



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MILANO

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA, MICROBIOLOGIA, VIROLOGIA

Corso di dottorato di ricerca in
Scienze Infermieristiche e Ostetriche, ciclo XXIII

TESI DI DOTTORATO DI RICERCA

“Poppata difficoltosa” nell’allattamento al seno: quale
esperienza dal punto di vista delle madri italiane.
Uno studio qualitativo

Settore MED/47

Dottoranda:
Paola Agnese Mauri
Matr. n° R07918

Tutor:
Dott.ssa Daniela Calistri

Coordinatore del Dottorato:
Chiar.mo Prof. Francesco Auxilia

ANNO ACCADEMICO 2009-2010

*Alle donne in difficoltà ...
... in particolare alle donne haitiane.*

INDICE

PREMESSA	pag. 4
ABSTRACT	pag. 7
LA RICERCA	
Introduzione	pag. 9
Obbiettivi dello studio	pag. 11
Revisione della letteratura	pag. 12
Campione	pag. 35
Metodo raccolta dati	pag. 37
Metodo analisi dei dati	pag. 42
Risultati	pag. 44
Limiti	pag. 59
Discussione	pag. 60
CONCLUSIONI E PROPOSTE	pag. 71
ALLEGATI	
Interviste	pag. 74
Progetto di Ricerca	pag.114
BIBLIOGRAFIA	pag.124

PREMESSA

Concludo il Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche e Ostetriche con questa tesi, che mi sorprende da diversi punti di vista.

Innanzitutto non credevo di firmare il percorso di dottoranda, scrivendo un lavoro di natura qualitativa (Lo Biondo-Wood *et al*, 2004).

Di fatto, sono sempre stata considerata una studentessa portata per le scienze esatte, con particolare sensibilità alla matematica. I miei professori, fin dalla giovane età delle medie inferiori, mi valorizzavano per la capacità di risoluzione di problemi logici e numerici, cercando di dissuadermi dall'intraprendere strade legate all'analisi di testi e alla scrittura di temi. Pertanto, la prima cosa inaspettata di questo elaborato è quella di essere riuscita ad entrare, con trepidazione, nel mondo che, a partire dalle scienze umane, esplora i significati.

In secondo luogo, mi trovo solitamente a leggere la realtà, utilizzando un ragionamento deduttivo (Lo Biondo-Wood *et al*, 2004).

Di fronte ad un quadro o ad un panorama, mi stupisco per l'insieme e solo successivamente analizzo i singoli soggetti e oggetti che lo compongono. Mi diventa difficile, se lascio al mio istinto, l'approccio alle cose secondo un ordine induttivo (Lo Biondo-Wood *et al*, 2004). Al contrario, la natura induttiva del ragionamento è una delle caratteristiche fondamentali della ricerca qualitativa, pertanto è il metodo che mi trovo a dover utilizzare per descrivere l'analisi di questo studio.

Una terza considerazione è che non immaginavo di affrontare con la ricerca il tema della "difficoltà".

Mi è sempre stato riconosciuto un temperamento solare, che affronta le situazioni della vita vedendone il lato positivo. Chi l'avrebbe mai detto che portata a riconoscere "il bicchiere mezzo pieno", fossi disponibile a prendere in esame l'ipotesi dell'altra faccia della medaglia, ascoltando chi vive contrarietà della realtà.

Infine, pensavo di poter analizzare strettamente, in qualità di ostetrica, il problema degli impedimenti e delle difficoltà delle donne legati all'esperienza della nutrizione del neonato, sia per il bagaglio culturale che per le conoscenze tecniche. In realtà, ho sperimentato come i limiti, in una pratica come quella dell'allattamento al seno, pescano nella profondità dell'umano e affondano le loro radici in qualcosa di arcaico e misterioso: tali limiti restano da scoprire come donna, nonostante i tentativi di riconoscimento in qualità di professionista.

Questa ultima analisi è stata sollevata dall'opportunità di vivere una collaborazione internazionale durante l'ultimo anno di dottorato.

Rispetto a questa esperienza, vorrei dedicare qualche riga.

La collaborazione internazionale l'ho svolta ad Haiti, grazie ad un progetto dal titolo "Nutritional support for children under five and pregnant and lactating women at risk affected by earthquake". Questa è stata da me realizzata, inserendomi nei programmi dell'organizzazione non governativa Associazione Volontari Servizio Internazionale (AVSI), in partecipazione con l'UNICEF. L'esercizio comportava l'individuazione di soggetti malnutriti tra i bambini in età dal sesto mese di vita e i cinque anni e tra le donne gravide o nutrici, per poter far sì che gli stessi malnutriti severi (MAS) o moderati (MAM), potessero accedere ad un programma nutrizionale.

Naturalmente, il primo programma nutrizionale per i bambini MAS o MAM è stato quello di incentivare la pratica dell'allattamento al seno da parte delle madri.

È qui che mi sono sorpresa a scoprire quanto l'incontro con una popolazione, che ha una spiccata resistenza nei confronti dell'allattamento al seno, generi una serie di difficoltà, sia nella pratica stessa, che nello sviluppo di intere generazioni.

Ecco allora che il concetto di "difficoltà" assume uno spessore che non avevo considerato. Non si tratta solo di spiegare qualcosa che va affrontato, superandone le avversità e quindi incentivando e/o sostenendo la buona

pratica, bensì è necessario lasciarsi interrogare da ciò che si constata e mettersi nella disposizione di "comprendere".

La "comprensione interpretativa" si avvicina così al compimento del dovere scientifico di vedere la verità dei fatti - e con il concetto del "comprendere", così come lo intende Max Weber. Ci si propone di abbracciare l'agire sociale attraverso un "procedimento interpretativo" che include uno studio, per spiegare causalmente - nel suo corso e nei suoi effetti - le azioni (Weber, 1913).

In particolare, il procedimento metodologico della comprensione della difficoltà, che le donne riferiscono di avere in merito al processo dell'allattamento al seno nei primi giorni dopo il parto, è quello che timidamente questo studio cercherà di realizzare per la realtà urbana italiana.

Dati questi spunti, posso firmare questa premessa con sincera riconoscenza nei confronti di un percorso triennale, che è riuscito ad essere per me stravolgente e arricchente.

In particolare, vorrei concludere con un ringraziamento a tutte le donne che mi hanno lasciato entrare nel mistero della "difficoltà", con particolare riguardo le donne haitiane.

ABSTRACT

Introduction

Many professional organizations recommend breastfeeding for the first 6 months due to the numerous benefits it has for mother and child. The mother's breastfeeding experiences in the early postpartum period, are crucial in deciding to continue it.

It is important to identify, in the first days after childbirth, women who send messages that are likely to early stop breastfeeding. Many women have said to have breastfeeding difficulties in the first days after birth. Several studies (Mozingo *et al*,2000; Hauck *et al*, 2002; Kong e Lee, 2004; Nelson, 2006) have explored the motivation of early breastfeeding cessation but little is known on what "breastfeeding difficulty" really means for women.

Aim of the study

The aim of this qualitative study was to understand what does "latching difficulty" mean for the Italian mothers. Exploring this meaning could consent to correctly utilize Breastfeeding Assessment Score, in which the investigation of "latching difficulty" is comprised. In addition, further investigation of this topic is aimed to understand how healthcare professional could help women with latching difficulties.

Methods

The women who received a Breastfeeding Assessment Score (BAS) (Hall *et al*, 2002) less than 8, and reported "latching difficulties", were invited to participate in the study. With purposive sampling we recruited 15 women, 48-72 hours after childbirth. We conducted semi-structured interviews which were tape-recorded and verbatim transcribed. The transcripts were read and analyzed using the fenomenologic - ermeneutic approach.

Results

"Latching difficulty" is related to issues including both mother's and infant's difficulties. Nipple-pain and infant's sleepiness were the most reported difficulties. In spite of these difficulties, the sensation related to breastfeeding was "happiness" when the baby sucked the breast, but concern and anxiety were common too. The women reported more impediment in overcoming the breastfeeding difficulty when there was an idealization of breastfeeding, during pregnancy.

The analysis resulted in the emergence of six themes, sixteen category and fifty-nine labels. The six themes was the "breastfeeding can be difficult due to the mother or the newborn", "breastfeeding can generate positive and negative experiences", "breastfeeding change/not change the relationship between infant and mother, who is still favoured by rooming-in", "the mothers have developed theories about colostrum, breast milk, breastfeeding and infant formula", "the women have developed different strategies to overcome difficulties and continue during breastfeeding", "support during breastfeeding is very important to continue breastfeeding".

Conclusion

This study enriches the theoretical framework in understanding the dynamics that can contribute to early failure of breastfeeding in Italy.

Practical relevance

Understanding the meaning of the item "latching difficulty" consents to a more correct interpretation of the BAS (Hall *et al*, 2002) by the Italian midwives and allows a more accurate identification of the mothers who need support and education during breastfeeding

Research implications

Since this is a qualitative study, more research is needed to understand the "latching difficulty" in the Italian environment and in other cultures.

LA RICERCA

Introduzione

Le dottorande Paola Agnese Mauri e Virna Franca Zobbi hanno deciso di approfondire, nel loro percorso triennale, le conoscenze in merito a ciò che può contribuire a implementare il successo della buona pratica dell'allattamento al seno, nel contesto italiano.

Di fatto in Italia, circa il 40% delle madri smette - prima dei sei mesi di vita del neonato - di nutrirlo con il proprio latte (ISTAT, 2006).

Pertanto, analizzando la letteratura, si è identificato il Breastfeeding Assessment Score (BAS), punteggio americano composto da otto items (Hall *et al*, 2002), in grado di identificare nelle prime 72 ore dopo il parto, le donne che hanno un'alta probabilità di smettere di allattare al seno troppo precocemente (entro il primo mese puerperale). L'identificazione delle nutrici a maggior rischio di interrompere una pratica di salute sia materna che neonatale (Anderson *et al*, 1999; Ferguson *et al*, 2007; Marini *et al*, 1999; OMS, 1993; OMS/UNICEF, 1999; Pivik *et al*, 2007; Pollock, 1994) permetterebbe agli operatori sanitari di direzionare gli interventi di supporto con maggior efficacia ed efficienza. Alla luce di questo, durante gli anni accademici 2008-2009 e 2009-2010, le stesse dottorande hanno portato a termine uno studio di validazione dello score americano, ridotto a cinque items (Reduced BAS) adattandolo (Modified BAS) sulla popolazione italiana (Zobbi *et al*, 2010). L'articolo in merito è in attesa di pubblicazione sulla rivista *Journal of Clinical Nursing*.

L'uso corretto del Modified BAS modificato (Zobbi *et al*, 2010) prevede che questo sia definito in modo appropriato in ciascuna delle cinque voci previste per l'assegnazione di punteggio.

Il Modified BAS nelle sue caratteristiche, è riportato nella Tabella 1.

Tabella 1. Modified Breastfeeding Assessment Score (Zobbi *et al*, 2010)

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Come è possibile osservare dalla Tabella 1, quattro delle voci dello Score (Zobbi *et al*, 2010) non sono soggette a errore interpretativo, in quanto sono di natura binomiale o numerica.

Al contrario, la voce "poppate difficoltose", riferita dalla puerpera nutrice, deve essere chiarita per evitare possibili equivoci nell'identificazione della variabile.

È proprio la necessità di considerare correttamente il concetto di "poppate difficoltose" - così come viene vissuto dalle donne - che fa nascere la ricerca qualitativa che è stata sviluppata nell'anno accademico di Dottorato 2009-2010, e che verrà di seguito esposta.

Questa Tesi e quindi la ricerca che ne dà corpo verrà redatta seguendo le indicazioni riportate dall'articolo intitolato "Writing a qualitative research report", pubblicato dalla rivista *Nurse Education Today* (Burnard, 2004).

LA RICERCA

Obbiettivi dello studio

L'obiettivo primario di questo studio qualitativo è di capire cosa significa "difficoltà nella poppata" per le puerpere italiane che partoriscono presso un ospedale di terzo livello, con circa 7000 parti/anno, di un grosso centro urbano della Regione Lombardia; precisamente il capoluogo lombardo, Milano.

Questo primo obiettivo lo si vuole raggiungere per permettere la corretta interpretazione del concetto "poppate difficili", prevista dal punteggio dal Modified Breastfeeding Assessment Score (Zobbi *et al*, 2010). Con ciò, si potrà chiarire e rendere applicabile lo stesso punteggio nella pratica clinica, quasi considerando questo studio una sorta di "foglietto illustrativo" dello stesso score.

In secondo luogo, la ricerca si propone di ascoltare cosa le donne suggeriscono essere di aiuto, per condurre un allattamento con successo.

Si ritiene utile raggiungere questo obiettivo secondario, per poter essere propositivi nei confronti di possibili strategie organizzative da parte del personale sanitario, per far sì che la pratica dell'allattamento materno sia incentivata e sostenuta nel tempo con esito positivo.

LA RICERCA

Revisione della letteratura

La ricerca bibliografica che ha introdotto questo studio è stata guidata dall'obbiettivo di identificare quale sia lo stato dell'arte delle pubblicazioni di natura qualitativa infermieristica e ostetrica aventi come oggetto i vissuti e le esperienze delle donne relativi alle difficoltà riscontrate nell'avvio e nella prosecuzione dell'allattamento nei primi 6 mesi di vita del bambino. Questo è stato fatto senza escludere totalmente i lavori quantitativi strettamente attinenti al quesito di ricerca.

Nello specifico, si è cercato di focalizzare l'attenzione sulle difficoltà che emergono e che incidono profondamente sulla decisione delle madri bendisposte a perseverare o meno nell'allattamento al seno, a partire dai primissimi giorni di puerperio.

La ricerca è stata condotta utilizzando i mezzi informatici per consultare le *banche dati* della *National Library of Medicine* (MEDLINE) con interfaccia PubMed, degli archivi della *Excerpta Medica Database* (EMBASE) e la *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINHAL). Si è scelto di ricorrere a queste tre *banche dati* per due motivi fondamentali: accedono alle pubblicazioni indicizzate di natura infermieristica e ostetrica e identificano con successo articoli di natura qualitativa (Terzoni e Destrebecq, 2010).

La strategia di ricerca si è basata sulle seguenti parole-chiave: *breastfeeding, breastfeeding difficulties, breastfeeding problems, qualitative study, qualitative research*. L'operatore booleano utilizzato tra le diverse parole-chiave è stato AND. Il significato attribuito alle parole-chiave è di seguito riportato.

Breastfeeding: traducibile nei termini di allattamento materno o al seno; far succhiare il bambino al seno con lo scopo di fornirgli come nutrimento il latte materno. Alcuni articoli considerano come "breastfeeding" anche il latte

spremuta dalle mammelle e somministrato tramite l'ausilio di bicchierini, cucchiaini o biberon.

Difficulties/Problems: tutto ciò che complica, intralcia, ostacola o impedisce l'instaurarsi dell'allattamento esclusivo nei primi giorni e nei primi sei mesi di vita del bambino.

Qualitative study: articolo costruito su quesiti di ricerca, materiali e metodi svolti secondo il metodo qualitativo.

Qualitative research: ricerche che pongono interrogativi sulle esperienze umane, sviluppate con disegni di tipo qualitativo. I disegni di ricerca qualitativa prevedono spesso che lo studio sia condotto in contesti naturali ed esprime risultati ordinati in temi, categorie e etichette usando testi o parole per descrivere le esperienze che vengono analizzate.

I limiti della ricerca bibliografica hanno incluso solo articoli originali, review o metasintesi, compresi in un arco di tempo compreso negli anni dal 1990 al 2010.

Tutti i limiti imposti per la ricerca di letteratura sono stati mantenuti con un certo rigore in quanto gli studi sull'argomento e in particolare la bibliografia di natura quantitativa sull'allattamento materno è ampiamente rappresentata.

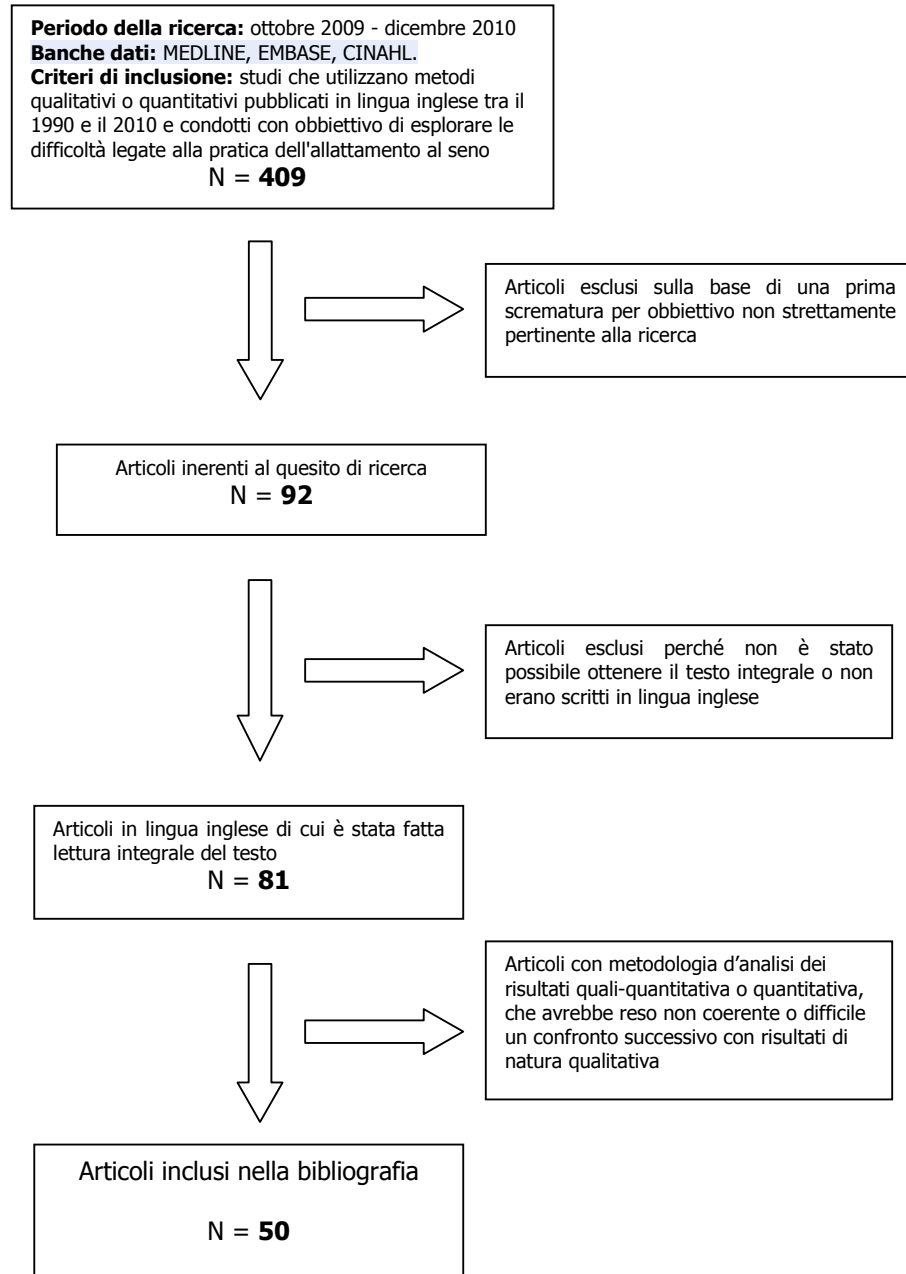
All'inizio sono stati identificati più di quattrocento articoli potenzialmente rilevanti. Successivamente sono stati eliminati quelli ritenuti di argomento non strettamente pertinente e che dopo una prima selezione dimostrassero una metodologia d'analisi ibrida (quali-quantitativa) o quantitativa che avrebbe reso non coerente o difficile un confronto successivo con risultati di natura qualitativa.

Inoltre, sono stati scartati articoli non pubblicati in lingua inglese o di cui non è stato possibile ottenere il testo integrale.

La ricerca bibliografica è stata condotta tra l'ottobre 2009 e il dicembre 2010. Al termine del processo sono stati ritenuti validi allo scopo del presente lavoro cinquanta articoli di cui: 4 metasintesi (Nelson, 2006; Larsen *et al*, 2008; Thulier e Mercer, 2009; Burns *et al*, 2010), 5 revisioni (Dennis CL, 2002;

McInnes e Chambers, 2008; Lakshman *et al*, 2009; Gill, 2009; Meedya *et al*, 2010) e quarantuno articoli originali. (Figura 1).

Figura 1. Diagramma di flusso per la scelta della letteratura aderente al quesito di ricerca. (Tratta da McInnes e Chambers, 2008 e modificata)



I cinquanta articoli sono stati letti in maniera approfondita ed analizzati in base a: anno di pubblicazione, autore/i, titolo, tipologia di articolo, quesito o

obbiettivo di ricerca, contesto geografico, setting (ospedale/territorio, urbano/suburbano), numero e caratteristiche dei partecipanti, metodo utilizzato per raccogliere e analizzare i dati, posizione del ricercatore, tematiche principali dei risultati ed eventuali sottotemi.

La revisione della letteratura presa in esame ha permesso di identificare molteplici aspetti che evidenziano le difficoltà nell'instaurarsi e nel procedere della pratica dell'allattamento al seno nei sei mesi che seguono il parto. È possibile suddividere queste variabili verticalmente in due macrocategorie, anche se non in modo assoluto.

La prima macrocategoria è riconducibile ad aspetti rilevabili da osservatori - quali i ricercatori. La seconda macrocategoria è data da tutte quelle variabili che esprimono le donne.

La prima macrocategoria di variabili è misurata in particolare dalla ricerca quantitativa, la seconda è esplorata soprattutto dalla ricerca qualitativa, ma non è da escludere la possibilità di una duplice lettura delle stesse variabili dai diversi approcci della metodologia della ricerca (Lo Biondo-Wood *et al*, 2004).

Entrambe le macrocategorie di variabili possono essere ordinate in orizzontale a seconda che siano determinate da fattori socio-demografici, biofisici, psicologici e/o sociali (Thulier e Mercer, 2009; Meedy *et al*, 2010).

La Tabella 2 esprime graficamente le macrocategorie con i diversi fattori che le contraddistinguono, cercando di riportare in sintesi gli argomenti espressi dalla letteratura analizzata.

Tabella 2. Macrocategorie di variabili legate alla durata e alle difficoltà in merito alla pratica dell'allattamento al seno (Thulier e Mercer, 2009; Meedya *et al*, 2010).

	Variabili materne e neonatali correlabili all'interruzione precoce dell'allattamento al seno esclusivo <small>(misurati soprattutto dalla ricerca quantitativa)</small>	Variabili espresse dalle donne in merito alle difficoltà di instaurare e mantenere un allattamento al seno esclusivo <small>(esplorate soprattutto dalla ricerca qualitativa)</small>
Fattori socio-demografici	<ul style="list-style-type: none"> • Età della donna • Livello di studi • Stato civile • Stato socio-economico • Etnia ed estrazione culturale 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione della struttura ospedaliera e presenza del rooming-in
Fattori biofisici	<ul style="list-style-type: none"> • Modalità di parto • Parità • Precedenti allattamenti • Presenza di patologie mammarie quali ingorghi o ragadi 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemi fisici • Problemi nella gestione dei tre fattori della poppata: posizione, attacco, e suzione • Dolore
		<ul style="list-style-type: none"> • Prematurità del neonato ed altri problemi riconducibili al lattante
Fattori psicologici	<ul style="list-style-type: none"> • Intenzionalità e motivazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Idealizzazione della scelta e determinazione • Senso di colpa • Fiducia in se stesse • Percezione della quantità e qualità del latte • Preoccupazione per lo stato di salute del neonato
Fattori sociali	<ul style="list-style-type: none"> • Ripresa dell'attività lavorativa • Contesto socio-culturale 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Sostegno sociale • Sostegno familiare • Sostegno da parte degli operatori di salute • Condizioni ambientali e possibile imbarazzo

Le principali caratteristiche intrinseche alla donna che sperimenta difficoltà, e che possono influire negativamente sulla scelta e durata dell'allattamento esclusivo al seno fino a sei mesi di vita del bambino, sono di tipo socio-demografico (età, livello di educazione), biofisico (tipo di parto, parità, precedenti allattamenti, presenza di patologie al seno tipo ragadi e/o ingorghi, prematurità del neonato) psicologico (percezione della qualità del latte prodotto, intenzionalità e motivazione, fiducia in se stessa) e legate al contesto sociale (necessità di riprendere velocemente l'attività lavorativa, scarso sostegno familiare ecc.).

Naturalmente tutte queste variabili vengono distinte a scopo esplicativo (come nella Tabella 2), ma sono spesso strettamente interconnesse tra di loro, cosicché solo l'influenza di una sull'altra e la loro reciproca interdipendenza può chiarire il vissuto di quelle donne che si trovano realmente in difficoltà durante la loro esperienza di allattare al seno il proprio figlio.

I fattori socio-demografici

È dimostrato ampiamente che le caratteristiche personali di tipo demografico, quali età e livello scolastico, influenzano la durata dell'allattamento esclusivo al seno. In alcuni studi (McLeod *et al*, 2002; Dennis, 2002; Scott *et al*, 2001) c'è evidenza che la condizione di età più avanzata e un buon livello di istruzione, siano associate a una durata prolungata dell'allattamento rispetto alla giovane età e a un livello scolastico inferiore.

Altre due variabili demografiche sono analizzate come condizionanti la durata nei mesi dell'allattamento materno: lo stato civile e la classe sociale di appartenenza.

Di fatto, i bambini che godono di un allattamento prolungato appaiono più facilmente provenire da famiglie con i genitori coniugati (McLeod *et al*, 2002; Dennis, 2002; Scott *et al*, 2001). In parallelo, la provenienza socio-economica delle donne sembra non influenzare in modo determinante l'avvio dell'allattamento al seno (Earle, 2000). Tuttavia, l'importanza fornita al

sostegno di partners e professionisti risulta più enfatizzata nelle classi con un elevato livello socio-economico, mentre le madri con un livello socio-economico inferiore reputano più importante e più influente sulle loro decisioni il sostegno ricevuto dalla componente femminile a loro vicina (madri, sorelle, amiche) e spesso utilizzano il gruppo dei pari come modelli.

L'importanza delle madri come sostegno emotivo, tangibile ed educativo, decresce man mano aumenta il livello socio-economico delle donne, mentre la tendenza opposta si verifica per l'importanza data all'aiuto fornito dal personale sanitario (Barona-Vilar *et al*, 2009).

Per quello che riguarda l'influsso della cultura occidentale sulle donne di etnia e cultura differente, Glover (*et al.*, 2007) sottolinea come nelle comunità Maori pratiche di cure neonatali estranee alla loro cultura di origine, hanno sostituito le modalità tradizionali di nutrizione dei bambini, influenzandole a tal punto che attualmente queste comunità hanno le più basse percentuali di allattamento esclusivo al seno della Nuova Zelanda.

Anche Chen nel 2010, sottolinea come l'influsso della cultura di arrivo media la portata della cultura di origine. Le donne cinesi, infatti, utilizzano due set di indicatori per stabilire lo stato di salute dei propri bambini e ciascuno dei due riflette la visione del mondo di provenienza: quando esse guardano alla crescita del figlio in termini di peso e ai segni di malattia, le madri aderiscono all'approccio biomedico occidentale; quando valutano se i loro bambini si trovano in uno stato di armonia - e per esempio il pianto è sintomo di una mancanza di equilibrio - esse aderiscono alla medicina tradizionale cinese.

È così che si può riconoscere in prima istanza, che la scelta di iniziare o smettere di allattare al seno è della donna (Bottorff, 1990), ma in realtà molto spesso è estremamente condizionata e conflittuale (Earle, 2002). La nutrice è spesso spinta dai condizionamenti culturali e organizzativi dei Paesi in cui si trova a vivere o delle organizzazioni ospedaliere in cui si trova a partorire. Le pratiche di separazione tra mamma e neonato (Mozingo *et al*, 2000) - tutt'ora esistenti quando non è adottato il rooming-in - e la riduzione con l'andare del tempo da parte del supporto sociale e familiare e degli operatori di salute (Hauck e Irurita, 2002), sono spesso vincenti sulla reale volontà della puerpera.

Tutto questo ci consente di dire che i fattori culturali e sociali sono decisivi nella presa di decisione e nella prosecuzione dell'allattamento esclusivo al seno.

Se da un lato occorrono più campagne e sforzi a livello istituzionale e sociale per ricreare una cultura della normalità di tale pratica, dall'altro le strategie per incrementare l'allattamento al seno promosse dai professionisti dovrebbero tenere ampiamente in considerazione il background culturale, le abitudini e le credenze di appartenenza della popolazione target prima di organizzare un intervento di promozione dell'allattamento (Bai *et al*, 2009; Chen, 2010).

I fattori biofisici

Maggiormente rappresentate nella letteratura sono le barriere legate a variabili di natura biofisica come: la modalità di parto, la parità, i precedenti allattamenti, la presenza di ragadi/ingorghi/mastiti (Bottorff, 1990; Hauck *et al*, 2002; Bailey *et al*, 2004; Kvist *et al*, 2006; Glover *et al*, 2007) legati in particolar modo al dolore nell'allattare e alla gestione della poppata (Kelleher, 2006; Kvist *et al*, 2006; Walker, 2008; Meedya *et al*, 2010) ed infine fattori legati al neonato quali la sua possibile prematurità (Mozingo *et al*, 2000; McFadden *et al*, 2009), la sua indisposizione e insoddisfazione alla suzione (Lothian, 1995; Li R *et al*, 2008).

Il tipo di parto, ed in particolare il taglio cesareo (Wade *et al*, 2009), può notevolmente influire sull'instaurarsi dell'allattamento al seno. Dopo un cesareo, la relativa immobilità e dipendenza dal personale nello svolgimento delle funzioni quotidiane così come l'essere impreparate a fare i conti con catetere vescicale, fleboclisi e deflussori per la terapia infusione e dolore addominale, rendono l'avvio dell'allattamento particolarmente difficile per le madri che si trovano in queste condizioni. Le donne sottoposte a taglio cesareo sperimentano una specifica vulnerabilità durante il ricovero ospedaliero legata alla separazione dal neonato, all'isolamento per essere costrette a letto e alla

mancanza di privacy, elementi che spesso entrano in conflitto con le aspettative iniziali e che possono contribuire a creare una situazione di inadeguatezza nei confronti della propria capacità di allattare e di prendersi cura del neonato. Queste madri esprimono un forte desiderio di vedere, toccare, nutrire i propri bambini e spesso identificano la possibilità di un immediato contatto pelle a pelle con il neonato come il fattore principale legato ad una soddisfacente esperienza in caso di parto operativo (McFadden *et al*, 2009).

In merito alla parità, le primipare sperimentano più facilmente una vulnerabilità quando le cose non vanno come si aspettavano (Hauk e Reinbold, 1996). Una coppia che per la prima volta diventa padre e madre, oltre a vivere la transizione verso la genitorialità (Forster *et al*, 2008), si trova a confrontarsi con l'ansia e la paura di dover accudire il proprio neonato. La madre, in particolare, sperimenta una mancanza di fiducia nella propria capacità, non ancora ricca di esperienza, di prendersi cura del figlio una volta lasciato l'ospedale. Così donne alla prima esperienza di allattamento sperimentano un'insicurezza e una vulnerabilità; hanno paura di non nutrire a sufficienza il proprio bambino e con tutto ciò, se non sostenute e supportate, possono arrivare ad abbandonare precocemente la pratica dell'allattamento al seno a favore della modalità ritenuta più facile: l'uso del biberon (Lewallen *et al*, 2006).

Una volta che una donna ha stabilito la propria personale esperienza positiva, questa fiducia verrà confermata nel rapporto con i bambini successivi. Si parla di "*empowerment materno*" (Hauk e Reinbold, 1996). Quando una donna ha allattato con successo un figlio, diventa essa stessa modello e riferimento per sé e per gli altri (Schmied *et al*, 2001). Al contrario, precedenti esperienze negative di allattamento possono condurre una madre a non voler più ritentare l'esperienza con un successivo neonato (Shakespeare *et al*, 2004).

Come riportato in diversi studi (Bottorff, 1990; Hauck *et al*, 2002; Bailey *et al*, 2004; Kvist *et al*, 2006; Glover *et al*, 2007) la presenza di problematiche fisiche legate alle mammelle materne, quali ragadi, ingorghi e mastiti, può contribuire ad un abbandono precoce dell'allattamento esclusivo per la complessità che assume la gestione della poppata sia nella posizione, che nell'attacco e nella suzione del neonato, dato il dolore che comporta (Lothian ,

1995; Kelleher, 2006; Kvist *et al*, 2006; Walker, 2008; Meedya *et al*, 2010). La mancata presa in carico da parte del personale di tali situazioni (in particolare le ragadi possono insorgere già nei primi tempi dopo il parto), il non veder riconosciuti la propria fatica e/o il dolore, possono abbattere il senso di fiducia anche in quelle donne motivate ad allattare (Stewart-Knox *et al*, 2003; Porter *et al*, 2006).

Anche in caso di bambino prematuro o ricoverato in terapia intensiva neonatale, l'instaurarsi dell'allattamento presenta maggiori difficoltà: la separazione, la fatica fisica ed emotiva, la preoccupazione per le condizioni di salute del neonato, spesso associati a sentimenti di colpa nei suoi confronti, minano la fiducia nelle capacità materne di garantire sostegno e nutrimento alla propria creatura affidata ad altri (Mozingo *et al*, 2000; McFadden *et al*, 2009). Viene infine descritta dai ricercatori e riportata dalle donne, anche la contrarietà legata al calo ponderale del bambino (Meedya *et al*, 2010), apparentemente riconducibile al suo succhiare al seno con difficoltà e insoddisfazione anche se nato sano e a termine di gestazione (Lothian , 1995; Li *et al*, 2008).

I fattori psicologici

Grande enfasi è posta dalla letteratura in merito a quelle che possono diventare barriere di natura psicologica all'instaurarsi di un allattamento di successo (O'Brien *et al*, 2008).

In particolare, viene sottolineato che sono l'intenzionalità e le motivazioni materne (Hauck e Irurita, 2002; Nelson, 2006; Manhira KM *et al*, 2007; Hegney *et al*, 2008) che favoriranno o destabilizzeranno lo stesso successo della pratica (Larsen *et al* del 2008).

La circolarità delle percezioni e dei discorsi di cui è spettatrice e/o autrice la donna nutrice possono minare la sua stessa fiducia e mandare in "frantumi le sue aspettative" (Larsen *et al*, 2008).

In ogni caso, rimane fondamentale il peso che assume, per ciascuna donna, la decisione di continuare nel tempo ad allattare al seno il proprio

bambino (Nelson, 2006; Manhire KM *et al*, 2007; O'Brien *et al*, 2008). Il desiderio di assicurare al figlio un inizio di vita che sia il migliore possibile costituisce una ragione fondamentale, affinché la madre continui l'allattamento al seno (Brodribb *et al*, 2007) nonostante possibili "sofferenze" fisiche ed emotive (Kvist *et al*, 2006). Questa espressione è possibile, tanto più la madre si sente sostenuta da un aiuto e da un supporto qualificato (Hegney *et al*, 2008).

Rispetto alle aspettative materne le ricerche (Hauck e Reinbold, 1996; Mazingo *et al*, 2000; Hauck *et al*, 2002; Scott e Mostyn, 2003; Shakespeare *et al*, 2004; Kvist *et al*, 2006; Moore e Coty, 2006; Bai *et al*, 2009) riportano che le donne le idealizzano a tal punto da renderle irrealizzabili. Quando le aspettative così concepite si scontrano con l'esperienza, esse possono emergere come criticità e far sperimentare un senso di delusione, frustrazione e fallimento fino a vero e proprio stress (Hegney *et al*, 2008; Abou-Dakn *et al*, 2009). Infatti, la maggioranza delle madri ritiene l'allattamento al seno come qualcosa di naturale, associando a questo aggettivo "naturale" quello di facile (Hauck e Reinbold, 1996; Chen, 2010). Se tale "naturalità e spontaneità" non trovano riscontro nella realtà e l'esperienza si presenta tutt'altro che semplice e veloce, le donne possono sentirsi ingannate. Da questa lotta tra aspettative e realtà l'allattamento al seno può uscirne tradito (Hegney *et al*, 2008). Ad esempio di questo, si riporta che alcune madri hanno percepito di poter riacquistare un equilibrio nelle proprie emozioni solo rinunciando ad allattare (Shakespeare *et al*, 2004).

È importante riconoscere che il processo della lattazione è possibile e deciso non solo dal corpo della nutrice, bensì è una prova di maturità, è un'iniziazione alla piena maternità, che implica giochi della psiche legati alla fiducia in se stessi (Schmied *et al*, 2001; Nelson, 2006; Forster, 2008; Bai *et al*, 2009) e possibili sensi di colpa di fronte alla sconfitta (Shakespeare *et al*, 2004). In merito all'insorgenza dei complessi di colpa, gli operatori si devono sentire chiamati in causa per agire con professionalità (Labbock, 2008; Lakshman *et al*, 2009).

