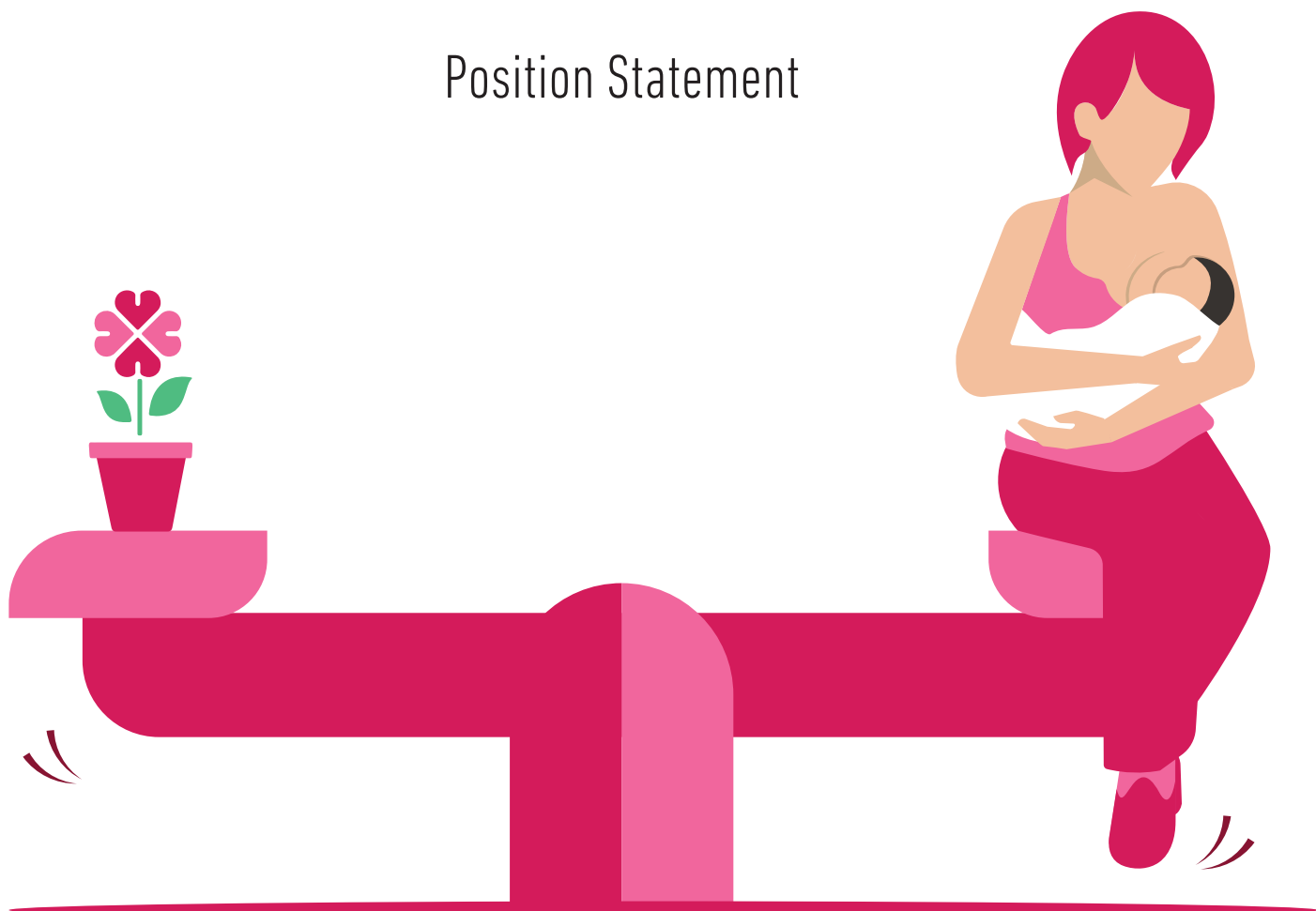




Ministero della Salute

ALLATTAMENTO e PROMOZIONE della SALUTE MATERNO-INFANTILE: FOCUS sulla SALUTE MENTALE

Position Statement



Febbraio 2023

Il documento è stato ideato e predisposto dal Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell' Allattamento del Ministero della Salute (TAS) e dall'UNICEF Italia, con il contributo di Società Italiana di Psichiatria (SIP), Società Italiana di Neurologia (SIN), Lega Italiana contro l'Epilessia (LICE), Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), Ordine Psicologi del Lazio.



