



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'impatto dell'ittero neonatale sull'allattamento
materno al seno: il ruolo dell'infermiere.**

Relatrice: Chiar.ma

Dott.ssa Valentina Simonetti

Tesi di Laurea di:

Ludovica Scartozzi

Correlatrice: Chiar.ma

Dott.ssa Alessandra Catasta

A.A. 2019/2020

*A mia sorella,
per essermi sempre
accanto e per essere il
regalo più bello che i miei
genitori mi abbiano fatto.*

INDICE

| | |
|---|-----------|
| Premessa..... | 3 |
| Introduzione | 4 |
| CAPITOLO I | 5 |
| ASPETTO CLINICO DELL'ITTERO NEONATALE. | 5 |
| 1.1 Cos'è l'ittero neonatale? | 5 |
| 1.2 Iittero fisiologico..... | 5 |
| 1.3 Iittero patologico | 6 |
| 1.4 Bilirubina diretta e indiretta | 7 |
| 1.5 Trattamenti per la cura dell'itterizia neonatale | 8 |
| 1.5.1 La fototerapia | 8 |
| 1.5.2 L'Exsanguinotrasfusione (EXT):..... | 9 |
| CAPITOLO II..... | 11 |
| ALLATTAMENTO AL SENO E IITTERO:..... | 11 |
| 2.1 Iittero da "latte materno"..... | 11 |
| 2.2 I benefici dell'allattamento al seno..... | 11 |
| 2.2.1 Vantaggi per il neonato | 12 |
| 2.2.2 Vantaggi per la madre | 13 |
| CAPITOLO III | 15 |
| IL RUOLO CHE INVESTE L'INFERMIERE NEL SUPPORTO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO E LA LIAISON MADRE-BAMBINO..... | 15 |
| L'IMPORTANZA DEL FAMILY CENTRED CARE | 15 |

| | |
|---|-----------|
| 3.1 La posizione dell'infermiere nel sostegno all'allattamento al seno materno..... | 15 |
| 3.1.1 Fattori che possono rendere inefficace l'allattamento al seno | 16 |
| 3.1.2 Il consulente per l'allattamento..... | 17 |
| 3.1.3 Strategie: Posizioni di allattamento..... | 18 |
| 3.1.4 Strategie: supporti per allattamento..... | 19 |
| 3.2 Legame madre-bambino | 20 |
| 3.3 Family Centred Care..... | 21 |
| 3.4 Raccomandazioni scientifiche sull'allattamento al seno dei neonati con iperbilirubinemia | 23 |
| 3.5 Piano assistenziale infermieristico | 24 |
| OBIETTIVI..... | 25 |
| CONCLUSIONE..... | 28 |
| BIBLIOGRAFIA | 30 |
| SITOGRAFIA..... | 32 |
| RINGRAZIAMENTI..... | 33 |

Premessa

La tematica da me trattata vuole analizzare, valutare e mettere in relazione, l'effetto che l'ittero neonatale ha sull'allattamento al seno e correlato a tale problematica sarà messo in evidenza il ruolo che l'infermiere ha nel supportare, aiutare, ed educare la mamma, grazie alle sue conoscenze infermieristiche e alla sua professionalità, nell'affrontare questo momento.

Tale decisione è nata durante il mio tirocinio clinico nell'unità operativa di patologia neonatale, dove ho potuto osservare l'importanza di questa patologia e la relazione madre-bambino nel corso di tale problematica.

Il mio lavoro sarà suddiviso in tre parti.

Nella prima vedremo l'aspetto clinico dell'ittero, le varie tipologie, i suoi valori, come e perché si sviluppa, i trattamenti che vengono effettuati.

Nella seconda parte, invece, guarderemo l'aspetto che riguarda nel vivo il cosiddetto "ittero da latte materno" dove spiegherò le cause di quest'ultimo e i benefici dell'allattamento al seno.

In terzo luogo, verrà spiegato il ruolo degli infermieri, nel supporto dell'allattamento al seno e nello stimolare la madre ad avere questo importante contatto nonostante la patologia del neonato.

Parlerò inoltre del Family Centred Care, dell'importanza di avere un punto di riferimento quando si sviluppano queste situazioni che possono causare sconforto e preoccupazione alla neomamma.

Verrà inoltre esposto un esempio di piano assistenziale infermieristico per mostrare come è possibile gestire al meglio tale patologia.

Saranno esposte delle raccomandazioni che sono in vigore oggi per far maggiore chiarezza sull'ittero neonatale e l'allattamento al seno materno.

Introduzione

L'ittero neonatale è un segno di comune riscontro sia nei neonati prematuri che in quelli nati a termine.

La caratteristica più evidente dell'ittero è la comparsa di evidenti sfumature cutanee, sostenute dall'aumento dei livelli di bilirubina nell'organismo.

Solitamente l'ittero compare inizialmente sul viso, per poi diffondersi al torace, all'addome, alle braccia e alle gambe man mano che i livelli di bilirubina aumentano. Anche le sclere divengono giallastre, mentre per ovvie ragioni nei neonati con pelle scura l'ittero può risultare meno evidente.

L'ittero può essere di natura fisiologica o patologica; nel secondo caso questo necessita di cure ospedaliere e di trattamenti specifici che potrebbero rendere difficile l'allattamento al seno.

L'allattamento al seno è fondamentale per la corretta crescita del bambino, ma è importante anche per il rapporto madre-bambino, l'ittero neonatale (patologico) potrebbe però risultare fonte di ostacolo per l'allattamento e questa condizione in cui si trova il neonato, causerebbe nella neomamma stress e preoccupazione.

Essenziale è quindi il lavoro che svolge l'infermiere, dove in questo caso riveste il ruolo di Consulente per l'allattamento; è infatti lui che segue la mamma in questo percorso e la aiuta, le spiega e le mostra come poter effettuare una lattazione al seno materno ottimale. Inoltre, attraverso il counseling e l'empatia, l'infermiere attua tecniche di supporto volte a rendere la mamma il più possibile serena e ottimista, in maniera tale da favorire anche l'allattamento al seno e incrementare quel legame unico che si crea tra il neonato e la sua mamma.

CAPITOLO I

ASPETTO CLINICO DELL'ITTERO NEONATALE.

1.1 Cos'è l'ittero neonatale?

Partiamo quindi dallo spiegare cos'è questa patologia che affligge una percentuale di neonati; circa il 60% di tutti i nati presenta un ittero visibile e pone problemi diagnostici e terapeutici.

L'ittero comporta la colorazione giallastra della pelle, delle sclere e delle mucose causata da un aumento della bilirubina nel sangue; per il neonato è (nella maggior parte dei casi) una manifestazione fisiologica destinata a scomparire nel giro di pochi giorni. La pigmentazione giallastra si manifesta in primo luogo sul volto ed alle sclere, per poi estendersi al tronco ed agli arti superiori ed inferiori.

Tale patologia diventa visibile quando la bilirubina supera i 3mg per decilitro.