In altro modo, tutte le donne che hanno sperimentato un successo nell'allattamento (Hauck e Reinbold, 1996; Mozingo *et al*, 2000; Meedy *et al*, 2010) parlano dell'importanza dell'essere persistenti (Manhire KM *et al*, 2007). Persistenza deriva dal latino *persistere* cioè rimanere fermi. Vale a dire che il cambiamento fisico e di vita che l'instaurarsi dell'allattamento richiede è reso sostenibile solo da una decisione volontaria e dalla fermezza sulla stessa decisione. Nei Paesi dove le donne hanno maggior possibilità di scelta in merito alla volontà di allattare, come in quelli industrializzati, questa richiede una volontà rispetto all'impegno che la madre si deve assumere (Bottorff, 1990; Nelson, 2006). Naturalmente, questo impegno richiede disponibilità a riorganizzare il proprio stile di vita (Mozingo *et al*, 2000), a calibrare il proprio tempo (Earle, 2000) in funzione delle necessità, non certo routinarie e abituali, di un neonato. Allattare "è un dono che può essere fatto solo donando se stesse" (Meedy *et al*, 2010). Alcune madri decidono di "provare ad allattare", ma ci si domanda se questo sia sufficiente per persistere. Bottorff (1990) riporta che più una donna è determinata, maggiore sarà la sua capacità di riuscire nonostante le difficoltà che possono presentarsi.

Non va dimenticato che, sicuramente, vedere qualche segno di miglioramento, per quanto piccolo, è importante per continuare sulla strada intrapresa. Stabilire e raggiungere obiettivi a breve termine e ricevere feedback positivi, fortifica l'impegno a superare le difficoltà e accresce il senso di fiducia nelle proprie capacità (Manhire KM *et al*, 2007). Al contrario, non vedere alcun segno di miglioramento porta gradualmente all'abbandono della volontà di continuare ad allattare al seno (Hauck *et al*, 2002).

Tra i fattori psicologici, la percezione delle madri di non avere latte a sufficienza è la causa principale di abbandono dell'allattamento prima dei sei mesi di vita del bambino (Lewallen *et al*, 2006; Glover *et al*, 2007). Spesso è questa la percezione che le donne riportano per giustificare l'introduzione del latte artificiale nella dieta del lattante (Shaw *et al*, 2003; Bailey *et al*, 2004; Glover *et al*, 2007). La preoccupazione che il figlio mangi a sufficienza ha radici profonde che toccano la natura stessa dell'essere madre. A questo proposito va ricordato che, come riportato da Bottorff (1990), già la Kitzinger (1971)

sottolineava che, legato al concetto di allattamento, c'è il concetto dell'essere una buona madre e che questa condizione dipende dalla capacità materna di fornire latte a sufficienza al proprio bambino. A testimonianza di questo, quasi tutti i commenti riportati negli studi, legano il concetto di "buona madre" alla sua capacità di soddisfare le aspettative nutrizionali del figlio (Schmied *et al*, 2001). D'altro canto, questo elemento è una delle aree chiave dove le primipare - in particolare - si sentono soggette al giudizio altrui: dei membri della famiglia, degli amici e delle società in genere (Bailey *et al*, 2004) e si preoccupano per lo stato di salute del neonato (Moore e Coty, 2006).

Tuttavia, anche il passaggio al latte artificiale non è indolore: le madri riportano anche per questo, sentimenti di colpa, vergogna o rabbia (Earle, 2000; Mozingo *et al*, 2000; Shaw *et al*, 2003; Bailey *et al*, 2004; Barona-Vilar *et al*, 2009), per non essere riuscite a concretizzare quello che ritenevano un "imperativo morale" (Shakespeare *et al*, 2004; Lakshman *et al*, 2009).

Sicuramente, allattare al seno non è un progetto che può essere stabilito a priori: in esso il cambiamento - piuttosto che la stabilità - è la normalità. Allattando, nulla rimane come era prima di essere madri. A volte sembra che l'esistenza della donna in questo periodo non abbia altro ritmo se non quello di continui e successivi "riaggiustamenti" (Bottorff, 1990). Se questo impegno non è contemplato e sostenuto la "relativa insicurezza dell'allattamento" (Mozingo *et al*, 2000) conduce la madre a pensare che non valga la pena persistere nella pratica che, pur razionalmente, riconosce essere la cosa migliore per il suo bambino (Brodrigg *et al*, 2007).

In conclusione, occorre notare come Earle (2000; 2002), presenta due spunti di riflessione interessanti che possono contribuire ad accrescere la conoscenza della dinamica decisionale utilizzata dalle donne. Innanzitutto dai dati sembra emergere che le donne prendano una decisione nei confronti dell'allattamento già prima del concepimento o durante le prime settimane di gravidanza. Secondariamente, sebbene le donne intervistate dalla Earle fossero a conoscenza e si mostrassero sensibili rispetto ai benefici legati all'allattamento materno, questa conoscenza non era in grado di influenzare né di modificare la decisione di quelle donne che avevano già scelto di allattare artificialmente.

È sicuramente anche in relazione a queste ultime considerazioni, che si riconoscono come particolarmente determinanti i fattori sociali che condizionano l'allattamento materno, quali il contesto socio-culturale e il sostegno alla madre (Schmied *et al*, 2001).

I fattori sociali

In questo gruppo di fattori sono stati inseriti quei determinanti che in maniera più o meno diretta possono derivare dal contesto sociale in cui la donna, che sceglie di allattare, si trova ad essere inserita (McInnes e Chambers, 2008; Burns *et al*, 2010).

Le caratteristiche del contesto sociale di provenienza possono influenzare le decisioni materne in tema di allattamento al seno (McInnes e Chambers, 2008; Burns *et al*, 2010). Per esempio, le donne che sono alla loro prima esperienza tendono ad utilizzare le letture, le immagini fornite dai media, ma soprattutto l'esperienza di altre donne loro vicine (parenti, amiche, colleghe) come modelli o riferimenti (Hauck e Reinbold, 1996; Kong e Lee, 2004; Hill *et al*, 2008). Alcuni articoli riportano l'influsso che certe relazioni sociali possono avere sulla fiducia di una madre nei confronti della propria capacità di allattare: terribili storie di allattamenti o la credenza che se la madre ha avuto problemi con l'allattamento la figlia andrà incontro agli stessi problemi (Moore e Coty, 2006), possono incidere negativamente sulla fiducia che le donne devono mettere in campo per impegnarsi con la propria esperienza.

L'allattamento al seno rimane una pratica legata alla cultura di appartenenza, pratica nella quale la tradizione e i messaggi tramandati di generazione in generazione influenzano la modalità e i tempi con cui una madre sceglie di nutrire il proprio figlio (Barona-Vilar *et al*, 2009).

A questo proposito, occorre sottolineare come, all'interno delle culture delle popolazioni rappresentate negli articoli considerati, in gran parte provenienti da Paesi occidentali e industrializzati, esistano nei confronti dell'allattamento aspetti complessi e contraddittori. Come già evidenziato (Kitzinger,1971), la pratica dell'allattamento è legata ad una visione di madre

idealizzata: la "buona madre" o "la madre perfetta" è colei che è in grado di soddisfare completamente le necessità di nutrimento e di cura del figlio (Hauck e Reinbold, 1996; Mozingo *et al*, 2000). A ciò si associa una visione che gli autori definiscono "romantica" dell'allattamento come qualcosa di naturale e di semplice (Mozingo *et al*, 2000; Scott e Mostyn, 2003). D'altra parte, nel mondo industrializzato, dove gran parte del sapere associato all'allattamento materno è stato perso per l'introduzione e il massivo uso del latte artificiale, le madri spesso si sentono sole (Bottorff, 1990). La società occidentale ha sminuito il valore fisiologico del corpo femminile, portando le donne a credere che i loro corpi siano inadeguati per il nutrimento dei loro bambini e di conseguenza a concepire l'allattamento come qualcosa che è difficile o impossibile da portare a termine con successo (Earle, 2000). Molta letteratura riporta dell'imbarazzo che si crea quando una donna sbottona discretamente la camicetta per permettere al figlio di trovare il seno materno (Bottorff, 1990; Mozingo *et al*, 2000; Earle, 2002; Steward-Knox *et al*, 2003; Scott e Mostyn, 2003) e non è protetta da ambienti predisposti (Hauck *et al*, 2008). In un contesto in cui la funzione delle mammelle femminili è considerata unicamente come attrattiva sessuale all'interno di una visione del corpo femminile come oggetto di piacere, si crea una tensione tra la sua funzione sessuale e quella organica di serbatoio di nutrienti per il bambino. Tale visione del seno come oggetto sessuale piuttosto che nutrizionale viene incrementata da quanto riportato da Hauck e Irurita (2002) in cui si considera come l'immagine sessuale del seno non è vista come compatibile con il ruolo materno: nella percezione delle donne, sessualità e maternità sono mutualmente esclusive. Ciò non toglie che le madri riconoscono all'allattamento al seno un aspetto di piacere sensuale (Schmied *et al*, 2001).

Per vincere gli ostacoli sopra menzionati, può essere decisiva l'esperienza di una precedente esposizione all'allattamento al seno, come riportato nello studio di Scott e Mostyn (2003), dove si rileva che, minore è il livello di esposizione a donne che allattano, più bassa è l'incidenza e maggiore è l'abbandono precoce. Anche Barona-Vilar (*et al*, 2009) suggerisce che l'esposizione visiva all'allattamento al seno influenza positivamente nella donna la decisione di allattare. Altrove (Bailey *et al*, 2004) si dice che la potente e

pervasiva cultura del biberon domina maggiormente in quelle aree in cui l'allattamento al seno è meno diffuso. A questo contribuisce anche il fatto che il biberon appare più volte nei media quali televisione e stampa, rispetto a un seno che allatta e che il suo utilizzo viene mostrato come poco problematico (Scott e Mostyn, 2003).

Ancora, gli atteggiamenti socio-culturali negativi nei confronti dell'allattamento possono esprimersi anche quando l'ambiente in cui si è immersi considera "troppo grandi" i bambini che le donne stanno allattando al seno (Hauck e Reinbold, 1996).

A questi elementi si associa il problema della ripresa del lavoro per le madri (Lewallen *et al*, 2006; Bai *et al*, 2009).

Steward-Knox (*et al*, 2003) identifica tra le maggiori barriere all'allattamento al seno la mancanza di un sostegno da parte del partner e della famiglia, la presenza di altri figli, il ritorno al lavoro e la mancanza di facilitazioni sociali a cui aggiunge l'imbarazzo provato dalla donna che allatta pubblicamente, riassumendo così ciò che emerge anche dai risultati riportati negli altri studi.

La ripresa del lavoro è un aspetto che emerge come problematico in diversi studi (Lewallen *et al*, 2006; Bai *et al*, 2009). Spesso il rientro al lavoro è visto in contrapposizione con la possibilità di proseguire l'allattamento al seno e ne determina la cessazione con il passaggio all'allattamento artificiale (Glover *et al*, 2007). Il rientro al lavoro è vissuto dalle donne come l'instaurarsi di una lotta tra esigenze lavorative ed esigenze legate al mantenimento dell'allattamento (Moore e Coty, 2006). In alcuni casi, il ritorno anticipato può portare la donna a decidere di iniziare da subito la nutrizione del neonato con latte artificiale (Steward-Knox *et al*, 2003), in altri casi le donne programmano la durata dell'allattamento al seno proprio in previsione del rientro al lavoro (Barona-Vilar *et al*, 2009).

Anche la presenza a casa di altri figli, con le loro esigenze pressanti, può essere ritenuta una barriera ad un allattamento esclusivo prolungato (Steward-Knox *et al*, 2003), così come il dover affrontare situazioni di stress: visite di

parenti/amici, dover badare alla casa o il tentativo di mantenere la stessa vita che si faceva prima del parto (Kvist *et al*, 2006) spesso incidono negativamente sul tempo richiesto dall'allattamento creando nella donna una situazione di disagio che sfocia nella decisione di non proseguire oltre.

Altro fattore, riportato dalla letteratura (Steward-Knox *et al*, 2003; Moore e Coty, 2006), è la sensazione di imbarazzo che le donne provano all'idea o quando tentano di allattare in pubblico e che fa capo alla disapprovazione che le società occidentali esprimono quando una donna mostra il seno da offrire al proprio figlio che piange.

Ancora, un aspetto che ricorre negli studi (Hauck *et al*, 2002; Steward-Knox *et al*, 2003; Scott e Mostyn, 2003; Kvist *et al*, 2006; Moore e Coty, 2006) è la percezione di una mancanza di sostegno a livello familiare e, più in generale, a livello sociale. In questi articoli viene spesso riportata l'importanza dell'incoraggiamento e del sostegno sia fisico che emotivo da parte del partner, della famiglia e degli amici. I nonni, soprattutto la madre della neomamma, giocano un grande ruolo nella fase iniziale dell'allattamento poiché, oltre al coinvolgimento empatico, possono fornire un aiuto concreto nelle faccende quotidiane (mestieri, spesa, cucinare, badare agli altri figli) (Scott e Mostyn, 2003). Chen (2010) riporta che, per le donne cinesi, l'assistenza concreta (cucinare cibi specifici e aiutare nei lavori domestici) fornita dalla componente femminile della famiglia, agisce come facilitatore nel mediare lo stress dovuto al recupero dell'equilibrio e delle forze, garantisce l'avvio dell'allattamento e la sua prosecuzione, previene le malattie e migliora le cure neonatali.

Naturalmente il partner è la persona maggiormente di riferimento sia nella decisione di allattare sia durante tutto il percorso, anche se alcune donne (Moore e Coty, 2006) hanno riportato il disagio paterno rispetto all'instaurarsi del legame con il figlio che viene visto esclusivamente appartenente alla madre o rispetto alle modificazioni fisiche che vedono nelle mammelle delle loro mogli/compagne.

A livello sociale, le donne lamentano la mancanza di una "cultura dell'allattamento" (Hauck e Iurita, 2002) che crei facilitazioni per le donne che intendono allattare in luoghi pubblici o sul lavoro. Centri commerciali, grossi

magazzini e perfino gli ospedali sono ormai quasi tutti dotati di locali dedicati alle mamme con bambini, ma queste stanze vengono pensate e usate principalmente per il cambio dei pannolini e la maggior parte delle donne li ritiene luoghi non adatti e poco piacevoli dove nutrire il figlio (Steward-Knox *et al*, 2003; Scott e Mostyn, 2003). Ma, ancora prima di questo, una delle barriere più evidenti è rappresentata dall'imbarazzo che una donna suscita quando allatta in pubblico (Steward-Knox *et al*, 2003), imbarazzo che la donna sente su di sé e in sé e che può portarla ad una sorta di isolamento sociale segregandola in casa per tutto il periodo in cui allatta esclusivamente al seno (Scott e Mostyn, 2003; Moore e Coty, 2006). Un'altra barriera è rappresentata dal dover tirare il latte per mantenere l'allattamento una volta che si è ripresa l'attività lavorativa: l'opzione di spremere il latte sul luogo di lavoro viene considerata da molte donne una pratica dolorosa, che richiede condizioni igieniche e intimità, condizioni che la maggior parte dei luoghi di lavoro non può/vuole assicurare (Barona-Vilar *et al*, 2009). Senza un serio impegno e sostegno anche da parte delle istituzioni (McInnes e Chambers, 2008), se negli anni passati la norma per le donne era quella di non iniziare nemmeno ad allattare, attualmente sembra diventata il ritenere di non riuscire/poterlo fare (Bailey *et al*, 2004). Così la pressione sociale nei confronti dell'allattamento che le donne sperimentano (Scott e Mostyn, 2003) può contribuire a minare la fiducia materna nel fatto che sia possibile allattare esclusivamente e portare a un suo abbandono prima dei sei mesi di vita del bambino.

L'ultimo aspetto, che implica il coinvolgimento del partner nelle cure neonatali, riguarda soprattutto quelle donne che hanno fatto la scelta di allattare artificialmente. Infatti, il biberon viene visto da queste donne come la possibilità di condividere il fardello quotidiano della cura del figlio coinvolgendo il padre nella globalità dell'esperienza genitoriale (Earle, 2000; Earle, 2002; Steward-Knox *et al*, 2003; Forster *et al*, 2008; Barona-Vilar *et al*, 2009). A questo proposito Earle (2000; 2002) mette in guardia dal messaggio veicolato da certi manuali per neogenitori in cui si porta avanti il concetto di genitorialità condivisa tramite l'abbandono di pratiche che favorirebbero il monopolio materno del figlio escludendo il padre.

Per molte donne l'elemento chiave porta alla scelta dell'allattamento artificiale o dell'abbandono precoce dell'allattamento al seno è legato all'organizzazione dei servizi sanitari prima, durante e dopo il parto o all'inadeguata, insensibile o inappropriata assistenza da parte dei professionisti incontrati (Mozingo *et al*, 2000; Swanson e Power, 2005; McInnes e Chambers, 2008).

Per quello che riguarda il contesto preconcezionale, Earle (2002) e Bailey (2004) sottolineano come molte donne prendano la propria decisione nei confronti dell'allattamento prima di o indipendentemente da ogni contatto con i professionisti (ostetriche, medici, infermieri) durante gravidanza, parto e puerperio e che, dunque, la promozione dell'allattamento andrebbe fatta già nel periodo preconcezionale. Altri autori (Earle, 2000; Hauck e Irurita, 2002; Bailey *et al*, 2004), oltre a ribadire l'importanza di coinvolgere i partners nelle campagne educative e di promozione e durante i corsi di accompagnamento alla nascita, sottolineano come questi ultimi (Shakespeare *et al*, 2004; Bailey *et al*, 2004; Kvist *et al*, 2006; Moore e Coty, 2006; Sheehan *et al*, 2009) spesso forniscano informazioni poco accurate e realistiche nei confronti dell'esperienza che poi le donne dovranno affrontare: in essi poco o nulla viene detto circa le problematiche che possono più frequentemente presentarsi, ma anche circa il tempo e la concentrazione richiesti o la necessità di dover rivedere il proprio stile di vita dopo la nascita del bambino. L'assenza di un'effettiva ed efficace educazione prenatale lascia il campo libero all'instaurarsi dell'allattamento artificiale (Glover *et al*, 2007). Le donne chiedono in merito all'allattamento al seno informazioni precise e in particolare sui benefici che apporta (Graffy, 2005).

Per quello che riguarda le campagne educative sui benefici dell'allattamento al seno, esse hanno avuto successo nell'informare le donne, ma si sono dimostrate inefficaci nel promuovere un comportamento a favore di questa pratica: la conoscenza teorica non modifica la decisione in quelle donne che hanno stabilito di ricorrere all'utilizzo del latte artificiale (Earle, 2002). Inoltre, i materiali impiegati, per promuovere l'immagine della madre che allatta, spesso rappresentano donne nude, in casa e sdraiate nel letto o è

rappresentato solo il seno con il bambino attaccato ad esso. Così facendo, essi non presentano una visione realistica e attraente di allattamento e possono scoraggiare e allontanare le donne dall'idea di intraprenderne l'impegno (Hauck *et al*, 2002).

Anche l'esperienza vissuta durante il ricovero è fondamentale per sostenere la decisione nei confronti dell'allattamento esclusivo. Bailey (*et al*, 2004) riporta che alcune decisioni riguardo alla sospensione dell'allattamento al seno vengono prese nei primi giorni dopo la nascita, a conferma dell'importanza di focalizzarsi sugli eventi che accadono durante questo breve lasso di tempo.

Le esperienze vissute dalle donne durante il ricovero sono molteplici e dipendono in larga parte dalla percezione positiva o negativa che esse hanno avuto nei confronti della comunicazione e dell'aiuto pratico che esse hanno ricevuto da parte del personale (Bailey *et al*, 2004; McInnes e Chambers, 2008). L'esperienza di un'assistenza considerata inadeguata è legata maggiormente ad aspetti quali: la mancanza di tempo e di disponibilità da parte del personale per sostenere l'avvio dell'allattamento, la mancanza di continuità nell'assistenza e una comunicazione inadeguata perché carente di informazioni, contraddittoria o poco empatica (McInnes e Chambers, 2008; Forster *et al*, 2008; Wade *et al*, 2009; McFadden *et al*, 2009).

Tuttavia, se il sostegno all'allattamento sembra essere eccellente durante l'ospedalizzazione (McInnes e Chambers, 2008), a livello comunitario esso risulta carente e questo rappresenta uno dei fattori fondamentali di abbandono della pratica prima dei sei mesi di vita del bambino (Hauck e Irurita, 2002). Dopo la dimissione, il sostegno di cui le donne hanno necessità risulta essere determinato dai seguenti fattori: la presenza di un aiuto formale fornito da professionisti e/o da gruppi di sostegno tra pari a livello territoriale (Hauck *et al*, 2002; Scott e Mostyn, 2003; McInnes e Chambers, 2008; Wade *et al*, 2009; Bai *et al*, 2009) e la possibilità che esso sia immediato, disponibile 24/24 ore e flessibile (Bailey *et al*, 2004; Kvist *et al*, 2006; Glover *et al*, 2007; McInnes e Chambers, 2008). Forster (*et al*, 2008) sottolinea che, per le madri, il servizio domiciliare non è attualmente in grado di rimpiazzare l'assistenza fornita in ospedale dove, la possibilità di avere un'ostetrica fisicamente a disposizione è

garanzia di sicurezza e assistenza. Questo porta alcune donne a chiedere di ritardare la dimissione fino al momento in cui si sentiranno più sicure nel prendersi cura del bambino e nel riconoscere i segni di normalità nel comportamento e/o nella salute del figlio.

Le informazioni fornite per telefono sono considerate dalle donne inappropriate o al più gradite, ma insufficienti per risolvere i problemi e contenere le ansie (Hauck *et al*, 2002; Shakespeare *et al*, 2004; Bailey *et al*, 2004).

Altro determinante nei confronti del successo dell'allattamento esclusivo è dato dai professionisti che si occupano della sua promozione (Swanson e Power, 2005): una pratica basata su prove di efficacia è fondamentale per la credibilità del proprio operato (Hauck e Irurita, 2002; Moore e Coty, 2006; McInnes e Chambers, 2008); un'adeguata pianificazione degli interventi permette di raggiungere lo scopo; la possibilità di una continuità (Hauck *et al*, 2002; Shakespeare *et al*, 2004) facilita la presa in carico assistenziale; interventi non standardizzati ma individualizzati ed effettuati senza fretta (Hauck *et al*, 2002; Glover *et al*, 2007; McInnes e Chambers, 2008) generano sicurezza nelle donne; informazioni attendibili, appropriate e non conflittuali (Hauck *et al*, 2002; McInnes e Chambers, 2008; Bai *et al*, 2009) facilitano la fiducia nel sostegno ricevuto; la conoscenza delle culture di provenienza e una capacità empatica, non giudicante (Shaw *et al*, 2003; Shakespeare *et al*, 2004; Moore e Coty, 2006; Chen, 2010) aiutano l'instaurarsi della relazione terapeutica. Sheehan (*et al*, 2009) sottolinea come il contributo dei professionisti viene diviso in due categorie: "sostegno positivo" e "sostegno negativo". Il primo aumenta il senso di fiducia e si esprime come il sostegno emotivo, il riconoscimento, l'approvazione, l'essere reperibili da parte dei professionisti, uno stare con, un sostegno pratico, l'essere sensibili e flessibili. Fornire questo tipo di sostegno positivo incrementa il senso di fiducia nelle madri rispetto alla possibilità di allattare anche quando insorgono difficoltà (McInnes e Chambers, 2008). Il secondo contribuisce a diminuire la fiducia delle donne nella loro capacità di allattare e questo influenza negativamente le percentuali di successo

dell'allattamento esclusivo al seno durante le prime sei settimane dopo il parto (McInnes e Chambers, 2008).

In conclusione è possibile stabilire che le donne si aspettano molto dai servizi e dai professionisti che ritengono deputati al sostegno dell'allattamento al seno, ma riconoscono che tali strumenti spesso risultano deboli o mancanti soprattutto dopo la dimissione ospedaliera (McInnes e Chambers, 2008). I dati sull'abbandono dell'allattamento esclusivo al seno evidenziano come occorra una verifica in itinere dell'andamento durante tutto il percorso fino allo svezzamento in quanto aspettative e fini materni possono modificarsi in qualsiasi momento (Hauck e Reinbold, 1996). Prevedere dei tagli nel campo dei servizi a sostegno della maternità rappresenta una strategia miope, in considerazione del fatto che l'allattamento al seno è chiaramente un fattore importante per garantire la salute presente e futura di una popolazione (Kvist *et al*, 2006).

Inoltre, poiché l'assistenza alla diade madre-neonato dopo la nascita è affidata a professionisti di varie discipline, occorre che queste figure mettano in atto una stretta e condivisa collaborazione al fine di garantire il sostegno necessario a una donna che scelga di allattare esclusivamente il figlio per i primi sei mesi di vita (McInnes e Chambers, 2008; Bai *et al*, 2009).

A termine di questa revisione della letteratura si può concludere che l'interrogativo sulle cause che provocano l'interruzione molto precoce dell'allattamento al seno (Hegney *et al*, 2008), ed entro il primo mese di vita del lattante, sono state dettagliatamente esplorate, sia dal punto di vista biologico, che psicologico, che sociale e culturale, anche se la letteratura indica la necessità di proseguire/approfondire questa tematica (Bailey *et al*, 2004), interrogando i professionisti sanitari sulla possibilità di intervento assistenziale riconosciuto in grado di prevenirle e/o arginarle (Porter *et al*, 2006).

Tuttavia, non è stato possibile reperire in letteratura studi sul concetto di "allattamento difficile" nelle primissime ore dopo il parto, aspetto rilevante – come si è già sottolineato nelle pagine precedenti di questo lavoro – per

somministrare correttamente il BAS. Lo studio condotto, che verrà descritto nelle prossime pagine della Tesi, lavorando sulle esperienze delle nutrici in difficoltà nei primissimi giorni dopo il parto, si inserisce puntualmente in questo contesto di conoscenza, rispondendo al primo obiettivo previsto dalla stessa ricerca qualitativa di dare significato all'espressione "latching difficulty" (Hall *et al*, 2002; Mercer *et al*, 2009; Zobbi *et al*/2010).

LA RICERCA Campione

A partire dall'aprile 2010 fino al giugno 2010, i ricercatori hanno coinvolto 15 puerpere disponibili a partecipare alla indagine che si propone questo studio.

Il campione è stato di convenienza, in quanto i ricercatori, si recavano durante il giorno presso il reparto di maternità della IRCCS Fondazione Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, che si trova nella città di Milano, individuando tra le madri entro le 72 ore dal parto, quelle che segnalavano di voler allattare al seno il proprio neonato e nello stesso tempo di avere "difficoltà nella poppata". La segnalazione di difficoltà è stata rilevata con diverse strategie: grazie allo scritto nel diario della cartella clinica della donna, oppure su segnalazione delle ostetriche di reparto, infine per diretta rilevazione da parte degli stessi ricercatori, durante l'assistenza erogata alle puerpere nel tempo dedicato all'allattamento.

Successivamente, la proposta di rilasciare un'intervista è stata fatta dai ricercatori solo alle donne italiane, con partner italiano, con un parto tra le 36 e le 42 settimane di gestazione, sia vaginale che con taglio cesareo, alle quali fosse stato riscontrato un punteggio del Reduced Breastfeeding Assessment Score (Zobbi *et al*, 2010) uguale o inferiore a 7 e che, pertanto, suggerisse il rischio di interrompere precocemente l'allattamento al seno. Infine, le stesse madri dovevano aver partorito un neonato singolo, sano e di peso gestazionale appropriato.

Oltre alle quindici donne che hanno accettato di partecipare alla ricerca, si fa presente che altre tre madri sono state identificate con criteri utili a prendere parte allo studio nel periodo di reclutamento, ma hanno rinunciato a rilasciare un'intervista.

Tutte le donne disponibili a "raccontarsi" hanno riferito di avere difficoltà in tutte le poppate o, nel migliore dei casi, per la metà di esse.

Delle quindici donne coinvolte, tre sono state supportate dai ricercatori durante una poppata difficoltosa, per un tempo di circa due ore consecutive prima che venisse svolta l'intervista.

Si è conclusa la necessità di reclutamento a 15 puerpere, in quanto il campione ha permesso la saturazione dei dati (Lo Biondo-Wood *et al*, 2004).

LA RICERCA

Metodo raccolta dati

La ricerca è stata condotta in Lombardia, presso il reparto di Puerperio della Clinica Ostetrica Mangiagalli, presso la Fondazione IRCCS Fondazione Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico.

Lo studio è stato effettuato, rispettando la dichiarazione di Helsinki (ultima revisione: Edimburgo, ottobre 2000), dopo notifica al Comitato Etico della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Cà Granda Policlinico (come da Linee Guida del 20 marzo 2008, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 31 marzo 2008).

Nessun incentivo è stato fornito alle madri aderenti.

Le quindici puerpere partecipanti sono state intervistate tra le 36 e le 76 ore dal parto: tempo sufficiente a garantire la possibilità per ciascuna donna di gestire diversi tentativi di attaccare al seno il neonato (10/30 poppate).

Alle puerpere che hanno preso parte alla ricerca sono state date informazioni verbali dettagliate sugli obiettivi dell'indagine stessa, ed è stato chiesto di rilasciare consenso scritto, firmando l'apposito modulo predisposto dagli stessi ricercatori che, come da Scheda 1 sotto riportata, è stato notificato al Comitato Etico della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Cà Granda Policlinico.

Alle donne partecipanti è stata anche confermata la possibilità di ritirarsi dallo studio in un qualsiasi momento ritenessero opportuno. Nessuna delle quindici donne coinvolte ha però ritrattato la sua collaborazione.

Scheda 1. Consenso rilasciato dalle donne partecipanti alla ricerca

Gentile Signora,
le dottorande ostetriche Mauri Paola Agnese e Zobbi Virna Franca, stanno portando avanti uno studio che permetta di costruire una teoria sul concetto di "poppata difficoltosa". Questa teoria, a sua volta, renderà possibile l'utilizzo corretto di uno score che ha tra i cinque items che lo compongono quella di identificare il numero di "poppate difficoltose" nell'arco di 24 ore di un allattamento condotto al seno.
Questo studio consiste nell'estrapolazione di concetti a partire da una intervista semistrutturata che le verrà fatta dalle stesse ostetriche e che per facilitare l'analisi, dovrà essere registrata.
Il colloquio verrà trascritto fedelmente dalle ostetriche ricercatrici ed elaborati da tre diversi ricercatori così da favorire il confronto ed evitare interpretazioni soggettive di ciò che è emerso.
Riteniamo importante assicurarLe che il lavoro da svolgere è soggetto al "Codice in materia di protezione dei dati personali" ai sensi dell'art. 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.
Le assicuriamo anche che:
A) tutti i dati verranno trattati ai soli fini della ricerca ostetrica sopraccitata;
B) il trattamento dei dati verrà svolto mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati. Le modalità di trattamento dei dati riferibili a lei e al suo bambino, possono prevedere l'utilizzo di strumenti informatici per la loro elaborazione insieme ai dati riferiti da altre mamme ai fini della ricerca;
C) il trattamento comporta:
• l'istituzione di una scheda contenente dati di carattere anagrafico;
• l'eventuale citazione di cose da lei dette attribuendo a lei stessa un soprannome che la renda irriconoscibile;
D) il Principal Investigator dello studio è il professor Walter Costantini (residente a Milano, in via Privata Desiderio 25);
E) i suoi diritti in relazione ai dati personali sono quelli di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, tra cui, in particolare:
• il diritto di conoscere i suoi dati personali registrati;
• di ottenere la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione.
Pertanto, data la spiegazione da parte delle ostetriche responsabili e presa visione del consenso, la sottoscritta _____
autorizza a raccogliere, registrare, trascrivere e utilizzare i dati personali e del proprio bambino, purché sia assicurata la riservatezza degli stessi nel rispetto della normativa prevista dal D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, in conformità alla informativa sulla Tutela della Privacy.
Data _____ Firma leggibile _____

Ottenuto il consenso scritto da parte delle donne, i ricercatori hanno proceduto con una intervista semistrutturata in profondità.

Il tempo da dedicare all'intervista non è stato predefinito. Di fatto, la durata dei colloqui è variata dai 15 minuti a 30 minuti di tempo, con una media superiore ai 20 minuti.

Per condurre l'intervista, i ricercatori hanno fatto uso di due accorgimenti.

Il primo è stato quello di scegliere un ambiente che favorisse la donna che si era resa disponibile. Questo è stato fatto tenendo conto delle sue necessità e favorendo una certa privacy. Alcune donne, infatti, sono state intervistate presso il "Nido" e la "Sala per l'allattamento", altre donne, invece, erano comode, stando nella loro "Stanza di degenza" nel reparto di Puerperio. I ricercatori si sono adattati senza difficoltà. Per rispettare la privacy, invece, i ricercatori hanno segnalato al personale dell'Unità operativa interessata, che era in corso l'intervista. Pertanto si è chiesto gentilmente di non entrare nella stanza, fino al concludersi dell'intervista. Questo è stato fondamentale, in quanto il continuo "andare e venire" del personale di supporto o addetto all'assistenza avrebbe inficiato il buon esito dell'intervista stessa.

La seconda accortezza è stata quella di facilitare la conduzione dell'intervista semistrutturandola. Di fatto, i ricercatori hanno predefinito una serie di domande aperte su di un foglio scritto, come da Tabella 3, alle quali si riportava con discrezione la donna, ogni qual volta si arrestava nel racconto, dopo la risposta alla domanda precedente.

Anche l'elenco delle domande proposte alle puerpere è stato notificato al Comitato Etico della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Cà Granda Policlinico.

Tabella 3. Domande dell'intervista relativa alle difficoltà di allattamento

1. Mi racconti come va la poppata.
2. Se ha già avuto esperienza di allattamento, come va la poppata questa volta rispetto all'allattamento precedente?
3. Che sensazioni prova mentre sta allattando?
4. Se dovesse utilizzare un'immagine: come vede lei con il suo bambino mentre sta allattando?
5. Secondo lei è diversa l'interazione con il suo bimbo quando allatta rispetto a quando non allatta?
6. Provi a descrivermi come le sembra il suo latte.
7. Vuole provare a spiegare cosa vuol dire avere difficoltà ad allattare?
8. Durante le difficoltà che sta vivendo, cosa l'ha aiutata a superarle almeno in parte?
9. Cosa ritiene le sia stato utile per cercare di migliorare l'esperienza di allattamento?
10. Come madre cosa si sente di suggerire ad un'altra madre che intende allattare il proprio bimbo?

Questo secondo accorgimento ha permesso di elaborare dei documenti narrativi semplici e facilmente confrontabili, e, nello stesso tempo, ha lasciato ad ogni donna lo spazio di dirsi, a seconda della sua disponibilità e volontà.

Di fatto, non necessariamente la sequenza delle domande poste ha mantenuto l'ordine riportato dalla Tabella 3. I ricercatori hanno infatti cercato di rispettare la libertà peculiare dell'esprimersi di ciascuna puerpera.

Le interviste sono state registrate integralmente, grazie ad un registratore portatile, che veniva di volta in volta lasciato a vista della donna.

A questo proposito, è da sottolineare che i ricercatori hanno dovuto verificare che le puerpere fossero coscienti della necessità di registrare l'intervista, come da consenso rilasciato. Tre delle quindici donne, nel tempo della riproduzione, hanno lamentato quanto fosse fastidiosa la presenza dell'incisore.

In precedenza o al termine del colloquio, è stato compilato dai ricercatori uno stampato realizzato, al fine di memorizzare alcuni elementi tecnici ambientali e anamnestici della madre e del neonato, che permettessero in un secondo momento di contestualizzare e descrivere i dati. Questo, come da Scheda 2. Anch'essa notificata al Comitato Etico della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Cà Granda Policlinico.

Scheda 2. Prestampato per la raccolta dati di contesto e anamnestici

DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE OSTETRICHE
 Università degli Studi di Milano - Anno accademico 2009/2010
 Dottorande: MAURI PAOLA AGNESE e ZOBBI VIRNA FRANCA

N progressivo intervista _____ Data _____
 Tipo _____
 Dove _____
 Come _____
 Tipo _____
 Durata _____
 Dati anamnestici
 Cognome e Nome _____ recapito _____
 Cartella Clinica _____
 Età _____ Scolarità _____ Professione _____
 Parità _____
 Data del parto _____
 Tipo di parto e indicazione _____
 Allattamenti precedenti _____
 Neonato (genere) _____
 BAS modificato__ = _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

La parte relativa all'attribuzione del punteggio del Reduced Breastfeeding Assessment Score (Hall *et al*, 2002; Zobbi *et al*, 2010) è stata redatta in tutte le occasioni - prima di iniziare l'intervista - per le tre voci numeriche, per quella dicotomica, ci si è confrontati con la puerpera per attribuire all'item "poppate difficoltose" il corretto valore.

Le Schede 2, compilate insieme ai testi delle interviste sbobinate, sono riportate in Allegato in conclusione alla Tesi, previo accorgimento di rendere il tutto anonimo e di attribuire, dove necessario, nomi di fantasia.

LA RICERCA

Metodo analisi dei dati

Ciascuna delle quindici interviste registrate, rilasciata dalle donne coinvolte nella ricerca, è stata sbobinata con trascrizione integrale da parte dei ricercatori.