Inoltre il documento è stato condiviso da Associazione Epilessia (AE), Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM), Fondazione ONDA e Vivere Onlus.



Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno (TAS)

- Riccardo Davanzo – Presidente, Istituto Materno Infantile IRCCS “Burlo Garofolo”, Trieste
- Ugo Della Marta - Ministero della salute - Direttore Generale DGISAN
- Giuseppe Plutino - Ministero della salute - DGISAN
- Roberto Copparoni - Ministero della salute - DISAN
- Giacomina Chiaradia - Ministero della salute - DGPRES
- Marco Silano - Istituto Superiore di Sanità
- Ida Andreozzi - Coordinamento Commissione Salute - Regione Campania
- Chiara Giovannozzi - Coordinamento Commissione Salute - Regione Piemonte
- Anna Domenica Mignuoli - Coordinamento Commissione Salute - Regione Calabria
- Guglielmo Salvatori - Rappresentante Medici pediatri
- Giuseppe Canzone - Rappresentante dei Medici ginecologi-ostetrici
- Patrizia Proietti - Rappresentante della FNOPO
- Chiara Toti - Rappresentante delle Associazioni e ONG per l'allattamento (La Leche League Italia Onlus - MAMI - Il Melograno)
- Veronica Carello - Ministero dell'Università e Ricerca
- Alessandro Vienna - Ministero dell'Istruzione e del Merito
- **Stefania Boscato** - Ministero del lavoro e politiche sociali
- Alessandra Sgroi - Dipartimento per le pari opportunità

UNICEF Italia

- Carmela Pace - Presidente UNICEF Italia
- Elisa Grifantini - Responsabile Area Advocacy
- Stefania Solare - Coordinatrice Programma Insieme per l'Allattamento
- Elise Chapin - Technical Officer Programma Insieme per l'Allattamento
- Benedetta Rossi - Coordinatrice Programmi Territoriali
- Patrizia Benvenuti - MHPSS focal point

SOCIETÀ' ITALIANA DI NEUROLOGIA

- Alfredo Berardelli, Presidente SIN, Università Sapienza, Roma
- Giancarlo Di Gennaro, IRCCS Neuromed, Isernia

- Paolo Calabresi, Policlinico Gemelli IRCCS, Roma
- Claudio Gasperini, Ospedale Camillo Forlanini, Roma

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

- Emi Bondi, Presidente

LICE (Lega Italiana contro l'Epilessia). Commissione Epilessia e Genere

- Barbara Mostacci, IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna
- Laura Tassi, Presidente LICE, Centro Munari Chirurgia dell'Epilessia e del Parkinson, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza)

- Elisa Fazzi, Presidente, Università di Brescia
- Carmela Bravaccio, vice Presidente, Università Federico II, Napoli

ORDINE PSICOLOGI del LAZIO

- Mirta Mattina e Antonella Sagone, Gruppo di Lavoro di Psicologia e Salute Perinatale

Hanno collaborato:

- Giovanna Perricone, Presidente della Società Italiana di Psicologia Pediatrica
- Paola Cardinali, psicologa clinica perinatale, Universitas Mercatorum, Roma

Note

Nota 1. Destinatari del documento. La seguente Position Statement è ad uso in particolare dei professionisti della Salute Mentale, inclusi quelli chiamati a svolgere funzioni di Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU).

Nota 2. Sulla terminologia. Nel corso del presente documento per convenzione: a) si è fatto riferimento all'allattamento al seno semplicemente col termine allattamento; b) si è utilizzato, per fluidità del testo, il genere maschile per indicare indifferentemente neonate o neonati, operatrici sanitarie ed operatori sanitari, ecc..

Indice

Capitolo 1.

Il valore dell'allattamento per la relazione madre-bambino/a e l'empowerment materno..... 8

Capitolo 2.

Allattamento e promozione dello sviluppo del bambino nel contesto familiare e sociale: interventi efficaci e buone pratiche. 12

Capitolo 3.

Diventare madri: allattamento e salute mentale 16

3.1 Riconoscere il disagio mentale 16

3.2 Allattamento e salute mentale: quale relazione? 20

3.2.1. Impatto complessivo delle patologie mentali sull'allattamento 20

3.2.2. Allattamento e depressione..... 21

3.2.3. Raccomandazioni dell'OMS e ruolo degli operatori sanitari..... 21

3.2.4. Le fasi di passaggio: il rientro a casa e il rientro alla vita lavorativa..... 23

3.3 Conclusioni..... 24

Capitolo 4.