La bilirubina è un pigmento giallo che deriva dal catabolismo dell'emoglobina. La bilirubina si forma in continuo sia nel feto che nel neonato e viene trasportata nel sangue legata all'albumina perché è un composto non polare. Nel feto la bilirubina è eliminata dalla placenta, mentre nel neonato deve essere coniugata dal fegato ed eliminata attraverso la bile. Il fegato del neonato non è in grado di eliminare la quantità di bilirubina prodotta nei primi giorni di vita e per tale motivo la bilirubinemia aumenta e determina l'iperbilirubinemia fisiologica del neonato¹.

1.2 Ittero fisiologico

L'ittero fisiologico riguarda circa il 60% dei bambini nati a termine di gravidanza e l'80% di quelli pretermine e non comporta trattamenti da effettuare in quanto "scompare" autonomamente. L'ittero neonatale è più frequente anche quando vi siano alcuni fattori predisponenti come, ad esempio, il parto indotto dall'ossitocina oppure se la mamma ha presentato un diabete durante la gravidanza.

Si può definire fisiologico un ittero che risponde ai seguenti criteri:

- Si manifesta **dopo le prime 24 ore di vita** (in genere al 2°-3° giorno);

- Tutta la **bilirubina è di tipo indiretto** (la bilirubina si suddivide in diretta ed indiretta);
- I **valori** di bilirubina **non aumentano molto ogni giorno**;
- Tali valori **non devono superare alcuni livelli di guardia** che sono stabiliti da apposite tabelle (circa 12 mg nei nati a termine e 15 mg per decilitro nei neonati pretermine);
- Non deve durare più di 10 giorni nel bambino a termine e 15 giorni nel pretermine.

L'ittero fisiologico è **dovuto essenzialmente a due cause**:

- Un aumentato carico di bilirubina al fegato;
- Un ritardo del fegato nell'eliminare la bilirubina a causa di un'immaturità delle vie metaboliche deputate al suo smaltimento (motivo per il quale è più frequente nei neonati pretermine)².

1.3 Ittero patologico

Se l'ittero è patologico **può essere aumentata la bilirubina indiretta o quella diretta** (l'incremento di quest'ultima ha motivazioni del tutto differenti e necessita di una trattazione a parte). Se l'incremento è a carico della forma indiretta, le cause possono essere diverse.

La forma più importante è quella dovuta all' incompatibilità da fattore Rh (mamma Rh negativa e figlio Rh positivo) o da gruppo sanguigno ABO (cioè mamma con gruppo sanguigno zero e bambino con gruppo A o B). In tali casi la mamma produce anticorpi che si legano ai globuli rossi del bambino provocandone la distruzione (chiamata emolisi) e facendo così aumentare la bilirubina prodotta.

Si tratta di un'evenienza che oggi è molto meno frequente perché, dopo la prima gravidanza, si somministrano alla mamma anticorpi specifici che evitano di far sviluppare l'incompatibilità nelle gravidanze successive.

Altre cause meno frequenti sono rappresentate dal riassorbimento di emorragie (ad es. in caso di cefaloematoma), da alcune anomalie congenite del globulo rosso, da **infezioni**, da **deficit di alcuni enzimi** (ad es. deficit di G6PD), da **alcune rare malattie genetiche**, oppure dalla policitemia. In quest'ultimo caso è l'elevato numero di globuli rossi a determinare l'aumento della produzione di bilirubina.

Altra causa di ittero può essere l'ipotiroidismo congenito, che viene diagnosticato grazie al test di screening che viene fatto a tutti i neonati nei primi giorni dopo la nascita attraverso un prelievo di sangue dal tallone.

Ovviamente, se l'ittero è considerato patologico, **il neonato verrà sottoposto ad alcuni accertamenti** per individuarne la causa³.

1.4 Bilirubina diretta e indiretta

La bilirubina è una sostanza derivante dall'emoglobina, in particolare dalla distruzione dei globuli rossi al termine del loro ciclo vitale. Si distinguono due tipi di bilirubina, quella libera (anche chiamata indiretta) e quella coniugata (anche chiamata diretta).

La bilirubina che viene riversata nel sangue quando un globulo rosso viene distrutto, è in **forma libera** (o indiretta). Si lega all'albumina, una proteina prodotta dal fegato, e viene captata dalle cellule del fegato che la legano all'**acido glucuronico**, una sostanza che la rende solubile nella bile. In questa forma legata all'acido glucuronico la bilirubina prende il nome di **bilirubina coniugata** (o diretta) e viene escreta con la bile nell'intestino. Qui, ad opera della flora batterica intestinale, viene in parte eliminata con le feci ed in parte riassorbita dal fegato e di nuovo escreta con la bile. Un'altra parte, invece, sfugge alla captazione del fegato e viene eliminata attraverso i reni⁴.

L'analisi della bilirubina viene effettuata proprio per indagare la funzionalità del fegato e della bile e per effettuare una successiva diagnosi di ittero; nei neonati viene prelevata una piccola quantità di sangue, pungendo il tallone, attraverso prelievo capillare il quale verrà centrifugato e analizzato.

Il Kernittero è una tipologia di ittero patologico con presenza di bilirubina a forma libera nel tessuto cerebrale, dunque si sviluppa un'infezione nel cervello del neonato; i valori sierici della bilirubina devono però essere maggiori a 20mg/dl per assistere a questo evento e fortunatamente, con la ricerca scientifica e le tecniche sempre più all'avanguardia, questa infezione è molto rara da vedere oggi.

1.5 Trattamenti per la cura dell'itterizia neonatale

I trattamenti principali che vengono effettuati per curare l'ittero patologico sono:

- Fototerapia
- Exsanguinotrasfusione (EXT)

1.5.1 La fototerapia

Il trattamento fototerapico consiste nell'irradiazione del neonato, posto in una culla apposita, il cui "compito" è quello di abbassare i valori della bilirubina presenti nel sangue del neonato. La procedura può durare 12/24/48 ore in relazione ai livelli di bilirubina rilevati.

Durante il trattamento la bilirubinemia si riduce abbastanza rapidamente (4-8 mg/dL ogni 24 ore) e tale riduzione dipende dallo spettro della luce utilizzata (es.: la luce blu è più efficace della luce bianca), dalla radianza (compresa tra 10 e 40 $\mu\text{w}/\text{cm}^2/\text{nm}$), dalla superficie cutanea esposta alla luce (preferibile la posizione supina) e dalla distanza tra la lampada e la cute del neonato (tra 20 e 40 cm).

È importante controllare l'efficacia delle lampade (radianza) poiché essa decresce con il tempo di utilizzo.

Possono essere usate sia lampade con luce bianca o blu (fototerapia convenzionale) che "light emitting diodes" (LED) con spettro di emissione stretto e con picco di emissione a 460 nm (luce blu) che sono efficaci almeno quanto le lampade convenzionali.

Anche la fototerapia a fibre ottiche può essere utilizzata, ma occorre ricordare che le lampade finora disponibili hanno un'efficacia inferiore rispetto agli altri tipi di fototerapia.

Il trattamento fototerapico deve essere continuo e va scoraggiato il trattamento intermittente. Durante il trattamento il neonato deve essere posto nudo (e consentito il pannolino) a ≤ 40 cm dalla lampada con gli occhi coperti per evitare di danneggiare la retina. Gli occhi devono essere scoperti periodicamente (ai pasti) per controllare eventuali infezioni e per permettere il rapporto visivo con la madre o l'operatore. Cambiare il decubito del neonato per aumentare l'esposizione cutanea alla luce non migliora l'efficacia della fototerapia.