La trascrizione è stata fatta su supporto informatico, utilizzando il programma Word di Office.

Ai redatti sono state di volta in volta allegate le rispettive Schede 2, in modo tale che fossero correttamente attribuibili a ciascun testo i diversi dati tecnici di contesto e anamnestici.

Le donne coinvolte erano state informate della procedura di raccolta e traslitterazione dei dati; pertanto nel consenso rilasciato hanno dato autorizzazione alla conservazione e all'uso delle informazioni collezionate, secondo le norme di privacy legate al mondo della ricerca e previste dalle Leggi in vigore.

Nessun mezzo di identità pubblica è disponibile per identificare le riproduzioni delle interviste.

Sulla base dei primi nove testi di narrazione raccolti, ed in particolare di uno che è stato riconosciuto come particolarmente significativo, due ricercatori - in modo indipendente tra loro - hanno iniziato un processo di lettura, rifacendosi ad un approccio fenomenologico ermeneutico (Lo Biondo-Wood *et al*, 2004).

Successivamente ci sono stati più confronti tra i due ricercatori sul lavoro d'analisi svolto, e sono state individuate 143 Etichette di significato, a partire dalle frasi dette dalle donne.

Dopo questa prima analisi, le Etichette sono state confermate col progredire dello studio e dalla raccolta delle quindici interviste.

Raggiunto questo punto della ricerca, si è potuto procedere per l'analisi dei dati, con una triangolazione dei concetti espressi dalle singole Etichette, grazie alla supervisione di un terzo ricercatore.

Per realizzare e annotare questo processo, si è prodotta la trascrizione delle frasi delle donne e delle Etichette su supporto informatico, utilizzando Tabelle in Word.

La triangolazione ha permesso, in più tempi, di accorpare le Etichette ad un numero di 59 ed in ultima analisi, grazie al raggiungimento della saturazione dei dati, di definire 16 Categorie e 6 Temi di significato.

LA RICERCA

Risultati

Per quanto riguarda i risultati della ricerca, in prima analisi sono individuabili alcune caratteristiche del campione. L'età delle donne è dai 29 ai 43 anni compresi e, con i loro neonati, sono state dimesse tutte entro la quinta giornata dopo il parto: contando come giornata zero quella della nascita del bambino. Altre variabili demografiche delle intervistate sono riportate nella Tabella 4.

Tabella 4. Profilo delle donne intervistate

Variabili demografiche	Partecipanti (n = 15)
Tipo di parto	
Parto vaginale	4
Ventosa ostetrica	1
Taglio cesareo programmato	6
Taglio cesareo urgente	4
Titolo di studio	
Diploma di scuola inferiore	3
Diploma di scuola superiore	7
Laurea	5
Modalità di allattamento al seno, al momento dell'intervista	
Esclusivo	5
Esclusivo con occasionale uso di somministrazioni di latte materno estratto con tiralatte	3
Complementato	7
Numero di figli precedenti (escluso il neonato attuale)	
0	11
1	2
2	1
>2	1
BAS (attribuito nelle 48-72 ore dopo il parto)	
3	4
4	3
5	2
6	4
7	2

I risultati della ricerca, in seconda analisi, organizzano le narrazioni delle quindici donne e riconducono l'esperienza del "latching difficulty" a 6 Temi, 16 Categorie e 59 etichette di significato. Questi vengono riportati sinteticamente dalla Tabella 5. L'analisi dei racconti delle madri, che seguirà alla sintesi della Tabella 5, sarà pertanto ordinata a partire da queste aree tematiche.

Tabella 5. Temi, Categorie e Etichette di significato individuati dalla ricerca

Temi	Categorie	Etichette
1. L'allattamento al seno può essere difficoltoso a causa della madre (dolore, incapacità di attaccare il neonato)	1. Difficoltà nell'allattamento: problemi fisici (conformazione capezzolo, ragadi e dolore)	1. Problemi al capezzolo conformativi e di ragadi (Interviste n° 2, 6, 7, 9, 11, 13, 14)
		2. Dolore (Interviste n° 1, 2, 3, 4, 8, 7, 9, 11, 13)
	2. Difficoltà nell'allattamento: problemi di posizionamento (della madre) anche legati all'inesperienza (primo figlio)	3. Difficoltà della madre perché non sa come fare/posizionarsi (Interviste n° 1, 6, 8, 10, 12)
		4. Difficoltà della madre perché è il primo bambino/esperienza e ha dubbi e paure (Interviste n° 2, 8, 10)
o a causa del neonato (fa fatica a succhiare, non è collaborativo, non si posiziona correttamente)	3. Difficoltà nell'allattamento attribuite al neonato: si stanca a succhiare, non è collaborativo, non si posiziona correttamente, preferisce una mammella	5. L'allattamento al seno è stancante per il neonato (Interviste n° 8, 15)
		6. Difficile allattare quando il bambino non è collaborativo, è sonnolento e gioca col capezzolo (Interviste n° 1, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 15)
		7. Difficoltà del neonato perché fa fatica ad posizionarsi/attaccarsi (Interviste n° 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15)
		8. Difficoltà del neonato perché una mammella è preferita all'altra (Interviste n° 4, 5, 8, 12, 14)

Tabella 5. Temi, Categorie e Etichette di significato individuati dalla ricerca

Temi	Categorie	Etichette
2. L'allattamento al seno genera vissuti positivi (più frequenti)	4. Vissuti positivi dell'allattamento: contatto fisico (che calma il neonato), piacevolezza, gioia, legame, dipendenza e contro-dipendenza, sguardo del neonato, esperienza imparagonabile (Questi vissuti sono peculiari dell'allattamento al seno)	9. Positivo il contatto fisico per il neonato perché lo calma (Interviste n° 1, 12, 13)
		10. Positivo il contatto fisico per la madre, la mano sul seno (Interviste n° 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14)
		11. L'allattamento è piacevole/bello (Interviste n° 5, 8, 10, 11, 12, 14, 15)
		12. L'allattamento evoca immagini/sensazioni positive (gioia, soddisfazione, carezza ...) (Interviste n° 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15)
		13. L'allattamento fa vivere il senso di maternità/legame/tutt'uno, non è solo nutrizione, tanto che si dimentica il dolore (Interviste n° 1, 5, 8, 11, 12)
		14. Sensazione positiva di dipendenza e contro dipendenza (Interviste n° 1, 2, 6, 7, 8, 11, 12, 14)
		15. Positivi lo sguardo/occhi del neonato (Interviste n° 5, 7, 8, 12, 14)
		16. L'esperienza dell'allattamento, è indicibile/imparagonabile (Interviste n° 10, 14, 15)
		17. La sensazione di allattare al seno è diversa da quella dell'allattamento artificiale (Interviste n° 4, 5, 9, 12)
e negativi (meno frequenti)	5. Preoccupazioni / paure nell'allattamento: il latte non arriva e/o non sfama il bambino e/o il neonato perde peso	18. Preoccupazione che il colostro/latte non arrivi/non esca (Interviste n° 3, 4, 5, 6, 7, 10)
		19. Paura/timore/sofferenza della madre che il neonato allattato al seno abbia fame/che il colostro/latte lo sfami lo mantenga in vita (Interviste n° 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13)
		20. Preoccupazione per il calo di peso del neonato (Interviste n° 1, 2, 4, 5, 6, 7, 14)
	6. Vissuti negativi dell'allattamento: non sentirsi capaci/all'altezza, sentire l'allattamento come qualcosa d'imposto e non come ce lo si era immaginato, ansia	21. Il dover attaccare il neonato evoca nella madre immagini/vissuti negativi e questa, non si sente capace/all'altezza dell'allattamento (Interviste n° 2, 5, 6, 8, 9, 15)
		22. L'allattamento è un momento meccanico, qualcosa di imposto (Interviste n° 2, 9)
		23. L'allattamento non è come te l'eri immaginato (Interviste n° 2, 9, 12, 15)
		24. Il neonato che non si attacca bene è negativo/ genera ansia (Interviste n° 1, 6, 12)

Tabella 5. Temi, Categorie e Etichette di significato individuati dalla ricerca

Temi	Categorie	Etichette
3. L'allattamento cambia/non cambia la relazione tra neonato e madre, che comunque è favorita dal rooming-in	7. L'allattamento cambia/non cambia la relazione tra neonato e madre, che comunque è favorita dal rooming-in	25. Il rapporto con il neonato cambia e la madre non è tranquilla quando non è attaccato (Interviste n° 1, 7, 10, 12)
		26. La madre è serena anche quando il neonato non è attaccato se dorme/tranquillo (Interviste n° 3, 6, 8, 13)
		27. Il rooming-in/bedding-in è positivo perché favorisce il contatto mamma/bambino (Interviste n° 12, 13, 15)

Temi	Categorie	Etichette
4. Le madri hanno già sviluppato delle teorie: sul colostro/latte materno (è buono, fa crescere di più il neonato), sull'allattamento (è un processo naturale, rende la madre indispensabile sul latte artificiale (tranquillizza la madre, coinvolge il padre, può essere una scelta a priori)	8. Teorie sul latte materno: è buono, fa crescere di più il neonato (rispetto al latte artificiale)	28. E' importante allattare, anche se si ha dolore e spiacerebbe non riuscirci perché il latte è buono (Interviste n° 2, 3, 4, 7, 9, 13)
		29. L'allattamento al seno è un momento in cui il neonato si nutre e cresce più che con il latte artificiale (Interviste n° 1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14)
		30. Il colostro è morbido, burroso, molto dolce, squisito (Interviste n° 8, 11, 13, 14)
		31. E' bello che il latte è visibile, esce facilmente (Interviste n° 1, 2, 6, 7, 8, 12, 14, 15)
	9. Teorie sull'allattamento materno: è un fenomeno naturale, rende la madre indispensabile	32. Fiducia nella possibilità di allattare perché è un fenomeno naturale/istintivo (Intervista n° 8)
		33. L'allattamento rende la madre indispensabile (Interviste n° 8, 11, 13, 14)
	10. Teorie sul latte artificiale (è comunque buono, tranquillizza la mamma, può essere preferito dal neonato - quando ha difficoltà - dà la possibilità al padre di vivere il contatto col neonato) Decidere per l'allattamento artificiale può essere una scelta a priori	34. Se non arriva il latte materno, c'è il latte artificiale/è comunque buono (Interviste n° 3, 4, 5, 7, 11)
		35. L'aggiunta tranquillizza la mamma (Interviste n° 3, 6, 11, 12)
		36. Le difficoltà fanno dire che il neonato preferisce il latte artificiale (Interviste n° 5, 6, 11, 15)
		37. Il biberon è una possibilità per il contatto con il bambino per il padre (Interviste n° 7, 8, 9, 13, 14)
		38. Non allattare può essere una scelta a priori (Interviste n° 1, 6, 7, 12)

Tabella 5. Temi, Categorie e Etichette di significato individuati dalla ricerca

Temi	Categorie	Etichette
<p>5. Le donne hanno sviluppato diverse strategie per superare le difficoltà e proseguire nell'allattamento: <u>passive</u> (aspettare, avere pazienza), <u>attive</u> (insistere, attaccare il neonato frequentemente) e <u>basate su fattori esterni</u> (creme per le ragadi, paracapezzolo, tiralatte)</p>	<p>11. Strategie passive per migliorare l'allattamento: aspettare, avere pazienza, attendere di trovarsi nell'ambiente domestico</p>	<p>39. E' importante/aiuta avere calma/pazienza (Interviste n° 2, 3, 10, 13, 15)</p>
		<p>40. Con il passare dei giorni le difficoltà nell'allattamento migliorano (Interviste n° 3, 7, 9, 13)</p>
		<p>41. A casa propria le cose vanno meglio/c'è più tranquillità (Interviste n° 3, 7, 11, 12)</p>
	<p>12. Strategie attive per migliorare l'allattamento: insistere, stimolare le mammelle, attaccare spesso il neonato, stimolare il bambino</p>	<p>42. Non arrendersi/insistere e le difficoltà possono essere superate (Interviste n° 1, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15)</p>
		<p>43. Stimolare le mammelle aiuta la produzione del latte (Interviste n° 5, 12, 14)</p>
		<p>44. Se attacchi il bimbo bene/spesso, si favorisce l'arrivo della montata (Interviste n° 7, 13, 14, 15)</p>
		<p>45. Stimolare il bambino con: solletico/cambio del pannolino aiuta l'allattamento anche se per pochi attimi (Interviste n° 1, 4, 5, 10, 12, 14, 15)</p>
	<p>13. Strategie per migliorare l'allattamento basate su fattori esterni (creme, paracapezzoli, tiralatte ecc.)</p>	<p>46. Usare creme riduce il dolore al capezzolo (Interviste n° 7, 11, 13, 14)</p>
		<p>47. Il freddo, spalmare il colostro sulle ragadi e lasciarlo asciugare e applicare l'argento sulle ragadi aiuta ad attenuare il dolore ai capezzoli (Intervista n° 13)</p>
		<p>48. Il paracapezzolo può aiutare il neonato ad attaccarsi (Intervista n° 1)</p>
	<p>49. Il tiralatte tranquillizza la madre e stimola la produzione di latte (Interviste n° 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14)</p>	

Tabella 5. Temi, Categorie e Etichette di significato individuati dalla ricerca

Temi	Categorie	Etichette
6. Il supporto nell'allattamento (fornito da operatori, dalle altre donne e dai familiari) è molto importante per continuare ad allattare	14. È molto importante il sostegno degli operatori , che non devono essere in contrasto tra loro e che devono dimostrare di avere tempo per sostenere la donna	50. Positivo il sostegno degli operatori che sono positivi e danno: il suggerimento giusto, fiducia e feedback (Interviste n° 1, 2, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15)
		51. Positivo il sostegno da parte delle puericultrici che danno fiducia alla madre (Interviste n° 7, 8, 12, 15)
		52. Positivo il sostegno da parte delle ostetriche perché danno suggerimenti appropriati (Interviste n° 5, 7, 8, 11, 12, 14)
		53. Positivo il sostegno da parte del pediatra (Interviste n° 7, 12)
		54. Aiuta seguire le indicazioni di un unico operatore (Interviste n° 11, 13)
		55. Se i professionisti sono in contrasto tra di loro, non ti senti in mani sicure/non sai cosa fare (Interviste n° 2, 10)
		56. Le ostetriche hanno tante cose da fare/poco tempo (Interviste n° 3, 12)
	15. È positivo il sostegno tra pari	57. Positivo il sostegno tra pari (con altre mamme) (Interviste n° 7, 9, 10, 13, 14, 15)
	16. Aiuta il supporto del partner/dei familiari	58. Il supporto del partner aiuta (Interviste n° 10, 12)
		59. Il supporto dei famigliari, aiuta (genitori, suoceri) (Interviste n° 7 10, 12, 13)

1. L'allattamento al seno può essere difficoltoso a causa della madre o a causa del neonato

Dalle interviste è emerso che le difficoltà incontrate durante l'allattamento sono da attribuire tanto alla madre che al neonato.

Tra le difficoltà attribuibili alle madri, e riportate dalle stesse molto frequentemente, vi sono i problemi riconducibili a fattori strettamente fisici, quali quelli legati al capezzolo. Di questi i più segnalati sono il dolore e la conformazione anomala (capezzolo troppo grosso, piatto oppure ombelicato).

... "Mi si è creata una ragade in seconda giornata, quindi avevo un dolore pazzesco, avevo quasi il rifiuto di attaccarla". (Intervista n° 7)

... " Il problema mio è che avevo il capezzolo introverso quindi li esce ma poco poco poco e quindi non si attacca". (Intervista n° 6)

Sempre per le difficoltà attribuibili alla madre, le nutrici riferiscono anche la complessità nel posizionare correttamente il neonato al seno. Tale impedimento viene spesso riportato se la donna è alla prima esperienza di parto e allattamento.

... " In realtà dipende dal fatto che è una prima esperienza e quindi si ha difficoltà nel maneggiare il bambino la bambina e difficoltà a coordinare i movimenti". (Intervista n° 8)

In seconda analisi, tra le difficoltà attribuite al neonato, le donne riportano che vi è il fatto che lui non riesce a posizionarsi e ad attaccarsi correttamente. Inoltre, il neonato sembra preferire un seno all'altro e facilmente dimostra pigrizia e non è collaborativo.

... " Quando provo ad attaccarla gli da fastidio si tira indietro con tutta la forza che ha e spinge con le manine e va indietro con la testa". (Intervista n° 3)

... "E poi la destra non lo vuole, come sua sorella, la sinistra sì, la destra no... non ne vuole sapere ed è un po' dispettosa". (Intervista n° 4)

... "Lei ha dormito tantissimo tutta la giornata di ieri e quindi non l'ho attaccata molto perché lei dormiva e quindi non era assolutamente collaborativa". (Intervista n° 7)

... "Ho avuto una certa difficoltà all'inizio per farle capire come comunque doveva attaccarsi al seno". (Intervista n° 8)

2. L'allattamento al seno genera vissuti positivi e negativi

Quasi tutte le nutrici associano all'allattamento delle emozioni e delle immagini positive. Valutano come estremamente appagante il contatto fisico col neonato durante l'allattamento, anche perché il neonato stesso dimostra di

trovare piena soddisfazione e pace. Molte madri hanno quindi descritto l'unione col bambino nell'allattamento come un'esperienza unica e ineguagliabile.

In particolare, lo sguardo della madre che incontra lo sguardo del neonato raggiunge la soddisfazione di un rapporto amoroso.

... "Poi lui ogni tanto apre gli occhi, guarda, mi guarda". (Intervista n° 5)

... " Tutt'uno, un'unità un insieme ecco due persone distinte che però una ha bisogno dell'altra" (Intervista n° 8)

... " Bellissimo, è una bellissima sensazione averla attaccata" (Intervista n° 10)

... "E quando ti guarda, insomma, capisci che ha proprio voglia di stare lì con te". (Intervista n° 12)

Nonostante l'allattamento stimoli vissuti positivi nella maggior parte delle donne, molte madri riferiscono la preoccupazione che il latte non arrivi nei tempi e nella quantità attesa e pertanto che il neonato possa avere fame. Associato a questo timore vi è spesso la preoccupazione che il neonato perda eccessivamente peso. In merito a ciò, è vissuta con estrema apprensione la dinamica neonatale del calo di peso fisiologico.

... "Sono un po' avvilita devo dire la verità perché sono passati un po' di giorni... e vedo tutte quante che allattano sono solo io che ancora no".
(Intervista n° 5)

... "E poi ho paura che lei non stia mangiando". (Intervista n° 7)

... " E' stato il giorno dove è calata più di peso secondo me, infatti mi dispiaceva tantissimo, ho detto no come faccio". (Intervista n° 7)

Nascono così i vissuti negativi dell'allattamento, anche se in un numero meno numeroso di donne. La poppata evoca sentimenti di inadeguatezza da parte della donna. La stessa donna vive con ansia da una parte una presupposta incapacità di gestione dell'allattamento e dall'altra un senso di sconfitta, di fronte ad un processo che non vive più come naturale, bensì come imposto.

... "Quando gli pongo il seno e l'avvicino è un momento drammatico". (Intervista n° 2)

... "Vedevo lui che piangeva io che mi sentivo inadeguata e che non riuscivo a gestirlo e quindi mi sono ieri mi sono proprio avvilita". (Intervista n° 5)

... "Per me era come se fosse un... come si dice... un obbligo, un qualcosa da fare che mi è stato imposto". (Intervista n° 9)

3. L'allattamento cambia/non cambia la relazione tra neonato e madre, che comunque è favorita dal *rooming-in*

L'allattamento al seno favorisce il legame con il bambino e sviluppa una relazione particolare. La quasi totalità delle donne intervistate sostiene che, durante l'attacco al seno del neonato, la relazione cambia. L'allattamento, infatti, favorisce con il contatto fisico sia la tranquillità della madre - che si sente rassicurata sulle condizioni di salute del figlio - sia la serenità del neonato, evidente perché riesce a rilassarsi.

... "Vediamo in culla a casa che cosa fa però la sento lontana mi dispiace". (Intervista n° 7)

... "Mi manca, mi manca, mi manca, nel senso che dormo anche male nel senso che essendo a contatto con la pelle riesco a sentire il suo respiro... e invece quando è nel lettino ogni tanto mi viene respira? Non respira? E allora vado lì con il ditino per vedere se respira oppure gli metto la manina vicino e vedo se batte il cuore e se si muove e allora sto tranquilla ma sto più tranquilla quando è proprio a contatto con me". (Intervista n° 10)

... "Nel lettino si agita perché probabilmente ha bisogno di sentire il contatto". (Intervista n° 12)

Proprio perché la vicinanza con il figlio è vissuta positivamente, le donne vivono la pratica del *rooming-in* e del *bedding-in* come facilitante.

... "Ecco, per questo è proprio buono il *rooming-in*, perché lui è qui". (Intervista n° 12)

Alcune madri, invece, non identificano il momento della poppata come determinante per la relazione con il proprio neonato. Di fatto, segnalano che il legame va oltre la percezione strettamente corporea e si salda nel reciproco benessere.

... *"Ma io per il momento trovo che sia uguale anche perché lo stesso amore che gli do quando ce l'ho in braccio glielo do anche quando provo ad allattarla, io non trovo queste differenze perché anche quando la tengo in braccio la tengo nello stesso modo"*. (Intervista n° 3)

... *"Il desiderio è di volerla tenere in braccio e poi vedo che comunque è serena e mi stacco anche da lei tranquillamente... vederla tranquilla e serena mi soddisfa cioè mi soddisfa lo stesso, sono tranquilla lo stesso"*. (Intervista n° 13)

4. Le madri hanno sviluppato delle teorie sul colostro, sul latte materno, sull'allattamento e sul latte artificiale

Tutte le madri ritengono che il latte materno sia la sostanza più completa per la nutrizione del proprio bambino. E' unanime la convinzione che il latte materno sia l'ideale per la crescita del neonato a partire dal colostro. Il colostro in particolare è identificato come molto sostanzioso.

... *"So che fa bene alla bambina"*. (Intervista n° 9)

... *"Lo vedo come un succo di frutta, è color albicocca, è bello arancione"*. (Intervista n° 13)

... *"Gli piace molto"*. (Intervista n° 14)

Nel momento in cui è chiesto un confronto tra il latte materno e quello artificiale, le madri non esitano a riconoscere una differenza qualitativa indiscussa, che nutre il neonato sia a livello organico che psicologico.

... *"Io ce la metto tutta perché più che altro è nutritivo"*. (Intervista n° 4)

... *"Il latte artificiale non è completo come il mio cioè non è così coccoloso come il mio"*. (Intervista n° 11)

Le madri, oltre ad avere certezze sulla composizione e sui benefici del latte, sono fiduciose di potere allattare, nonostante le difficoltà. Riconoscono al processo della lattazione un aspetto innato, che può essere riscoperto e perseguito.

.. *"Via via... tende a migliorare perché forse è solo un fatto di meccanismi e subentra anche un po' di istinto"*. (Intervista n° 8)

Inoltre, l'indiscussa superiorità del latte materno rispetto a quello artificiale, fa sì che molte donne sostengano che si debba insistere per superare le eventuali difficoltà.

... " Il dolore c'è sempre... stringo i denti e sopporto d'altronde so che è un bene per lei". (Intervista n° 4)

... "Lo si fa per amore, per una cosa positiva, per il bene di tua figlia, bisogna sopportare". (Intervista n° 9)

Molte donne entrano anche nel merito delle situazioni in cui il latte materno è insufficiente nella quantità rispetto al fabbisogno del bambino. Pertanto ritengono che, in caso di mancanza di latte materno, quello artificiale rappresenti un buon sostituto. Inoltre, sapere che, se manca il latte materno, c'è la possibilità di dare il latte artificiale, tranquillizza le madri, allontanando il "fantasma" della possibile "morte da fame" del proprio neonato.

... " Provare con calma con il suo di latte sperando che poi arriva e se non arriva pazienza cioè c'è in commercio comunque di buoni secondo me". (Intervista n° 3)

... "Mi hanno detto che gli avevano dato una integrazione e ho visto che era completamente cambiato cioè aveva proprio voglia di mangiare...infatti è li che mi sono rilassata". (Intervista n° 6)

Sempre in merito al latte artificiale, un aspetto positivo sottolineato da più madri, è che, dando il biberon, c'è una possibilità di contatto con il bambino da parte del padre. Questo non toglie che il rapporto madre/figlio resti unico e voluto gelosamente.

... " Forse è uno dei pochi vantaggi, pochi che trovi nell'allattamento artificiale, è questo che magari il papà può collaborare, si sente un po' partecipe". (Intervista n° 7)

... " Il legame l'attaccamento madre bambino è fondamentale anche se il biberon lo può dare anche il papà ecco questo forse può essere il vantaggio del biberon la possibilità di vivere questo legame anche per il papà". (Intervista n°

8)

... "Mi piace molto che il latte glielo posso dare solo io perché sì, il biberon glielo può dare chiunque, ma il latte, il latte allattare lo può fare solo la sua mamma e non dobbiamo farci portare via questa cosa che è proprio solo nostra". (Intervista n° 14)

5. Le donne hanno sviluppato diverse strategie per superare le difficoltà e proseguire nell'allattamento

Le donne che hanno difficoltà nell'attaccare il neonato al seno, per poterle superare e proseguire l'allattamento, hanno messo in atto strategie passive, attive e basate su fattori esterni.

Tra le strategie passive più frequentemente citate, le donne suggeriscono di avere pazienza, di aspettare, in quanto il tempo, nel suo scorrere, favorisce la risoluzione dei problemi.

... "Ci vuole un po' di calma, sia per la mamma che per il bambino, perché bisogna essere un po' rilassati in quel momento lì". (Intervista n° 3)

... "Avere tanta pazienza". (Intervista n° 10)

... "Penso che ci voglia, bisogna darsi un po' di tempo". (Intervista n° 13)

Tra le strategie attive, per superare le difficoltà legate all'allattamento, le donne suggeriscono di attaccare spesso il bambino, per aumentare la produzione latte, senza demordere.

... "Provare ad impegnarsi comunque... provarle tutte". (Intervista n° 6)

... "L'ho attaccata bene, infatti stanotte mi è uscito un sacco di latte, è arrivata proprio la montata". (Intervista n° 7)

... "Continuando a stimolare, almeno da questa parte qualche cosa è cambiato". (Intervista n° 12)

L'attacco del neonato può essere favorito dall'insistenza nello stimolo, che può svegliarlo e renderlo collaborante. Questo è possibile, ad esempio, cambiando il pannolino prima dell'attacco al seno. Molte donne ritengono indispensabile che il neonato sia ben sveglio perché la poppata possa essere efficace.

... "Io più o meno, cerco di svegliarlo un'ora prima cambiandolo e lo attacco, così spero di stimolarlo". (Intervista n° 5)

... "Ogni 2 o 3 ore lo sveglio, gli faccio solletico, lo alzo, lo lavo e gli cambio il pannolino... lo sveglio e lo attacco". (Intervista n° 14)

Infine, le donne ritengono utile l'utilizzo di alcuni ausili per superare le difficoltà. In particolare, l'uso di fattori esterni aiuta nel caso di dolore legato alle ragadi. In questi casi, le madri fanno ricorso al paracapezzolo, alle creme, ai cucchiaini d'argento e all'applicazione di freddo.

... "Abbiamo risolto questo problema utilizzando un paracapezzolo che faceva sporgere l'areola di più e io... traevo... un po' di serenità perché vedevo attraverso il paracapezzolo passare il latte". (Intervista n° 1)

... "Ho trovato questa crema fantastica alla lanolina che mi avete dato voi e quindi in mezza giornata mi è passato anche il dolore". (Intervista n° 7)

... "Il vecchio rimedio della nonna dei cucchiaini d'argento nel giro di una notte ha già fatto insomma, ha già prodotto risultati, insomma il taglio si è rimarginato... mi brucia già di meno". (Intervista n° 13)

... "Bisogna di trovare un po' di sollievo iniziale col freddo e poi con una pezzuola fredda". (Intervista n° 13)

In caso di scarsa produzione di latte, le donne consigliano l'uso del tiralatte; ausilio che tranquillizza, poiché permette di constatare la fuoriuscita del latte.

... "Ieri sera siccome lui dormiva e non lo riuscivo a svegliare, ho fatto con il tiralatte". (Intervista n° 5)

... "Oggi già ci sono dei miglioramenti perché con il tiralatte è uscito il colostro, fino ad adesso non si era visto niente, non mi era uscito niente". (Intervista n° 3)

6. Il supporto nell'allattamento è molto importante per continuare ad allattare

Tutte le madri che hanno difficoltà in allattamento, nei primi giorni dopo il parto, sostengono che ricevere supporto è fondamentale per continuare ad

allattare. I primi interlocutori sono gli operatori sanitari. Le donne riscontrano in questa relazione di ottenere suggerimenti giusti. Gli operatori di salute sono in grado di aumentare la fiducia delle donne in se stesse e i continui feed-back aiutano a capire ciò che è bene fare.

"L'aiuto è importante, è importantissimo sentire la disponibilità perché altrimenti non si chiede, bisogna sentire dall'altra parte un ritorno, un feed back, un cenno che si può chiedere". (Intervista n° 8)

L'aiuto degli operatori è tanto più efficace, quanto più le donne percepiscono un accordo e una unità di intenti. Di fatto, quando le indicazioni fornite sono contrastanti, le madri si confondono e perdono fiducia in se stesse come anche nelle capacità dei professionisti.

... "Ho chiesto e qui mi dicono la lasci dormire; altri invece no mi dicono dopo due, tre ore la svegli... io non so più come comportarmi!". (Intervista n° 10)

Nel caso in cui le donne ricevono messaggi contrastanti dagli operatori, queste prendono la decisione di seguire le indicazioni fornite da una sola persona. Riescono così a proteggersi dal ricevere indicazioni difformi.

... "Adesso cercherò di seguire solo una, cioè questa ragazza". (Intervista n° 11)

Un altro messaggio importante, che le donne inviano ai professionisti dell'allattamento, è che, per sentirsi aiutate, non devono percepire la fretta. Il fattore tempo è fondamentale nella gestione di un allattamento difficoltoso, quasi che la donna debba fermarsi, per lasciare spazio ad un lento processo di adattamento col bambino.

... "Sono un po' veloci, ci vuole un po' di calma sia per la mamma che per il bambino perché bisogna essere un po' rilassati in quel momento". (Intervista n° 3)

Oltre al supporto degli operatori, le donne ritengono importante anche il sostegno tra pari, da parte del padre del bambino e dei propri famigliari.

... "Bisogna sempre fermarsi, guardare, chiedere invece io non l'ho fatto; perché di notte io stavo qua, non andavo di là a vedere, poi quando ho iniziato c'erano tutte le persone, tutte le mamme in compagnia, che parlavano tipo un incontro e tutti erano lì a dare il latte ai propri figli. Io purtroppo questo l'ho scoperto dopo." (Intervista n° 9)

... *"Il mio compagno che mi è stato vicino tantissimo."* (Intervista n° 10)

... *"Chi mi le dato i consigli più che altro?" "Ma le mamme, la nonna, le nonne!"* (Intervista n° 13)

Uno dei limiti di questo studio è legato al fatto che gli intervistatori delle donne reclutate sono state due ostetriche, identificate dalle stesse puerpere come professioniste, oltre che come ricercatori. Questo ha introdotto il rischio di confondere il momento dell'intervista tra il poter raccontare in merito alle difficoltà riscontrate durante i primi attacchi al seno del neonato e il chiedere di essere sostenute nelle stesse difficoltà. I ricercatori hanno cercato di ovviare a questo pericolo, facendo precedere all'intervista l'intervento di supporto e facilitazione al "latching difficulty", ove necessario.

In seconda analisi, i ricercatori si sono accorti di come le interviste poste in ambiente ospedaliero alla donna nelle primissime giornate dopo il parto, dove la presenza del neonato è in regime di rooming-in, condizionino la durata nel tempo degli stessi incontri. Di fatto la puerpera è facilmente distratta dalla possibile interferenza di parenti, che sono autorizzati a permanere in sala di degenza e dai segni di risveglio e fame, che il figlio invia e che immediatamente vengono percepiti.

Entrambe le cose è capitato in più casi che si sovrapponevano al colloquio. In merito a ciò, i ricercatori se da una parte hanno potuto ridurre le interferenze da parte degli operatori di salute, dall'altra hanno dovuto interrompere o contrarre i tempi della stessa intervista, quando si sono poste l'una, l'altra, o entrambe le situazioni sopracitate.

Infine, un ulteriore confine della ricerca è da attribuire alla metodologia stessa della raccolta dati. La necessità di registrare i racconti è stata riferita dalle donne in più di una occasione come limitante la loro libertà di espressione. Con ciò, i ricercatori non hanno potuto ovviare a questo elemento condizionante, considerando fondamentale poter disporre della trascrizione integrale degli interventi.

LA RICERCA

Discussione

L'analisi dei dati raccolti dalla ricerca evidenziano una simmetria con ciò che gli studi analizzati nella revisione bibliografica esprimono; oltre a ciò, un primo valore di questa ricerca è che permette di evidenziare e di sottolineare alcune peculiarità distintive delle difficoltà che le donne avvertono in merito alla gestione dell'avvio dell'allattamento al seno, caratteristiche delle prime ore dopo il parto. Per introdurre la discussione, che si sviluppa sulla comparazione tra i risultati della ricerca e ciò che descrivono le pubblicazioni scientifiche - cercando di mettere in luce i nuovi temi emersi - è stata costruita la Tabella 6. Nella Tabella, sono stati evidenziati i nuovi temi peculiari espressi dalla ricerca, che sono scritti in colore blu.

Con questa prima elaborazione non si intende dare una forma generalizzabile ai risultati; in essi sono peraltro incluse le interviste alle donne di etnia caucasica sia perché inserite in un contesto urbano, sia perché inserite in una assistenza sanitaria di terzo livello.

Tabella 6. Confronto tra i Temi della ricerca e alcune delle variabili esplorate dalla letteratura secondo le macrocategorie espresse da Thulier e Mercer, 2009 e Meedya *et al*, 2010 per classificare i fattori che contraddistinguono le difficoltà durante la pratica dell'allattamento al seno.

Temî emersi dalla ricerca	Categorie emerse dalla ricerca	Temî emersi dalla letteratura
1. L'allattamento al seno può essere difficoltoso a causa della madre (dolore, incapacità di attaccare il neonato)	1. Difficoltà nell'allattamento: problemi fisici (conformazione capezzolo, ragadi e dolore) 2. Difficoltà nell'allattamento: problemi di posizionamento (della madre) anche legati all'inesperienza (primo figlio)	<ul style="list-style-type: none">• Problemi fisici• Dolore• Presenza di patologie mammarie quali ingorghi o ragadi• Problemi nella gestione dei tre fattori della poppata: posizione, attacco, e suzione• Parità• Precedenti allattamenti
o a causa del neonato (fa fatica a succhiare, non è collaborativo, non si posiziona correttamente)	3. Difficoltà nell'allattamento attribuite al neonato: si stanca a succhiare, non è collaborativo, non si posiziona correttamente, preferisce una mammella	<ul style="list-style-type: none">• Problemi riconducibili al lattante

Tabella 6. Confronto tra i Temi della ricerca e alcune delle variabili esplorate dalla letteratura secondo le macrocategorie espresse da Thulier e Mercer, 2009 e Meedya *et al*, 2010 per classificare i fattori che contraddistinguono le difficoltà durante la pratica dell'allattamento al seno.

Temî emersi dalla ricerca	Categorie emerse dalla ricerca	Temî emersi dalla letteratura
2. L'allattamento al seno genera vissuti positivi (più frequenti)	4. Vissuti positivi dell'allattamento: contatto fisico (che calma il neonato), piacevolezza, gioia, legame, dipendenza e contro-dipendenza, sguardo del neonato, esperienza imparagonabile (Questi vissuti sono peculiari dell'allattamento al seno)	
e negativi (meno frequenti)	5. Preoccupazioni / paure nell'allattamento: il latte non arriva e/o non sfama il bambino e/o il neonato perde peso	<ul style="list-style-type: none"> • Percezione della quantità e qualità del latte • Preoccupazione per lo stato di salute del neonato
	6. Vissuti negativi dell'allattamento: non sentirsi capaci/ all'altezza, sentire l'allattamento come qualcosa d'imposto e non come ce lo si era immaginato, ansia	<ul style="list-style-type: none"> • Senso di colpa
3. L'allattamento cambia/non cambia la relazione tra neonato e madre , che comunque è favorita dal rooming-in	7. L'allattamento cambia/non cambia la relazione tra neonato e madre, che comunque è favorita dal rooming-in	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione della struttura ospedaliera e presenza del rooming-in
4. Le madri hanno già sviluppato delle teorie: sul colostro/latte materno (è buono, fa crescere di più il neonato)	8. Teorie sul latte materno: è buono, fa crescere di più il neonato (rispetto al latte artificiale)	<ul style="list-style-type: none"> • Percezione della quantità e qualità del latte
sull'allattamento (è un processo naturale, rende la madre indispensabile)	9. Teorie sull'allattamento materno: è un fenomeno naturale, rende la madre indispensabile	<ul style="list-style-type: none"> • Idealizzazione della scelta e determinazione • Intenzionalità e motivazione • Fiducia in se stesse
sul latte artificiale (tranquillizza la madre, coinvolge il padre, può essere una scelta a priori)	10. Teorie sul latte artificiale (è comunque buono, tranquillizza la mamma, può essere preferito dal neonato - quando ha difficoltà - dà la possibilità al padre di vivere il contatto col neonato) Decidere per l'allattamento artificiale può essere una scelta a priori	<ul style="list-style-type: none"> • Il biberon coinvolge il padre nella scelta genitoriale • Le modalità di allattamento vengono scelte prima del parto

Tabella 6. Confronto tra i Temi della ricerca e alcune delle variabili esplorate dalla letteratura secondo le macrocategorie espresse da Thulier e Mercer, 2009 e Meedy *et al*, 2010 per classificare i fattori che contraddistinguono le difficoltà durante la pratica dell'allattamento al seno.