L'allattamento della donna con malattie neurologiche 28

4.1 Emicrania 28

4.2 Epilessia 29

4.3 Sclerosi multipla 31

4.4 Conclusioni 33

Capitolo 5.

Le dipendenze e l'allattamento 37

5.1 Caffè..... 37

5.2 Consumo di alcol e tabacco..... 37

5.3 Marijuana 38

5.4 Abuso di sostanze e allattamento 39

5.5. Metadone 40

5.6. Sostanze d'abuso e sindrome di astinenza neonatale..... 40

Capitolo 6.

Farmaci neurotropi e allattamento	43
6.1 Parametri di valutazione e classificazioni di rischio.....	43
6.2 Il counselling sul rischio lattazionale	43

Capitolo 7.

Il personale sanitario dedicato alla salute mentale e i percorsi formativi sull'allattamento.....	48
7.1 Raccomandazioni sulla formazione professionale in allattamento	48
7.2 Durata dell'allattamento	48
7.3 Conclusioni.....	49

Capitolo 8.

Raccomandazioni finali su salute mentale ed allattamento	51
8.1 Allattamento come indicatore di salute.....	51
8.2 Allattamento come fattore di empowerment.....	51
8.3 Allattamento, malattie neurologiche e disturbi mentali	51

Premessa

Con il termine di **salute mentale**, l'OMS definisce lo stato di benessere nel quale il singolo individuo realizza il proprio potenziale, riesce a far fronte ai normali stress della vita e riesce a lavorare in maniera produttiva, risultando capace di dare il proprio contributo alla comunità di appartenenza (WHO 2019). Si comprende allora come il benessere mentale vada considerato come una componente preziosa del capitale umano e sociale.

I **disordini mentali** sono alterazioni del benessere mentale dell'individuo, caratterizzati da una combinazione di pensieri, emozioni, comportamenti e rapporti interpersonali tormentati (WHO 2019). La transizione alla genitorialità rappresenta un periodo sensibile all'interno del ciclo di vita individuale e familiare e può far emergere sia risorse personali e/o familiari, sia aspetti di crisi e di problematicità. La possibilità di autodeterminarsi, il senso di autoefficacia, l'espressione di competenze sono fattori protettivi rispetto all'insorgenza di disagio psichico. Nelle donne i disordini mentali esordiscono soprattutto in gravidanza e nel primo anno dopo il parto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce con accezione allargata "periodo perinatale". In questo periodo 1 donna su 5 è affetta da una condizione relativa alla salute mentale che, nella maggioranza dei casi, può essere gestita con il sostegno ricevuto da reti amicali e familiari e da altre donne (peers) o in occasione delle visite nell'ambito dell'assistenza materno-infantile (WHO 2022; Pezley L 2022). Cure aggiuntive specialistiche (psicologiche o psichiatriche) sono però necessarie per le donne con disagio mentale grave o prolungato. In alcuni casi, nonostante gli interventi di cura di tipo psicologico e psicosociale può rendersi necessario un trattamento con farmaci psicotropi.

Qualunque sia il livello di disagio mentale, risulta determinante che l'ambiente o il servizio sanitario, che supporta la donna, fornisca un'assistenza, che garantisca il rispetto (anche per quanto riguarda la riservatezza sulle informazioni cliniche che la riguardano) e che la protegga da ogni forma di stigma relativo alle sue condizioni mentali.

Bibliografia

1. Pezley L, Cares K, Duffecy J, et al. Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Int Breastfeed J.* 2022 Sep 5;17(1):67. doi: 10.1186/s13006-022-00501-9.
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. Mental Health. Fact sheet. WHO 2019; https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_Fact-Sheet_ENG.pdf.
3. World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization; 2022.

Il valore dell'allattamento per la relazione madre-bambino/a e l'empowerment materno

L'allattamento non costituisce la semplice somministrazione di un alimento adatto al bambino, bensì offre un'ampia gamma di effetti psicologici positivi ed un'opportunità per facilitare e rafforzare la consapevolezza materna sui propri bisogni e su quelli del bambino. La creazione di una relazione intima nella diade condiziona potentemente in senso positivo lo sviluppo cognitivo, emotivo e fisico del bambino. La difficoltà o il mancato sviluppo di un adeguato legame con il bambino può influire sulla responsività della donna ai bisogni del bambino e sulla capacità di allattare (WHO 2022).