Durante il trattamento è necessario monitorare la temperatura corporea del neonato e favorire il contatto con la madre.

È opportuno, inoltre, che i criteri per la sospensione ed il monitoraggio della bilirubinemia siano standardizzati in funzione dell'età gestazionale e dell'età postnatale del paziente.

È importante ricordare che la fototerapia può essere associata ad alcune complicazioni:

- Ipertermia o ipotermia.
- Calo ponderale eccessivo (in tal caso deve essere previsto un incremento di apporto di liquidi, almeno in caso di fototerapia convenzionale).
- Interferenza con il **bonding** (legame madre-bambino): è necessario favorire il contatto madre/neonato ogni volta che è possibile e certamente al momento del pasto che può essere fatto al seno discontinuando il trattamento per 30 minuti al massimo e rimuovendo la copertura degli occhi. (1)

1.5.2 L'Exsanguinotrasfusione (EXT):

L'EXT va riservata ai neonati che presentano un rischio reale di danno neurologico (causato da ittero patologico) o un'anemia emolitica isomune che colpisce i neonati per incompatibilità Rh⁻ o in alcuni casi di iperbilirubinemia ereditaria ad esordio neonatale.

La exsanguinotrasfusione è una serie continua di trasfusioni volta ad ottenere il ricambio pressoché completo del sangue del ricevente con quello del donatore. L'EXT va eseguita, dopo aver ottenuto il consenso informato dei genitori, in un reparto di terapia intensiva neonatale con monitoraggio durante e dopo l'intervento e con la possibilità di attuare tutte le manovre rianimatorie che si rendano necessarie in caso di emergenza.

Dopo la procedura:

- Il neonato deve essere sottoposto a monitoraggio della FC, FR, SpO₂, temperatura corporea sia durante che nelle 12-24 ore dopo l'intervento.
- Particolare attenzione deve essere posta al controllo metabolico (ipoglicemia, ipocalcemia) e alle eventuali crisi emolitiche post EXT (controllo dell'emoglobinuria e dell'Ematocrito).
- La TSB deve essere controllata prima e al termine dell'intervento e poi ogni 4-6 ore fino a stabilizzazione.
- Dopo l'intervento va continuato il trattamento fototerapico intensivo.
- Deve essere previsto un follow-up a breve termine per l'anemia tardiva.

- L'alimentazione va sospesa durante e nelle 6 ore successive all'intervento e può essere ripresa se non ci sono complicanze (sempre preferibile l'alimentazione al seno o con latte materno)¹.

La Società Svizzera di Neonatologia fornisce nel documento delle raccomandazioni "Schiarimenti e terapia dei neonati itterici a partire dalla 35 0/7 settimana di gravidanza" la tabella sottostante con i valori soglia⁵.

| | Fototerapia | Exsanguinotrasfusione |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Neonati a termine > 2500g, sani | 320 - 350 $\mu\text{mol/l}$ | 400 - 430 $\mu\text{mol/l}$ |
| Neonati a termine > 2500g, malati o con emolisi | 230 - 300 $\mu\text{mol/l}$ | 350 - 370 $\mu\text{mol/l}$ |
| Prematuri a 35 - 36 sdg o neonati a termine < 2500g | 200 - 260 $\mu\text{mol/l}$ | 270 - 320 $\mu\text{mol/l}$ |

Tabella 1: Indicazione alla terapia. Nel caso di un ittero prima di 48 ore di vita il limite inferiore viene spostato verso il basso secondo la valutazione clinica individuale.

CAPITOLO II

ALLATTAMENTO AL SENO E ITTERO:

2.1 Ittero da “latte materno”

L'ittero da latte materno, non è un'indicazione per interrompere l'allattamento al seno, infatti è importante ricordare che quest'ultimo non va mai sospeso. Alla madre viene consigliato quindi di trattare questo tipo di ittero allattando più frequentemente o per i periodi più lunghi; se questa tipologia di ittero si sviluppa alla nascita del bambino, entro 2/3 giorni, la patologia non è data dal latte ma bensì da uno scorretto allattamento (dove il bambino non ha una corretta suzione) accompagnato, ovviamente, da un calo di peso del neonato.

Il vero ittero da latte materno si sviluppa dopo 20/30 giorni dalla nascita del bambino, ed è dato dalla presenza del *pregnandiolo* (sostanza contenuta nel latte della madre) che tende a non far coniugare la bilirubina e ne rallenta la sua metabolizzazione, aumentando così il riassorbimento di quest'ultima nell'intestino, alterandone così i valori.

In linea generale, questa tipologia di ittero viene ritenuta fisiologica, infatti, tende a risolversi autonomamente senza l'utilizzo di terapia.

I livelli della bilirubina dovranno comunque essere tenuti sotto controllo, attraverso il prelievo capillare, e se il pediatra lo ritiene necessario, verranno effettuati prelievi ematici per verificare la possibile presenza di infezioni.

2.2 I benefici dell'allattamento al seno

L'offerta del seno materno al bambino è un diritto indiscutibile delle madri e dei loro figli, e dovrebbero essere compiuti tutti gli sforzi per promuovere, seguire e mantenere l'allattamento al seno esclusivo fino a 6 mesi e integrarlo fino al compimento dei 2 anni di età.

In letteratura sono disponibili molte pubblicazioni sulle qualità del latte materno, sui suoi benefici e sulle ripercussioni sulla salute, stimolando la pratica dell'allattamento al seno e sostenendo campagne per la sua attuazione⁶.

L'allattamento al seno ha molti benefici per la salute, sia a breve che a lungo termine, per i neonati e le loro madri. Esiste un numero crescente di studi che riportano le associazioni tra l'allattamento al seno e la protezione a lungo termine contro le malattie croniche.

Le prove della ricerca recente sono riviste in questo studio, sulla base di precedenti revisioni autorevoli.

Le recenti revisioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui benefici a breve e lungo termine dell'allattamento al seno hanno concluso che vi era una forte evidenza di molti benefici per la salute pubblica dell'allattamento al seno⁷.

2.2.1 Vantaggi per il neonato

Il latte materno soddisfa appieno le esigenze dei neonati, inoltre la proteina del latte materno risulta essere facilmente digeribile dal neonato, mentre le proteine presenti nel latte vaccino sono più difficili da digerire.

Una digestione rapida equivale ad allattamento frequente, tale situazione è la più appropriata allo stomaco del neonato e al suo costante bisogno di contatto. Un frequente allattamento al seno riduce inoltre il rischio di coliche nel bambino. Inoltre, il latte materno si modifica in base alla crescita del bambino, in modo tale da soddisfare le esigenze di cui il suo metabolismo necessita, per esempio, il neonato ha bisogno di espellere i liquidi presenti nell'intestino e il colostro ha funzione lassativa, quindi facilita l'eliminazione dei suddetti liquidi.