Temî emersi dalla ricerca	Categorie emerse dalla ricerca	Temî emersi dalla letteratura
5. Le donne hanno sviluppato diverse strategie per superare le difficoltà e proseguire nell'allattamento: passive (aspettare, avere pazienza)	11. Strategie passive per migliorare l'allattamento: aspettare, avere pazienza, attendere di trovarsi nell'ambiente domestico	<ul style="list-style-type: none"> • Condizioni ambientali e possibile imbarazzo
attive (insistere, attaccare il neonato frequentemente)	12. Strategie attive per migliorare l'allattamento: insistere, stimolare le mammelle, attaccare spesso il neonato, stimolare il bambino	<ul style="list-style-type: none"> • Importanza di essere persistenti
basate su fattori esterni (creme per le ragadi, paracapecozolo, tiralatte)	13. Strategie per migliorare l'allattamento basate su fattori esterni (creme, paracapecozoli, tiralatte ecc.)	
6. Il supporto nell'allattamento (fornito da operatori, dalle altre donne e dai familiari) è molto importante per continuare ad allattare	14. È molto importante il sostegno degli operatori, che non devono essere in contrasto tra loro e che devono dimostrare di avere tempo per sostenere la donna	<ul style="list-style-type: none"> • Sostegno da parte degli operatori di salute • Condizioni ambientali e possibile imbarazzo
	15. È positivo il sostegno tra pari	
	16. Aiuta il supporto del partner/dei familiari	<ul style="list-style-type: none"> • Sostegno familiare • Sostegno sociale • Contesto socio-culturale

Il primo Tema dei risultati evidenzia che la difficoltà nell'allattamento può essere legata a motivi di origine materna o a problemi del neonato. In effetti, vengono riferite dalle donne, fin dai primissimi attacchi al seno del bambino, problematiche legate alla conformazione del capezzolo, alla comparsa di ragadi e alle difficoltà nel gestire la poppata. Queste problematiche che compaiono così precocemente, vengono riferite dalle donne come particolarmente ostacolanti e scoraggianti rispetto al perseguimento della pratica della nutrizione materna. Effettivamente, anche la letteratura è concorde nel riconoscere, ai primi giorni dell'evento nascita, una importante influenza sulla

buona riuscita e sulla durata nel tempo del processo della lattazione al seno (Huck e Irurita, 2002; Bailey *et al*, 2004; Forster *et al*, 2008; Gill, 2009). In particolare, dagli studi scientifici, viene dimostrato che il dolore al capezzolo e la presenza di ragadi sono correlabili alla rilevazione di stress segnalato e registrato nelle madri (Walker, 2008; Abou-Dakn *et al*, 2009), fino a raggiungere un vero e proprio stato di ansia (Kelleher, 2006).

Anche in questo studio, quasi tutte le madri segnalano che il dolore rende l'esperienza dell'allattamento complessa e ne condiziona l'emotività che l'accompagna. Il far fatica, il dover mettere in conto un sacrificio per nutrire il proprio bambino traduce una pratica - pensata "idilliaca" - come un atto da dover "sopportare". In ogni caso, qualcosa di caratteristico è espresso da questa ricerca, nel momento in cui rintraccia nella donna italiana l'accettazione del sacrificio, per portar avanti un'esperienza considerata comunque positiva: sia per la simbiosi con il neonato, sia per i processi di salute, che si riconoscono attribuibili all'allattamento al seno. La donna, nell'ambivalenza tra dolore e volontà di perseguire il miglior modo per allevare il suo bambino, segnala nel racconto il disagio che vive. Si sente inesperta, in particolare se primipara, non sa come posizionare il lattante e ancor meno come il neonato si deve attaccare al capezzolo; però non vuole demordere.

Nella letteratura non viene specificato o misurato il grado di sopportazione e di accettazione del dolore da parte delle donne, mentre è riportata l'esistenza dell'apprensione a che il neonato assuma il latte dal seno materno (Thulier e Mercer, 2009; Meedy *et al*, 2010); altresì è confermato il problema dell'inesperienza della madre quando primipara (Bottorff, 1990; Hauck e Reinbold, 1996; Hauck *et al*, 2002; Bailey *et al*, 2004; Kvist *et al*, 2006; Glover *et al*, 2007; Gill, 2009). Di fatto, in linea con la letteratura analizzata, il profilo socio-demografico delle donne coinvolte in questa analisi, porta a riconoscere come particolarmente vulnerabili le madri alla loro prima esperienza di allattamento e le donne che hanno partorito con taglio cesareo (Thulier e Mercer, 2009; Gill, 2009; Meedy *et al*, 2010). Effettivamente, sul totale delle quindici donne intervistate con punteggio Modified BAS (Zobbi *et al*, 2010)

inferiore a 7, sono presenti undici madri primipare e dieci puerpere da taglio cesareo.

Le quindici donne intervistate, in associazione ai problemi originanti da problemi fisici e dalla loro inesperienza, riferiscono un temperamento caratteristico del lattante: il bambino - nonostante sia sano e nato a termine della gestazione - è pigro, si stanca facilmente, va continuamente stimolato e comunque non collabora. In concordanza con gli studi esaminati, siamo portati a pensare che una parte di responsabilità per l'insuccesso di un allattamento materno sia legata alla "volontà del figlio". In realtà, la componente neonatale è affrontata dalla letteratura quando le difficoltà, che può incontrare un lattante, sono legate al suo essere prematuro, o con problemi che necessitino di ricovero in reparto di patologia neonatale (Lothian, 1995; Mozingo *et al*, 2000; Nelson, 2006; Li *et al*, 2008).

Oltre alla pigrizia, lo studio in oggetto riconosce al figlio una ulteriore facoltà: quella di preferire una mammella all'altra. In questa ricerca, tale espressione è curiosa e peculiare. Le madri sorridono nel raccontare di questa percezione. Le pluripare segnalano anche che i bambini precedenti avevano lo stesso atteggiamento: "Apprezzare una mammella più dell'altra".

Il secondo Tema ha qualcosa di sorprendente; partendo dal far raccontare alle donne possibili difficoltà, è emerso come primo dato che l'allattamento al seno è una pratica unica e insostituibile che genera vissuti positivi. Ci sembra pertanto che sia da salvaguardare e custodire l'espressione rintracciata da questo studio, che comunica come l'allattamento al seno favorisca il legame con il bambino e sviluppi una relazione particolare di salute e di natura relazionale/emotiva di interdipendenza.

Al contrario, solo in seconda battuta e più raramente, le donne vivono sensazioni negative, che fanno nascere sentimenti di inadeguatezza. Le madri, ad esempio, leggono alcuni atteggiamenti fisici del neonato – quale quella di spingere con le manine contro il seno – come la volontà di allontanarsi e di rifiutare il contatto fisico.

In realtà, tra i vissuti negativi, lo studio conferma in particolare ciò che la letteratura esprime in merito alla preoccupazione delle madri sulla possibilità che la montata latte arrivi in tempi utili e che il neonato mangi abbastanza, visto che nei primi giorni è inevitabile un certo calo ponderale del bambino (Thulier e Mercer, 2009; Gill, 2009; Meedya *et al*, 2010).

La letteratura, inoltre, segnala come con il passare del tempo – e questo studio li registra anche a pochi giorni dal parto - i disagi vissuti dalla madre possono sviluppare vero e proprio senso di fallimento (Shakespeare *et al*, 2004; Laskmann *et al*, 2009). Questa “sconfitta” può portare la puerpera a pensare che il lattante preferisca il latte artificiale a quello materno. Gradualmente la madre si trova a vivere l’allattamento in modo diverso da come se lo era immaginato (Larsen *et al*, 2008) e accetta suo malgrado, di introdurre il biberon a discapito del seno.

In ogni caso, le madri coinvolte nello studio sono tutte concordi sul fatto che non bisogna demordere dalla pratica, fino a che è possibile dare il meglio al proprio bambino (Brodribb *et al*, 2007). L’insistenza va mantenuta, anche se il latte è poco e fa fatica ad arrivare e ad uscire. In particolare, è da salvaguardare lo “stare insieme” madre/figlio e, per questo, è buona pratica il rooming-in.

Su questo si permea il terzo Tema dei risultati.

La vicinanza tra puerpera e neonato, favorita dalle scelte assistenziali del rooming-in e del bedding-in, è confermata insostituibile per instaurare una buona e sana relazione (Hauck e Reinbold, 1996; Schmied *et al*, 2000; Nelson, 2006; Wade *et al*, 2009).

Nello specifico, il Tema della vicinanza fisica del figlio con la madre, è vissuta dalle donne dello studio fatto in modo così permeante, che riesce a sopperire ai disagi legati alle poppate difficoltose e fa sì che non si incrinino la simbiosi mamma/bambino.

Con il quarto e il quinto Tema emersi con questa ricerca, le quindici donne che hanno raccontato la loro esperienza, hanno dimostrato in modo caratteristico - e solo in parte analizzato dalla letteratura considerata - di aver

sviluppo delle teorie. Le puerpere analizzano con il quarto Tema sia la qualità del latte materno (Brodribb *et al*, 2007), che del latte artificiale; mentre con il quinto Tema, le puerpere si sono espresse con competenza e sicurezza, in merito a possibili strategie da mettere in atto, per poter superare le difficoltà dei primi giorni e proseguire così nella buona pratica della nutrizione "naturale" che rende la madre indispensabile.

Nello specifico, lavorando sul vissuto delle primissime ore dopo il parto, è interessante constatare che il colostro viene riconosciuto come un liquido speciale ed estremamente importante. Vale la pena somministrarlo in ogni modo al bambino.

Superate poi le prime ore dalla nascita, si accende la preoccupazione che il neonato debba nutrirsi. Questo è ulteriormente enfatizzato dal constatare il calo fisiologico del peso corporeo, intorno alle 72 ore dal parto.

È qui che, in concordanza con gli studi che esplorano le prime settimane dalla nascita, si evidenzia l'importanza della determinazione della madre nel voler perseguire l'allattamento al seno (Bottorff, 1990; Hauck e Irurita, 2002; Manhire *et al*, 2007; Larsen *et al*, 2008) o nel trovare conforto nell'introduzione dell'allattamento artificiale con biberon (Scott e Mostyn, 2003; Lewallen *et al*, 2006; Li *et al*, 2008).

Le donne, determinate nel voler continuare ad allattare, sono portate ad insistere ricorrendo ad espedienti tramandati di generazione in generazione. Sono le madri delle madri che hanno sperimentato con successo e consigliano a loro volta l'uso di creme, di cicatrizzanti per le ragadi (quali i cucchiaini d'argento), analgesici domestici (quali gli impacchi di acqua fredda); o anche di ricorrere ad ausili sanitari, come i paracapezzoli o il tiralatte. In questo studio, queste espressioni sono riportate con una certa enfasi e con un buon grado di successo. Al contrario, come nella letteratura pubblicata, le madri riconoscono che il non insistere con il seno o il ricorrere con facilità all'allattamento con biberon può - e facilmente è - una scelta di volontà, un a priori (Earle, 2000; 2002).

A scelta fatta, alcune delle intervistate - non solo le madri che riconoscono al latte di sintesi opportune qualità - attribuiscono alla pratica del biberon di riuscire a superare l'inevitabile ostacolo del dolore al capezzolo dei primi giorni. Il biberon nutre "senza ferire" e dà la possibilità di coinvolgere il padre nell'accudire il figlio. Anche quest'ultimo dato è in concordanza con gli studi esaminati (Earle, 2000; 2002) e distoglie dal possibile "monopolio" del neonato, da parte della madre (Moore e Coty, 2006).

C'è da evidenziare ancora - in merito alle possibili strategie passive, per migliorare le condizioni dell'allattamento al seno rilevate da questa ricerca - che le neomamme vedono come positivo e attendono con aspettativa il ritorno all'ambiente domestico. Le donne riconoscono al contesto familiare la facoltà di essere ideale per allattare. Questa certezza è riconducibile in parte a ciò che anche altri studi individuano come necessità: le donne hanno bisogno di luoghi protetti, per non trovare imbarazzo e per sentirsi sostenute (Steward-Knox *et al*, 2003; Scott e Mostyn, 2003; Moore e Coty, 2008; Hauck *et al*, 2008; Gill, 2009).

A partire da quest'ultima sottolineatura, ed entrando nel merito del supporto alla donna, analizziamo l'ultimo Tema identificato da questo studio. Si tratta di argomenti che la natura qualitativa della ricerca affronta più comunemente (Steward-Knox *et al*, 2003).

In questo Tema sono compresi i problemi legati alla gestione dell'allattamento in relazione al supporto da parte degli operatori (Mozingo *et al*, 2000; Steward-Knox *et al*, 2003; Swanson e Power, 2005; Nelson, 2006; McInners e Chambers, 2008; Gill, 2009), al supporto sociale e dei rapporti alla pari (Wade *et al*, 2009; Gill, 2009), o al supporto dei familiari (Kong e Lee, 2004; Gill, 2009).

In concordanza con la letteratura analizzata sull'argomento, le madri, interrogate dalla ricerca, sottolineano come tra le strategie per impostare e perseguire nel tempo la pratica della lattazione, sia fondamentale il supporto da parte degli operatori di salute, che si incontrano a partire dal momento del parto. Le puerpere chiedono tempo e disponibilità, durante i quali le informazioni e l'assistenza siano date in modo efficace e univoco.

È riferita come particolarmente disastrosa l'eventualità di dover sentire pareri discordanti e, a volte, opposti; la donna non sa più se deve svegliare il neonato o no, quanto può aspettare tra una poppata e l'altra, se usare o non usare il tiralatte o il paracapezzolo, arriva ad essere confusa da chi dovrebbe essere il "detentore del sapere". Pertanto, per non restare in balia dei diversi pareri, le madri segnalano di optare per l'ascolto di un unico operatore: quello che manifesta maggior professionalità, competenza e disponibilità.

Queste ultime considerazioni sono fondamentali per indirizzare i professionisti ad una unità di intenti e sulla necessità del tempo che va opportunamente dedicato alle donne e ai loro bambini in modo mirato (Forster, 2008 *et al*; Labbock, 2008; McInners e Chambers, 2008; Bai *et al*, 2009; Barona-Vilar *et al*, 2009). Le realtà ospedaliere lombarde, in merito a questo, hanno messo in atto, negli ultimi anni, un notevole impegno, convogliando la formazione permanente dei propri professionisti, a partire da linee guida condivise a livello nazionale ed internazionale.

I Corsi, messi a punto da OMS e UNICEF, mirano a fornire le competenze di base e le abilità necessarie per il counselling sull'allattamento al seno, mettendo gli operatori in grado di dare alle madri assistite il sostegno e l'incoraggiamento necessari per allattare con successo. Si tratta di materiali molto ricchi di informazioni, che, oltre a una parte teorica, forniscono numerosi esercizi e pratiche cliniche.

Le donne hanno bisogno di sentirsi confermate nel tempo da un aiuto qualificato (Forster *et al*, 2008; McInners e Chambers, 2008), ma non basta. In parallelo, il contesto ambientale è necessario che sia tranquillo e possibilmente dedicato (Hauck *et al*, 2008); tanto che viene riconosciuto ai locali specifici, esistenti nella realtà clinica dove le donne sono state reclutate per la ricerca, un importante ambito di incontro tra le mamme, che permette di realizzare una sorta di "sostegno di gruppo".

È proprio il sostegno "alla pari" che viene enfatizzato dalle madri. Le donne interrogate, in particolare le primipare, cercano e si affidano con fiducia alle puerpere che considerano esperte, perché hanno già avuto esperienze di allattamenti precedenti con successo. Questa possibilità offerta alle madri è

caratteristica dei primi giorni dopo il parto, momento durante il quale è stata sviluppata la ricerca, dove l'ospedalizzazione favorisce l'aggregazione delle madri e il nascere tra loro di una vera e propria solidarietà.

Infine, rispetto all'esperienza del supporto, le donne si sono sentite di sottolineare quanto sia insostituibile la presenza del padre del bambino e dei propri famigliari: sia per un sostegno a se stesse, sia per un aiuto pratico nei confronti dei bisogni del nuovo nato. Questo è confermato e riportato ampiamente dalla letteratura esaminata (Earle, 2000; Hauck *et al*, 2002; Steward-Knox *et al*, 2003; Scott e Mostyn, 2003; Kvist *et al*, 2006; Moore e Coty, 2006; Gill, 2009).

In chiusura della discussione dei dati rilevati dallo studio svolto, si può affermare che i ricercatori realizzano l'obiettivo di dare significato con l'esperienza delle donne alla voce "latching difficulty" del punteggio americano (Hall *et al*, 2002) modificato (Zobbi *et al*, 2010). Di fatto, dei sei Temi, emersi dal lavoro svolto, è in particolare il primo che deve essere riconosciuto nelle sue sottocategorie dal personale addetto all'assistenza, e quindi dalle ostetriche, perché ad una puerpera possa essere attribuito un valore corretto di modified BAS (Zobbi *et al*, 2010) relativamente alla voce "latching difficulty" (vedi Tabella 1 a pag. 8 della Tesi). Il punteggio che verrà dato è uguale a zero, se le difficoltà sono incontrate dalla donna in tutte le poppate; uguale a uno se le difficoltà sono incontrate solo nella metà delle poppate. Di due se la puerpera non segnala difficoltà, come previsto anche dal BAS originale (Hall *et al*, 2002; Mercer *et al*, 2009).

Le poppate che vengono considerate per attribuire il Modified BAS (Zobbi *et al*, 2010) sono quelle dei primissimi contatti tra la madre e il suo bambino, vissuti in regime di ricovero ospedaliero. Anche se le conoscenze teoriche e la pratica clinica indirizzano in merito ai fattori da individuare per riconoscere una madre a rischio di abbandono precoce dell'allattamento al seno, le ostetriche trovano uno strumento validato ed efficace, che può essere utilizzato con semplicità da tutte.

Con questo, l'attenzione a divulgare e favorire l'uso dello strumento non deve essere confusa con la standardizzazione delle procedure; anzi è una reale possibilità di introdurre molto precocemente - e prima che possano essere dimesse per il domicilio - una assistenza mirata e personalizzata alle madri, riconosciute oggettivamente più vulnerabili.

È pertanto evidente che l'originalità dello studio in oggetto è quella di rendere valido in Italia l'uso di un indicatore di rischio per l'abbandono precoce dell'allattamento al seno, grazie alla "fotografia" di un periodo molto particolare della relazione madre/neonato; quello delle prime 72 ore dopo il parto. Questa fotografia non è espressa solo dal Tema che individua ciò che fa fare fatica alle donne durante le poppate al seno, bensì si sviluppa negli ulteriori cinque Temi che la ricerca sviluppa.

La ricchezza dei racconti fa emergere degli aspetti fondamentali, che rendono possibile avvicinarsi alla "comprensione ed interpretazione" (Weber, 1913) di ciò che le donne vivono fin dai primi istanti, durante l'esperienza dell'allattamento del figlio e di quali strategie si possono mettere in atto, per affrontare e superare i possibili impedimenti.

Alla luce di questo, si è raggiunto anche il secondo obiettivo che ci si era prefissati con questa ricerca; mettere nelle condizioni di poter sviluppare strategie realizzabili da parte degli operatori, negli interventi di supporto alle madri.

In ogni caso, al termine di questa discussione è evidente come le peculiarità dei Temi emersi dalla ricerca sviluppata, le conoscenze e le prove espresse dalla letteratura, convergono verso il bisogno e la volontà di confermare la prima pratica di salute che ci introduce nella vita. Pertanto è auspicabile che, come ha cercato di fare questo studio, si continui a "ricercare" ciò che può favorire e sostenere la buona pratica dell'allattamento al seno.

CONCLUSIONI E PROPOSTE

Questa ricerca, ha dato significato all'espressione "latching difficulty", leggendo l'esperienza di quindici donne italiane che l'hanno sperimentata.

Questo vissuto viene confermato dal fatto che le donne lamentano dolore durante l'allattamento (Walker, 2008). Il problema del dolore al capezzolo è la difficoltà più riportata dalle puerpere durante i primi giorni di allattamento (Abou-Dakn *et al*, 2009).

Oltre al dolore, le difficoltà sono da ricondurre all'attaccare correttamente il neonato al seno sia per inesperienza materna (Kelleher, 2006; Kvist *et al*, 2006; Walker, 2008; Meedya *et al*, 2010) che per sonnolenza e scarsa collaborazione del neonato (Lothian, 1995; Li R *et al*, 2008; Forster *et al*, 2008).

Paradossalmente, nella difficoltà, i vissuti che le donne sperimentano durante l'allattamento sono prevalentemente positivi. Infatti, molte donne descrivono le emozioni come uniche ed ineguagliabili.

Nonostante questi vissuti positivi, in presenza di difficoltà subentra la preoccupazione che il neonato riesca a nutrirsi adeguatamente e in alcuni casi subentra l'angoscia che il figlio non riesca a sopravvivere per scarsa nutrizione (Mozingo *et al*, 2000; Shakespeare *et al*, 2004; Labbock, 2008; Laskmann *et al*, 2009).

In questi casi, le madri vivono positivamente la somministrazione di latte artificiale, anche se considerano il latte materno l'alimento ottimale e più completo da somministrare al neonato.

La superiorità del latte materno fa sì che molte donne reputino importante non arrendersi alle prime difficoltà e cercare di proseguire l'allattamento al seno.

Le condizioni fondamentali, affinché non si interrompa l'allattamento, sono la volontà della donna (Bottorf, 1990; Earle, 2002; Kvist *et al*, 2005; O'Brien *et al*, 2009) e il sostegno in caso di difficoltà sia degli operatori che

delle altre madri e dei famigliari (Steward-Knox *et al*, 2003; Kong e Lee, 2004; Kvist *et al*, 2005; Nelson, 2006; McInners e Chambers, 2008; Wade *et al*, 2009).

È per questo motivo che si ritiene fondamentale il riconoscimento precoce delle donne a rischio di smettere di allattare da parte degli operatori di salute, così da poter mettere in atto una delle strategie riconosciuta efficace a migliorare la prevalenza di allattamento al seno nella realtà geografica italiana.

Aver dato spessore di significato all'item "latching difficulty" di un punteggio, a cui è riconosciuta una buona specificità e sensibilità per l'individuazione delle donne con il rischio di abbandonare la pratica dell'allattamento materno (Zobbi *et al*, 2010), fornisce di uno strumento importante i professionisti.

Le aspettative legate a questa ricerca sono pertanto state in parte realizzate, in quanto si è riusciti a dare la corretta interpretazione al concetto di "difficoltà nella poppata", a partire dai vissuti espressi dalle donne di un grosso centro urbano italiano.

Resta ora fondamentale passare a due ulteriori sviluppi della ricerca.

Il primo è legato alla volontà di raccogliere ulteriori dati.

Il progetto prevede di richiamare telefonicamente le 15 donne coinvolte per ottenere con un colloquio la riprova sui risultati ottenuti nell'immediato post partum con la prima fase della ricerca. Sarà interessante verificare se a distanza di cinque/sei mesi dal parto le madri confermano i sei Temi sulle difficoltà incontrate nei primi giorni di puerperio in merito all'allattamento. Per fare ciò si farà riferimento ad una griglia che utilizza una scala Lickert a quattro modalità, come da Tabella 7.

Nel contempo si verificherà la modalità di nutrizione del lattante.

Tabella 7. Scheda per la registrazione delle risposte date dalle donne a cinque/sei mesi dal parto, a partire dai risultati ottenuti dalla ricerca

N° della intervista	Cognome nome della donna	Nome del lattante	Data di richiamo	Tipo di allattamento al momento del richiamo			Tema 1		Tema 2		Tema 3		Tema 4		Tema 5		Tema 6	
				Esclusivo	predominante	Complementato	Non allattato al	Totamente d'accordo	In parte d'accordo	Totamente in disaccordo	Totamente d'accordo	In parte d'accordo	Totamente in disaccordo	Totamente d'accordo	In parte d'accordo	Totamente in disaccordo	Totamente d'accordo	In parte d'accordo
1	X	X																
2	X	X																
3	X	X																
4	X	X																
5	X	X																
6	X	X																
7	X	X																
8	X	X																
9	X	X																
10	X	X																
11	X	X																
12	X	X																
13	X	X																
14	X	X																
15	X	X																

Il secondo sviluppo della ricerca sarà quello di pubblicare su rivista scientifica l'esito di questo studio, così da far conoscere e rendere utilizzabile nelle realtà operative della nazione l'uso del punteggio.

L'uso comune del punteggio da parte dell'ostetrica e dei professionisti che si occupano di sostenere l'allattamento al seno, permetterà di individuare precocemente le madri a rischio di interrompere tale buona pratica, così da intervenire con maggior efficacia ed efficienza con supporto mirato e personalizzato.

ALLEGATI

Interviste

N progressivo intervista 01 **Data** XX/XX/XXXX
Tipo Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti
Dove in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio mentre la donna sta allattando al seno. Il bambino è attaccato bene e succhia tutto il tempo dell'intervista
Come formalmente
Tipo semistrutturata
Durata circa 15 m'
Dati anamnestici
Cognome e Nome XX **recapito** XX
Cartella Clinica XXXXX
Età 34 **Scolarità** media superiore **Professione** impiegata full time
Parità secondo figlio – secondo taglio cesareo
Data del parto XX/XX/XXXX
Tipo di parto e indicazione Taglio cesareo iterativo
Allattamenti precedenti la prima bambina (femmina ora di quattro anni), è stata allattata fino al terzo mese di vita con allattamento materno esclusivo e ausilio di paracapezzolo, dopo di che si è passati a latte vaccino diluito (su indicazione del pediatra)
Neonato (genere) Maschile (Francesco)
BAS modificato = 7

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: Mi racconti come va la poppata ... quando lei attacca il Francesco, come le sembra che vada?

Int.: bene nel momento in cui sento che aderisce che aderisce proprio bene e succhia e vedo anche la sua soddisfazione, quando però ovviamente ci sono difficoltà ad attaccarlo anch'io comincio ad andare un po' in ansia questo sì, poi un po' il dolorino ai capezzoli ma adesso vedo perché magari cambiando posizione vediamo un po' come risolverlo «(.).»

Ric.1: il concetto di difficoltà, come lo vede, cioè, cosa intende per difficoltà

Int.: difficoltà nell'attaccarsi, intendo l'agitazione del bambino che comunque manifesta fame che manifesta voglia di attaccarsi ma non è efficace, cioè il modo con cui si attacca e allora vedo un bimbo che ha fame, una mamma che vuole dargli da mangiare «(RIDENDO)» e non si riesce. Infatti con la mia prima bambina abbiamo risolto questo problema utilizzando un paracapezzolo che faceva sporgere l'areola di più e io proprio traevo di più un po' di serenità perché vedevo attraverso il paracapezzolo passare il latte. E l'ho usato tantissimo e anche se lo sentivo uno strumento in più di distacco tra me e la bambina e, quello sì. Proprio un distacco, e quindi ho tentato più volte di togliermelo, ma volendo staccarmi dal paracapezzolo verso il terzo mese l'ho tolto. Però al quarto mese e mezzo ho cominciato ad avere meno latte, ho telefonato alla lega del latte perché ci tenevo, ci tenevo eccetera «(RIDENDO)» però vedendo il calo di peso continuo mi sono un po' arresa e allora ho integrato con il latte artificiale ma per poco perché in

realità abbiamo dato il latte intero con un po di acqua. Il suggerimento della pediatra fu quello, fu questo e «:» «(.)»

Ric.1: Se e quindi le differenze di questa volta rispetto all'altra volta ci sono?

Int.: ci sono soprattutto nella vivacità del bambino ad attaccarsi, perché la bambina era molto sonnolenta, me la portavano, a parte che era un ospedale diverso non c'era il discorso dello stare sempre in stanza ma c'erano gli orari prestabiliti, quindi la portavano via e poi la riportavano e certe volte me la portavano in sonno pieno e non riuscivo a svegliarla, infatti mi suggerivano di fargli il solletico sotto i piedini e nelle manine e tutto però «(RIDENDO)» non sempre si riusciva ho tutte le foto della bambina che dorme all'ospedale sempre, regolarmente e invece lui vedo che è più vivace è più alla ricerca della pappa quindi secondo me non sono cambiata io è il bambino che è diverso «(.)»

Ric.1: e un'altra cosa che è interessante è se prova delle sensazioni mentre allatta o se le vengono delle immagini?

Int.: sembra tutto ovattato, sembra di stare in cielo praticamente «(RIDENDO)» si questa è l'unica immagine che ho che è positiva anche se c'è questo discorso della difficoltà perché penso se riesco a dargli o no ma c'è la ricerca di questo momento di questo momento di unione si nel mio caso è così è una cosa a cui tengo molto veramente «(.)»

Ric.1: e le sembra che la relazione è diversa tra attaccarlo al seno sì o no?

Int.: be' è diverso perché se non è attaccato o fa fatica ad attaccarsi non mangia, ma è bello che comunque riesce a calmarlo anche stare vicini«(RIDENDO)» be' è un po' il vedere che mi cerca, che vuole proprio la sua mamma è proprio un paradiso vuole che stiamo insieme e me lo dimostra perché si calma è contento «(.)»

Ric.1: C'è qualcosa di particolare che l'ha colpita sempre dell'allattamento col Francesco in questi due giorni che vuole raccontarmi?

Int.: di particolare be' no direi di no mi sto rendendo conto che l'allattamento non è solo nutrizione è proprio un momento in cui il bambino prende sonno si addormenta, c'è il contatto con la mamma e in realtà un po' di domande me le faccio nel senso che nell'altro ospedale tutelavano anche un po' la salute della mamma nel senso che portando via il bambino davano alla mamma la possibilità di riposare un po' di più perché poi io ho fatto sempre cesarei purtroppo io e quindi si le prime due notti non sono in pace stanotte quindi si cerca un po' di sollievo e quindi di assistenza quello si per cui ad esempio il Francesco ha avuto un momento di singhiozzo e un po' di schiumetta e ho dovuto tirarlo su io e non è stato facile perché ero dolorante e mi sono seduta per la prima volta stanotte da sola quindi insomma mi sono sentita un po' sola anche se poi ho un po ampiamente rotto le scatole «(RISATA)» «(.)»

Ric.1: e quindi per migliorare le difficoltà che vede nell'allattamento che cosa vede ... ha da suggerire qualcosa? Cosa vede che potrebbe aiutare le mamme oltre che lei?

Int.: semplicemente la presenza l'assistenza il suggerimento questo si assolutamente è sufficiente secondo me perché il personale con l'esperienza può dare il suggerimento giusto secondo me è un invito ad esserci assolutamente si e questo noi lo chiediamo e tra mamme ce lo diciamo sempre chiama chiama perché il fai da te non sempre funziona «(.)» ogni tanto apre gli occhi e insomma «(.)»

Ric.1: quindi cosa suggerirebbe ad un'altra donna che vuole allattare visto che lei ha già esperienza?

Int.: non saprei di non farsi prendere dalle ansie di chiedere aiuto di non arrendersi questo si e poi ovvio che se vedi che proprio le cose non vanno insomma anche la salute della mamma è importante però ho sentito tante persone che hanno mollato subito o chi addirittura lo fa per scelta a priori e così spero di averle detto cose interessanti non penso più di tanto «(RISATA)» perché poi devo dire rispetto al lavoro perché io mi ricordo nell'altro ospedale che distribuivano opuscoli dicendo che le mamme devono allattare fino al sesto mese assolutamente poi però abbiamo «I» una assistenza una assenza dal lavoro garantita diciamo bene solo per cinque mesi insomma questi messaggi andrebbero un po coordinati «(RIDENDO)» nel senso che non si può

pretendere perché poi io vedo tante persone che magari sono restano colpite da questo da questa voglia di allattare e poi le vedi che si arrampicano fanno pazzie per tornare a casa insomma non c'è forse in realtà si è capito magari da un punto di vista medico della salute del bambino l'importanza ma la società è un po' indietro secondo me su questo poi non so all'estero come vada però mi ricordo questi grandi depliant: allattate fino al sesto mese! Poi però se non puoi di fatto perché anche la prima sono arrivata purtroppo fino a quattro mesi e mezzo, cioè i sei mesi volevo farlo ma poi ho ripreso a lavorare e poi anche lì l'allattamento l'ho gestito diversamente nel senso che non avendo latte era diventato un modo per stare con mia figlia per cui non è che tornavo un'ora al mattino e un'ora al pomeriggio, concentravo le due ore alla sera «(.)»

N progressivo intervista _____ 02 _____ **Data** _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo _____ Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti _____
Dove _____ in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna ha appena smesso di piangere e inizialmente dice di non voler rilasciare nessuna intervista, successivamente, dopo essere stata aiutata ad attaccare al seno anche se con difficoltà la bambina e aver appena smesso di allattarla, torna sulla sua decisione e decide di raccontarsi. Sono presenti entrambe le ostetriche dottorande. È appena uscita dalla stanza per andare a lavorare la madre della puerpera. Nei giorni precedenti è stato detto alla puerpera dalle ostetriche che ha i capezzoli introflessi.
Come _____ formalmente _____
Tipo _____ semistrutturata _____
Durata _____ circa 30 m' _____
Dati anamnestici
Cognome e Nome _____ XX. _____ **recapito** _____
Cartella Clinica _____ XXXX _____
Età 35 ___ **Scolarità** media superiore ___ **Professione** impiegata part time _____
parità _____ primo figlio _____
Data del parto _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo di parto e indicazione _Taglio cesareo per pregressa miomectomia _____
Allattamenti precedenti _____ assenti _____
Neonato (genere) _____ Femminile (Sara) _____
BAS modificato _____ = _____ 5 _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: cos'è che ti fa fare fatica, ci racconti come vivi questa poppata?

Int.: con sofferenza, ma non tanto il dolore fisico, ma il pensare che non mangia, perché per me la priorità è che lei mangia e mangia bene, poi il mio dolore e chi se ne frega cioè la mamma è nata per soffrire anche se mi hanno spiegato al corso pre parto che deve essere un momento di gioia per me invece deve essere un momento in cui la nutro l'aiuto a crescere poi ognuno ci ha la sua corrente di pensiero io innanzitutto prendo informazioni ma poi credo che poi ognuno decida per se. La difficoltà è vedere che lei non raggiunge lo scopo di mangiare cioè è quello che mi fa e poi me lo dimostra non è che fa un frignetto cioè io in questi due giorni l'ho vista che gli si abbassava la vocina da tanto che piangeva cioè il perdere peso e sentirmi dire che bisogna aspettare e chi lo stabilisce? Cioè secondo me l'unica che puo, stabilirlo sono io perché sono la mamma e non mi interessa se uno è medico è pediatra o è chicchessia io parto dal presupposto che è fondamentale che decida io per lei perché sono sua mamma le voglio bene e penso che di cercare il meglio per lei poi ascolto i consiglio perché per l'amor del cielo però per assurdo in queste cose qui perche se lei non prende e l'ho constatato perché o le persone che mi hanno affiancato fino ad oggi in questo percorso non sono state come voi sufficientemente pazienti e quindi interessate perché per esempio mi hanno dato un copri capezzolo e io ho mandato il mio compagno a prenderlo la persona che mi stava assistendo ha detto bene va benissimo e invece era troppo piccolo cioè io dico ma se tu sei la persona preposta ad aiutarmi deve venire un'altra dopo diversa e dirmi no quello che hai usato era troppo piccolo ti ha rovinato il capezzolo ce ne vuole uno più grosso allora vuol dire che non era adatta eppure a me mi aveva dato tanta fiducia perché io ero ignorante e ogni cosa che mi si diceva la prendevo per buona e poi non c'è una corrente di pensiero comune perché una dice una cosa l'altra ne dice un'altra e ho anche assistito ad un mezzo battibecco perché c'era un'ostetrica che aveva detto fate gli impacchi caldi ma poi è arrivata la puericultrice no non

serve, attaccala cioè se tu che sei inesperta sei piena di dubbi e di paure ti vedi già due figure che ti dovrebbero aiutare che tra di loro sono in contrasto e poi lo manifestano perché l'errore qual è stato che l'hanno detto davanti a noi e allora tu dici cavoli sei qua in un tunnel dovresti essere tra mani sicure ma non te lo confermano con le azioni «(.)»

Ric.2: tornando proprio alla poppata con la bambina, tu che cosa senti, che sensazioni provi?