Il contatto precoce, in particolare pelle a pelle, ed il contenimento del neonato favoriscono il benessere immediato del neonato (Comitato Italiano per l'UNICEF 2022). Questo è vero qualunque sia la sua età gestazionale alla nascita, come testimoniato nei pretermine dalla maggior stabilità neurovegetativa e della termoregolazione durante la *kangaroo mother care* (KMC) (Boundy 2016; Mekonnen 2019; WHO 2022a). Le madri che praticano la KMC dal canto loro presentano un minor rischio di depressione post partum (Mondkar 2022). Inoltre, la condivisione delle cure al neonato propria della KMC favorisce l'*empowerment* materno (Willson 2021).

La KMC risulta particolarmente utile nel promuovere l'allattamento proprio nelle donne, che hanno una scarsa o tardiva produzione di ossitocina a causa dell'inattesa ed anticipata nascita di un figlio differente da quello immaginato.

L'allattamento, infatti, favorisce i processi ormonali che inducono il rilascio di ossitocina e prolattina, che nel loro complesso aumentano la resilienza allo stress, favoriscono il rilassamento, consentendo alla donna di concentrarsi sul figlio e facilitando il *bonding*. La conseguente ridotta produzione di cortisolo sembra contrastare il rischio di sviluppare patologie psichiatriche. Livelli di cortisolo più bassi si riscontrano non solo nelle madri che allattano ma anche nei loro bambini, almeno per tutto il primo anno di vita, con ricadute positive sullo sviluppo infantile (Jonas 2018).

Come ha insegnato la recente pandemia da Covid-19, la relazione madre-bambino va tutelata anche in corso di eventi epidemici, ai fini di antagonizzare nella madre la frequente insorgenza di stress e depressione (Giusti 2021; Pacheco 2021; Abbasoglu 2022).

Poiché l'allattamento ha una funzione regolatrice sul ritmo sonno/veglia, le madri che allattano riferiscono più tempo di sonno totale, più energia quotidiana e migliore salute fisica rispetto alle madri che ricorrono alla formula. Gli alti livelli sierici (particolarmente di notte) di prolattina della donna che allatta incrementano il sonno profondo ad onde lente, facilitando

fra l'altro la "ricarica energetica" (Blyton 2002). Anche il latte materno presenta variazioni circadiane del suo contenuto in triptofano e melatonina che, agendo sull'orologio biologico, aiutano il bambino a rilassarsi, addormentarsi e riaddormentarsi dopo un risveglio (Italianer 2020). Molte famiglie incontrano difficoltà nell'affrontare le poppate notturne. Per ridurre di notte il ricorso alle supplementazioni di formula latte con possibile difficoltà diurna con l'allattamento, i genitori vanno aiutati a creare corrette aspettative sul sonno e sui ritmi alimentari del bambino per meglio adattarsi alla nuova vita familiare (Ball 2020). È pertanto di grande importanza che le professioniste ed i professionisti sanitari e gli altri *caregivers* siano aggiornati sulle caratteristiche del sonno infantile nei primi mesi e nei primi anni di vita al fine di offrire ai genitori informazioni corrette, contrastando la riproposizione di pregiudizi e stereotipi culturali sul sonno, che rischiano di diventare fuorvianti o addirittura colpevolizzanti per i genitori.

L'allattamento rafforza la consapevolezza materna d'essere capace di accudire il proprio figlio, di soddisfare i suoi bisogni e di crescerlo. Il senso d'autoefficacia materna con l'allattamento, particolarmente di un pretermine, migliora la relazione madre-bambino (Henshaw 2015; Rosenblad 2020; Strathearn 2009). Anche il bambino allattato, dal canto suo, sviluppa un proprio senso di autoefficacia, vedendo soddisfatti i propri bisogni comunicati alla madre, e piange meno. La madre, mostrando al bambino quanto lui sia importante, ne rafforza l'autostima. Un pattern di attaccamento sicuro sembra prevenire la comparsa in epoca adolescenziale di atteggiamenti e comportamenti aggressivi e violenti (Hayatbakhsh 2012). Le competenze emotive e relazionali del bambino si sviluppano precocemente e sono plasmate dalle influenze materne (Behrendt 2019). L'allattamento di per sé attiva nella madre anche le aree corticali implicate nel legame e nell'empatia, promuovendo lo sviluppo cognitivo del bambino (Kim 2011; Banerjee 2022).

Infine, ma non meno importante, va citato l'effetto che l'allattamento ha nel ridurre gli inevitabili disagi e lo stress della transizione da diade a triade.