Molti studi, effettuati anche dall'American Academy of Pediatrics, evidenziano che l'allattamento esclusivo al seno è considerato come un importante fattore protettivo verso la SIDS (sindrome da morte improvvisa neonatale). Il latte materno contiene anche numerosi elementi fondamentali per la crescita del neonato come ad esempio:

- Vitamine;
- Sali minerali;
- Anticorpi che rafforzano il sistema immunitario del bambino;
- Acidi grassi polinsaturi che favoriscono lo sviluppo del cervello;

È stato inoltre dimostrato che l'incidenza di alcune patologie e problematiche, venga ridotto grazie all'allattamento al seno e tra queste ricordiamo: la ridotta incidenza e durata della diarrea, ridotta incidenza di otiti e di infezioni respiratorie acute, protezione contro sepsi, meningite, infezioni urinarie e malattie intestinali.

Numerosi studi hanno dimostrato come l'allattamento al seno riduca anche il rischio di obesità dei bambini durante l'infanzia; tale diminuzione del rischio viene spiegata dal fatto che nutrendosi al seno il bambino impara maggiormente a regolare l'appetito e ad aumentare il controllo sul consumo.

2.2.2 Vantaggi per la madre

I vantaggi dell'allattamento al seno non sono però solo per il neonato, ma anche per la madre.

Infatti la letteratura esistente rivela che esiste una relazione positiva tra l'allattamento al seno e la diminuzione del rischio di cancro al seno, cancro dell'epitelio ovarico e osteoporosi che porta alla frattura dell'anca. Alcuni studi suggeriscono l'effetto dell'allattamento al seno sulla diminuzione del rischio di artrite reumatoide, altri menzionano la relazione tra l'allattamento al seno e una più rapida perdita di peso acquisita durante il periodo gestazionale. Diversi studi dimostrano come l'allattamento al seno interferisca con l'inizio delle mestruazioni postnatali e la conseguente distanza tra le nascite⁸.

Sono stati anche evidenziati benefici a livello psicologico sia della madre che del bambino, infatti possiamo notare che attraverso questo contatto fisico-emotivo, il neonato tende a piangere meno frequentemente e appare più tranquillo e stabile rispetto a quelli nutriti con latte artificiale e la mamma si sente maggiormente appagata.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che “La grande maggioranza delle madri può e dovrebbe allattare, così come la grande maggioranza dei neonati può e dovrebbe essere allattata. Solo in circostanze eccezionali il latte di una mamma può essere considerato inadatto al suo neonato; nella maggioranza delle condizioni di salute che riguardano la mamma o il bambino, l'allattamento dovrebbe continuare⁹.”

Dobbiamo però comunque ricordare che l'allattamento al seno non è un obbligo, infatti una madre può realmente credere che, quando l'allattamento è difficile, il suo benessere emotivo sia più importante della salute del suo bambino¹⁰.

“Quando tutta l'attenzione si focalizza su ciò che ‘è meglio per il bambino’, svalutiamo le madri e il loro benessere fisico ed emotivo. Io sono stata più felice, più rilassata e meno stressata quando sono passata alla formula con il mio figlio maggiore. Questo è importante da riconoscere, anche se mi sparano addosso per questo. Ero più felice. E questa è stata decisamente la cosa migliore per i miei bambini”¹¹.

CAPITOLO III

IL RUOLO CHE INVESTE L'INFERMIERE NEL SUPPORTO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO E LA LIAISON MADRE-BAMBINO.

L'IMPORTANZA DEL FAMILY CENTRED CARE

3.1 La posizione dell'infermiere nel sostegno all'allattamento al seno materno.

Sostenere madre e bambino nell'esperienza dell'allattamento, individuando e rispondendo ai loro bisogni in modo personalizzato: ecco l'importanza dell'infermiere consulente per l'allattamento.

Allattare è per alcuni versi un istinto naturale, per altri è decisamente un comportamento appreso, e come tale può andare incontro alle problematiche più svariate. Dalle difficoltà di attaccamento o di suzione del bambino, alla comparsa di ragadi sul seno materno, alla mancanza di un valido sostegno in ambito familiare.

La vita della madre “nutrice” può, in un periodo già di per sé delicato, essere messa a dura prova.

Se poi si trova in un contesto di particolare fragilità, dove il bambino viene ricoverato in patologia neonatale o in alcuni casi più gravi e complessi in terapia intensiva neonatale, una mamma potrebbe interrompere l'allattamento a causa del distacco che inevitabilmente subisce dal suo bambino nato con patologie.

Queste mamme dal punto di vista psicologico sono molto fragili, spesso hanno avuto un cesareo d'emergenza e i figli vengono loro portati via senza che abbiano prima l'opportunità di vederli. Così si svegliano dall'anestesia generale senza pancia e senza figlio e lo rivedono in terapia intensiva, magari dopo due o tre giorni dal parto e non riescono neanche ad avvicinarsi

In questi casi c'è un lavoro sia pratico, sia psicologico da fare e bisogna prima lavorare sulla mamma per poi arrivare al bambino. L'approccio deve essere sicuramente molto

*delicato, perché i bimbi restano ricoverati per tanto tempo e a volte non possono subito cominciare ad alimentarsi al seno, per cui le mamme devono tirare il latte per periodi anche molto lunghi. Ma è fondamentale far capire a queste mamme che quando il bambino è in ospedale, il latte materno non è solo importante, ma fondamentale quanto può essere un farmaco*¹².

3.1.1 Fattori che possono rendere inefficace l'allattamento al seno

Determinati fattori però, secondo alcuni studi riportati, potrebbero portare a un allattamento al seno materno “difficile”:

- In caso di ittero la capacità di suzione e di attaccamento al seno del neonato potrebbero risultare ridotte o inadeguate, va quindi monitorata la qualità della suzione e dell'attaccamento al seno.
- I neonati posti in fototerapia possono essere soggetti a fenomeni di letargia, irritabilità e inappetenza, tutto ciò potrebbe comportare ulteriori difficoltà nell'allattamento esclusivo al seno.
- Il trattamento con fototerapia potrebbe inoltre causare dei disturbi nella relazione tra la mamma e il suo bambino dovuti ad una separazione forzata¹³.

Da ciò che è stato messo in evidenza, in caso di ittero è quindi importante che l'allattamento esclusivo venga incoraggiato e che si cerchi di evitare l'introduzione di latte artificiale o supplementi

Nel caso in cui il bambino mostri un'eccessiva perdita di peso indicativa di un inadeguato apporto calorico, delle difficoltà nella produzione di latte da parte della mamma e/o un evidente disidratazione del neonato, può essere indicato un supplemento e si dovrebbe preferire il latte materno tirato con le apposite pompe tiralatte, il latte materno offerto da altre mamme, o come opzione ultima il supplemento con latte artificiale¹⁴.

È ormai risaputo che il latte materno è l'alimento di prima scelta per i neonati ed è di estrema importanza per lo sviluppo del bambino, rappresentando inoltre un'esperienza importantissima per la diade mamma-bambino¹⁵.

3.1.2 Il consulente per l'allattamento

Quando si presentano quindi queste vicende entra in gioco il **consulente per l'allattamento**, figura ormai riconosciuta a livello internazionale e sempre più presente anche in Italia.