Int.: cioè di sofferenza sia fisica che morale però adesso quando invece l'ha preso ero contenta, ma anche stamattina con il tiralatte quando vedevo come usciva, ero contenta ero emozionata perché dici fai mille constatazioni allora il latte ce l'ho posso allattare possiamo riuscirci però torno a dire che è fondamentale che chi ti da assistenza te la da al 100% adesso poi non discuto che siano professionalmente perfette però forse sono stata sfortunata io che sono capitata in momenti così e quindi però insomma dovrebbe essere bellissimo allattarla perché comunque cioè già gli dai la vita e poi facendo che gli dai da mangiare vai avanti nel tuo percorso. Anche se è fondamentale qualcuno che ti sostiene perché allora non so come facevano le mamme prima che dicono come ce l'abbiamo fatta noi anche mia mamma e io le ho detto è inutile che mi fai il solito discorso ma io perché perché sono passati 35 anni abbiamo avuto un percorso di vita diverso sofferenze diverse quindi il paragone non c'entra punto perciò quello che dico io deve essere un momento di gioia ma di essere supportata se poi hai come me la sfortuna che il capezzolo non è perfetto piuttosto che perché poi ho parlato con tante altre mamme e ho visto che non ero la sola che avevo questo problema una ne aveva troppo e gli ho detto che come ti invidio e lei mi dice a ma è gigante ma chi se ne frega però ho visto che come mi avevano già anticipato al corso pre parto che però non sei sola chi per un motivo chi per un altro ognuna vive però secondo me è fondamentale avere affianco qualcuno che ti guidi e adesso sapere che la mia mamma va a prendermi il tiralatte io sono più tranquilla perché il mio pensiero è di nutrire lei punto poi se mi devo affettare un seno piuttosto che cioè va bene cioè faccio così deve essere così per forza è fondamentale quello secondo cioè sempre secondo il mio modesto parere da mamma da mamma da tre giorni però «(.)»

Ric. 2: secondo te quando tu la allatti interagisci con la bimba in un modo diverso rispetto a quando è li o a quando ce l'hai in braccio non per allattarla?

Int.: cioè io penso di non aver ancora vissuto l'allattamento vero quindi quando gli pongo il seno e l'avvicino finora è un momento drammatico finora l'ho vissuto male e quindi direi una sciocchezza dicendo no la verità è che in questo momento io non credo di aver ancora vissuto l'allattamento emotivo io ho vissuto quello fisico che attacco al seno e ti do il latte molto meccanico perché io in questo momento non vivo l'emotività dell'allattamento capito vivo la funzionalità ti devo nutrire ti do da mangiare e l'unico mezzo che ho ti do il mio seno non ho vissuto che bello è ti sto tenendo tra le braccia ti allatto e faccio questa cosa meravigliosa che io mi ero immaginata e poi anche quando ti dicevano ci saranno dei problemi le ragadi così si ok io le ho già avute non ancora però non ti descrive quanto può essere problematico quindi non sei pronta come non sei pronta a niente del resto però se tu non sei pronta e ti succede una cosa bella viva dio invece non sei pronta e ti succede quello che per me è stato un dramma io poi sono una che tendenzialmente ho bisogno di avere le cose programmate io a casa ho già dei pannolini ho già il coso per l'ombelichino ho preso tutto quello perché ho detto voglio arrivare a casa voglio essere non dico essere perfetta però quanto meno limitare i danni che possono venire dagli imprevisti e non voglio neanche trovarmi a casa che devo mandare il mio compagno a cercare a destra e a manca perché così è uno stress per tutti anche se perché io non vorrei aver bisogno dell'aiuto per l'amor del cielo è grasso che cola però mi piacerebbe fare step by step magari anche sbagliando però da sola con il mio compagno perché quelli che dicono a ci sono i nonni si che bello però non è che io ho fatto un figlio pensando che ci sono i nonni l'ho fatto perché voglio la mia famiglia «(.)»

Ric.2: in questi primi tre giorni della piccola c'è un episodio particolare nell'allattamento chiaramente che ci vuoi descrivere?

Int.: positivo negativo?

Ric.2: quello che vuoi quello che ti ha colpito?

Int.: il guardare lei mentre cerca mentre cerca il seno perché poi io ieri mattina per assurdo ero felicissima perché si è attaccata ha tirato mi ha fatto male però vedevo che in qualche maniera si è attaccata magari non attaccandola bene allora quel momento io ho detto ce la posso fare e mi sono caricata tanto probabilmente le mie aspettative sono volate alle stelle e con l'episodio non avendo di fianco sempre una persona che mi guidava correttamente quando poi ho avuto il problema se poi magari avessi avuto di fianco una di voi due mi avrebbe detto guarda non è così c'è una soluzione possiamo fare disfare l'avrei vissuta diversamente invece mi sono trovata lì con il mio compagno dentro al nido che lui cioè se io sono emotiva si agita lui si poi io lo conosco dallo sguardo ho visto che si stava arrabbiando perché diceva cacchio la mia compagna è disperata la bambina piange lui diceva proprio andando oltre prendiamo quello artificiale lui proprio non sapendo le cose voleva una soluzione immediata e io ho detto no siamo qui siamo nel posto giusto chi meglio di loro ci può aiutare però c'era questa signora qua un po' avanti con gli anni si vede che proprio cioè mi ha vista disperata e mi fa e ma bisogna aspettare le ventiquattro che il pediatra fa il peso nudo erano le sei e mezza cioè secondo voi io posso aspettare fino a mezzanotte che mia figlia si dispera per me è inconcepibile allora l'ho guardata e gli ho detto no per favore cioè vada dal pediatra e le chieda cosa posso fare perché non è il rumore del pianto è il motivo del pianto non è un capriccio cioè sta soffrendo ha perso peso cioè piccola come si fa cioè è una cattiveria cioè non dovrebbe esistere in un ambiente dove nascono bambini secondo me chi fa questo lavoro deve essere spinto da una vocazione come no sei medico sei un'infermiera puericultrice ostetrica quello che vuoi cioè per il mio modo di pensare chi fa questo lavoro deve essere spinto da qualcosa di positivo non perché è un lavoro che ti dà lo stipendio sennò vai a fare il muratore ma neanche quello perché comunque qualsiasi lavoro produce qualcosa e se uno non lo fa con lo spirito giusto lo fa male almeno questo è il mio modo di pensare quindi una cosa fatta male contro voglia o fatta perché la devi fare non va bene soprattutto se c'è in gioco la vita di un bambino piuttosto che questo è il mio pensiero poi discutibile e magari sbagliato però è il mio personale e quindi mi è piaciuto tanto guardare che lei mi cercava e poi si è attaccata io pensavo di aver conquistato il mondo e poi c'è stato il tracollo che è peggio perché se tu nella vita hai sempre poco il tanto invece tu sei abituata a vivere nella bambagia poi hai un imprevisto e sei più in difficoltà di uno che è abituato a lottare tutti i giorni e quindi più o meno la cosa è così io penso «(.)»

Ric.1: e quindi se tu dovessi dare anche un consiglio ad una mamma che comincia che consigli daresti?

Int.: di avere pazienza «(RISATA)» di sperare di incontrare la persona giusta che l'assisti ecco questo sì cioè se io magari avessi avuto due persone come voi subito mi sarei evitata di crearle un problema al di là della mia crisi che sta negli ormoni per l'amor del cielo però torno a dirlo a me non è che mi disturba il dolore fisico o il piangere o tutte queste cose qui buttiamole nel pacchetto non tollero mi arrabbio ancora mi viene il magone a pensare che io devo farla soffrire per niente e poi per che cosa solo quello che però a me mi ha strappato dentro quindi mi ha proprio fatto arrabbiare quindi se dovessimo farmi un altro tipo di intervista chiedendomi avrei molto da dire in negativo per questa cosa qua perché non penso che sia giusto che un pediatra o chi per lui stabilisca che mia figlia debba piangere per altre sei ore perché devi aspettare la montata latte ma dove si è visto cioè poi non vi chiedo che cosa ne pensate perché state registrando però io penso che sia così. Guardala qua adesso è pacifica sembrava che la stessero torturando cioè non è «(.)» io vedevo la mia compagna di stanza in questi giorni che era una fontana quindi io mi chiedo mi sgorgherà il latte mi continuerà a sgorgare?

Ric.1: si quello sì

Int.: che bello cioè anche al corso pre parto hanno fatto una domanda del tipo c'è qualcun altro che è indubbio sull'allattare al seno? Per me è inconcepibile che una mamma non veda il latte vita per sua figlia quindi pensare che una perché gli si rovina il seno dica no, per me non è degna di essere madre e si come una che fuma in gravidanza cioè io sono molto estremista per certe cose non vedo una via di mezzo però una mamma che mi dice o non mi si rovina il seno non lo allatto a me personalmente come persona mi fa un po' schifo non farlo un figlio perché sai già che ingrasserai che non avrai più il fisico di prima che invece del seno avrai delle mammelle però dovrebbe essere la cosa più bella del mondo no e tu cosa mi dici no mi si rovina il seno no ti avrei uccisa io credo«(.)» e poi io vi dico non mi vergogno a dirlo che io non ho i soldi per non allattare perché mi dicono se non hai il latte gli diamo il latte artificiale ma il latte

artificiale costa e io quando hanno saputo che ero incinta mi hanno messo a part time e adesso se io devo comprare non è che ho i soldi e quindi io voglio proprio allattare io finché si può «(..)»

N progressivo intervista _____ 03 _____ **Data** _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo _____ Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti _____
Dove _____ in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna si è appena svegliata. Ha di fianco la neonata nella sua culla che dorme. Alla fine dell'intervista entra il marito. Stavano cercando prole da 11 anni, non arrivava per problemi di infertilità maschile, inaspettatamente è nata Cristel.
Come _____ formalmente _____
Tipo _____ semistrutturata _____
Durata _____ circa 15 m' _____
Dati anamnestici
Cognome e Nome _____ XX _____ **recapito** _____ XX _____
Cartella Clinica _____ XXXXX _____
Età _ 42 _ **Scolarità** media inferiore _ **Professione** commerciante _____
parità _____ primo figlio _____
Data del parto _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo di parto e indicazione _ Taglio cesareo per richiesta materna in travaglio iniziale _
Allattamenti precedenti _____ assenti _____
Neonato (genere) _____ Femminile (Cristel) _____
BAS modificato _____ = _____ 3 _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.2: Mi racconti come va la poppata ...

Int.: il latte non esce subito e lei la bambina invece di ciucciare come ciuccia il biberon chiude le labbra forti, fa male e non ciuccia e quindi non procede il processo di far uscire il latte «(.).»

Ric.2: quindi non riesce ad attaccarsi o non riesce secondo lei a tirare fuori il latte ...

Int.: nessuna delle due non riesce ne ad attaccarsi ne a tirare fuori il latte perché si infastidisce e non sta attaccata si stacca immediatamente non fa neanche qualche ciucciata sta come se morde non ha i dentini però mi fa male fa male il latte non esce lei si infastidisce e invece di ciucciare si attacca li e ti morde praticamente e fa male per forza non siamo fatte d'acciaio «(RIDENDO)» poi lo stesso non si attacca però poi adesso abbiamo provato un po di volte con il tiralatte qualcosa è uscito, il colostro e si spera che arrivi e poi adesso con il ciuccio così sta imparando a ciucciare come si deve e poi cosa dobbiamo fare un po' di pazienza e coraggio oggi già ci sono dei miglioramenti perché con il tiralatte è uscito il colostro, fino ad adesso non si era visto niente non mi era uscito niente «(.).»

Ric.1: è la sua prima bambina Cristel e quindi è la sua prima esperienza di allattamento ...

Int.: si

Ric. 2: secondo lei quando interagisce con la bambina mentre sta allattando interagisce in modo diverso da quando non allatta da quando la prende in braccio semplicemente per fargli delle coccole?

Int.: ma io per il momento trovo che sia uguale anche perché lo stesso amore che gli do quando ce l'ho in braccio glielo do anche quando provo ad allattarla io non trovo queste differenze perché anche quando la tengo in braccio la tengo nello stesso modo poi magari è presto perché sono ancora i primi giorni «(.).»

Ric.2: in questi primi tre giorni di vita della bimba c'è un episodio particolare che ci vuole raccontare inerente all'allattamento?

Int.: e ma io non riesco perché non ho avuto modo di allattarla quando avrò modo di dire si sono riuscita ad allattarla allora ora non so cosa raccontarle «(.)»

Ric.2: e non è mai riuscita mai mai?

Ric.1: quindi una volta che ha avuto fame la bambina cosa è successo, come è andata la dinamica?

Int.: niente tranquilla le hanno dato il latte artificiale e be poi abbiamo provato con il tiralatte non usciva niente le abbiamo dato il latte artificiale tranquilla lei lo ha preso tranquillamente adesso stiamo provando ad attaccarla piano piano «(RIDENDO)» e sono venute anche le sue colleghe ma forse è meglio fare da sole con pazienza perché loro hanno tante cose da fare sono un po' veloci ci vuole un po' più di calma sia per la mamma che per il bambino perché bisogna essere un po' rilassati in quel momento lì perché magari cioè non magari, uno esce dal parto già distrutto in tutti i sensi sia di dolore che e quindi sia la mamma che la bambina hanno bisogno di fare le cose con calma «(.)»

Ric.2: senta le chiedo un'altra cosa in questi primi due giorni quando ha avuto difficoltà come mi diceva ad attaccarsi come è riuscita, quali strategie è riuscita a mettere in atto per risolvere questa difficoltà non so è capitato che la bambina piangesse, fosse in difficoltà?

Int.: si be' lei gli dava fastidio quando provo ad attaccarla gli da fastidio si tira indietro con tutta la forza che ha e spinge con le manine e va indietro con la testa e poi io allora riprovo ad avvicinarla con calma e magari anche non con calma spingendola un attimino con la testina e magari si attacca piano piano stiamo provando «(RISATA)» però senza esagerare non deve essere una cosa morbosa secondo me perché poi col passar dei giorni e se impara già col biberon e appunto la mamma è più rilassata magari anche a casa secondo me e le cose vengono meglio con più tranquillità e qualche giorno in più magari di tempo e si fa meglio praticamente ci vuole un po di pazienza dei giorni in più «(.)»

Ric.2: lei pensa che il suo latte sia buono, sia adeguato per la bimba?

Int.: be' da quello che ho letto il poco che ho letto direi di sì anche perché non so se una mamma farebbe tutta sta fatica e a sentire tutti questi mali eccetera che uno già ne ha tanti tutti sti sacrifici non si farebbero penso è studiata questa cosa, non è che l'ho inventata io «(.)» e poi forse un'altra difficoltà è che dorme tanto non cerca ogni quattro ore come mi hanno detto magari se aspettassi dieci ore non piange no stamattina ha fatto anche le analisi del sangue gli altri bambini piangevano e lei non piangeva neanche, ha pianto solo l'altro giorno perché poi mi hanno spiegato e non riusciva a fare la cacca perché era la cacca di quando era ancora nella pancia e allora li ha pianto per un po' e io ho pensato come mai non sarai mica monella e invece poi è diventata tutta viola e quando ce la fatta dopo un po di ore perché ce ne ha messo basta si è tranquillizzata basta si è calmata «(.)»

Ric.2: le facciamo un'ultima domanda e poi la lasciamo, se dovesse dire a una mamma ad una sua amica che ha intenzione di allattare che consiglio si sentirebbe di darle?

Int.: ma di fare quello che sto facendo io di provare con calma con il suo di latte sperando che poi arriva e se non arriva pazienza cioè c'è in commercio comunque di buoni secondo me anche qua in ospedale ho visto che danno xxx quindi sarà sicuramente buono come sostitutivo di quello della mamma e comunque di stare tranquilla che piano piano se c'è arriva e se non c'è pazienza tante mamme hanno fatto senza, ognuno fa le sue esperienze e poi vedrà «(.)»

N progressivo intervista 04 **Data** XX/XX/XXXX
Tipo Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti
Dove in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna accetta di rilasciare l'intervista e come prima cosa prende la bimba che dorme dal lettino e ripetutamente cerca di attaccarla. Dopo un po' si arrende e la tiene solo in braccio
Come formalmente
Tipo semistrutturata
Durata circa 20 m'
Dati anamnestici
Cognome e Nome XX **recapito** XX
Cartella Clinica XXXXX
Età 29 **Scolarità** media inferiore **Professione** operaia
parità terzo figlio – solo il primo parto per via vaginale (prima gravidanza una MEU a 30 settimane, seconda gravidanza tre anni e un mese di una bambina sana allattata al seno fino al settimo mese nata da parto cesareo per motivo non specificato)
Data del parto XX/XX/XXXX
Tipo di parto e indicazione Taglio cesareo iterativo
Allattamenti precedenti uno con successo fino a sette mesi
Neonato (genere) Femminile (Martina)
BAS modificato = 6

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.2: Come va la poppata quando la bambina si attacca come va...

Int.: fa male si attacca di una velocità che è micidiale si attacca micidiale e poi la destra non la vuole come sua sorella la sinistra si la destra no quindi di qua si attaccava sia la prima che lei e questa invece... non ne vuole sapere ed è un po', dispettosa «(.).»

Ric.2: quindi la difficoltà è legata al dolore e al seno in che senso...

Int.: cioè il capezzolo più che altro mi fa male cioè di qua dicono che si attacca bene però fa male lo stesso quando tira per tutto il tempo poi mi viene la crosta certo se non si sveglia il latte «(.).» è dispettosa «(.).»

Ric.1: come lo vede il suo latte signora ...

Int.: normale cioè ogni tanto mi viene caldo ma non tanto spero presto che arrivi la montata perché l'altra volta era il quinto giorno ero in dimissione ed è arrivata la montata latte e poi ho fatto un viaggio micidiale ma questa volta anche solo strofinarlo mi fa male il seno il dolore è proprio solo al capezzolo il resto no adesso poi magari provo a mettere il reggiseno vediamo se si allevia «(.).»

Ric.1: rispetto all'altro allattamento come le sembra che stia andando

Int.: ma questo migliore perché è già uscito il colostro prima rispetto a quanto mi ha fatto aspettare la prima gravidanza però vedo che non gli è sufficiente che cala parecchio e si sto parlando di te che cari non vuoi mangiare sei pigra dai stai un po' sveglia «(.).» anche se è come la sorella mangia e dorme mangia e dorme stesse posizioni stesse, anche se i capelli cambiano, perché la prima era pelata e lei in effetti ha avuto tanti capelli «(.).»

Ric.1: quando ce l'ha attaccata quali sono le sensazioni che prova

Int.: affetto, io guai poi se riesco ad allattarla sono sempre più contenta sono contraria al latte artificiale mi spiacerrebbe non allattarla. La prima l'ho allattata sette mesi e mezzo poi si è staccata automaticamente però è diverso allattare che dover preparare il biberon no no la mamma è contraria «(.)»

Ric.1: e quindi cambia quando la guarda che è attaccata rispetto a quando la guarda senza allattarla?

Int.: no solo perché non la tengo in braccio sennò la terrei sempre qua come la prima la prima l'avevo sempre in braccio solo che ho sofferto un po' meno per il cesareo in questa ho sofferto di più l'altra volta ho tribolato con sette mesi di gravidanza ma questa volta il cesareo è più doloroso del primo però poi passa tutto con loro come fai ad essere ammalata non si fa «(.)»

Ric.1: e ad una mamma che volesse iniziare l'allattamento che cosa consiglierebbe?

Int.: non ho idea «(.)»

Ric.2: cioè a una tua amica?

Int.: di continuare ad allattare infatti adesso che una mia amica ha avuto il bambino che ha otto mesi non ha potuto allattarla perché ha perso il latte facendo il ferro folina infatti io ero contraria a prenderli però se me li hanno dati hanno detto che non causano problemi di per il latte però alla mia amica non si è più formato sarà anche un problema di anni perché lei ha quarant'anni io ce ne ho dieci di meno ma ero contraria a prenderli e poi sono contraria a prendere i farmaci con l'allattamento in generale «(.)»

Ric.2: quindi lei si sentirebbe di dire di insistere

Int.: insistere e provare a vedere se non arriva la montata allora si provvederà diversamente perché anche a me non è detto che arriva il latte però insisti e provi a vedere se c'è qualcosa che va che non va che mia cognata lo allattava però si è accorta dopo un mese che non riusciva a dargli il latte poi ognuno ha la sua diversità però io consiglierei di continuare a insistere «(.)» come fa la tua mamma «(.)» e poi di bere tanta birra perché dicono che la birra fa venire il latte «(.)» questa prende le stesse posizioni della prima guardi uguali «(.)»

Ric.2: in questi primi due giorni di vita perché è nata due giorni fa c'è stato qualche episodio con la piccola con la Martina particolare che ci vuoi raccontare che ti ha colpito sull'allattamento?

Int.: no perché tutto il primo giorno sono stata come sotto anestesia e quindi ieri poi me la sono spazzata un po' di più perché mi hanno tolto tutto cateteri flebo quindi non ho dovuto disturbare neanche la signora per darmi una mano ad aiutarmi «(.)»

Ric.2: ed è accaduto qualcosa nella giornata di ieri?

Int.: no si è attaccata subito ha voluto provarsi ad attaccare però non c'è stato verso ed ero contentissima «(.)» contenta contenta la mamma «(.)» ieri è stata la prima volta perché poi hanno provato subito di nuovo però non ha voluto allora l'ho tenuta lì vicino un'oretta poi l'abbiamo data al papà «(.)»

Ric.2: tornando al discorso del dolore cosa hai fatto in questi primi due giorni che ti ha aiutato ad avere meno dolore a risolvere un po' questi problemi?

Int.: no il dolore c'è sempre non ho trovato no stringo i denti e sopporto d'altronde so che è un bene per lei quindi la mamma chiude un po' i dentini quando fa male e poi mi dicono che comunque lei si attacca bene per cui non so perché il seno continua a farmi male cioè il capezzolo più che altro però mi dicono che si attacca però non è neanche un problema suo «(.)» anche perché hanno provato ad attaccarmela di là al nido però mi hanno detto che la bambina si attacca benissimo però il capezzolo continua a fare male adesso vediamo se quando arriva la montata magari si calma un po' però per il momento è atroce «(.)» però la mamma sopporta tutto per i bimbi «(.)» e poi lei continua a tremare sempre «(.)»

Ric.2: pensi che sia buono il tuo latte per lei?

Int.: spero io ce la metto tutta perché più che altro è nutritivo «(.)» quando cerco di attaccarla dorme «(.)» dicono che è facile svegliarla ma «(.)» lei dorme sempre «(.)» ha cominciato ieri sera verso mezzanotte che ha cominciato un po a svegliarsi strillando perché evidentemente voleva attaccarsi e poi si è addormentata fino a stamattina e mi spiace svegliarla quando dorme «(.)» mi dicono tutti svegliala ma è difficile «(.)» parecchio anche perché è così tranquilla perché svegliarla «(.)» però la mamma deve insistere «(.)» mezza giornata quando siamo a casa sono tua e l'altra mezza anche con la Sara sennò è gelosa «(.)» poi vado a cambiarla piano piano con calma in più rimaniamo da sole e se non arriva qualche dun altro oggi «(.)» sono di poche parole ma «(.)»

N progressivo intervista _____ 05 _____ **Data** _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo _____ Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti _____
Dove _____ in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna sta preparando la valigia per andare a casa. È in camera da sola e accetta volentieri di rispondere all'intervista _____
Come _____ formalmente _____
Tipo _____ semistrutturata _____
Durata _____ circa 20 m' _____
Dati anamnestici
Cognome e Nome _____ XX _____ **recapito** _____ XX _____
Cartella Clinica _____ XXXXX _____
Età _____ 32 _____ **Scolarità** _____ laurea _____ **Professione** insegnante _____
parità _____ primo figlio _____
Data del parto _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo di parto e indicazione _____ Taglio cesareo per alterazioni del TCTG ipertensione e distocia dinamica in primi gravida indotta (era in travaglio da 12 ore) per oligoidramnios _____
Allattamenti precedenti _____
Neonato (genere) _____ Maschile (Emanuele) _____
BAS modificato _____ = _____ 3 _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: mi racconta come è la poppata come lui si attacca?

Int.: si a parte che ho più difficoltà ad un seno che all'altro cioè al seno sinistro riesco ad attaccarlo subito non so se dipende da me che lo riesco a prender meglio o è lui, a quello destro ho più difficoltà lui piange non riesce a prenderlo si innervosisce e quindi niente quindi forse è anche meno stimolato rispetto a questo e poi non lo so se è perché lui è pigro o perché comunque perché fondamentalmente non c'è il latte esce solo qualche goccina di colostro lui fa due ciucciate e poi si addormenta ma neanche ciucciate forti cioè sento proprio leggero e poi si addormenta e poi io do come mi avete detto voi lo stimolo gli faccio solletico sotto i piedi e niente e lui «(RIDENDO)» non se ne può fregare de meno e «(.)» niente così «(.)»

Ric.1: quando lo attaccata che sensazioni prova

Int.: ma ero spaventata perché tutti quanti mi hanno detto fa male «(RISATA)» ma io non ho sentito dolore forse perché si attacca bene mi hanno detto che deve avere la bocca molto aperta e infatti prende bene il capezzolo ma è capitato qualche volta che ho sentito un po' di fastidio di dolore però forse anche perché lui non succhia molto forte però non sento dolore anche se qui a sinistra dove si attacca di più è un po' irritato ci sono delle crosticine sul capezzolo però non ho dolore «(.)»

Ric.1: e quando è attaccato le sembra di interagire con lui diverso da quando non so ad esempio è nella culla?

Int.: si «(.)» per quello che io ci tengo particolarmente «(.)» perché è estremamente bello «(.)» cioè è un'altra cosa quando gli do il biberon quando gli ho dato la giunta «(.)»

Ric.1: quindi che sensazioni prova diciamo?

Int.: già solo il contatto che me lo metto sul petto o «(.)» poi lui ogni tanto apre gli occhi guarda mi guarda «(RISATA)» quindi no è bello è bello è bello infatti mi auguro di farcela ma

sono un po' avvilita devo dire la verità perché sono passati un po' di giorni cioè io ho partorito il 30 però a mezzanotte cioè la notte tra il 29 e il 30 e vedo tutte quante che allattano sono solo io che ancora no «(RISATA)» va be' «(.)»

Ric.1: in questi giorni è successo magari qualcosa di particolare che vuole raccontarci rispetto alla cosa dell'allattamento

Int.: e insomma mi sono fatta parecchi pianti «(RISATA)» perché vedevo lui che piangeva io che mi sentivo inadeguata e che non riuscivo a gestirlo e quindi mi sono ieri mi sono proprio avvilita perché poi abbiamo dato la giunta poi ieri a mezzogiorno la pediatra me l'ha tolta e quindi lui era stato sereno con la giunta chiaramente dormiva alla grande e togliendola ha cominciato un'altra volta fino alle cinque l'ultima poppata l'ha fatta alle otto e fino alle cinque proprio un disastro e infatti è venuta anche una sua collega ad aiutarmi a calmarlo perché non si attaccava proprio e piangeva come un disperato e io ero avvilita infatti poi mi sono prima fatta un pianto qui poi sono andata al nido e pure lì poi insomma mi sono sfogata e poi hanno chiamato il pediatra e hanno ridato la giunta anche perché era continuato a calare e lui abbiamo dato la giunta perché era calato 350 grammi quindi «(.)» e niente «(.)»

Ric.1: le sembra di mettere in atto qualche strategia per superare queste difficoltà che ha incontrato?

Int.: ma di «(.)» nonostante l'aggiunta e quindi ogni quattro ore io gli do il biberon io più o meno cerco di svegliarlo un'ora prima cambiandolo e lo attacco così spero di stimolarlo però lui dorme cioè «(.)» allora ieri sera siccome lui dormiva e non lo riuscivo a svegliare ho fatto con il tiralatte o fatto un quarto d'ora e un quarto d'ora però è uscito 10 milligrammi però insomma anche se vado a casa cercherò di fare così perché ci spero onestamente quindi spero che vada «(.)»

Ric.1: come lo vede il suo latte ...

Int.: non lo vedo «(RISATA)» non lo vedo «(RISATA)» per adesso non lo vedo e quel poco che esce è giallino è ancora colostro poi insomma penso che nel momento in cui arriverà la montata anche se non lo so perché è il primo figlio cioè esce se il bambino fa poca fatica per prenderlo e comunque ho ancora il seno morbido quindi «(.)» speriamo «(.)»

Ric.1: e che consigli darebbe ad una mamma che vuole allattare?

Int.: be' «(RISATA)» «(.)»

Ric.1: alla luce di questi giorni un po' particolari?

Int.: di non avviliti però non è facile «(RISATA)» per cui direi una cretinata «(RISATA)» perché ti avviliti però direi di non avviliti di provare poi cioè non lo so io non so se può capitare che non arrivi se non arriva pazienza che posso fare, non me ne posso fare una malattia però spero «(.)»

Ric.1: e se le venisse un'immagine, una sorta di metafora rispetto a quando riesce ad attaccarlo, le viene in mente qualcosa?

Int.: mi viene in mente un legame unico questo «(.)» questo esserino che è mio «(RISATA)» bello bello bello «(.)»

N progressivo intervista _____ 06 _____ **Data** _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo _____ Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti _____
Dove _____ in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di nido, nella stanza con i tiralatte. La donna ne sta utilizzando uno per stimolare le mammelle e accetta volentieri di rispondere all'intervista _____
Come _____ formalmente _____
Tipo _____ semistrutturata _____
Durata _____ circa 20 m' _____
Dati anamnestici
Cognome e Nome _____ XX. _____ **recapito** _____ XX _____
Cartella Clinica _____ XXXXX _____
Età _ 34 _ **Scolarità** _____ laurea _____ **Professione** _____ impiegata _____
parità _____ seconda gravidanza (la prima si è conclusa con un aborto terapeutico alla 14 settimana). La signora ha la mancanza della mano sinistra (malformazione dalla nascita) _____
Data del parto _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo di parto e indicazione _____ parto vaginale _____
Allattamenti precedenti _____ nessuno. Per l'attuale le ostetriche segnalano difficoltà per capezzoli piatti _____
Neonato (genere) _____ Maschile (Lorenzo) _____
BAS modificato _____ = _____ 3 _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: volevo chiederle innanzitutto come va la poppata?

Int.: il problema mio è che avevo il capezzolo introverso quindi li esce ma poco poco poco e quindi non si attacca «(.)» ho provato con il paracapezzolo però doveva essere uno stantuffo per lui per riuscire a cavare fuori qualcosa infatti ci provava poverino faceva un tot di tirate e poi si addormentava perché era distrutto e allora a quel punto mi sono detta no proviamo con il tiralatte almeno per riuscire a dargli qualcosa perché sennò «(.)» vedevo proprio che aveva una fame pazzesca perché poi lui cercava e anche soltanto i versi con la bocca così ma io non riuscivo a dargli niente quindi «(.)» ma poi ho detto proviamoci con il tiralatte infatti poi ieri sono riuscita a dargli poi bisogna vedere «(.)»

Ric.1: quindi il concetto di difficoltà lei come lo descriverebbe?

Int.: e più che altro riuscire a soddisfarlo è quello il problema perché poi l'impegno uno ce lo mette però effettivamente è difficile riuscire ad averlo subito anche perché poi magari ci sono bambini che stanno tranquilli lui subito dopo il primo giorno lui aveva fame aveva una fame incredibile e infatti si faceva sentire poverino «(.)»

Ric.1: e se dovesse descrivere una situazione particolare rispetto alle dinamiche che ci sono state di allattamento? Una cosa che l'ha colpita di questi giorni con Lorenzo.

Int.: e «(RISATA)» più che altro quando me lo hanno quando sono scesa stamattina e comunque mi hanno detto che gli avevano dato una integrazione e ho visto che era completamente cambiato cioè aveva proprio voglia di mangiare ero lì che dicevo bè «(RISATA)» meno male almeno «(.)» infatti è lì che mi sono rilassata «(.)» perché lui non mangiava, non mangia niente e si vede proprio che cercava. Perché poi gli hanno dato l'integrazione anche stanotte, gliene hanno date due perché poi mi sono svegliata alle cinque e aveva già fatto due poppate infatti era lì bello tranquillo finalmente però «(.)»

Ric.1: che sensazioni prova invece quando lo attacca?

Int.: la sensazione è bella perché comunque la soddisfazione c'è per cui «(.)» però poverino ho visto che si impegnava ma non ce la faceva e lì invece mi sono sentita un po' più «(.)» meno bene «(.)»

Ric.1: e a una mamma che fa fatica che cosa consiglierebbe, cosa direbbe?

Int.: di provare ad impegnarsi comunque poi eventualmente se non si riesce proprio alla fine cioè di provarle tutte «(.)» quello sì «(.)» e poi «(.)» e non è semplice perché se uno parte già con l'idea di non allattare lascia che vada ma se no è più difficile cioè se una dice ma non mi interessa vado già con il latte artificiale effettivamente invece essere lì e dire sì vorrei allattare e poi non riuscirci «(.)» ma speriamo

Ric.1: cosa dice invece delle strategie messe in atto per vedere di sopperire alla difficoltà? Cosa racconterebbe?

Int.: e «(.)» allora dal punto di vista di quello con l'integrazione del latte?

Ric.1: ma un po' tutto

Int.: ma l'impegno c'è anche per far vedere come si fa, come si può attaccare e tutto quello è buono, è ottimo, il problema è proprio se non riesci anche perché qui non esce un tubo, sarà anche che oggi sono talmente agitata sono veramente tesa ma ho sfogato un po' l'emotività anche se non troppo ma «(.)» purtroppo la notizia me l'hanno data adesso e non me l'aspettavo anche perché per due giorni andava tutto bene e invece stamattina la visita per la dimissione hanno detto che non dovrebbero esserci problemi perché lui ha perso il 10%, ma per la dimissione serve l'8 all'incirca però intanto che c'era che hanno visto che le mani erano un po' viola e quindi «(PIANGE)» poi ho visto quando gli hanno fatto il prelievo e quello era meglio «(.)» perché strillava come un disgraziato, strillava come quando aveva fame «(.)»

Ric.1: prima le ho chiesto come vedeva quando è riuscita ad attaccarlo e se volesse usare una immagine, una metafora per dire di quando è riuscita ad attaccarlo, cosa direbbe?

Int.: come immagine non saprei, so che comunque è una bella soddisfazione «(.)» già l'idea del parto «(.)» di trovarsi lì quel pupetto e poi sapere che dipende da te «(.)» è quella la cosa più brutta perché se poi non riesci a dargli da mangiare «(.)» perché deve sopravvivere «(.)»

Ric.1: e quando c'è come lo vede il suo latte ...

Int.: ma adesso vedo che è un po' poco «(RISATA)» però comunque ieri ero contenta perché vedevo che almeno veniva fuori qualcosa, poi dicono che fa male ma a me non mi sembra però comunque è una bella soddisfazione perché alla fine comunque riusciva a mangiare qualcosa di tuo «(.)» e che caspita «(.)» perché infatti poi il pediatra quando l'ha visto stamattina ha detto non me la sento di dimmetterlo perché bisogna capire quanto latte riesce a prendere per potergli dare poi il dosaggio perché effettivamente se non si sa quant'è «(.)» però comunque dai «(.)»

Ric.1: un'altra cosa, è diversa l'interazione con Lorenzo quando riesce ad attaccarlo e quando lo guarda che non è attaccato?

Int.: ma veramente a me sembra diverso quando dorme «(RISATA)» mi sembra tanto beato «(.)» perché finalmente si rilassa «(.)» forse magari quando riusciremo ad allattarlo si rilasserà anche lì però adesso in quel momento è più che altro concentrato «(.)» perché poverino non esce niente e quindi lo sforzo «(.)» comunque ci proviamo «(.)»

N progressivo intervista _____ 07 _____ **Data** _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo _____ Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti _____
Dove _____ in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna sta allattando la bambina. È in camera con altre due donne e accetta volentieri di rispondere all'intervista. È in attesa di finire di organizzarsi per andare a casa _____
Come _____ formalmente _____
Tipo _____ semistrutturata _____
Durata _____ circa 20 - 25 m' _____
Dati anamnestici
Cognome e Nome _____ XX _____ **recapito** _____ XX _____
Cartella Clinica _____ XXXXX _____
Età _____ 29 _____ **Scolarità** _____ laurea _____ **Professione** _____ avvocato _____
parità _____ primo figlio _____ (una precedente gravidanza extrauterina) _____
Data del parto _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo di parto e indicazione _____ Parto vaginale con Kristeller (e applicazione di Kiwi!?) comunque difficoltoso e sofferto _____
Allattamenti precedenti _____
Neonato (genere) _____ Femminile (Sofia) _____
BAS modificato _____ = _____ 5 _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: Mi racconta come va la poppata?