Alcune donne possono certamente trovare difficoltà a favorire lo sviluppo di un attaccamento sicuro con i loro bambini per cause varie quali, ad esempio, una gravidanza indesiderata, esperienze traumatiche in età infantile, violenza domestica o disagio mentale (WHO 2022b); la violenza sessuale, in particolare, ha un pervasivo effetto negativo sulla qualità del sonno delle neomamme e sul rischio di depressione. Tali effetti sono meno gravi per le madri che allattano (Kendall-Tackett 2012).

Bibliografia

1. Abbasoglu A, Varnali H, Tekindal MA, Pala HG. Being a Mother under the COVID-19 Pandemic Lockdown: Evaluation of Perinatal Anxiety, Prenatal Attachment, and Maternal-Infant Attachment. *Am J Perinatol.* 2022 Sep 12. doi: 10.1055/a-1884-1260
2. Ball, H. L., Taylor, C. E., Thomas, V., et al. Development and evaluation of 'Sleep, Baby & You'-An approach to supporting parental well-being and responsive infant caregiving. *PLoS One* 2020; 15(8), e0237240. doi: 10.1371/journal.pone.0237240.
3. Banerjee, P. N., McFadden, K. E., Shannon, J et al. Does breastfeeding account for the association between maternal sensitivity and infant cognitive development in a large, nationally representative cohort. *BMC Pediatr* 2022; 2(1), 61. doi: 10.1186/s12887-022-03133-4.
4. Behrendt, H. F., Scharke, W., Herpertz-Dahlmann, B., et al. Like mother, like child? Maternal determinants of children's early social-emotional development. *Infant Ment Health J* 2019; 40(2), 234-247. doi: 10.1002/imhj.21765.
5. Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N. Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. *J Sleep Res.* 2002 Dec;11(4):297-303. doi: 10.1046/j.1365-2869.2002.00315.x
6. Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., et al.. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2016; 137(1), doi: 10.1542/peds.2015-2238.
7. Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus (2022). *Insieme per l'Allattamento: Guida all'applicazione dei Passi per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento nelle strutture del percorso nascita.* Edizione 2022. (Roma: Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus). Disponibile a: <https://www.unicef.it/guidaBFI> [Consultato: 30 settembre 2022].
8. Giusti, A., Zambri, F., Marchetti, F., et al. Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2021). Istituto Superiore di Sanità 2021, Roma. https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+2_2021.pdf/73969e59-08d9-3257-5cbe-649528d61788?t=1613387397571.
9. Hayatbakhsh MR, O'Callaghan MJ, Bor W, et al. Association of breastfeeding and adolescents' psychopathology: a large prospective study. *Breastfeed Med.* 2012 Dec;7(6):480-6. doi: 10.1089/bfm.2011.0136.
10. Henshaw EJ, Fried R, Siskind E, Newhouse L, Cooper M. Breastfeeding Self-Efficacy, Mood, and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. *J Hum Lact.* 2015 Aug;31(3):511-8. doi: 10.1177/0890334415579654. Epub 2015 Mar 31. PMID: 25829478.
11. Italianer, M. F., Naninck, E. F. G., Roelants, J. A et al. Circadian Variation in Human Milk Composition, a Systematic Review. *Nutrients* 2020; 12(8), doi: 10.3390/nu12082328.
12. Jonas W, Bisceglia R, Meaney MJ, et al. MAVAN Research Team. The role of breastfe-