Non è un vero e proprio titolo ma una certificazione che l'International board certified lactation consultant (Ibclc) rilascia dopo un percorso di formazione teorico-pratico, diverso a seconda della formazione di base, e una prova d'esame. Il consulente per l'allattamento è dunque un infermiere opportunamente formato, il quale possiede le capacità e le conoscenze adatte per individuare e riconoscere i bisogni della coppia madre-bambino, favorirne una buona sincronizzazione e trovare insieme le modalità migliori per assicurare una nutrizione adeguata, riducendo di conseguenza tutti quei rischi che potrebbero inficiarne la riuscita.

Un sondaggio online sull'allattamento al seno e l'educazione alla lattazione umana offerto nel curriculum PNP (pediatric nurse practitioner) è stato inviato a tutti i programmi PNP negli Stati Uniti con informazioni di contatto valide (N = 84).

Il tasso di risposta è stato del 42,9%; tutti gli intervistati hanno indicato che il loro programma di studi PNP include la promozione dell'allattamento al seno.

Tuttavia, il 5,9% dei programmi non offre corsi che incorporano questi argomenti e il 73,5% insegna questo contenuto solo in uno o due corsi.

Più di tre quarti dei programmi (81,8%) offrono opportunità per consigliare le future mamme sulle scelte di alimentazione del neonato, promuovere l'allattamento al seno in ambito clinico e insegnare le tecniche di allattamento. Ciononostante, il 18,2% dei programmi non offre nessuna di queste opportunità¹⁶.

L'infermiere riveste quindi un ruolo chiave all'interno di tale momento ed è lui che sostiene, aiuta e incoraggia l'allattamento al seno. Educa la madre all'allattamento al seno attraverso il **counseling**. Fondamentale nella messa in atto di questa abilità è la capacità di comunicazione chiara ed efficace, essa assume importanza particolare nel momento in cui si devono fornire le informazioni e si devono definire degli obiettivi di cura con i pazienti. Nell'ambito delle cure gli infermieri ed i curanti in generale si trovano a dover educare i pazienti e le loro famiglie in merito ai cambiamenti che una patologia o un intervento potrebbero comportare e alla routine dell'autocura.

Educare però non vuol dire trasmettere unicamente delle informazioni, bensì è necessario mettere in atto una comunicazione efficace che permetta al paziente di capire a fondo le

informazioni trasmesse, così che le possa utilizzare per prendere delle decisioni consapevoli sulla propria salute. Un buon counseling informativo messo in atto da un **infermiere** migliora quindi la conoscenza e la soddisfazione del paziente, riducendo così i livelli di ansia e di possibili depressioni in pazienti e famigliari¹⁷.

3.1.3 Strategie: Posizioni di allattamento

Allattare in posizione sdraiata:

- Posizione laterale: La mamma e il bebè poggiano su un fianco, pancia a pancia, vicinissimi. Questa posizione è consigliata soprattutto di notte o se nell'arco della giornata si desidera rilassarsi un po' durante l'allattamento.
- Posizione pancia contro pancia: La mamma siede in posizione semieretta o sta sdraiata con il busto sollevato e si appoggia comodamente a un cuscino. Il bebè è sdraiato nudo o vestito a pancia in giù sul seno nudo.

Allattare in posizione seduta:

- Posizione a rugby: Il dorso del bebè poggia sul braccio della mamma, la quale sostiene la sua testa con la mano, e le gambine stanno dietro. Un cuscino per l'allattamento fa sì che la mamma non debba sostenere il peso del bebè interamente con la sua forza muscolare.
- Posizione classica a culla: Il bebè poggia sul braccio della mamma sul fianco, in modo che il suo corpo sia interamente rivolto verso la mamma. La mano della mamma sostiene il suo sederino.
- Posizione a culla modificata: Anche in questa posizione il bebè sta in braccio alla mamma sul fianco e il suo corpo è interamente rivolto verso di lei. Se è appoggiato sul fianco destro, la mamma lo deve tenere con il braccio sinistro, in modo che il suo avambraccio lo sostenga e la testina del lattante poggi sulla mano della mamma.

3.1.4 Strategie: supporti per allattamento

- Cuscino per allattamento: progettato specificamente **per l'allattamento**. Ospiterà un posto a sedere **per** il bambino, facendolo sentire rilassato mentre può anche aiutare la mamma che allatta a sentirsi più a suo agio e aiutare ad elevare la testa del bambino all'altezza desiderata senza troppe difficoltà.
- Paracapezzoli: dispositivi di diverso materiale, i più comuni e consigliabili sono quelli in silicone, ma ne esistono ancora anche in caucciù, che si applicano sui capezzoli con l'obiettivo di facilitare l'allattamento al seno. “Diciamo subito che, come tutti gli strumenti, i paracapezzoli possono avere vantaggi ma anche svantaggi, soprattutto se usati in modo improprio” avverte Losa. “Per questo, il consiglio fondamentale è **utilizzarli sotto il controllo di un operatore esperto**, non da sole 'perché me l'ha detto un'amica o mia suocera', e tendenzialmente per breve tempo” afferma Losa¹⁸.
- Tiralatte: Il tiralatte è un dispositivo meccanico che permette di estrarre il latte dalle mammelle di una donna durante l'allattamento. I tiralatte possono essere manuali azionati con il movimento delle mani o dei piedi oppure elettricamente con alimentazione mediante rete elettrica o a batteria.

Le ragioni per cui può servire un tiralatte sono essenzialmente tre:

1. **Somministrare** latte materno a un bambino quando non può farlo direttamente la madre dal seno (separazione madre – bambino, ad esempio per motivi di salute di uno dei due o per il rientro a lavoro della madre).
2. **Aumento** e/o mantenimento della produzione di latte (bambino prematuro, ricoverato, con difficoltà ad attaccarsi al seno, stimolazione supplementare del seno se la produzione di latte è inadeguata, rilattazione o allattamento di bambino adottivo, mantenimento della produzione se la madre non può allattare per un periodo a causa di farmaci controindicati).
3. **Drenaggio** del seno (nel caso in cui, come dall'esempio della spremitura manuale, il seno è troppo pieno e oltre a far male può rendere difficoltoso l'attacco per il bambino, quindi anche nel caso di ingorgo o mastite)¹⁹.

3.2 Legame madre-bambino

Specie quando si sviluppano delle situazioni in cui il neonato ha bisogno di cure ospedaliere, come ad esempio nel nostro caso dove osserviamo i neonati affetti da ittero (in questo caso patologico) è importante favorire il rapporto e contatto tra la madre e il neonato.

Fondamentale è il contatto pelle a pelle precoce, idealmente entro un'ora dalla nascita, aiuta a rilasciare impulsi ormonali che incoraggiano il neonato a trovare il seno e a iniziare a succhiare dal capezzolo²⁰.

Uno studio ha rilevato che i neonati che hanno trascorso più di 50 minuti in posizione pelle a pelle hanno sviluppato una probabilità otto volte maggiore di alimentarsi al seno spontaneamente.