Int.: Allora la prima prima poppata io stavo mangiando praticamente perché avevo tutti i genitori ed i parenti in camera e me l'hanno portata a sorpresa quindi la prima cosa che ho fatto è stata buttare via il mio mangiare e attaccare lei, salutarla e attaccarla. E mi sembrava che andasse bene perché sentivo proprio rumorini tipo... eh... di suzione no... proprio gli schiocchetti poi invece m sono resa conto che è una delle cose più sbagliate in allattamento giusto «(RISATA)»? Quindi così da lì quando poi ho cominciato a seguire a parte questa notte un po' come vi ho detto travagliata dove comunque ho dovuto fare da sola, lì sono andata in nido e ho incontrato questa ostetrica, no puericultrice, comunque vostra collega in ogni modo, xxx, bravissima, davvero bravissima, lei è una fuori classe, devo dire la verità, a parte simpatica, però è riuscita proprio a darmi le dritte. E quindi ho cominciato a fare così il problema è che da questa parte mi si è creata una ragade in seconda giornata, quindi avevo un dolore pazzesco, avevo quasi il rifiuto di attaccarla, però mi stavo rendendo conto che a livello psicologico questo non ci faceva bene e quindi infatti è stato il giorno dove è calata più di peso secondo me, infatti mi dispiaceva tantissimo, ho detto no come faccio «(.)» Poi invece ieri su indicazione della pediatra, io dovevo essere dimessa, e la pediatra invece mi ha detto e ma no signora rimanga qua un altro giorno che magari l'allattamento lo seguiamo meglio. Infatti io ieri, stanotte mi sono fatta una notte in bianco perché non mi interessa, più che altro perché lei ha dormito tantissimo tutta la giornata di ieri e quindi non l'ho attaccata molto perché lei dormiva e quindi non era assolutamente collaborativa. La notte invece che comunque era sveglissima l'ho attaccata e l'ho attaccata bene infatti stanotte mi è uscito un sacco di latte, è arrivata proprio la montata, mi hanno detto, quindi io sono molto molto contenta, perché cioè oggi vado a casa eh «(RISATA)» cioè so come fare insomma con questi problemi però già anche il vostro intervento è stato il massimo devo dire perché ho capito anche come riattaccarla bene «(.)» è un po' pigra ogni tanto devo dire la verità però poverina ha due giorni «(RISATA)» «(.)»

Ric.1: Quindi il concetto ad esempio di difficoltà come lo «I»

Int.: «I» come lo vedo?

Ric.1: si come lo vede

Int.: cioè con due parole? Un po' il dolore «(.)» perché è quello che un po' ti «(.)» e poi ho paura che lei non stia mangiando «(.)» è quello il problema, perché non sai fino a che punto. Io adesso mi sono resa conto ieri sera quella cosa che lei poi mi ha spiegato, di questa cosa che fai dietro le orecchie, che è come quando poi mangiamo noi no? E lì ho capito che stava tirando il latte, ho detto brava infatti stanotte nonostante la stanchezza e tutto ho detto cioè sono stata illuminata quasi «(.)»

Ric.1: Quindi la sensazione che prova quando la attacca, com'è?

Int.: C'è ancora un po' di dolore inizialmente però è soddisfazione, cioè dici vabbè «(.)» cavoli lo dicevamo con Elisabetta, con l'altra mamma, che quando poi allatti bene ti senti un po' wonder woman, cioè nel senso che è una bella sensazione, cioè poi è una cosa che comunque vorrei proprio farle fare, secondo me «(.)» rispetto al latte artificiale, si che comunque il contatto se vuoi lo crei magari è un contatto anche per il papà, che forse è uno dei pochi vantaggi, pochi che trovi nell'allattamento artificiale, è questo che magari il papà può collaborare, si sente un po' partecipe, però quello naturale secondo me non ce ne, se io riesco anche a cinque mesi e ho abbastanza latte andrei avanti almeno fino allo svezzamento insomma speriamo io lo spero adesso ci sono tutti i risultati per «(.)»

Ric.1: che differenza prova tra quando lo attacca e quando no e magari è nel suo lettino, cioè c'è differenza nella relazione secondo lei?

Int.: si assolutamente io poi adesso queste due notti un po' l'ho viziata perché lo fatto dormire proprio con me per cui lo so che non va bene però va be il primo mese sinceramente con tutto quello che ci è successo «(RISATA)» un po' di coccolatina gliela devo poi ieri si è addormentata l'ho messa nel suo lettino e ci è stata però alla sera non «(.)» cioè vedo proprio che lei mi cerca tantissimo cioè cerca anche il seno quindi poi lo tocca quindi è proprio una cosa bella secondo me, cioè il lettino lo vedo «(.)» sarà che questi sono un po' freddi a vista almeno per cui vediamo in culla a casa che cosa fa però la sento lontana mi dispiace poi infatti poi oggi con lei che è una mamma bis e mi ha capita come una compagna di viaggio ogni tanto mi dice non ti preoccupare non ti fare venire i sensi di colpa ogni tanto lasciala, lasciala piangere e però no questa è una cosa difficilissima si cioè oggi io non sapevo come fare perché dovevo fare la doccia poi il chirurgo che doveva venire infatti io ho detto cioè prendo ogni momento che si sveglia lei per allattarla ancora qui prima tra virgolette di dover camminare da sola perché poi a casa chissà io mi auguro che vada tutto bene e sennò torno qua da voi «(RISATA)» per forza «(RISATA)» ho mia madre e, quindi già questo però mia madre è una che purtroppo per gli anni che erano si vede che non è stata abbastanza stimolata e allora mi ha allattata solo un mese e mezzo con l'aggiunta e cose varie e quindi ha «(.)» infatti speravo tantissimo che non le dessero ne aggiunte ne niente e sono stata molto contenta che siamo «(.)» cioè che ce l'abbiamo fatta perché poi non ha perso tanto peso, non ha avuto tanto calo e quindi siamo state bene insomma siamo ripeto a parte l'esperienza della prima notte poi è andata bene molto bene poi ho trovato questa crema fantastica alla lanolina che mi avete dato voi e quindi in mezza giornata mi è passata anche il dolore e sono riuscita a riattaccarla subito al seno che non era proprio messo benissimo insomma «(.)»

Ric.1: e quindi strategie per superare la difficoltà quali sono state?

Int.: ma sicuramente non demordere cioè io ero presa dal panico quindi sicuramente non demordere piuttosto stringere un po' i denti anche se fa un po' male e dici va be' adesso passa adesso passa comunque mal che vada cioè l'ultima soluzione è che tra tre giorni se non viene il latte gli do quello artificiale e quindi di fame non muore e quindi un po' razionalizzare ecco e poi il contatto con lei cioè va be' dici è un bel momento per tutte e due stiamo insieme quindi mi fa godere quando lo fa e poi adesso sta dormendo ma poi quando si mette lì a succhiare e si guarda in giro è anche un po' un modo per conoscersi e quindi anche non bisogna mollare anche se è un po' dura anche perché poi qui dentro è pieno di distrazioni infatti io non vedo l'ora di andare a casa cioè proprio «(.)» per me è l'ambiente che fa «(.)» poi con le mamme siamo state bene qui perché è una camera abbastanza tranquilla però i primi giorni qui è stato

anche che ho allattato anche in corridoio che le persone erano lì e lei si attaccava per cui la tenevo lì e che cosa dovevo fare? «(.)»

Ric.1: e consigli che darebbe ad una mamma che fa fatica quali potrebbero essere?

Int.: e di non mollare e di non mollare soprattutto i primi giorni perché sono quelli che poi alla fine io ho visto la differenza proprio nel giro dei primi giorni cioè io non l'ho attaccata per un po' soprattutto in quella mattinata che stavo male e lì vedevo che comunque c'era già stato un distacco tra me e lei in qualche modo comunque convinta anche dal fatto che ieri mi ha fatto bene rimanere qui cioè meglio un giorno in più che «(.)» a questo punto farsi una notte piena di sonno tranquillo e poi ho risolto i problemi cioè io oggi fortunatamente ho il latte «(RISATA)» io ieri non ce l'avevo quindi un bel passo e probabilmente se non fossi rimasta qui a me mi veniva lo stesso, magari no, comunque non ero tranquilla infatti anche la stessa pediatra mi ha detto ma no è il primo figlio signora resti qua sennò a casa va in panico per cui è andata bene così «(.)» no no non devono mollare questo è il segreto poi sa non lo so c'è chi parte proprio dal concetto che l'allattamento naturale non gli interessa quindi non è un discorso però per chi lo fa secondo me deve un po' insistere «(.)»

Ric.1: come lo vede il suo latte?

Int.: ma mi sembra acqua adesso «(RISATA)» cioè poi mi domando ma sarà abbastanza nutriente cioè ma siamo sicuri perché cioè noi siamo abituati a mangiare di tutto ma come è possibile che riesca a sopravvivere anche a crescere solo con questa cosa? E poi più che altro le quantità perché adesso mi ha un po' confermato la storia dei pannolini che mi ha detto anche la mamma bis «(RISATA)» quindi ho una certezza «(RISATA)» e me li ha anche confermati mia madre però vediamo io spero vivamente che ce ne sia abbastanza sennò se non fosse così pazienza e poi proprio oggi sta mangiando, sta mangiando tantissimo ha mangiato tantissimo «(RISATA)» ci ha preso gusto «(.)»

Ric.1: come ultima cosa potremmo chiederle se ha una immagine da regalarci che le viene quando la allatta

Int.: e «(SOSPIRO)» i suoi occhi, sono proprio i suoi occhi «(PIANGE)» e mi viene da piangere sono troppo belli «(PIANGE)» «(.)» perché poi per il parto io mi aspettavo tutta un'altra cosa perché mi aspettavo una cosa più naturale perché poi ha questa cosa in testa che magari non le sarebbe venuta e poi da mangiare che abbia da mangiare. Comunque sta mangiando un sacco oggi quindi è proprio brava «(.)»

Ric.1: vuole raccontarmi altro

Int.: sì che stanotte proprio non riuscivo perché poi si è addormentata anche lei e poi quando si è svegliata non riuscivo ad attaccarla perché avevo il capezzolo molto ingrossato si vede per il latte e non veniva fuori e quindi sono andata di là e fortunatamente c'era sempre la xxx santa «(RISATA)» che mi ha detto non no tiralo fuori tiralo fuori me l'ha tirato fuori lei e ha ricominciato meno male perché io ero nel panico adesso comunque tutte le défaisances con voi sono state «(.)» e quindi dovrei riuscirci sennò vengo qua «(RISATA)» «(.)»

N progressivo intervista 08 **Data** XX/XX/XXXX
Tipo Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti
Dove in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna è in camera con vicina la sua bimba che dorme. È da sola e accetta volentieri di rispondere all'intervista
Come formalmente
Tipo semistrutturata
Durata circa 20 m'
Dati anamnestici
Cognome e Nome XX **recapito** XX
Cartella Clinica XXXXX
Età 34 **Scolarità** laurea **Professione** insegnante
parità primo figlio
Data del parto XX/XX/XXXX
Tipo di parto e indicazione parto vaginale con episiotomia paramediana
Allattamenti precedenti
Neonato (genere) Femminile (Simona)
BAS modificato = 6

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: mi racconta come va la poppata?

Int.: ma ho avuto una certa difficoltà all'inizio per farle capire come comunque doveva attaccarsi al seno perché lei tendeva a non aprire la bocca e a tenerla socchiusa e io avevo difficoltà in quanto primo parto a tenere sia la bambina che a regolare il capezzolo cioè a direzionarlo verso la bocca e quindi la mia prima difficoltà è stata questa successivamente abbiamo risolto questa difficoltà però nel momento in cui mi è arrivata la montata lattea il seno mi è cambiato di nuovo e quindi lei deve ricominciare tutto daccapo «(RIDENDO)» e poi nel mio caso lei ha anche la lingua cioè con la lingua chiude la bocca e quindi io non riesco poi ad abbassare la lingua e a mettere dentro il capezzolo è un po' ardua la situazione «(RIDE)» e ora sembra andare meglio bene bene ancora non ci siamo abbiamo bisogno un po' più di tempo poi va be' predilige uno anziché l'altro quindi ha una preferenza uno infatti secondo me se lo è sistemato per come lo vuole l'altro invece non lo considera per niente e si arrabbia pure tanto che le lunghe ore di sonno le fa quando allatta al capezzolo che le piace quando invece lo prende dall'altro dopo un po diventa inquieta si sveglia insomma il periodo di sonno è molto più breve «(.).»

Ric.1: quindi il concetto di difficoltà le come lo

Int.: e in realtà dipende dal fatto che è una prima esperienza e quindi si ha difficoltà nel maneggiare il bambino la bambina e difficoltà a coordinare i movimenti nel quindi inserire il capezzolo nella bocca aprire contemporaneamente la bocca insegnarle e farle capire che deve aprirla in un certo modo per non prendere solo il capezzolo ma anche parte dell'areola quindi e sono realtà legate quindi essendo la prima esperienza proprio per questa mancanza di coordinazione tra i movimenti poi che via via con questo tende a migliorare perché forse è solo un fatto di meccanismi e subentra anche un po' di istinto ed altro però restano una serie di difficoltà che riguardano lei cioè proprio il modo con cui apre la bocca cioè nell'altezza con cui apre la bocca «(.).»

Ric.1: e che sensazioni prova quando la allatta?

Int.: allora ora le dico proprio tutto prima di avere un bambino vedevo l'allattamento in un determinato modo non le dico che mi faceva una strana sensazione ma era una sensazione che non era proprio completamente positiva una volta che è nata diventa una sensazione talmente piacevole anche se dolorosa perché a volte soprattutto all'inizio deve comunque legare e attaccare la bambina al capezzolo e comunque è una sensazione un po' dolorosa ma diventa anche quello piacevole perché poi viene il senso di maternità che diventa più spiccato e quindi scatta il legame in termini proprio cioè praticamente c'è un margine di dolore che quando proprio comunque lei non attacca bene, quando poi però attacca bene e prende tutta l'areola allora lì il dolore sembra quasi iniziale ma poi diventa come si distende e quindi non fa più male «(.)»

Ric.1: e un'immagine rispetto alle cose che prova le viene?

Int.: un'immagine in che senso, cioè mi dia una dimensione

Ric.1: una metafora, un paragone, un confronto

Int.: no una metafora no, le posso dire cioè in termini come più pratici la sensazione è quasi di un sentirsi aspirare quindi questa come sensazione che diventa poi un tutt'uno piacevole perché poi chi ti aspira è chi hai concepito quindi in questo senso però proprio un tutt'uno, un'unità un insieme ecco due persone distinte che però una ha bisogno dell'altra perché una l'hai concepita e l'altra dipende dalla madre senza dubbio «(.)»

Ric.1: e il suo latte come lo vede

Int.: allora la prima sensazione è stata quella del colostro che non pensavo che fosse così perché poi non ho fatto corsi pre parto per cui sono arrivata senza sapere tutto ma il colostro mi ha dato come la sensazione di una cosa burrosa di molto morbido ma poi anche di molto dolce perché se poi lei si lega così tanto alla sostanza che gocciola così piano e lentamente e deve faticare per averlo deve essere veramente squisito altrimenti non lo farebbe poi c'è stato il passaggio al latte che il passaggio dal colostro al latte è stato il passaggio ad una sorta di acqua di più liquido di più quasi acquoso e poi piano piano più consistente ma la sensazione più bella è stata quando dal capezzolo fuoriusciva senza un bastava uno sfregamento e quindi viene fuori e ci si sporca «(RIDENDO)» ma è proprio bello «(.)»

Ric.1: e quindi vuole raccontare qualcosa di particolare che è successo in questi giorni allattandola?

Int.: sempre in termini di vissuto?

Ric.1: si

Int.: be' la sensazione è stata questa lo sguardo che fa quando mi si attacca al capezzolo si attacca bene e quindi ha quello che vuole e ci sono questi occhi così vispi che si muovono a destra e a sinistra e soprattutto cercano un'immagine cioè gli occhi cioè gli occhi no cioè il corpo cioè la figura della figura che sta guardando e ci sono questi sguardi e poi l'altra cosa bella che nel momento in cui blocca la suzione basta una parola o una carezza e comunque anche solo una parola in generale per farle subito riprendere la suzione cioè è noto che sia così ma è piacevolissimo anche la manina che sfiora il seno o anche quando cerchi di staccarla e lei è talmente avida e lo vuole assolutamente che subito si riattacca «(.)»

Ric.1: e quindi la sensazione che ha quando è attaccata e quando invece non è attaccata cioè tipo adesso che è nel suo lettino è diversa?

Int.: no «(.)» diversa non è dell'attaccare al seno è comunque la «(.)» no non noto una diversità cioè probabilmente è maturata prima l'unione con lei cioè non so come spiegarle cioè lei dipende comunque da me e quindi per me c'è un senso spiccato che cambia qualcosa effettivamente non cambia, cambia quando lei si agita che comunque effettivamente quello che vuole è il seno cioè in realtà all'inizio è quello nel momento in cui lei sorride perché alle volte capita che ha dei sorrisi di riflesso e ho secondo me dipende anche dal fatto che sogna una tetta bella grande «(RIDENDO)» e per cui si attacca oppure basta sfregarle le guancia e lei sorride ed è la stessa espressione che fa quando si attacca al seno cioè nel momento in cui le sensazioni sono diverse in questo senso però comunque secondo me per lei l'immagine preferita è quella quella che la fa ridere che la fa piangere e altre volte lei tende a frignare e a

piangere un po' e secondo me dipende dal fatto che si riferisce al seno cattivo cosiddetto «(RIDENDO)» quello che non le piace quello che la fa arrabbiare «(.).»

Ric.1: e rispetto alle difficoltà che mi diceva cos'è che la aiutata a superarle o ad affrontarle?

Int.: mi ha aiutato a superarle la collaborazione delle puericultrici e comunque delle ostetriche la disponibilità perché se arriva e infatti è quello che pensavo perché fra l'altro io arrivo da Lecce e questo parto sarebbe cioè avrei dovuto partorire a Lecce ma in realtà per una serie di motivi sono rimasta a Milano quindi ho già una esperienza con una realtà differente dove non c'è l'appoggio e il sostegno da parte di ostetriche e di puericultrici dove c'è un reparto di ostetricia e ginecologia dove si partorisce e poi finisce lì non c'è il sostegno e l'unico che viene dato è quello di ciò che bisogna fare all'uscita quindi vedo tante persone che hanno avuto la mia stessa esperienza che non avendo avuto un sostegno hanno mollato l'allattamento al seno e sono ricorse con una facilità immane impressionante al latte artificiale e allora è questo il vantaggio che si ha in questa situazione è questo che mi ha aiutato di più avere il sostegno di puericultrice e da parte di ostetriche comunque perché ti aiutano ti sostengono in quel momento e ti portano ad insistere cioè a non mollare e a continuare perché il latte materno è importante più del latte artificiale quindi è quello cioè se si tende subito a somministrare il latte artificiale cioè secondo me o altre sostanze cioè è chiaro che la bambina si stanca perché comunque è una fatica per lei cioè è una fatica anche per la mamma ma soprattutto per lei perché comunque magari si deve attaccare ma ha delle difficoltà e non riesce e poi ha fame «(RIDENDO)» e ha la necessità di attaccarsi e questo agevola la madre che comunque è sostenuta perché sennò altrimenti scattano una serie di paure penso cioè per me personalmente scattano il fatto che possa avere fame il fatto del senso d'incapacità della madre e di non riuscire di sentirsi all'altezza e quindi sentirsi aiutati da qualcuno diventa importante secondo me cioè comincia a mettere in atto un meccanismo di fiducia in se stessi perché il primo parto è complicato cioè le paure non sono tanto nel partorire perché quello dipendeva da me e basta ma dal successivo, da ciò che viene dopo perché c'è un altro essere vivente che dipende in tutto e per tutto quindi per me il sostegno per renderla breve da parte di tutta un'equipe è importante «(.).»

Ric.1: e ad una mamma che volesse allattare e che potrebbe avere delle difficoltà cosa consiglierebbe?

Int.: quello sempre di avere come riferimento cioè di esprimere tutte le paure e le difficoltà perché io l'ho fatto magari a volte anche sembrando pesante però se non lo si fa non si arriva ad avere una sorta di sicurezza mai penso e di non scoraggiarsi perché comunque poi prima o poi «(RIDENDO)» si riesce insomma è stato sempre così quindi sarà sempre così magari di non arrendersi e di non arrivare subito ad alternative che tolgono questo privilegio del contatto diretto della madre col bambino che un biberon non da non penso che sia la stessa cosa io non ho provato ma il biberon non penso che sia la stessa cosa penso che il contatto di questa mano che sfiora il seno questa ricerca sfrenata del bambino del corpo della madre penso che sia importante di fatto psicologicamente lo è quindi il legame l'attaccamento madre bambino e fondamentale anche se il biberon lo può dare anche il papà ecco questo forse può essere il vantaggio del biberon la possibilità di vivere questo legame anche per il papà «(.).»

Ric.1: vuole aggiungere delle altre cose ...

Int.: «(RISATA)» ma in realtà quello che le ho detto è quello che succede perché io sono per altro sola io sono qui io e mio marito quindi l'ansia è tanta ed è naturale perché ci si sente quasi incapaci e allora l'aiuto è importante è importantissimo sentire la disponibilità perché altrimenti non si chiede bisogna sentire dall'altra parte un ritorno un feed back un cenno che si può chiedere e si può avere e si può disturbare perché poi quello che si fa è l'andirivieni nido stanza «(RIDENDO)» nido stanza è quello che si fa «(RIDENDO)» «(.).»

N progressivo intervista _____ 09 _____ **Data** _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo _____ Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti _____
Dove _____ in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna è in camera con vicina la sua bimba e il marito. Accetta volentieri di rispondere all'intervista _____
Come _____ formalmente _____
Tipo _____ semistrutturata _____
Durata _____ circa 20 m' _____
Dati anamnestici
Cognome e Nome _____ XX _____ **recapito** _____ XX _____
Cartella Clinica _____ XXXXX _____
Età _____ 33 _____ **Scolarità** _____ 3 media _____ **Professione** _____ impiegata _____
parità _____ primo figlio _____
Data del parto _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo di parto e indicazione _____ parto vaginale con episiotomia paramediana _____
Allattamenti precedenti _____
Neonato (genere) _____ Femminile (Gaia) _____
BAS modificato _____ = _____ 6 _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: La prima domanda che le faccio è molto generale: cosa vuole raccontarci rispetto a come va la poppata e come vive questo allattamento

Int.: Ok «(.)» le dico dall'inizio «:» va bene! Ok vado «(RISATA)» Ok «(.)» Sì guarda allora quando me l'hanno attaccata al seno io ero felicissima, non ho avuto problemi, chiaro all'inizio il dolore si sentiva un pochino perché comunque «(.)» però poi pian piano è andato sempre di più ad attenuarsi. Soltanto che mi «:» sta venendo una cosa psicologica da due giorni a sta parte «(.)» la bambina l'ho partorita il 14, il 16 ho iniziato ad avere problemi ai capezzoli, quindi i taglietti e si sono formate anche delle ragadi. L'ultima volta che l'ho allattata è stata ieri pomeriggio e poi ho iniziato ad avere questo blocco «(.)» proprio perché non sentire il dolore della suzione «(.)» io non provavo piacere «(.)» per me era come se fosse un «(.)» come si dice «(.)» un obbligo, un qualcosa da fare «(.)» che mi è stato imposto, e per me non deve essere così «(.)» cioè per me allattare deve essere piacevole, rilassante, divertente, stimolante «(.)» anche perché so che fa bene alla bambina «(.)» e ho questo blocco qua, quindi «(.)» perché io non l'ho allattata bene, non l'ho attaccata bene; quindi dopo due giorni che sono andata al puerperio mi hanno fatto vedere, e quando ho partorito son stata male, non mi sono mossa dal letto «(.)»

Ric.1: Il concetto di difficoltà a cosa lo lega lei soprattutto?

Int.: Io lo lego al fatto mio personale che dalle ragadi ad avere i capezzoli «(.)» rovinati «(.)» perché se no non è difficile allattare anzi, è anche bello, è una cosa meravigliosa «(.)»

Ric.1: E poi le sensazioni di quando riesce ad attaccarla quali sono?

Int.: E' come quando ce l'avevo in pancia, il rapporto tra me e lei. Certo che in pancia non potevo toccarla e niente, però la sentivo e qui invece la posso toccare, ce l'ho attaccata, la vedo, la sento, le parlo, vedo i suoi movimenti «(.)» è diverso, è un'altra cosa «(.)»

Ric.1: E tra quando l'attacca e quando non la sta attaccando, magari nel lettino, vede la differenza?

Int. : Adesso che non l'allatto al seno e l'allatto solo artificialmente la differenza c'è, però resta sempre attaccata a me qui, quindi dorme sempre con me, sopra di me, sempre, sempre «(.)» anche con il seno eh «(.)» però con il latte artificiale è diverso, la voglio sempre con me «(.)» perché mi manca l'allattamento «(.)» quindi «(.)» ogni due per tre ce l'ho su in braccio, attaccata. Un po' la vizio «(RIDENDO)» «(.)»

Ric.1: E il suo latte come lo vede?

Int.: Adesso ho saputo che ce n'è! Quindi «:» «(.)» mi è stato anche consigliato di provare ad allattare nonostante abbia i tagli o le ragadi. So che stanno guarendo eh, però «(.)» è più forte di me «(RIDENDO)» Insomma devo «(.)» insomma devo cercare di farmi un po' di forza e dire va bene soffro un momento però intanto le do il latte materno. «(.)» L'aggiunta la deve per forza prendere perché è calata un pochino, però il latte materno so che le fa bene «(.)»

Ric.1: E le strategie che l'hanno aiutata un po' a superare queste difficoltà, quali sono?

Int. : Adesso ho iniziato, perché io non volevo neanche «(.)» usare il tiralatte, avevo paura del dolore, invece «:» oggi che l'ho usato per la seconda volta, che ho anche superato i livelli che sono arrivata fino al massimo è stata una soddisfazione «(.)» Insomma le dai il tuo latte, non è attaccata al seno però le do lo stesso il latte. E poi contribuisce anche il papà «(RISATA)» però è il bello del biberon, quindi anche se è il mio latte son contenta che glielo dia lui «(.)»

Ric.1: E un'immagine che le vien quando allatta quale potrebbe essere? Un'immagine, un esempio

Int. : Io «(.)» un'immagine in che senso?

Ric.1: Per esempio di una sensazione ...

Int. : Provo gioia, me la mangerei tutta «(.)» e visto che all'inizio la si cercava poi insomma ci son stati un po' di problemini così, poi è arrivata. Ogni volta che l'allatto penso al momento del parto quando è uscita, cioè ho detto «(.)» sei tu che mi scalciavi «(.)» è la mia vita «(RIDENDO)» «(.)»

Ric.1: E a una mamma che fa fatica cosa consiglierebbe? Che fa fatica ad allattare

Int. : Di continuare, di provare per il bene della figlia «(.)» e dovrei farlo anche io «(RIDENDO)» Lo si fa per amore, per una cosa positiva, per il bene di tua figlia, bisogna sopportare «(.)» il dolore «(.)» oddio non è un dolore allucinante «(.)» so che all'inizio è così ma che poi dopo è più tranquilla, non ci sono problemi. Mi spiace che ho avuto questa cosa qua «(.)» e migliorerò «(RISATA)» «(.)»

Ric.1: Le viene in mente qualcosa da raccontarci che non le ho chiesto?

Int. : Per quanto riguarda l'allattamento solo questo poi il resto lo sto scoprendo giorno per giorno «(.)» e se non avessi questo problema e fossi andata anche prima in puerperio «(.)» cioè non avevo problemi. Se avessi saputo che bisognava attaccarla in un determinato modo, magari mi venivano lo stesso per carità, io non lo so, però «(.)» bisogna sempre fermarsi, guardare, chiedere «(.)» invece io non l'ho fatto; perché di notte io stavo qua, non andavo di là a vedere, poi quando ho iniziato c'erano tutte le persone, tutte le mamme in compagnia, che parlavano «(.)» tipo un incontro e tutti erano lì a dare il latte ai propri figli. Io purtroppo questo l'ho scoperto dopo «(.)»

N progressivo intervista _____ 10 _____ **Data** _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo _____ Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti _____
Dove _____ in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna è in camera con attaccata al seno la sua bimba che succhi ad intervalli. È in camera con un'altra signora che sta allattando. Accetta volentieri di rispondere all'intervista _____
Come _____ formalmente _____
Tipo _____ semistrutturata _____
Durata _____ circa 20 m' _____
Dati anamnestici
Cognome e Nome _____ XX _____ **recapito** _____ XX _____
Cartella Clinica _____ XXXXX _____
Età 32 **Scolarità** _____ media superiore _____
Professione segretaria in uno studio di avvocati _____
parità _____ primo figlio _____
Data del parto _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo di parto e indicazione _____ parto vaginale con episiotomia paramediana _____
Allattamenti precedenti _____
Neonato (genere) _____ Femminile (Martina) _____
BAS modificato _____ = _____ 4 _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: mi racconta come va la poppata?

Int.: «(.)» sta bambina praticamente si attacca ma è molto pigra perché si attacca ma dopo un po' dorme inizia a dormire e io devo stimolare io il mio seno per far sì che lei ciucci la tetta sennò non ne vuole proprio sapere, zero, spero che«(.)» e poi non riesco a capire come che posso io capire mamma che lei sia soddisfatta della sua poppata perché dorma e non so se riesca a succhiare bene dal seno se quello che esce va bene perché io non penso di avere ancora il latte per cui non penso che sia niente di che «(.)» quando io potrò capire che lei è soddisfatta della poppata che prende «(.)»

Ric.1: perché come lo vede il suo latte

Int.: io non lo vedo il latte ancora secondo me non è ancora arrivata la montata latte ed è anche questo, come riuscire a capire che io abbia il latte per la bambina buono, come faccio a capirlo «(.)»

Ric.1: quindi il concetto di difficoltà a cosa lo lega

Int.: a capire se il mio latte innanzitutto riesce a saziarla e capire se la bambina comunque riesce a mangiare bene «(.)» perché secondo me questa è pigra, è pigra, perché se io non stimolo il seno lei non «(.)» si blocca «(.)» e basta «(.)» posso stare qua ore ore e ore lei è attaccata ma non ciuccia, ciuccia ogni tanto vorrei capire come poter fare per stimolarla un po di più al mio seno o ogni quanto bisogna che glielo do perché io magari adesso la metto giù, la lascio giù ma sta lì magari anche fino a che «(.)» ad esempio io l'ultima poppata gliela ho data alle 11 poi l'ho portata di là e poi sono andata a riprendermela io alle tre perché questa se no non mangiava perché ho chiesto e qui mi dicono la lasci dormire, altri invece no mi dicono dopo due tre ore la svegli e io non so più come comportarmi come mamma perché essendo primo figlio non so come fare «(.)»

Ric.1: e quando succhia, quando è attaccata che sensazioni ha?

Int.: io?

Ric.1: si lei mamma

Int.: bellissimo «(.)» è una bellissima sensazione averla attaccata e proprio non pensavo che fosse così anche se c'è stato dolore e dolore del parto e non posso dire di no e mi sono detta questo è il primo e l'ultimo ma dopo è una cosa troppo grande infatti quando me l'hanno portata subito mi è venuto da piangere e pensavo a quelle mamme «(.)» come fai anche tutto quello che si sente in televisione ma sono sincera piango perché se ci penso una creatura che hai avuto nove mesi in pancia e poi hai il coraggio «(.)» per carità c'è la crisi post partum ma come fai a buttare giù dal balcone o prendere tuo figlio «(.)» non so bo' «(.)» tutti possiamo andare fuori di testa anche uno che non è in gravidanza però prendere un figlio che non ti ha fatto comunque nulla nella vita, anzi può solo portare amore tu lo prendi e lo butti giù «(.)»

Ric.1: e diceva è bellissimo, bellissimo come, se fosse ad esempio un quadro come lo vedrebbe?

Int.: è imparagonabile, non può essere paragonato a un quadro no «(.)» è troppo grande «(.)» è ancora di più non so neanche io a cosa si potrebbe paragonare «(.)» è tutto tutto proprio una cosa che «(.)» non so è te, perché comunque è la mia vita perché anche se magari non starà troppo bene o quando crescerà anche ci saranno dei problemi per l'amor del cielo ma poi ti fermi a pensare e magari dici ti ho fatto io e sei la vita mia e anche se mi fai disperare perché «(.)» nel senso che tutti quanti e anch'io che adesso sono un genitore mi immagino e un domani si dice "aveva ragione la mia mamma quando diceva" «(.)»

Ric.1: la Martina è la prima

Int.: sì la prima ed ultima perché ho sofferto «(.)» perché io ho rotto le membrane qua ma lei è nata con il liquido tinto perché molto probabilmente può capitare mi hanno detto «(.)» e per cui ho fatto l'epidurale ma mi è servita veramente poco perché solo le prime contrazioni perché poi è sparita e ho visto tutto e di più e in quel momento mi è venuto anche da pensare chi me l'ha fatto fare ma poi quando è uscita mi sono detta è stata una bella cosa «(.)»

Ric.1: e l'ha attaccata subito?

Int.: ma veramente no, non me lo avevano detto «(.)»

Ric.1: e la differenza tra quando è attaccata al seno ed è nel suo lettino c'è?

Int.: sì, mi manca mi manca «(.)» mi manca nel senso che dormo anche male nel senso che essendo a contatto con la pelle riesco a sentire il suo respiro e il mio e invece quando è nel lettino ogni tanto mi viene respira? Non respira? E allora vado lì con il ditino per vedere se respira oppure gli metto la manina vicino e vedo se batte il cuore e se si muove e allora sto tranquilla ma sto più tranquilla quando è proprio a contatto con me «(.)»

Ric.1: e cosa l'ha aiutata in questi giorni a superare la difficoltà o ad affrontare le difficoltà in particolare dell'allattamento?

Int.: il mio compagno che mi è stato vicino tantissimo «(.)» i nonni dalla parte «(.)» va be dalla parte del compagno è un po' diverso per l'amor del cielo niente ho in contrario dalla parte del compagno però i miei genitori, il nonno soprattutto perché forse c'è un rapporto è vero dicono che c'è un rapporto tra papà e figlia femmina ma devo dire che il nonno ma anche la nonna «(.)» ma devo dire che il nonno mi ha dato tanto coraggio mi ha detto non sei sola, ci siamo anche noi, tutto quanto, mi stanno vicino e anche stamattina ancora il primo squillo è stato del nonno che chiedeva come stava sua figlia e sua nipotina, per l'amor del cielo mio papà l'ha fatto anche con mio fratello però è vero forse che con la figlia femmina c'è un rapporto diverso «(.)»

Ric.1: e ad una mamma che fa fatica ad allattare nei primi giorni che cosa consiglierebbe?

Int.: di avere tanta pazienza e di stimolare la bambina come sto facendo io «(.)» e prendere anche consiglio anche dalle amiche che già hanno avuto figli come sto facendo io che ogni tanto mando qualche messaggio mi succede questo questo questo, non mi dimettono perché la bambina sta continuando a calare di peso «(.)» e loro mi dicono guarda che è normale ma a me sai sembra perché è la prima gravidanza e vedere tutto un po' strano, cioè un po' un

bambolotto, cioè un po' diverso da un bambolotto perché è carne umana questa però ti sembra «(.)» ti preoccupi di tante cose «(.)»

Ric.1: e soprattutto la preoccupazione a cosa è legata?

Int.: che stia bene e che riesca a crescere bene anche per tutto quello che si sente della morte in culla o «(.)» tutte queste cose qua mi preoccupano un po' «(.)» perché infatti ripeto sono sempre lì ogni due per tre a vedere se respira e sto anche pensando adesso che andrò a casa perché io non ho la culla e avevo preso subito il lettino che mi sembra un po' troppo grande per la bambina e allora dormirò nella navicella però anche lì volevo capire se lasciarla piatta piatta o se è meglio sollevarla un po' ma anche lì penso che sarò un po' «(.)» non dormirò tranquilla i primi giorni penso perché poi dopo i primi mesi penso che sarà in grado da sola di capire come girarsi e come no i primi mesi saranno duri ma ce la faremo insieme ce la faremo insieme io e lei e il papà perché anche il papà ieri era tutto per lei la cambia la lava è vero? Ma adesso è dovuto andare a lavorare ma lui ci ha già chiamato e stamattina gli abbiamo già mandato il messaggio al papà perché non sapevamo cosa fare alle tre è gli abbiamo mandato il messaggio «(RIDENDO)» e lui alle sette ci ha chiamato e ha chiesto: "E la Martina dov'è?" ma la Martina non parla ancora «(.)»

Ric.1: rispetto all'allattamento c'è qualcosa d'altro che mi vuole raccontare che non le ho chiesto?

Int.: ma io non so ancora bene come funzioni l'allattamento «(.)» abbiamo effettivamente qualche difficoltà ad allattare «(.)»

Ric.1: perché il suo latte l'ha visto?

Int.: no secondo me non c'è ancora il latte e io non riesco a capire se è latte o colostro che cosa stai ciucciando amore? Latte o colostro? «(.)» è partita a dormire ma poi però riprende e poi se la stacco piange però non so, è pigra «(.)»

