovanni, A. Fantauzzi, and D. Giovanni, "L'allattamento tra cura e cultura: dall'Africa all'ipertrofia tecnologica," *Narrare i Grup.*, vol. 1212, no. 1, pp. 75–82, 2017.