Il contatto pelle a pelle non è però importante soltanto nella prima ora; è infatti uno strumento eccezionale ogni volta che il bambino ha bisogno di essere calmato o confortato oltre che per stimolare la tua produzione di latte, inoltre regola la frequenza cardiaca e la respirazione, mantenendo la temperatura del bambino perfetta e contribuendo al costante corretto livello degli zuccheri nel sangue.

Durante il contatto pelle a pelle viene rilasciata anche l'ossitocina (ormone prodotto dall'ipotalamo e secreto dalla neuroipofisi); questo ormone gioca un ruolo centrale durante il travaglio e il parto e successivamente nel processo di allattamento. Più recentemente è stato anche indicato come elemento chiave nelle interazioni sociali e nelle reazioni sentimentali, da questo il soprannome di "ormone dell'amore".

L'ossitocina, possiede inoltre proprietà ansiolitiche e antidepressive e può proteggere dalla depressione post-partum²¹.

Si ritiene inoltre che il rilascio precoce di ossitocina prepari il cervello ad allattare il bambino e che stimoli il seno a produrre il latte.

Tatto, odore e udito sono elementi fondamentali per favorire la stabilizzazione di questo rapporto e renderlo giornalmente più forte.

3.3 Family Centred Care

Negli anni, analizzando i ricoveri pediatrici e neonatali, si è vista l'esigenza di creare un punto di riferimento per quelle famiglie che si trovano ad affrontare situazioni difficili dopo la diagnosi medica di una patologia legata al proprio bambino.

La teoria della Family Centered Care, che riconosce l'importanza della presenza dei genitori, si è sviluppata a partire dagli anni '50 del secolo scorso da un punto di vista psicologico.

La prima descrizione della presenza materna in ospedale è del 1958, in un progetto sperimentale nel quale si consentiva alle madri di restare insieme ai bambini in unità specialmente designate. Da qui si inizia a sostenere che le infermiere avessero un ruolo nel promuovere l'assistenza psicologica dei bambini ospedalizzati e dovessero dedicare del tempo a insegnare alle madri come prendersi cura dei loro bambini che non godevano di ottima salute.

Il benessere del bambino è inestricabilmente legato al benessere della sua famiglia e della comunità in cui vive.

La "Family Centered care" è una modalità di pratica assistenziale che riconosce la centralità della famiglia nella vita del bambino con problemi di salute e l'inclusione del contributo e del coinvolgimento della famiglia nel piano assistenziale.

Il concetto di fondo è che occorre prestare attenzione e cercare di soddisfare i bisogni non solo del bambino ma quelli di tutta la famiglia impegnata accanto a lui nel processo di recupero della salute e dell'autonomia.

L'assistenza centrata sulla famiglia consiste quindi, tra l'altro, nell'offrire alla famiglia la possibilità di prendersi cura del bambino ospedalizzato **sotto la supervisione dell'infermiere** attraverso un processo di coinvolgimento, partecipazione e collaborazione.

L'obiettivo è mantenere e rinforzare i ruoli all'interno della famiglia e i legami tra di essa ed il bambino ricoverato, per promuovere la normalità del funzionamento familiare.

"Il supporto professionale al bambino e alla famiglia attraverso un processo di coinvolgimento, partecipazione e condivisione, sostenuto da empowerment e negoziazione"²².

L'assistenza centrata sulla famiglia richiede che l'infermiere posseda ed usi conoscenze professionali e abilità per supportare la partecipazione del bambino e della famiglia nell'ambiente ospedaliero e nella comunità. L'assistenza centrata sulla famiglia non deve essere la stessa per ogni famiglia ma deve essere adattata alle caratteristiche di ciascuna famiglia e può cambiare anche per la stessa famiglia durante il percorso terapeutico del bambino.

Nello schema di continuità nella pratica dell'assistenza pediatrica le famiglie devono potersi muovere in qualsiasi direzione, in qualsiasi momento, in funzione delle proprie necessità specifiche.

Esistono varie modalità in cui la Family Centered Care può esplicarsi:

1. **Assistenza gestita dall'infermiere senza coinvolgimento della famiglia.** Situazioni in cui la famiglia non può o non è disposta a essere coinvolta. È comunque un'assistenza centrata sulla famiglia perché l'infermiere fornisce assistenza di tipo familiare anche in assenza della famiglia.
2. **Assistenza gestita dall'infermiere con coinvolgimento della famiglia.** La famiglia è coinvolta nell'assistenza di base, come l'alimentazione, l'igiene e/o il supporto emozionale. L'infermiere guida l'assistenza.
3. **Assistenza gestita dall'infermiere con partecipazione della famiglia.** Si stabilisce un buon rapporto di collaborazione e la famiglia partecipa a certi aspetti dell'assistenza che vengono concordati.
L'infermiere ha la supervisione dell'assistenza e se necessario, insegna alcuni aspetti dell'assistenza alla famiglia.
4. **Stato di parità, condivisione dell'assistenza da parte della famiglia.** Il ruolo dell'infermiere cambia, e diviene di supporto, mentre il ruolo della famiglia viene potenziato nel fornire l'assistenza primaria; il rapporto con l'infermiere diviene paritetico.
5. **Assistenza guidata dai genitori, infermiere come consulente.** La famiglia è ormai esperta in tutti gli aspetti dell'assistenza. C'è un rapporto reciproco di rispetto con l'infermiere, al quale ci si rivolge di tanto in tanto per una consulenza.

3.4 Raccomandazioni scientifiche sull'allattamento al seno dei neonati con iperbilirubinemia

Raccomandazioni Secondo le raccomandazioni della **Società Svizzera di neonatologia**, nel corso di un trattamento fototerapico è possibile effettuare delle pause che permettano alle mamme di allattare i propri bambini.

Tali raccomandazioni fanno riferimento a neonati sani e/o con ittero a partire da 35 0/7 settimane di gravidanza e/o con un peso corporeo superiore ai 2 Kg. Al fine di ridurre il rischio di un'iperbilirubinemia nei neonati è fondamentale un apporto ottimale di energia e di liquidi nei primi giorni di vita, le mamme di neonati itterici, dovrebbero quindi poter continuare ad allattare liberamente, con una frequenza di 5-8 volte al giorno durante la montata latte e 8-12 volte al giorno in seguito.

È stato dimostrato che favorendo il contatto mamma-bambino, garantendo un adeguato apporto di latte e di conseguenza un adeguato apporto calorico durante la poppata, si migliorerebbe in molti casi l'ittero neonatale²³.

L'attaccamento al seno precoce e l'assunzione da parte del neonato del colostro favoriscono ed aumentano il transito intestinale, così facendo riducono il riassorbimento enterale della bilirubina, diminuendo di conseguenza anche il rischio potenziale di sviluppare un ittero²⁴.

Le raccomandazioni per l'alimentazione dei neonati sani nei primi giorni di vita fanno riferimento ai principi della dichiarazione **dell'OMS e dell'UNICEF** per la promozione dell'allattamento al seno.

Quest'ultime affermano che il neonato dovrebbe essere allattato esclusivamente al seno, frequentemente e senza orari fissi, bensì su richiesta del bambino, inoltre nelle loro raccomandazioni affermano che l'allattamento naturale esclusivo dovrebbe essere la norma e che in genere ai neonati non andrebbe somministrato nient'altro che latte materno durante la permanenza in ospedale.