N progressivo intervista _____ 11 _____ **Data** _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo _____ Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti _____
Dove _____ in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna è in camera, la neonata è nel lettino. Sono state dimesse entrambe e la donna sta aspettando che arrivi il marito a prenderla. Accetta volentieri di rispondere all'intervista ma segnala che se arriverà il marito si dovrà interrompere. _____
Come _____ formalmente _____
Tipo _____ semistrutturata _____
Durata _____ circa 15 - 20 m' _____
Dati anamnestici
Cognome e Nome _____ XX _____ **recapito** _____ XX _____
Cartella Clinica _____ XXXXX _____
Età _____ 43 _____ **Scolarità** _____ media superiore _____ **Professione** _____ maestra elementare _____
parità _____ primo figlio _____
Data del parto _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo di parto e indicazione _____ taglio cesareo programmato per colestasi gravidica alla 37 sett gestazionale _____
Allattamenti precedenti _____ (per la signora è la prima gravidanza a termine, ha avuto un aborto spontaneo l'anno precedente) - _____
Neonato (genere) _____ Femminile _____ (Gloria) _____
BAS modificato _____ = _____ 4 _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: mi racconta come va la poppata?

Int.: «(.)» la poppata adesso sembrava che andasse bene perché prima non si attaccava ma poi al nido mi hanno detto che l'attacco era giusto, perché io avevo fatto un corso prima di partorire pre parto e mi avevano insegnato come dovevo stimolare per far aprire la bocca e tutto quanto poi la bambina apriva la bocca perfettamente ma dal primo giorno ho iniziato con queste ragadi che non so perché perché in effetti poi è venuta l'ostetrica però ha iniziato subito così io ho un po' il patema di attaccarla tutte le volte perché allora ho due minuti di dolore atroce e poi però si attaccava, ma poi la cosa è peggiorata quando io ho iniziato a vedere tutte le macchioline di sangue perché la bambina anche se mi hanno rassicurato che anche se c'è il sangue non succede niente però poi «(.)» sul consiglio di XX del nido abbiamo provato con il tiralatte per vedere se c'era qualcosa perché allora la bambina era abbastanza nervosa e tutto quanto ed è uscito poco colostro e poi il sangue allora poi ieri l'ho rifatto ancora tutto il giorno perché mi diceva stimola comunque il seno perché sennò il latte non viene e sempre sangue e non si riesce a fare niente e allora mi hanno dato la giunta e così si allatta e poi mi hanno dato delle creme e mi hanno consigliato di farle asciugare ma qui è impossibile perché dovrei lavarmi bene e tutto quanto per farla attaccare ma poi «(.)» la lanolina sembrava che andasse bene poi l'ho riattaccata e ha ricominciato il sangue, allora questo cicatrizzante mi ha detto che va lasciato sul seno con aperta la camicia e tutto quanto e lasciato assorbire e poi prima di attaccare lei lavarla benissimo ma qui è abbastanza scomodo e poi stanotte lei non dormiva bene perché il latte cioè erano le prime volte io avevo «(RIDENDO)» tutta la crema impastata e dovevo prendere in braccio lei e anche lei impastata e allora mi sono detta, rimandiamo a casa perché a quel punto impazzivo non riuscivo proprio a gestire la cosa perché io ci terrei infatti ho l'amica ostetrica che lavora qui sotto e mi ha detto che poi è disponibile ad aiutarmi a mantenere anche il mio latte anche se non sarà tanto perché comunque è importante anche se non sarà tanto «(.)»

Ric.1: quindi il concetto di difficoltà?

Int.: «(.)» e proprio quello che le dicevo, queste ragadi, il sangue «(.)» e poi l'attacco anche se non sarà tanto «(.)»

Ric.1: quindi come espedienti per superare le difficoltà cosa vede

Int.: ma questo che dicevo cioè il mio percorso è questo anche perché mi hanno dato consigli al nido e sono state gentilissime e anche qui le ostetriche mi hanno dato un sacco di consigli e io le ho provate tutte e ho preso le creme che mi hanno detto e tutto quanto ma «(.)»

Ric.1: e ad una mamma che fa fatica che cosa consiglierebbe?

Int.: di ascoltare i vostri consigli perché sennò io non saprei da che parte partire infatti adesso ho deciso di seguirne uno a casa perché è impossibile andare avanti e indietro per me e quindi seguire un attimo il consiglio di una ostetrica sola, e usare questo cicatrizzante che mi sembra che vada bene perché qui la mia difficoltà è il fatto di non poter fare la doccia, lavarmi con calma bene perché comunque qui non sei comoda, non sei come a casa, come fai sei impastata con la crema devi attaccare lei devi essere in posizione con il seno ed è per quello anche la difficoltà ad allattare «(.)»

Ric.1: e il suo latte l'ha visto?

Int.: il mio latte l'ho visto proprio denso denso all'inizio i primi giorni infatti lei si è attaccata subito anche quando ho partorito «(.)» ecco la cosa che mi ha messo un po' in dubbio è che è stata attaccata tanto, magari io ho un po' la pelle delicata e mi ha subito rovinata però non lo so però è bello ed è per quello che voglio mantenerlo e sono un pochino allarmata di com'è «(.)»

Ric.1: e descriva un po' la sensazione che ha quando allatta?

Int.: be' per me è la prima bambina, ed è bello, è qualcosa che si trasmette da se a se, lei è un pezzo di me, è una cosa unica «(RIDENDO)» non saprei neanche usare le parole giuste «(.)»

Ric.1: e si può paragonare a qualcosa, a un quadro?

Int.: «(RIDENDO)» non saprei «(.)» è difficile dirlo a che cosa può essere paragonato, non so ad una carezza «(.)» è qualcosa di bellissimo per quello che voglio continuare nonostante la fatica di questi giorni perché anche se c'è tanta tensione su questa cosa, ma è bellissima e poi mi sono anche un po' tranquillizzata in questi giorni perché vedo che anche con il latte artificiale comunque la bambina reagisce bene e che sta mangiando «(.)»

Ric.1: e il latte artificiale come lo vede

Int.: «(.)» non è completo come il mio «(.)» cioè non è così coccoloso come il mio «(RIDENDO)» «(.)»

Ric.1: e c'è differenza tra quando è attaccata al seno ed è nel suo lettino?

Int.: e be' si per me si «(.)» quando è attaccata cioè torna ad essere la bimba nella mia pancia «(.)» torna ad essere parte di me e mi sembra proprio il rapporto privilegiato che c'è tra me e lei che non può avere nessun altro neanche chi le dà il biberon infatti la gelosia è perché andrò a casa e vorranno dargli da mangiare e no! «(RIDENDO)» glielo do solo io «(RIDENDO)» le do il mio «(RIDENDO)» è questo, quindi il tentativo sarà sicuramente di dargli il mio anche se non voglio che questo diventi un trauma perché sicuramente però basta, l'importante è che sia sana lei e poi adesso cercherò di seguire solo una, cioè questa ragazza che poi mi farà anche da tramite perché lavora qui «(.)»

Ric.1: vuole aggiungere qualcosa di particolare in questi giorni che è successa sull'allattamento che potrebbe essere importante?

Int.: ma l'unica cosa è quella di non aver iniziato veramente «(.)» comunque il fatto che mi hanno detto di attaccarla prima, anche se non esce niente, comunque il fatto di attaccarla prima di darle il biberon «(RIDENDO)» è bello è bello, l'idea mi piace quindi va bene e sono contenta «(.)»

N progressivo intervista _____ 12 _____ **Data** _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo _____ Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti _____
Dove _____ in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna è in camera, ha il neonato in braccio che sonnecchia. Accetta volentieri di rispondere all'intervista.
Come _____ formalmente _____
Tipo _____ semistrutturata _____
Durata _____ circa 25 m' _____
Dati anamnestici
Cognome e Nome _____ XX _____ **recapito** _____ XX _____
Cartella Clinica _____ XXXXX _____
Età _____ 31 _____ **Scolarità** _____ media superiore _____ **Professione** _____ impiegata _____
parità _____ primo figlio _____
Data del parto _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo di parto e indicazione _____ taglio cesareo urgente per ipertensione materna in travaglio (dilatata 4 cm) alla 38+6 sett gestazionale _____
Allattamenti precedenti _____
Neonato (genere) _____ Maschile (Pietro) _____
BAS modificato _____ = _____ 3 _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: mi racconta come va la poppata?

Int.: allora «(.)» la poppata «(RIDENDO)» se così possiamo definirla perché «(.)» è un po', ma a me piace molto il pensiero di allattarlo poi vedo che comunque lui è ben predisposto e quando ti guarda insomma capisci che ha proprio voglia di stare lì con te e di mangiare però a me non piace darglielo nel biberon, mi sembra una cosa molto fredda «(.)» però poi uno si demoralizza un po' quando non si attacca e non mangia e non si riesce a capire perché «(.)»

Ric.1: e quindi visto che prima mi parlava di difficoltà, come le definirebbe queste difficoltà?

Int.: «(.)» e difficoltà forse più da parte sua perché mi sembra predisposto fino a un certo punto e quindi è come se non venisse lui incontro alle nostre esigenze e quindi diventa difficile perché poi mi dispiace perché vedo che lui fame ne ha e cerca sempre qualcosa da succhiare, ha sempre le manine in bocca, succhia, fa sempre scoccare le labbra, quindi «(.)»

Ric.1: quindi cosa dovrebbe avere lui secondo lei per essere collaborante?

Int.: «(.)» magari poverino «(.)» lui vuole dormire e quindi evidentemente ha anche i suoi ritmi e forse essere nato un po' prima, anche se poco prima perché è nato quei dieci giorni prima che per lui evidentemente sono sono tanti e ha ancora bisogno dei suoi tempi perché lui dorme, dormirebbe sempre in braccio e anche se lo stimolo lui si arrabbia un po' ma poi «(.)» faccio così, si arrabbia allora poi lo attacco e per due secondi lui si tranquillizza e finisce «(.)»

Ric.1: Pietro è il primo bimbo

Int.: sì

Ric.1: e mentre si attacca che sensazioni prova?

Int.: ma positive, nel senso «(.)» cioè è una bella sensazione è una bella sensazione perché insomma si stabilisce un legame unico quindi però poi smette, perché capisci che ha lo stimolo ma poi non lo porta avanti e quindi diventa un po' «(.)»

Ric.1: e rispetto a quando è attaccato al seno oppure è nel suo lettino, è diverso?

Int.: be' «(.)» si nel senso che se fosse per me lo terrei sempre attaccato perché mi fa piacere, anche oggi che è rimasto dalle sei alle nove e mezza e non vedevo l'ora di andare a prenderlo, quindi è sicuramente più piacevole tenerlo in braccio, cercare di attaccarlo e quindi lo tengo in braccio il più possibile e quindi ogni volta sono lì a tentare di attaccarlo e sennò capisco che anche lui si rilassa perché se sta così appena viene in braccio vuol dire che si sente a suo agio, che si sente bene, però vorrei che mangiasse anche un pochino «(.)»

Ric.1: e invece magari nel lettino si agita di più?

Int.: nel lettino si agita, perché probabilmente ha bisogno di sentire il contatto e poi mettendosi qui sente il battito del cuore e si tranquillizza immediatamente, ovviamente nel lettino no «(.)»

Ric.1: e le viene una immagine, riesce a paragonarsi magari ad un quadro quando è con lui?

Int.: «(.)» forse siamo abituati a vedere delle immagini mamme e bambino sempre con delle icone, nei dipinti più religiosi più che altro e magari mi viene in mente un affresco religioso più che altro perché del resto è più difficile vedere delle immagini, anche qui in ospedale stesso ci sono tutte le immagini di bambini ma non vedi le immagini di mamme col bimbo «(.)»

Ric.1: e una cosa particolare che può essere successa in questi giorni rispetto all'allattamento che vuole raccontarmi?

Int.: «(.)» ma forse appunto il fatto di non avere perché mi chiedono, senti il seno cambiato? Ma io non lo sento cambiato, adesso però strizzando così viene fuori un inizio di latte ma io pensavo di sentirmi il seno molto più duro, più grande, magari che mi facesse male invece non sento niente e quindi non riuscivo a capire insomma se ero pronta anch'io oppure no e poi mi hanno detto tanto guardi che per i primi quattro giorni di latte non ne avrò e avrò solo colostro però invece evidentemente continuando a stimolare almeno da questa parte qualche cosa è cambiato «(.)»

Ric.1: da questa parte perché c'è diversità?

Int.: sì perché lui preferisce stare di qui, per me è più scomodo ma lui preferisce stare di qui e invece di qua ogni volta che lo metto diventa ancora più difficile, io continuo a provare da tutte e due le parti per evitare di avere che si ingrossi solo la destra e non la sinistra però lui vedo che preferisce di qua, magari la posizione, diciamo che poi forse lui non è neanche comodissimo e poi con il cesareo è difficile trovare delle posizioni comode che non comprimano la ferita o magari poi a casa starà più tranquillo troverà i suoi spazi «(.)» ma insomma preferisco che tutto capire meglio le cose qui perché poi a casa, qui ti possono spiegare ma poi a casa non è che, poi chi deve fare siamo noi due «(.)»

Ric.1: e il suo latte come lo vede?

Int.: ma in modo positivo, non mi piace tanto vedere i video dove vedo appunto queste mamme che strizzano il latte mi sembra «(.)» non è un'immagine in cui mi identifico, sembra molto non so, non mi piace molto, però ho sempre pensato di allattare al confronto di tante donne o amiche che no no no preferisco di no per tutta una serie di motivi io invece l'ho sempre ritenuta una cosa importante essenziale, quindi allatterò il più possibile finché si può poi ci sono anche tanti modi per conservarlo quindi voglio dire si può continuare finché si riesce finché lo vuole per cui lo vedo una cosa positiva «(.)»

Ric.1: consigli che darebbe ad una mamma che fa fatica?

Int.: di «(.)» continuare a provare tanto ce lo dicono sempre tutti tutto il giorno quindi «(.)»

Ric.1: chi è che glielo dice in particolare?

Int.: magari anche le puericultrici, le ostetriche il pediatra, noi stessi, il papà tutti però è difficile, stanotte io non ce la facevo più sarà che sono quattro o cinque giorni che non dormo, il mal di schiena, il caldo, e lui che piangeva perché aveva fame e io non riuscivo a darglielo e poi diventa frustrante perché insomma sai che vuole qualcosa che tu puoi darli ma non trovi il modo giusto «(.)»

Ric.1: e poi stanotte come ha fatto?

Int.: «(.)» niente poi alla fine dormiva dormiva, gli ho dato la giunta e poi alle sei sono venuti per darmi la giunta e poi lo portiamo di la così ti riposi un'oretta e poi sono andata di la e lui poverino era lì che piangeva perché non gli piace stare dentro la culla così «(.)» nella peggiore della ipotesi aspettiamo un po' speriamo che il latte ci sia e che non sia un problema perché se no diventa un problema, invece così va bene. Poi stanotte gli ho messo una copertina tutta qui intorno così c'era l'idea di sentirsi un po' contenuto e poi si è addormentato ma poi aveva fame «(.)»

Ric.1: e le difficoltà che cosa l'ha aiutata a superarle o meglio ad affrontarle, mettiamola così

Int.: «(.)» diciamo forse la perseveranza il fatto di non arrendersi perché tanto è una cosa che fa bene a lui è bene provarci è una cosa che fa bene ad entrambi anche psicologicamente e quindi è giusto continuare a provarci perché se poi ci arrendiamo dopo due giorni come facciamo, perché magari sei un po' demotivata ma in modo superficiale perché poi di base ci sono i migliori propositi «(.)»

Ric.1: perché diceva anche dello psicologicamente?

Int.: perché il fatto che comunque quando non riesci a fare qualcosa in cui pensavi di non avere problemi e poi invece ti rendi conto che ci sono delle difficoltà che magari fisiche che magari non avevi considerato è brutto, è frustrante da quel punto di vista per cui anche a livello psicologico ci si trova magari di fronte ad una situazione che non è quella che ci si aspettava e quindi tutto qua «(.)»

Ric.1: vuole aggiungere qualcosa d'altro rispetto a quello che le ho chiesto?

Int.: ma no «(.)» quello che magari a volte non viene spiegato sono proprio a volte le tempistiche e che magari uno non sa bene quando deve iniziare ad attaccarlo oppure non ti hanno spiegato perché fin da subito vengono date le giunte quando insomma da sempre sappiamo che l'allattamento segue dei processi per cui i primi giorni c'è il colostro quindi non c'è neanche bisogno pi di tanto perché ha le sue riserve e il colostro dovrebbe bastare e invece poi si danno le giunte e non ti viene magari spiegato perché e poi quante volte e gli orari e poi perché 10 ml? Perché altri orari e poi allora uno le cose le fa senza capire e allora secondo me questo a volte è un po' che manca un po' di non tanto e ma magari un po' di comunicazione tra l'ospedale e le mamme che già arrivano e sono un po' stranite perché magari passi da ore particolarmente pesanti tra travaglio e cesareo e quant'altro e ti ritrovi con un bambino che sai che sarebbe arrivato ma è diverso l'idea di averlo e poi averlo fisicamente tra le braccia e per cui ti trovi un po' così non sei a casa tua ti trovi magari a dover affrontare anche dei dolori dell'operazione dei punti la stanchezza e quant'altro e ti trovi magari in una routine che non ti viene neanche spiegata e perché si fanno delle cose e che cosa fa quando lui è di la e noi siamo di qua ecco magari manca un po' di comunicazione perché se non chiediamo noi le cose non ci vengono dette, ci sono tanti bambini, tante mamme, tante cose da fare e a volte vengono tralasciate delle cose che fanno parte dell'aspetto un po' più umano e quindi il discorso dell'allattamento rientra un po' tra questo e per cui a volte «(.)» ecco per questo è proprio buono il rooming-in perché lui è qui «(.)»

N progressivo intervista _____ 13 _____ **Data** _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo _____ Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti _____
Dove _____ in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna è in camera, è sola. Accetta volentieri di rispondere all'intervista. _____
Come _____ formalmente _____
Tipo _____ semistrutturata _____
Durata _____ circa 25 m' _____
Dati anamnestici
Cognome e Nome _____ XX _____ **recapito** _____ XX _____
Cartella Clinica _____ XXXXX _____
Età _____ 36 _____ **Scolarità** _____ media superiore _____ **Professione** _____ insegnante di scuola materna _____
parità _____ Quinto figlio, la prima gravidanza un maschio a termine allattato fino a 1 anno, la seconda gravidanza quardigemmellare, sopravvissuti tre maschi (morta la femmina a 5 gg di vita) allattati fino quasi all'anno _____
Data del parto _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo di parto e indicazione _____ taglio cesareo iterativo (3° TC) _____
Allattamenti precedenti _____ vedi sopradescritti _____
Neonato (genere) _____ Femminile (Marta) _____
BAS modificato _____ = _____ 7 _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Progressive esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: mi racconta come va la poppata?

Int.: allora «(.)» la poppata devo dire che va bene, è molto frequente perché la piccola ha sempre fame, è un po' piccola perché è nata un po' prima e poi mangia con pasti ravvicinati è ancora irregolare per cui quando piange vedo che ha la bocca aperta e io l'attacco. La poppata va abbastanza bene da un seno, l'altro è dolorante perché c'è una piccola ragade in formazione per cui non riesco perché il dolore è forte e per cui evito di attaccarla di là«(.)» per cui «(.)»

Ric.1: e quindi se dovesse identificare un concetto di difficoltà, a cosa lo leggherebbe?

Int.: «(.)» difficoltà è sopportare secondo me il dolore «(.)» e certe volte le prime poppate che sollecitano evidentemente troppo il capezzolo che non è abituato e un po' brucia solo che mentre dalla parte che non ha la ragade brucia inizialmente e poi io la riattacco e poi il dolore scema e non c'è problema, dall'altra parte il dolore persiste per cui lì veramente si vedono le stelle ecco «(RISATA)» veramente è proprio doloroso, non avevo mai provato una cosa così si si non si riesce è come se ti sgagnasse in continuazione per cui da sollievo solo una pezzuola fredda, un po' di freddo «(.)» poi effettivamente come mi avevano consigliato di usare il colostro e spalmarlo sull'areola e lasciarlo asciugare dà sollievo e poi il vecchio rimedio della nonna dei cucchiaini d'argento nel giro di una nottata ha già fatto insomma ha già prodotto risultati insomma il taglio si è rimarginato non «(.)» mi brucia già di meno anche solo a sfiorarlo e adesso va be', il tiralatte non mi dà problemi perché potendo scegliere l'intensità riesco a svuotare il seno lentamente però senza troppo dolore sennò mi sa che qua diventa un sasso «(.)»

Ric.1: e adesso mi stava raccontando un po' di escamotage che l'hanno aiutata per questo problema, le vengono in mente altre cose che l'hanno aiutata?

Int.: «(.)» ma «(.)» ho in mente i consigli che mi sono stati dati da chi per esempio ci è già passato per cui c'è chi mi ha consigliato la crema una crema a base di vitamina E come la lanolina o come la crema che ho qua della Vea che è vitamina pura per cui anche non c'è bisogno di sciacquare il seno prima di attaccare il bambino perché va bene lo stesso, però

secondo me «(RIDENDO)» lasciarlo asciugare all'aria e i cucchiaini funzionano bene cioè l'argento così «(.)»

Ric.1: chi le ha dato i consigli più che altro

Int.: ma «(.)» le mamme la nonna, le nonne che li tenevano sempre in esposizione come i famosi cucchiaini d'argento per quando si allatta e poi le amiche, la mamma che ci sono già passate e ognuno trovava la sua soluzione e poi magari chi aveva bisogno di trovare un po' di sollievo iniziale col freddo e poi con una pezzuola fredda ma poi comunque bisogna scaricare il seno perché se no comunque «(RIDENDO)» diventa un po' insopportabile «(.)»

Ric.1: e come lo vede il suo latte?

Int.: ma adesso lo vedo come un succo di frutta, è color albicocca è bello arancione per cui «(.)»

Ric.1: e che impressione le dà questo colore?

Int.: una cosa «(.)» ma «(RIDENDO)» in realtà «(.)» la prima volta che ho visto il colostro sono rimasta un po' «(RIDENDO)» così perché non mi aspettavo che fosse così arancione, giallo uovo, cioè non me lo aspettavo così, io il latte me lo sentivo, me lo immaginavo bianco però no, è una impressione per dire, mi verrebbe anche voglia di assaggiarlo però «(RIDENDO)» vedo che alla bambina piace molto «(.)»

Ric.1: che immagine le dà l'attaccarla e le viene un paragone o una sensazione?

Int.: ma «(.)» mi dà una grande serenità e anche una grande soddisfazione è proprio un momento in cui sono proprio contenta è un momento in cui sono contenta infatti io spero «(.)» li ho sempre allattati i miei figli fino all'anno di età il primo ho dovuto smettere perché mi sgagnava e aveva tutti i denti e proprio non si riusciva a sostenere lui giocava così e non sono mai riuscita a trovare un altro sistema «(RIDENDO)» per cui ho dovuto smettere e poi con i gemelli ho poi dovuto sospendere perché non ce n'era proprio più, esaurito, ma io è una cosa che mi ha sempre dato grande soddisfazione, mi ha sempre fatto stare bene e la serenità di dire ovunque vado non devo tirare su baracche e burattini per e quindi anche la serenità di gestire i bambini e i miei bambini stavano bene crescevano bene per cui per me chi non allatta «(RIDENDO)» proprio per scelta, fa una gran cavolata chi non allatta perché non ne ha ovviamente è diverso però secondo me è fondamentale perché i bambini stanno meglio, li vedo anche più sereni, più sereni proprio come carattere perché il rapporto così vicino con la mamma credo sia cioè li renda proprio tranquilli «(.)»

Ric.1: quindi rispetto alle altre esperienze di allattamento oltre a quello che mi ha già detto c'è qualcosa di diverso o di simile che mi vuole dire?

Int.: si effettivamente ho avuto «(.)» questa è per me la terza esperienza per me, ma sono diversi perché i gemelli sono stati molto in incubatrice per cui ho dovuto usare per due o tre mesi il tiralatte prima di poterli attaccare per cui è già stata un'esperienza un po' più diversa, però poi quando li ho attaccati i primi tempi, avendo usato tanto il tiralatte ho visto che al seno non ho avuto problemi, cioè si sono attaccati, non ho avuto problemi, non ho avuto dolore niente e il primo bambino «(.)» avevo sensazioni di bruciore all'inizio ma poi dopo appunto durante la poppata il dolore scemava e quindi andava tutto bene, anche il primo mangiava spessissimo, sempre, la prima settimana mangiava dieci volte al giorno proprio, dormiva di notte ma di giorno mangiava sempre «(ridendo)», no di difficoltà in realtà proprio secondo me la cosa più difficile da affrontare tre è proprio il dolore e poi la fatica dello svegliarsi di notte e di stare dietro ai ritmi del piccolo perché poi uno dormirebbe sempre e i primi tempi si è molto stanche e svegliarsi per allattare è faticoso e invece se si riesce a tenerlo lì a letto è meglio, è meglio almeno per i primi tempi finché almeno non prende il ritmo però «(.)»

Ric.1: e a una mamma che fa fatica o che ha difficoltà, lei che consigli darebbe?

Int.: be' innanzitutto di tenere duro «(RISATA)» tenere duro con serenità perché non c'è bisogno di avere ansie in questa cosa qui e cercare delle persone che le possano dare dei consigli ma non troppi consigli ma cercare di seguire una cosa per volta perché penso cioè penso che sentendo le esperienze diverse, penso che ogni mamma debba trovare il suo modo, il suo sistema e bisogna verificarli senza perdersi d'animo perché comunque è una fatica solo iniziale

perché dopo c'è un benessere fisico tuo e un benessere del tuo bambino, però bisogna trovare la propria via e non è detto che quello che va bene per me sia anche per un'altra mamma magari il dolore è diverso, magari non è ragade è mastite e che so che sono cose diverse e vengono affrontate in maniera diversa per cui però secondo me non provare tutto insieme ma cercare di trovare la cosa giusta e di fidarsi di una persona magari trovare una persona a cui affidarsi e che ha già passato questa esperienza e farsi consigliare perché vedo comunque che anche voi ostetriche avete cioè come dire, dei consigli base poi in base ai diversi casi si adattano si trovano delle soluzioni si prova così si prova cosà, penso che ci voglia, bisogna darsi un po' di tempo ecco e insomma si perde un po' di sonno iniziale ma poi ci si guadagna in serenità «(RISATA)» «(.)»

Ric.1: e il momento dell'allattamento rispetto invece a quando non è il momento dell'allattamento, va be' adesso non è qui, però, magari quando è qui nel lettino, con la sua bambina è diverso secondo lei?

Int.: be' «(.)» il contatto fisico chiaramente è quello che cambia le cose «(.)» però io quando è nel lettino sto spesso a guardala «(RISATA)» cioè ci guardiamo negli occhi e ha gli occhietti aperti, anche se il desiderio è di tenerla in braccio, con lei soprattutto è proprio «(.)» siccome io ho anche quattro maschi per cui questa è una bambina, ovviamente è un po' speciale però il desiderio è di volerla tenere in braccio e poi vedo che comunque è serena e mi stacco anche da lei tranquillamente però vederla tranquilla e serena mi soddisfa cioè mi soddisfa lo stesso, sono tranquilla lo stesso, poi capita che piange e c'è il momento in cui posso consolarla subito e poi c'è il momento in cui non posso e aspetta un attimino «(RISATA)» tanto non è morto nessuno e poi «(RIDENDO)» magari si piange anche per un bel po' ma non si può subito tutti consolarli per cui «(.)» si il rapporto è diverso però comunque vedo già un feeling particolare con me cioè lo vedo in modo particolare con lei perché i gemelli dovendo fare marsupio terapia ho dovuto utilizzare anche il papà perché io da sola non potevo con tre e hanno un gran rapporto bello anche con il papà, un rapporto diverso e un rapporto speciale anche con il loro papà per cui non è stato esclusivo, invece con lei vedo che il rapporto che ha con me è proprio più esclusivo e devo dire che questo mi soddisfa molto «(RIDENDO)» è brutto è un po' egoistico però «(.)» il suo papà è contento anche lui e il momento del cambio è il suo momento e lui è contento quando può accudirla così «(.)» allattarla posso solo io in questo momento «(RIDENDO)» mentre i gemelli li allattava anche lui con il biberon perché qualcuno lo allattavo io solo che contemporaneamente tutti e tre era impossibile e allora un po' il papà un po' anche la nonna, ma il papà principalmente «(.)»

Ric.1: vuole raccontarmi ancora qualcosa che non le ho chiesto di particolare rispetto all'allattamento?

Int.: «(.)» ma «(.)» mi sembra di aver detto tante cose «(.)»

Ric.1: ma magari una cosa di particolare che è successa in questi giorni e che le è rimasta impressa

Int.: ma una cosa mi aspettavo però «(.)» si proprio legata all'allattamento «(.)» mi aspettavo che quando «(.)» io ho fatto un taglio cesareo, mi aspettavo che subito dopo il taglio cesareo dopo che avevano lavato la bambina me la lasciassero un attimo lì e provare a vedere se si attaccava e in realtà questo non è stato possibile ed è l'unica cosa che mi ha un po' dispiaciuta però poi io ho passato anche la notte un po' immobilizzata per cui ho potuto vedere la bambina solo la mattina dopo però me l'hanno attaccata subito mi hanno aiutata subito a tenerle il braccio e poi lei si è attaccata subito e lei all'inizio poverina con la bocchina piccola faceva un po' di fatica a trovare la posizione «(RIDENDO)» adesso la via la trova anche da sola e ad occhi chiusi perché di notte si attacca da sola tranquilla senza vedere perché proprio fiuta «(.)»

N progressivo intervista _____ 14 _____ **Data** _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo _____ Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti _____
Dove _____ in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna è in camera, con il bambino che dorme in culla al suo fianco . Lei si è appena svegliata, in ogni caso accetta volentieri di rispondere all'intervista. _____
Come _____ formalmente _____
Tipo _____ semistrutturata _____
Durata _____ circa 20 m' _____
Dati anamnestici
Cognome e Nome _____ XX _____ **recapito** _____ XX _____
Cartella Clinica _____ XXXXX _____
Età _____ 31 _____ **Scolarità** _____ media superiore _____ **Professione** _____ impiegata _____
parità _____ Secondo figlio, il primo è nato con taglio cesareo nel 2003 ed è stato allattato con successo _____
Data del parto _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo di parto e indicazione _____ taglio cesareo iterativo _____
Allattamenti precedenti _____ vedi sopradescritto _____
Neonato (genere) _____ Maschile (Emanuele) _____
BAS modificato _____ = _____ 6 _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: mi racconta come va la poppata?

Int.: «(.)» la poppata devo dire che va bene, il problema vero è che è molto pigro, dorme sempre e poi anche il primo è stato un po' così, mi dormiva tutto il giorno e dovevo continuamente stimolarlo perché dormiva poi magari quando si sveglia è anche vorace a volte si attacca che sembra una morsa e così si sono formate le ragadi be' niente si attacca e tira bene adesso ho visto che c'è il colostro esce bene, anche con il primo usciva bene, nessun problema particolare «(.)»

Ric.1: quindi il concetto di difficoltà, a cosa lo riconduce?

Int.: «(.)» difficoltà è che è pigro e si attacca poco e nello stesso tempo in realtà si attacca forte e poi da questa parte che si è formata la ragade è perché lo prende di più, ma anche il primo in realtà si attaccava qui a destra «(.)» che gli piace di più e poi io comunque cerco sempre di attaccarlo prima dall'altra parte perché altrimenti si per lo stimolo che mi diceva ieri la sua collega, cominciamo sempre da dove fa più fatica così prende lo stimolo da tutte e due le parti e forse che c'è lo stimolo magari poi prende anche la sinistra ma poi lo devo attaccare a destra perché altrimenti si arrabbia, si arrabbia tantissimo e poi è peggio «(RISATA)» è peggio perché poi si arrabbia e non si attacca più e devo calmarlo ma poi dorme «(.)» dorme sempre, come il primo, anche il primo dormiva sempre «(.)»

Ric.1: e cosa la sta aiutando a superare questi problemi?

Int.: ma «(.)» io lo sveglio «(RIDENDO)» lo sveglio ogni 2 o 3 ore lo sveglio gli faccio solletico, lo alzo lo lavo e gli cambio il pannolino un po' come si può fare che lo sveglio e lo attacco. Certo per la ragade comincio dalla mammella che non li piace ma poi devo attaccarlo, devo attaccarlo anche qui che non è che va tanto bene ma è questione di tempo anche l'altra volta poi è andato a posto, ho usato le creme. Questa sto usando anche la crema, la crema alla lanolina, anzi l'altra volta ho dovuto proprio usare la crema, il cortisone che mi avevano dato perché proprio che faceva fatica a guarire «(.)»

Ric.1: chi le ha consigliato la lanolina?

Int.: l'ostetrica che ieri è passata perché poi io glielo ho detto che l'altra volta c'era voluto il cortisone ma mi ha detto che non va bene e mi ha dato la crema, questa qui che adesso anche che l'ho messa ma poi mi lavo «(.)» perché anche con il cortisone effettivamente non è che non potevo lavarmi, mi dovevo lavare, mi avevano detto che dovevo lavarmi bene «(.)»

Ric.1: Quando l'Emanuele è attaccato è diverso da adesso ad esempio che è nel suo lettino?

Int.: diverso «(.)» be' il contatto fisico è importante, io me lo terrei sempre vicino, lo terrei sempre con me ma anche nel suo lettino lo tengo vicino «(RIDENDO)» certo è diverso perché quando si attacca mi guarda, mi accarezza perché ha quasi sempre una mano che si attacca è come che si attacca. Ma anche il primo un po' faceva così con la mano che si attacca «(.)» perché quello che fa la differenza è il contatto fisico, che ti si attacca «(.)»

Ric.1: quindi questo allattamento rispetto al precedente?

Int.: si effettivamente è abbastanza che si assomiglia «(.)» cioè anche l'altra volta era pigro e poi c'era il problema delle ragadi e si «(.)» si è abbastanza simile non penso che ci saranno problemi particolari «(.)» anche se poi con il primo ancora all'inizio, abbiamo usato il tiralatte perché le ragadi erano molto dolorose e allora dopo anche il latte l'abbiamo messo dentro al biberon e qualche volta glielo dava il papà. Ma qui non c'è bisogno e devo dire la verità che sono un po' gelosa e mi piace molto che il latte glielo posso dare solo io perché sì, il biberon glielo può dare chiunque, ma il latte, il latte allattare lo può fare solo la sua mamma e non dobbiamo farci portare via questa cosa che è proprio solo nostra, sono un po' egoista lo so ma a me piace molto che sono solo io, solo io per lui e mi cerca «(.)»

Ric.1: quindi cosa prova quando lo allatta?

Int.: bellissimo, è una sensazione bellissima «(.)»

Ric.1: e la può paragonare a qualcosa?

Int.: «(.)» ma non so «(.)», è come una cosa unica, è che abbiamo bisogno a vicenda è che la mamma è insostituibile, no, un paragone no, è una cosa unica «(.)»

Ric.1: e come lo vede il suo latte?

Int.: be' adesso non è che proprio lo vedo, vedo il colostro che succhia bene «(.)» si perché gli piace molto e poi adesso che arriva la montata latte cambia, così si sazia un po' di più perché adesso più che altro dorme e non è che mangia molto «(.)» ma va bene «(.)» comunque va bene non è che ci sono problemi perché anche dopo ci vuole un attimo di tempo ma si attacca e quando arriva il latte già succhia e poi non è che è calato tanto, anche perché adesso il pediatra mi ha detto che stiamo attenti perché è nato a termine ma è un po' piccolino e allora mi ha detto che è un secondo figlio e che se tutto va bene non è che cala tanto e quindi adesso stiamo a vedere «(.)»

Ric.1: a una mamma che fa fatica ad allattare lei cosa consiglierebbe?

Int.: be' «(RISATA)» di insistere di insistere e ascoltare i consigli, magari i consigli delle altre mamme, di chi ha esperienza. Comunque di insistere perché poi il latte artificiale non è che gli fa bene come il tuo e poi sei tu che glielo dai, e ha bisogno di te, non dobbiamo proprio perderci questa cosa, siamo donne no? «(.)» «(RISATA)» perché è proprio una cosa nostra «(.)»

Ric.1: cosa può essere utile secondo lei per migliorare l'esperienza dell'allattamento?

Int.: be' «(RISATA)» ascoltare i consigli di chi magari c'è già passato, perché, anche se poi ogni donna è un po' diversa, ma i consigli perché quello che ho imparato io l'altra volta non è che me lo sono dimenticato «(RISATA)» «(.)»

N progressivo intervista _____ 15 _____ **Data** _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo _____ Intervista per asimmetria e attenzione ai contenuti _____
Doce _____ in ambiente naturale. Clinica Mangiagalli, Reparto di puerperio. La donna è in serie difficoltà ed è al nido in sala tiralatte. La si aiuta a svuotare manualmente il seno e la si riaccompagna in camera dove viene attaccato con fatica il bambino. Quando il bambino si stacca definitivamente, la donna accetta volentieri di rispondere all'intervista.
Come _____ formalmente _____
Tipo _____ semistrutturata _____
Durata _____ circa 25 m' _____
Dati anamnestici
Cognome e Nome _____ XX _____ **recapito** _____ XX _____
Cartella Clinica _____ XXXXX _____
Età _____ 36 _____ **Scolarità** _____ laurea _____ **Professione** _____ avvocato _____
parità _____ prima gravidanza a termine (due aborti spontanei: uno nel 2008 e uno nel 2009) _____
Data del parto _____ XX/XX/XXXX _____
Tipo di parto e indicazione _____ taglio cesareo per mancato impegno della pp a dilatazione completa _____
Allattamenti precedenti _____
Neonato (genere) _____ Maschile (Marco) _____
BAS modificato _____ = _____ 4 _____

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30-34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3-6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Ric.1: racconta un po' come è andata la poppata?