La somministrazione con tettarelle o biberon di acqua, soluzioni glucosate, preparati a base di latte, non solo risultano essere superflue, ma riducono la capacità di suzione del neonato e quindi lo stimolo materno alla lattazione, aumentando inoltre il rischio di infezioni e nel caso di preparati a base di latte, di sensibilizzazione alle proteine del latte vaccino²⁵.

3.5 Piano assistenziale infermieristico

Nome F. Cognome R.

Neonato, nato da parto vaginale il 18/07/2019. Primogenito. Al momento della nascita P.V. nella norma. Indice di Apgar 1° minuto: 9 – 5° minuto: 10. Peso: 3,600Kg. Colorito: roseo. In quarta giornata mostra segni di iperbilirubinemia (cute e sclere tendenti al giallastro). Effettuati screening neonatali.

23/07/2019: In 5° giornata il neonato viene ricoverato in patologia neonatale. Viene diagnosticato l'ittero.

Esami effettuati: PCR, BILIRUBINA FRAZIONATA E TOTALE, EMOCROMO, URINE. Da ripetere secondo prescrizione medica.

Monitoraggio dei P.V. orari.

ACCERTAMENTO DI BASE:

Il neonato F.R viene ricoverato in patologia neonatale per ittero secondario a iperbilirubinemia.

Parametri vitali nella norma, riposo spontaneo. Alimentazione da latte materno con aggiunta di latte artificiale su prescrizione medica.

ACCERTAMENTO MIRATO:

Il neonato presenta cute itterica, risulta soporoso e si nota un'aumentata sonnolenza.

Si alimenta con difficoltà al seno. Presenta un calo ponderale del >10%.

Gli esami ematochimici presentano iperbilirubinemia.

ENUNCIAZIONI DIAGNOSTICHE

- 1. D.I. DEFINIZIONE AP.:** Nutrizione inferiore al fabbisogno.

Caratteristiche definenti: Assunzione alimenti inadeguata, peso inferiore 10-20%, debolezza, sonnolenza.

Fattori correlati: Stato soporoso, appetenza diminuita.

- 2. D.I. DEFINIZIONE M.P:** Allattamento al seno inefficace.

Caratteristiche definenti: incapacità del bambino ad attaccarsi correttamente al seno, assunzione di alimenti inadeguata.

Fattori correlati: ansia della madre, debolezza e stanchezza del neonato.

3. D.I. DEFINIZIONE B.P: Coping materno inefficace

Caratteristiche definenti: insoddisfazione del ruolo materno, ansia, preoccupazione, stress.

Fattori correlati: ansia correlata alla patologia del neonato, senso di impotenza.

4. D.I. RISCHIO: rischio di lesioni da fototerapia.

Caratteristiche definenti: Possibili lesioni oculari e cutanee.

Fattori correlati: utilizzo della foto terapia.

5. P.C PROBLEMI COLLABORATIVI: Iperbilirubinemia

Enunciazione: Neonato soggetto a sviluppare un eccessivo livello di bilirubinemia.

Segni e Sintomi: Colorito itterico, sonnolenza, appetito diminuito, perdita di peso.

Monitoraggio: Monitoraggio dei P.V.

DIAGNOSI REALI

A.P. ¹Nutrizione inferiore al fabbisogno

M.P. ²Allattamento inefficace

B.P. ³Coping materno inefficace

DIAGNOSI DI RISCHIO

1- Rischio di lesioni da fototerapia

2- Rischio di compromesso attaccamento genitore-bambino

OBIETTIVI

1- **A.P:** Nutrizione inferiore al fabbisogno:

il neonato riprenderà peso entro 3 giorni; il neonato non avrà cali di peso ulteriori nei prossimi 4 giorni.

2- **M.P:** Allattamento al seno inefficace:

Il bambino riuscirà ad attaccarsi correttamente entro 2 giorni, il neonato sarà in grado di alimentarsi esclusivamente con latte materno entro 4 giorni.

3- **B.P:** Coping materno inefficace: la madre riuscirà ad affrontare la situazione entro 4 giorni, la madre mostrerà comprensione e apprensione entro 3 giorni.

PROBLEMI COLLABORATIVI:

Iperbilirubinemia: L'infermiere gestirà e ridurrà, insieme al pediatra, al massimo le complicanze dell'iperbilirubinemia.

Monitorerà il neonato e segnalerà eventuali complicanze.

INDICATORI E DESCRITTORI:

Iperbilirubinemia: neonato soggetto a sviluppare un altro livello di bilirubina.

Educare e tranquillizzare la madre attraverso le conoscenze infermieristiche, spiegarle come agisce la fototerapia e assicurandone il successo, stimolare il legame madre-bambino e l'allattamento al seno.

PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA

INTERVENTI INFERMIERISTICI PREVISTI (N.I.C)

1- **A.P:** Nutrizione inferiore al fabbisogno:

gestione della nutrizione, monitoraggio dell'alimentazione.

2- **M.P:** Allattamento al seno inefficace:

assistenza, counseling rivolto all'allattamento

3- **B.P:** Coping materno inefficace: counseling, sostegno emozionale, ascolto attivo.

N.O.C /RISULTATI ATTESI:

- 1- **A.P:** Nutrizione inferiore al fabbisogno:
stato nutrizionale ottimale, peso in aumento.
- 2- **M.P:** Allattamento al seno inefficace: Mantenimento dell'allattamento al seno,
apprensione riguardo le tecniche per l'allattamento al seno.
- 3- **B.P:** Coping materno inefficace: coping riuscito, livello di autostima ottimale,
fiducia nel ruolo genitoriale.

CONCLUSIONE

In conclusione, possiamo dire che l'allattamento al seno non va sospeso, anche quando si presenta una patologia come l'ittero neonatale patologico. Le organizzazioni mondiali che abbiamo citato, dichiarano infatti che questa modalità di allattamento è fondamentale perché fa sì che il neonato abbia il corretto apporto di liquidi e nutrienti, in maniera tale da evitare l'insorgenza di ittero neonatale e il miglioramento di questa patologia in caso in cui il bambino ne fosse già affetto.

Inoltre, viene incentivata la frequenza delle poppate, senza orari fissi ma assecondando le esigenze del proprio bambino; in particolare durante la permanenza ospedaliera, è fondamentale che il personale infermieristico informi la mamma sui vantaggi dell'allattamento al seno, spiegando che ausili artificiali dedicati alla lattazione, possono ridurre la capacità di suzione del neonato ed essere veicolo di infezioni.

Nel caso del neonato affetto da itterizia, l'allattamento al seno potrebbe presentare delle problematiche correlate al trattamento fototerapico che porta il bambino ad avere uno stato di sonnolenza e spossatezza che ne compromette anche la corretta suzione. Ed è proprio in questi casi "difficili" che l'infermiere deve, attraverso le sue conoscenze e la sua preparazione, aiutare affinché si completi in maniera corretta la suzione; però, in caso vengano rilevati cali di peso del bambino, dovuti a un apporto calorico insufficiente, una carenza di latte da parte della mamma o stato di disidratazione neonatale, gli studi hanno mostrato varie soluzioni, ribadendo l'importanza del latte materno e affermando che il latte artificiale dovrebbe essere l'ultima ratio.