Int.: allora «(.)» e «(.)» l'ho visto per prima volta dopo 12 ore dal parto e io non mi rendevo conto dell'importanza di tenerlo continuamente qui perché non pensavo che fosse importante però anche la prima notte qui è stata un po' particolare e non ce l'avevo tutta questa fantasia, non ce l'avevo, ero stanchissima quindi basta, il giorno dopo ho cominciato a pormi il problema e l'ho avvicinato ma lui si faceva tranquillamente avvicinare perché in sostanza giocava con il capezzolo poi faceva tre ciucciatine e io però lo aspettavo, non mi sono allarmata immediatamente almeno fino all'ultimo giorno quindi sto parlando di lunedì, e ho cominciato a capire che c'era qualcosa che non poteva andare il giorno dopo perché mi sono confrontata con la compagna che aveva una bambina e aveva un altro modo proprio di operare e lì mi sono posta il problema, ho controllato se avessi il colostro e «(.)» ce l'avevo e quindi mi sono tranquillizzata però ho cominciato già a mettere in allarme il personale sanitario e sono venute diverse persone ad insegnarmi come fare ad attaccare il bambino a farmi vedere quando effettivamente si poteva mangiare e quando invece era solo un giochetto e lì individuavo gli elementi che potevano rendermi consapevole che c'era un problema ed era martedì e «(.)» anche perché ho cominciato anche a considerare che lui era anche digiuno e non mi ricordo quando lui ha cominciato a prendere le aggiunte, proprio quando il pediatra l'ha ritenuto necessario e quindi niente, sempre la stessa cosa io lo attaccavo ogni tre quattro ore perché per fortuna lo sapevo ma poi lui raggiunge il sonno catatonico che non lo svegli in nessun modo, niente può svegliarlo, gli dai fastidio, ma non gli devi dare fastidio troppo perché poi altrimenti non si attacca e allora un fastidio tale da svegliarlo ma non agitarlo ed è difficile da raggiungere questo obiettivo perché poi lui o si svegliava e comunque dormiva oppure si incazzava come una iena e non si attacca e fa quello che avete visto «(.)»

Ric.2: quindi difficoltà è che non si attacca?

Int.: si perché è un attacco assurdo quello che lui fa, dopo du secondi si stacca «(.)» anzi si allontana, anche con la manina si allontana e lo faceva anche prima di dargli l'aggiunta «(.)» e

quindi penso che ci sia una difficoltà nell'attaccamento al seno e poi abbiamo provato e controllato che la posizione fosse giusta perché all'inizio sembrava di no perché aveva l'abitudine di giocare poi ha imparato secondo me a succhiare e lui succhierebbe in teoria e «(.)»

Ric.2: quindi ti sembra che stia capendo come fare ad attaccarsi?

Int.: «(.)» penso di sì però «(.)» penso che abbia capito «(.)» capire ha capito perché altrimenti non farebbe quei due o tre sporadici o costretti ma non so perché non va avanti probabilmente si stanca si scoccia, ma la giunta probabilmente l'ha un po' peggiorato tra virgolette «(.)»

Ric.1: e quando si attacca che sensazioni provi?

Int.: «(.)» ma piacevole si si «(.)» di soddisfazione magari l'ho così desiderato questo attacco «(RIDENDO)» che quando c'è dico ah «(.)»

Ric.1: e ti verrebbe da paragonarlo a qualcosa come sensazione o un'immagine?

Int.: «(.)» no, non c'è un paragone è una cosa unica, non c'è un paragone e un'immagine è lui, è semplicemente lui «(.)» cioè è proprio giusta come definizione si tratta di lui che si attacca con questa bocca così vorace, aperta è proprio questo «(.)»

Ric.1: e secondo te quando si attacca rispetto a quando invece non è attaccato cambia la relazione con lui?

Int.: eh «(.)» quando ad esempio fa altro o rispetto?

Ric.1: sì, magari come adesso che è nel suo lettino?

Int.: certo «(.)» la mia opinione è un po' falsata perché comunque io sono frustrata da questo punto di vista per cui per me ora l'immagine poetica «(RIDENDO)» non c'è più se ne è andata, è sospesa, è sospesa, quindi temo quel momento, mi sta antipatico addirittura «(.)»

Ric.2: chi?

Int.: Lui «(.)» si si mi sta addirittura antipatico per poi rivederlo come mio figlio dopo il momento della lotta, perché è una lotta è diventata una lotta, io vorrei lui non vuole «(.)»

Ric.2: quindi il momento dell'allattamento non è vissuto bene?

Int.: per ora no «(.)» avrei voluto che non si verificasse tutto ciò, magari recuperarlo, sicuramente si recupera, però i primi tre giorni quando io ero inconsapevole e non capivo bene quello che stava succedendo era mi piaceva tanto perché vedevo questo cucciolo che avrebbe voluto mangiare e quello che stava facendo non mi preoccupava più di tanto e mi piaceva l'idea, ora no è diventata una lotta, un botta in fronte «(.)»

Ric.1: e il tuo latte come lo vedi?

Int.: «(.)» in che senso?

Ric.1: be' anche prima che siamo riusciti a spremerlo, lo vedi come una cosa buona, lo vedi come?

Int.: e be' necessariamente mi viene da dire vuoi vedere che preferisce l'altro che lo sente più buono, infatti una volta col colostro l'ha sputato il mio e allora mi sono detta, guarda l'ha sputato e allora ha un brutto sapore? E io non conoscendolo l'ho pensato sì sì e quindi chiaramente anche ora il latte mio che doveva essere il migliore di tutti quando vedi che tuo figlio comunque vuoi perché è più difficile vuoi perché non so poi di fatto non lo prende è chiaro che anche il mio lo valorizzo di meno, valorizzare non è il termine giusto però visto che preferisce l'altro evidentemente «(.)»

Ric.2: se dovessi dare un consiglio ad una amica o ad una persona che si accinge ad allattare al seno, cosa gli consiglieresti di fare?

Int.: allora «(.)» ci ho pensato a questa cosa, allora direi attaccalo e sii attenta a quello che fa il bambino, non essere come dire tranquilla come sono stata io all'inizio, però non vorrei poi perché una mamma deve stare tranquilla non può avere l'ansia da allattamento fin dall'inizio altrimenti la cosa diventa un incubo quindi deve essere attenta e se «(.)» se dovesse trovare

qualcosa di «(.)» intervenire subito perché magari il tempo passa, il giorno passa quindi poi il calo fisiologico aumenta e poi ti danno l'aggiunta e poi addio, insomma devi cercare di essere tempestiva «(.)» cercando di non metterle ansia questo è chiaro «(.)»

Ric.1: quindi in questi due giorni che cosa ti ha aiutato di più?

Int.: le persone «(.)»

Ric.2: persone chi in particolare se hai identificato qualche persona, chi ti è venuto in mente quando hai detto persone?

Int.: a «(.)» certamente due, perché erano molto disponibili e soprattutto positive e tranquille ma soprattutto positive. Certo soprattutto la positività, perché lo so anch'io che è un casino, più che altro io che ho un seno che ha bisogno di cure, di cure tra virgolette perché mi è anche capitato che tutta sta gente che ho contattato, qualcuno ha soddisfatto alla mia aspettativa e qualcun'altra no, a domanda risponde, e non conosco i nomi ma ovviamente sono puericultrici perché io ormai vivo al nido «(.)»

Ric.1: e vuoi raccontarci ancora qualcosa di particolare che magari non ti abbiamo chiesto?

Int.: ma, particolare «(RISATA)» più particolare di questo è un po' difficile, cioè da quando sono entrata che ormai sono entrata da una settimana e le sorprese del parto e poi le sorprese dell'allattamento, diciamo che è tutto, è tutto un'avventura «(.)»

Ric.1: è iniziato un po' tutto con gli imprevisti

Int.: sì proprio con gli imprevisti «(.)»

DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE OSTETRICHE
Università degli Studi di Milano
Professor WALTER COSTANTINI
Dottoranda: MAURI PAOLA AGNESE
Matricola: R07918
Dottoranda: ZOBBI VIRNA FRANCA
Matricola: R07899

Anno accademico 2009-2010

PROGETTO DI RICERCA

**“Latching difficulty” during breastfeeding:
what do Italian mothers say, about their experience?
A qualitative study**

**“Poppata difficoltosa” nell’allattamento al seno: quale esperienza dal
punto di vista delle madri italiane.
Uno studio qualitativo**

1. NOTIFICA	3
2. OBIETTIVI DELLA RICERCA	4
3. CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE	6
4. MATERIALI E METODI DELLA RICERCA	7
5. TAME TABLE	9
6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI (Per il Progetto di Ricerca)	10

1. Notifica

Con questo breve scritto, il Professor Walter Costantini e le dottorande in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano Paola Agnese Mauri e Virna Franca Zobbi, desiderano notificare al Comitato Etico della Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico il Protocollo di Ricerca per condurre uno studio qualitativo supervisionato dalla docente prof.ssa Lucia Zannini.

Si fa presente al Comitato Etico, che questo Protocollo di Ricerca è stato condiviso dalle dottorande con il Consiglio dei Docenti di Dottorato e dai professori tutori delle studentesse in merito: prof.ssa Daniela Calistri e lo stesso prof. Walter Costantini.

Infine, si segnala che la prof.ssa Lucia Zannini si è farà garante, insieme al professor Walter Costantini e alle studentesse, della tutela della privacy dei dati che verranno raccolti.

Nelle successive pagine di questo documento, si segnalano gli obbiettivi, e i metodi della ricerca.

2. Obiettivi della ricerca

Questo studio ha come primo obiettivo, di dare significato alla voce “Latching difficulty”, proposta da uno score americano, il Breastfeeding Assessment Score, modificato. Questo punteggio è riportato nella Tabella 1.

Tabella 1. Reduced Breastfeeding Assessment Score

Variabile	Punteggio		
	0	1	2
Età materna (anni)	<30	30–34	≥35
Pregresse esperienze d'allattamento	Fallite	Nessuna	Con successo
Poppate difficoltose	Tutte	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra poppate (h)	>6	3–6	<3
N° di aggiunte di latte artificiale	≥ 2	1	0

Si ritiene importante procedere ad approfondire il senso che le donne nelle prime ore dopo il parto attribuiscono al concetto di “poppata difficoltosa”, per poter procedere in modo corretto all'uso dello stesso punteggio.

Questo punteggio è stato dimostrato in grado di identificare nelle prime 72 ore dopo il parto, le donne che con una maggior probabilità smetteranno di allattare al seno troppo precocemente il loro bambino¹.

Come secondo obiettivo, questo studio si prefigge di individuare cosa le nutrici suggeriscono a supporto e aiuto, perché la pratica salutare dell'allattamento al seno, possa instaurarsi correttamente ed essere mantenuta nei primi mesi di vita del neonato.

Numerose organizzazioni professionali raccomandano l'allattamento al seno, poiché rappresenta la modalità ottimale di nutrizione del neonato²⁻⁷. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale⁷. Lo stato di salute e di nutrizione della mamma e del bambino sono intimamente legati, poiché essi formano una sola unità sociale e biologica. E' per questo che le attività volte a migliorare la nutrizione infantile devono rientrare in una strategia più ampia volta alla tutela materno infantile. L'allattamento al seno è un modo ineguagliabile per fornire un alimento ideale per la salute e la crescita del lattante⁸⁻¹¹ e si raccomanda di protrarlo per i primi sei mesi di vita¹².

Secondo quanto confermato dall'OMS e dall'UNICEF¹³ il mancato allattamento al seno, ed in particolare il mancato allattamento esclusivo al seno durante i primi sei mesi di vita, sono importanti fattori di rischio e possono causare una maggiore mortalità e propensione ad ammalarsi dei neonati e dei bambini, una maggior incidenza di sintomi allergici¹⁴ oltre a una maggiore difficoltà nelle attività scolastiche, una minore produttività e un diminuito sviluppo intellettuale e sociale⁸⁻¹¹.

Nonostante i riconosciuti effetti benefici dell'allattamento materno⁸⁻¹⁴, un'indagine campionaria dell'Istituto Nazionale di Statistica compiuta tra le donne che hanno partorito nel quinquennio 1999-2004 ha rilevato che l'81,1% delle puerpere ha allattato al seno il proprio figlio, ma tale pratica si riduce di quasi il 20% entro il primo trimestre di vita del neonato¹⁵. Un recente report relativo alla prevalenza dell'allattamento al seno in regione Lombardia¹⁶ ha rilevato che a 48 ore dal parto, il 95,6% delle puerpere allatta al seno ma tale prevalenza si riduce al 67,5% entro il primo trimestre di vita. Tali dati confermano quanto è emerso da diverse ricerche che hanno individuato le prime settimane di vita del neonato, come il periodo maggiormente a rischio per l'interruzione dell'allattamento al seno¹⁷.

Le motivazioni di tale insuccesso sono molteplici e complesse. Tra queste la limitatezza delle risorse, che non sempre permette di garantire un servizio di sostegno e supporto all'allattamento al seno. Si è infatti dimostrato come, in particolare, la mancanza di sostegno nei giorni successivi alla dimissione ospedaliera, incida negativamente sul numero di puerpere che prosegue l'allattamento ed aumenti significativamente il numero di neonati riammessi in ospedale per problematiche diverse¹⁸⁻²¹.

Questi presupposti, rafforzano pertanto il valore dei due obiettivi che questo studio vuole raggiungere.

3. Caratteristiche del campione

Le donne che saranno prese in considerazione per partecipare allo studio, saranno considerate indifferentemente tra le primipare e le pluripare.

Dovranno essere sane (in quanto non affette da malattie croniche o acute), e dovranno aver portato a termine una gravidanza singola, diagnosticata come fisiologica.

Il parto, sia vaginale che con taglio cesareo, dovrà essere stato espletato sia con carattere di spontaneità che con necessità di programmazione o urgenza d'intervento.

Il neonato anch'esso sano, non dovrà aver avuto necessità di ricovero ospedaliero dopo il parto se non per il sol caso di ittero fisiologico.

La volontà della madre di allattare al seno dovrà essere stata esplicitata da subito dopo il parto e il primo attacco del neonato al seno dovrà essere stato entro le prime 12 ore dalla nascita.

La puerpera dovrà aver ricevuto un punteggio di Breastfeeding Assessment Score modificato inferiore a sette, e dovrà esprimere di avere "difficoltà nelle poppate".

Il regime di degenza ospedaliera della mamma e del neonato dovrà rispettare il rooming-in.

La dimissione ospedaliera sia della madre che del neonato deve essere stata nell'arco delle prime 5 giornate di puerperio.

La partecipazione delle madri allo studio dovrà essere informata e libera.

La numerosità del campione sarà vincolata dalla saturazione dei dati²².

4. Materiali e metodi della ricerca

Lo studio verrà condotto per identificare cosa ritengono essere le “difficoltà nella poppata” nelle prime 72 ore dopo il parto; donne italiane, che hanno partorito in un grosso centro ostetrico urbano della Regione Lombardia.

Le dottorande, frequentando l'Università degli Studi di Milano, potranno accedere alla struttura accreditata Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, ed in particolare al reparto di Puerperio della stessa, dove saranno individuate e reclutate le donne.

Con il terminare dell'anno accademico 2009-2010, le dottorande raccoglieranno interviste di madri che, dopo essere state informate degli obbiettivi dello studio, daranno consenso verbale e scritto a parlare delle proprie difficoltà, lasciandosi registrare.

Le donne informate della procedura di raccolta dati daranno consenso scritto alla conservazione e all'uso secondo le norme di privacy legate al mondo della ricerca, firmando il consenso come da “**Nota informativa al soggetto e consenso al trattamento dei dati personali**”.

Alle donne partecipanti sarà anche confermata la possibilità di ritirarsi dallo studio in un qualsiasi momento che ritenessero opportuno.

Le interviste verranno condotte seguendo la griglia di domande di riferimento, riportate nella “**Lista delle informazioni da raccogliere**”, concordate con la professoressa Lucia Zannini, che ha collaborato a seguire le dottorande nella stesura del progetto di ricerca, e le condurrà nella raccolta dati e nell'elaborazione degli stessi.

Le donne a cui richiedere la disponibilità a rilasciare un'intervista da registrare, verranno identificate tra le puerpere italiane ricoverate in reparto, maggiorenni, che dichiareranno di voler allattare al seno il proprio neonato e otterranno un punteggio di Reduced Breastfeeding Assessment Score che suggerisce un rischio di interrompere precocemente l'allattamento al seno (valore uguale o inferiore a 7).

Pertanto, il campionamento sarà da considerarsi di convenienza. Metodo utilizzato frequentemente nelle ricerche di natura qualitativa²².

Le interviste saranno di un numero sufficiente per raggiungere la saturazione dei dati²².

La durata delle interviste sarà compresa nei 30 minuti. Le stesse saranno registrate e successivamente sbobinate con trascrizione integrale da parte delle stesse dottorande.

Alle donne sarà chiesto anche di rilasciare dei dati anagrafici e anamnestici, necessari per la contestualizzazione delle interviste, sempre come previsto dalla **Lista delle informazioni da raccogliere**. Questi ulteriori dati saranno registrati grazie all'utilizzo di una Scheda che sarà allegata e custodita insieme alla sbobinatura di ciascuna intervista.

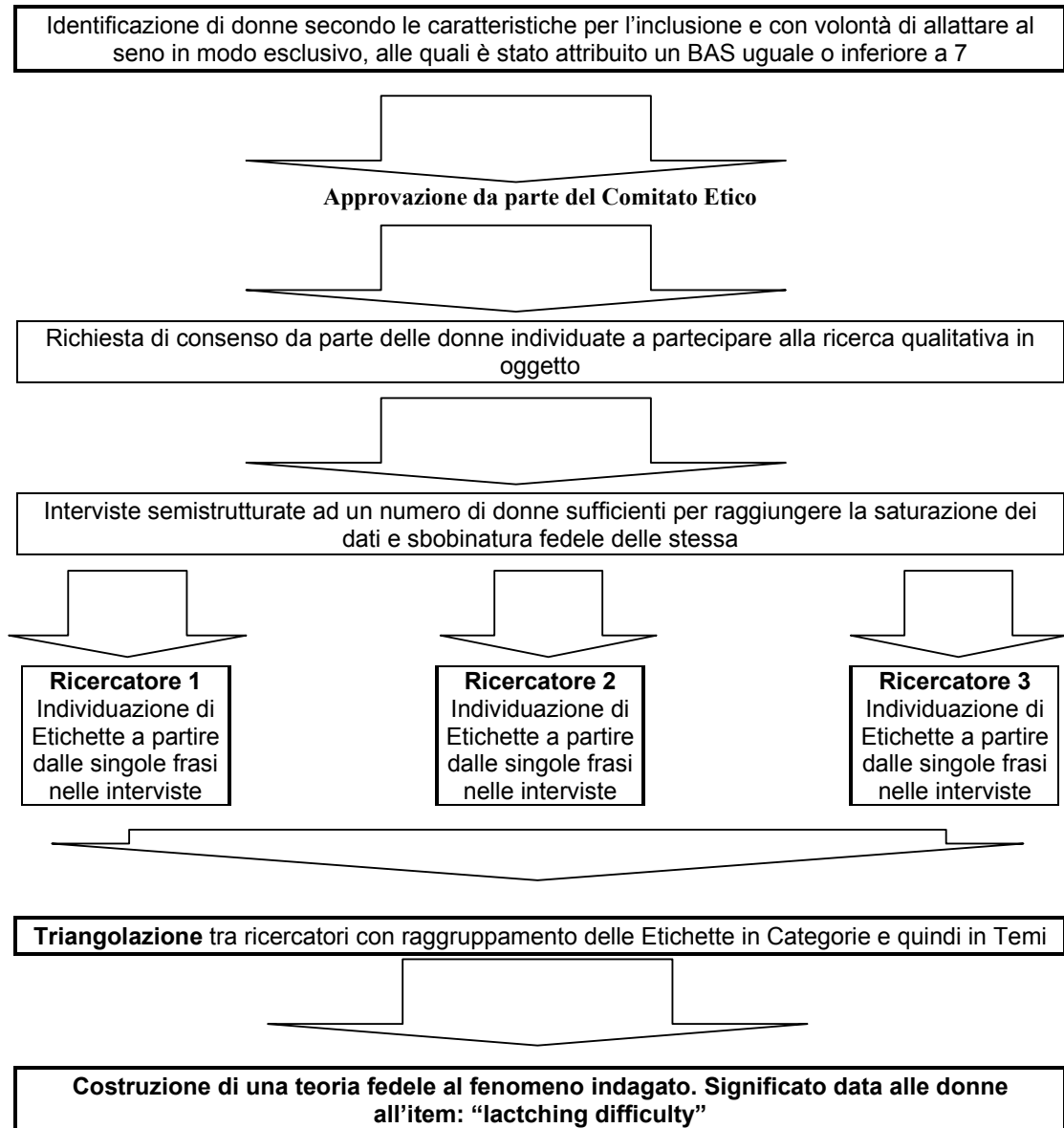
Successivamente alla sbobinatura delle interviste, le dottorande in separate sedi, hanno inizieranno un processo di lettura dei testi di narrazione secondo una metodologia semplificata di ricerca, prevista dalla Grounded Theory²². Pertanto, verranno identificate una serie di Etichette di significato a partire dalle singole frasi dette dalle donne.

Completata questa identificazione, le dottorande triangoleranno i concetti espressi dalle singole Etichette tra loro e con la supervisione della professoressa Lucia Zannini, così da accorpate le stesse Etichette in Categorie di significato e Temi.

Per fare questo, verrà utilizzato supporto informatico, facendo riferimento a Tabelle in Word.

In qualsiasi pubblicazione di risultati, i testi saranno resi anonimi per quanto riguarda nomi o identificativi che vengono espressi dal parlato delle donne, con sostituzione di fantasia da parte dei ricercatori.

5. Time Table



6. Riferimenti bibliografici per il Progetto di Ricerca

1. Hall RT, McPherson DM; Meyers BM. A breast-feeding assesment score to evacuate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. *The Journal of Pediatrics* 2002;659-664
2. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035-9
3. American Academy of Pediatrics Committee on the Fetus and Newborn and the American College of Obstetrics and Gynecologists Committee on Obstetrics Practice. Guidelines for perinatal care. 4th ed. Elk Grove Villane (IL): American Academy of Pediatrics; 1997. p.284-90.
4. American Academy of Pediatrics. Nutrition Commettee of the canadian Paediatric Society and the Committee on Nutrition of the American Academy of Pediatrics. Breastfeeding: a commentary in celebration of the international year of the child, 1979. *Pediatrics* 1978;62:591-601.
5. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: promotion of breast feeling. *Journal of the American Dietetic Association* 1986;86:1580-5.
6. US Department of Healt and Human Services. Health and Human Services. Healthy People 2001, 2nd ed. Understanding and Improving health and objectives for improving health. Washington (DC): US Government Printing Office 2001: Vol 2. p. 16, 46-48
7. US Department of Health and Human Services. Health People 2010: understanding and improving health. 2nd ed. Washington (DC). US Government Printing Office; 2000.
8. Ferguson M, Molfese PJ. Breast-fed infants process speech differently from bottle-fed infants: evidence from neuroelectrophysiology. *Developmental Neuropsychology*. 2007;31(3):337-47. PMID: 17559328 [PubMed - indexed for MEDLINE]
9. Pivik RT, Dykman RA, Jing H, Gilchrist JM, Badger TM. The influence of infant diet on early developmental changes in processing human voice speech stimuli: ERP variations in breast and milk formula-fed infants at 3 and 6 months after birth. *Developmental Neuropsychology*. 2007;31(3):279-335. PMID: 17559327 [PubMed - indexed for MEDLINE]
10. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1999 Oct;70(4):525-35. PMID: 10500022 [PubMed - indexed for MEDLINE]
11. Pollock JI. Long-term associations with infant feeding in a clinically advantaged population of babies. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 1994 May;36(5):429-40. PMID: 8168662 [PubMed - indexed for MEDLINE]
12. OMS Breastfeeding Counselling: a Training Course, Ginevra, 1993
13. Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità. OMS, Ginevra, 1989
14. Marini A, Agosti M, Motta G, Mosca F. Effects of a dietary and environmental prevention programme on the incidence of allergic symptoms in high atopic risk infants: three years follow-up Links Export Central Citation. *Acta Paediatrica, International Journal of paediatrics Supplement* 1996;85:1-22.
15. ISTAT. Gravidanza, parto, allattamento al seno, 2004-2005. Istituto Nazionale di statistica, Roma 2006
16. Macchi, Monaco, Pavan, Pirola, Bettinelli, Zapparoli. Prevalenza, esclusività e durata dell'allattamento al seno in regione Lombardia. Report Luglio 2007. Regione Lombardia, Sanità 2007
17. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics* 2001;107:543-8
18. Maisels MJ, Kring E. early discharge from newborn nursery: effect on scheduling of follow-up visit by pediatricians. *Pediatrics* 1997;100:72-4.
19. Soskolone EI, Schumacher R, Fyock C, Young ML, Schork A. The effect of early discharge and other factors on readmission rates of newborns. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1996;150:373-9.
20. Maisels JM, Kring E. Length of stay, Jaundice, and Hospital readmission. *Pediatrics* 1998;101:995-8.
21. Hall RT, Simon S, Smith MT. Readmission of breastfed infants in the first 2 weeks of life. *J Perinatol* 2000;7:432-7.
22. Lo Biondo-Wood G., Haber J., 2004. Metodologia della ricerca infermieristica. (5 ed.) McGraw Hill, Milano

BIBLIOGRAFIA

- Abou-Dakn M, Schäfer-Graf U, Wöckel A. 2009. Psychological stress and breast diseases during lactation. *Breastfeeding Review*. Nov;17(3):19-26.
- Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT, 1999. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*. Oct;70(4):525-535.
- Bai YK, Middlestadt SE, Joanne Peng CY, Fly AD, 2009. Psychosocial factors underlying the mother's decision to continue exclusive breastfeeding for 6 months: an elicitation study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 22, pp. 134–140.
- Bailey C, Pain RH, Aarvold JE, 2004. A 'give it a go' breast-feeding culture and early cessation among low-income mothers. *Midwifery*. 20;240-250.
- Barona-Vilar C, Escriba'-Agüir V, Ferrero-Gandía R, 2009. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery*. 25,187–194
- Bottorff JL, 1990. Persistence in breastfeeding: a phenomenological investigation. *Journal of Advanced Nursing*. 15;201-209.
- Brodribb W, Fallon AB, Hegney D, O'Brien M, 2007. Identifying predictors of the reasons women give for choosing to breastfeed. *Journal of Human Lactation*. 23(4),338-344
- Burnard P, 2004. Writhing a qualitative research report. *Nurse Education Today*. 24;174-179.
- Burns E, Schmied V, Sheehan A, Fenwich J, 2010. A meta-ethnographic synthesis of women's experience of breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*. Jul1;6(3):201-219
- Chen WL, 2010. Understanding the cultural context of Chinese mothers' perceptions of breastfeeding and infant health in Canada. *Journal of Clinical Nursing*. 19: 1021-29

- Dennis CL, 2002. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 31(1): 12-32
- Earle S, 2000. Why some women do not breastfeed: bottle feeding and fathers' role. *Midwifery*. 16;323-330.
- Earle S, 2002. Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promotion International*. Vol.17;3;205-214.
- Ferguson M, Molfese PJ, 2007. Breast-fed infants process speech differently from bottle-fed infants: evidence from neuroelectrophysiology. *Developmental Neuropsychology*. 31(3):337-347.
- Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S, 2006. The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 8:27
- Gill SL, 2009. Breastfeeding by Hispanic Women. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 38: 244-252
- Glover M, Manaena-Biddle H, Waldon J, 2007. Influences that affect Maori women breastfeeding. *Breastfeeding Review*. 15(2): 5-14
- Graffy J, 2005. What information, advice and support do women want with breastfeeding? *BIRTH*. 32:3: 179-186
- Hall RT, McPherson DM; Meyers BM., 2002. A breast-feeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. *The Journal of Pediatrics*. 659-664
- Hauck Y, Reinbold J, 1996. Criteria for successful breastfeeding: mothers' perceptions. *Australian College of Midwives Incorporated Journal*. 3;21-27
- Hauck Y, Irurita VF, 2002. Constructing compatibility: managing breast-feeding and weaning from the mother's perspective. *Qualitative Health Research*. Vol.12;N°7;897-914.
- Hauck Y, Langton D, Coyle K, 2002. The path of determination: exploring the lived experience of breastfeeding difficulties. *Breastfeeding Review*. 10(2);5-12.

- Hauck Y, Summers L, White E, Jones C, 2008. A qualitative study of Western Australian women's perceptions of using a Snoezelen room for breastfeeding during their postpartum hospital stay. *International Breastfeeding Journal*. 3:20
- Hegney D, Fallon T, O'Brien ML, 2008. Against all odds: a retrospective case-controlled study of women who experienced extraordinary breastfeeding problems. *Journal of Clinical Nursing*. 17(9):1182-1192
- Hill GJ, Arnett DB, Mauk E, 2008. Breast-feeding intentions among low-income pregnant and lactating women. *American Journal of Health Behavior*. 32(2):125-136
- ISTAT, 2006. Gravidanza, parto, allattamento al seno, 2004-2005. *Istituto Nazionale di statistica*. Roma
- Kitzinger S, 1971. Giving birth. The parents' emotion in childbirth. *Victor Gollanez*. London
- Kelleher CM, 2006. Some women found breast physically and emotionally demanding. *Social Science & Medicine*. 63:2727-2738
- Kong SKF, Lee DTF., 2004. Factors influencing decision of breastfeed. *Journal of Advanced Nursing*. 46(4);369-379
- Kvist LJ, Larsson BW, Hall-Lord ML, 2006. A grounded theory study of Swedish women's experiences of inflammatory symptoms of the breast during breast feeding. *Midwifery*. 22, 137-146
- Labbok M, 2008. Exploration of Guilt Among Mothers Who Do Not Breastfeed: The Physician's Role. *Journal of Human Lactation*. 24; 80
- Lakshman R, Ogilvie D, Ong KK, 2009. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Archives Disease Childhood*. 94: 596-601 R
- Larsen JS, Hall EO, Aagaard H, 2008. Shattered expectations: when mothers' confidence in breastfeeding is undermined-a metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Dec;22(4):653-61.

- Lewallen LP, Dick MJ, Flowers J, Powell W, Zickefoose KT, Wall YG, Price ZM, 2006. Breastfeeding support and early cessation. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 35,166-172
- Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM, 2008. Why mothers stop breastfeeding: mother's self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*. Oct;122 Suppl 2:S69-76
- Lothian JA, 1995. It takes two to breastfeed. The baby's role in successful breastfeeding. *Journal of Nurse-Midwifery*. Jul-Aug;40(4):328-334
- Lo Biondo-Wood G, Haber J, 2004. Metodologia della ricerca infermieristica. (5 ed.) *McGraw Hill*. Milano.
- Manhire KM, Hagan AE, Floyd SA, 2007. A descriptive account of New Zealand mothers' responses to open-ended questions on their breast feeding experiences. *Midwifery*. Dec;23(4):372-381
- Marini A, Agosti M, Motta G, Mosca F, 1996. Effects of a dietary and environmental prevention programme on the incidence of allergic symptoms in high atopic risk infants: three years follow-up Links Export Central Citation. *Acta Paediatrica, International Journal of pediatrics*. Supplement;85:1-22.
- McFadden C, Baker L, Lavender T, 2009. Exploration of factors influencing women's breastfeeding experiences following a caesarean section. *Evidence Based Midwifery*. 7(2): 64-70
- McInnes RJ, Chambers JA, 2008. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*. 62(4), 407-427.
- McLeod D, Pullon S, Cookson M, 2002. Factors influencing continuation of breastfeeding in a cohort of women. *Journal of Human Lactation*. 18(4): 335-43
- Meedya S, Fahy K, Kable A, 2010. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and Birth*. 23,135-145
- Mercer AM, Teasley SL, Hopkinson J, McPherson DM, Simon SD & Hall RT (2009). Evaluation of a Breastfeeding Assessment Score in a Diverse Population. *Journal of Human Lactation*. 26, 42-48.

- Moore ER, Coty MB, 2006. Prenatal and postpartum focus groups with primiparas: breastfeeding attitudes, support, barriers, self-efficacy, and intention. *Journal of Pediatric Health Care*. Vol.20;1;35-46.
- Mozingo JN, Davis MW, Droppleman PG, Merideth A, 2000. "It wasn't working". Women's experiences with short-term breastfeeding. *The American Journal of Maternal Child Nursing*. 25(3);120-126.
- Nelson AM, 2006. A Meta-synthesis of qualitative breastfeeding studies. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 51;e13-e20
- O'Brien ML, Buikstra E, Fallon T, Hegney D, 2009. Strategies for success: a toolbox of coping strategies used by breastfeeding women. *Journal of Clinical Nursing*. 18;1574-1582
- OMS, 1993. Breastfeeding Counselling: a Training Course, *Ginevra*.
- OMS/UNICEF, 1989. Dichiarazione congiunta L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità, *Ginevra*.
- Pivik RT, Dykman RA, Jing H, Gilchrist JM, Badger TM, 2007. The influence of infant diet on early developmental changes in processing human voice speech stimuli: ERP variations in breast and milk formula-fed infants at 3 and 6 months after birth. *Developmental Neuropsychology*. 31(3);279-335.
- Pollock JI, 1994. Long-term associations with infant feeding in a clinically advantaged population of babies. *Developmental Medicine & Child Neurology*. May;36(5):429-440.
- Porter LL, Dick MJ., Flowers J, Powell W, Taylor Zickefoose K., Wall YG, Price ZM, 2006. Breastfeeding Support and Early Cessation. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 35; 166-172
- Schmied V, Shehan A, Barclay L, 2001. Contemporary breast-feeding policy and practice: implication for midwives. *Midwifery*. 17,44-54

- Scott J, Landers M, Hughes R, Binns C, 2001. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 37(3): 254-261
- Scott JA, Mostyn T, 2003. Women's Experiences of Breastfeeding in a Bottle-Feeding Culture. *Journal of Human Lactation*. 19(3):270-277
- Shakespeare J, Blake F, Garcia JO, 2004. Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. *Midwifery*. 20, 251–260.
- Shaw RL, Wallace LM, Bansal M, 2003. Is breast best? Perceptions of infant feeding. *Community Practitioner*. Aug;76,8;299-302
- Stewart-Knox B, Gardiner K, Wright M, 2003. What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions. *Journal of Human Nutrition Dietetics*. 16, pp. 265–273
- Swanson V, Power KG, 2005. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behavior. *Journal of Advanced Nursing*. 50(3),272-282
- Thulier D, Mercer J, 2009. Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 38,259-268
- Wade D, Haining S, Day A, 2009. Breastfeeding peer support: are there additional benefits? *Community Practitioner*. Dec;82(12):30-3
- Walker M, 2008. Conquering Common Breast-feeding Problems. *The Journal Perinatal & Neonatal Nursing*. Vol. 22, No. 4, pp. 267–274
- Weber M, 1913. Über einige Kategorien der verstehenden Soziologie. (Alcune categorie della sociologia comprendente). *Saggio*.
- WHO, 2003. Global strategy for infant and young child feeding. WHO *Geneva*.
- Zobbi VF., Calistri D., Consonni D., Nordio F., Costantini W., Mauri PA., 2010. Breastfeeding: validation of reduced Breastfeeding Assessment Score (BAS) on a group of Italian women. *Journal of Clinical Nursing*. ***In attesa di pubblicazione.***

RINGRAZIAMENTI

Questa Tesi si apre con una dedica... alle donne in difficoltà e in particolare alle donne haitiane.

Questa Tesi si conclude con i ringraziamenti... alle donne in difficoltà che hanno partecipato con libertà a questo lavoro e alle donne haitiane – anche se queste ultime non sanno di essere state importanti ai fini di questa Tesi.

I ringraziamenti sono doverosi a chi mi ha seguita con discrezione - in particolare l'ostetrica Daniela Calistri e il professor Walter Costantini - e a chi mi ha condotta con rigore – la professoressa Lucia Zannini.

I ringraziamenti sono per aver vissuto un percorso di Dottorato speciale ed unico, che porta nel suo nome il titolo del mio essere ostetrica!

I ringraziamenti si estendono a tutti coloro che non voglio nominare, perché desidero che restino nel segreto del mio cuore.

I ringraziamenti si concludono con quelli per i miei compagni di studio, viaggi, convegni, preoccupazioni, scadenze, presentazioni, tensioni, volontà, determinazione, calcoli, verifiche, correzioni, interviste, tabelle, pubblicazioni, foto, poster, mail, sms, telefonate, caffè, panini, cappuccini, aiuto, amicizia, stima, bene, conforto e tante tante altre cose che loro fanno - Virna e Stefano...

... senza di voi non ce l'avrei mai fatta!

Grazie.