Questo mio elaborato era mirato a dimostrare l'importanza dell'allattamento al seno, il ruolo fondamentale dell'infermiere nell'affiancamento alla mamma in un momento delicato e in particolare, ho focalizzato il mio studio sull'ittero neonatale.

Questa mia sensibilità verso l'argomento è stata incentivata dal mio tirocinio clinico nell'U.O di pediatria e patologia neonatale, dove mi sono trovata a contatto diretto con questa patologia

e alle problematiche inerenti, quali sono state affrontate con professionalità e umanità da tutto il personale infermieristico e medico.

In fine, possiamo dire quindi che, l'ittero neonatale patologico al giorno d'oggi (fortunatamente) è una malattia curabile attraverso trattamenti specifici e mirati, ma non solo, come abbiamo potuto vedere, è fondamentale il rapporto madre-bambino, l'allattamento al seno materno e l'impegno da parte degli infermieri nell'educare e aiutare la madre ad affrontare al meglio questa situazione che potrebbe causare stress alla neomamma e al bambino.

BIBLIOGRAFIA

1-Romagnoli C, Barone G, Pratesi S, Raimondi F, Capasso L, Zecca E, Dani C.; Task Force for Hyperbilirubinaemia of the Italian Society of Neonatology. Italian guidelines for management and treatment of hyperbilirubinaemia of newborn infants ≥ 35 weeks' gestational age. *Ital J Pediatr.* 2014 Jan 31;40(1).

5- Arlettaz, R., Blumberg, A., & Buetti, L. (2006). Schiarimenti e terapia dei neonati itterici a partire dalla 35 0/7 settimana di gravidanza.

6-Del Ciampo LA, Del Ciampo IRL. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018 Jun;40(6):354-359. English. doi: 10.1055/s-0038-1657766. Epub 2018 Jul 6. PMID: 29980160.

7-Binns C, Lee M, Low WY. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pac J Public Health.* 2016 Jan;28(1):7-14. doi: 10.1177/1010539515624964. PMID: 26792873.

8-Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher [Benefits of breastfeeding and women's health]. *J Pediatr (Rio J).* 2004 Nov;80(5 Suppl): S142-6. Portuguese. doi: 10.2223/1247. PMID: 15583764.

9-WHO 2003 Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, clause 18, page 10.

11-Kristina Wright. 8 Reasons to Formula Feed Your Baby, July 10, 2015.

12-Patrizia Amadio, infermiera e consulente per l'allattamento presso la terapia semi intensiva neonatale dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù

13-Marchioni, G., Salerno, S., Scalorbi, S., & Quarella, P. (2014). *Infermieristica in area materno-infantile*. (pp.1-400) Milano: McGraw-Hill Education.

14-Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. (2010). ABM clinical protocol. #22: guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant equal to or greater than 35 weeks' gestation. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 5(2), 87–93.

15-Egli F., & Frischknecht K. (2004). *Sicurezza, amore e latte materno: consigli sull'allattamento, sul latte materno e sull'estrazione del latte rivolti a genitori di prematuri e di neonati malati (2a ed)*. S.l.: s.n.

16-Boyd AE, Spatz DL. Breastfeeding and human lactation: education and curricular issues for pediatric nurse practitioners. *J Pediatr Health Care*. 2013 Mar-Apr;27(2):83-90. doi: 10.1016/j.pedhc.2011.03.005. Epub 2011 Aug 15. PMID: 23414973.

17-Freshwater, D., & Sasso, L. (2004). *Le abilità di counselling: percorsi di sviluppo delle competenze relazionali per infermieri e ostetriche*. Milano: McGraw-Hill

20-Klaus M. Mother and infant: early emotional ties. *Pediatrics*. 1998;102(E1):1244-1246.

21-Kim S et al. Oxytocin and postpartum depression: delivering on what's known and what's not. *Brain Res*. 2014; 1580:219-232.

23- Wambach, K. (2016). *Breastfeeding and human lactation (5th ed.)*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers.

24-Marchioni, G., Salerno, S., Scalorbi, S., & Quarella, P. (2014). *Infermieristica in area materno-infantile*. Milano: McGraw-Hill Education

25-OMS/UNICEF. (1989). L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno.
L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità

SITOGRAFIA

2-<http://www.ospedalebambinogesu.it/ittero#.X6lr3lRKifA>

3-<http://www.ospedalebambinogesu.it/ittero#.X6lzIVRKifB>

4-<https://medicinaonline.co/2016/10/30/bilirubina-diretta-e-indiretta-ittero-significato-patologie-collegate/>

12-<https://www.lli.org/con-quale-frequenza-realmente-lallattamento-fallisce/>

14-<https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-pediatico/allattamento-seno-supporto-infermieristico.html>

22-<https://www.nostrofiglio.it/neonato/allattamento/paracapezzoli>

23-<https://www.bambinonaturale.it/2010/04/il-tiralatte-quando-serve-come-usarlo/>

26-<https://www.stateofmind.it/tag/ossitocina/>

28-http://www.sisip.it/index.php?option=com_content&view=article&id=35&Itemid=36

30-http://www.sisip.it/index.php?option=com_content&view=article&id=35&Itemid=36

RINGRAZIAMENTI

Giunti al termine, ho piacere nel dedicare queste ultime pagine per ringraziare tutti coloro che mi sono stati vicini e mi hanno permesso di raggiungere questo traguardo.

I miei più sentiti ringraziamenti vanno alle persone che mi hanno seguita e supportato durante questo lavoro:

La Dott.ssa Valentina Simonetti, in veste di relatrice; va a lei un ringraziamento speciale, per i suoi insegnamenti e la sua disponibilità.

La Dott.ssa Alessandra Catasta, coordinatrice dell'unità operativa di Pediatria presso l'ospedale Civile Madonna del Soccorso, per essermi stata accanto e per aver condiviso con me le sue conoscenze in merito alla mia tesi.

Il Dottor Sergio Agostinelli, per avermi aiutata nel redigere la parte clinica del mio lavoro.

Ringrazio le persone che mi sono state più accanto durante questo percorso, Chiara, Asia e Giulia, compagne di ogni avventura avvenuta durante questi tre anni, senza le quali non sarebbe stato lo stesso.

Ringrazio i miei amici, in particolare Sara, Luna, Fabrizia, Ilaria, Federica, Chiara e Dalila, per essermi sempre vicine e che, in un modo o nell'altro, hanno condiviso con me anni di gioie e sacrifici.

Ringrazio infinitamente i miei genitori, che hanno sempre creduto in me, anche nei momenti più difficili, dandomi la forza di andare avanti in ogni occasione; padre che mi ha sempre coccolato e spronato a dare il massimo. Mia madre, la roccia della nostra famiglia, che nonostante ne abbia passate tante, ha sempre trovato la forza di sorridere facendomi vedere sempre il lato positivo delle cose.

Grazie a mia sorella, la persona più importante della mia vita, il mio esempio da seguire, colei che per me è "semplicemente" tutto.

È per voi, che siete la mia famiglia, il mio punto di riferimento, la mia casa.