- eding in the association between maternal and infant cortisol attunement in the first postpartum year. *Acta Paediatr.* 2018 Jul;107(7):1205-1217. doi: 10.1111/apa.14256.
13. Kendall-Tackett, K., Cong, Z., Hale, T. W. Depression, Sleep Quality, and Maternal Well-Being in Postpartum Women with a History of Sexual Assault: A Comparison of Breastfeeding, Mixed-Feeding, and Formula-Feeding Mothers. *Breastfeed Med* 2012 doi: 10.1089/bfm.2012.0024.
 14. Kim, P., Feldman, R., Mayes, L. C., et al. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52(8), 907-915. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02406.x.
 15. Mekonnen, A. G., Yehualashet, S. S., Bayleyegn, A. D.. The effects of kangaroo mother care on the time to breastfeeding initiation among preterm and LBW infants: a meta-analysis of published studies. *Int Breastfeed J* 2019; 1412. doi: 10.1186/s13006-019-0206-0.
 16. Mondkar J, Chawla D, Sachdeva RC, et al. Impact of mother-baby friendly initiative plus approach on improving human milk feeding for neonates in hospital: a quality improvement before-and-after uncontrolled study. *Eur J Pediatr.* 2022 Jan;181(1):107-116. doi: 10.1007/s00431-021-04141-9.
 17. Pacheco F, Sobral M, Guiomar R, et al. Breastfeeding during COVID-19: A Narrative Review of the Psychological Impact on Mothers. *Behav Sci (Basel).* 2021 Mar 14;11(3):34. doi: 10.3390/bs11030034.
 18. Rosenblad, A. K., Funkquist, E. L.. Self-efficacy in breastfeeding predicts how mothers perceive their preterm infant's state-regulation. *Int Breastfeed J* 2020; 17(1), 44. doi: 10.1186/s13006-022-00486-5.
 19. Strathearn, L., Mamun, A. A., Najman, J. M., O'Callaghan, M. J. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics* 2009 123(2), 483-493. doi: 10.1542/peds.2007-3546.
 20. Willson M, Kumar V, Darmstadt GL. Centering and humanizing health systems: empowerment through Kangaroo Mother Care. *J Glob Health.* 2021 Dec 11;11:03105. doi: 10.7189/jogh.11.03105.
 21. World Health Organization. (2022a). WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/11/17/default-calendar/launch-of-the-who-recommendations-for-care-of-the-preterm-or-low-birth-weight-infant>.
 22. World Health Organization (2022b). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. (Geneva: World Health Organization). Disponibile a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142> [Consultato: 29 Settembre 2022].

Allattamento e promozione dello sviluppo del bambino nel contesto familiare e sociale: interventi efficaci e buone pratiche.

“L’investimento nello sviluppo infantile precoce (Early Childhood Development - ECD) è un bene per tutti i Governi, imprese, comunità, genitori e *caregiver*, e, soprattutto, per neonati e bambini piccoli. Inoltre, è economicamente vantaggioso” (WHO/UNICEF 2018).

Oggi sappiamo che il periodo che va dal concepimento ai primi 2 anni di vita è il più critico per lo sviluppo del bambino ed in particolare del cervello, che cresce più velocemente che in ogni altro periodo della vita (UNICEF 2017).

Per favorire uno sviluppo sano, i bambini nei loro primi 1000 giorni hanno bisogno di un ambiente sicuro, protettivo e amorevole, di nutrizione e di stimoli adeguati, necessari all’apprendimento, da parte dei genitori o dei *caregiver* (Ministero della Salute 2019).

“Nutrire i bambini” significa non solo assicurare loro la nutrizione, ma anche la sicurezza e la salute, prestare attenzione e rispondere ai loro bisogni e interessi, incoraggiarli ad esplorare l’ambiente e interagire con i *caregiver* e gli altri. Bambine e bambini risulteranno maggiormente pronti da un punto di vista emotivo e cognitivo a far fronte ad eventi avversi e stressanti. Tutto questo inizia ancor prima della nascita, quando le madri e altri *caregiver* possono iniziare a parlare e a cantare al bambino, perché è ormai acquisito come il feto sia già in grado di udire ed il neonato capace di riconoscere la voce materna.

All’interno della *Nurturing Care Framework* (WHO/UNICEF 2018) ossia delle “cure che nutrono”, l’allattamento figura non solo come fonte di nutrimento, ma anche come veicolo per potenziare le altre componenti come lo stato di salute, l’interazione con genitori, l’apprendimento. “L’allattamento è più di un pasto, fornisce amore, rafforza il sistema immunitario del bambino, stimola lo sviluppo del cervello e la fiducia in se stessi, che durerà per sempre.”

Lo sviluppo di un legame di attaccamento sicuro e l’allattamento fin dalla nascita sono facilitati dalle buone pratiche descritte nell’Iniziativa OMS/UNICEF delle Strutture Amiche delle Bambine e dei Bambini (Comitato Italiano per l’UNICEF 2022): contatto pelle a pelle, allattamento, *rooming-in* e presenza di una persona di supporto a scelta della madre. Queste pratiche concorrono anche a stabilire le fondamenta per una nutrizione ottimale, per interazioni e cure di qualità. Questo va garantito a tutti i neonati, in particolare ai pretermine, ai neonati di basso peso ed a quelli affetti da malformazioni congenite. I servizi e gli operatori sanitari hanno la responsabilità di creare un ambiente di supporto per le famiglie prima della nascita, al parto e nei primi mesi di vita.

Per raggiungere gli obiettivi delle Nazioni Unite, dell’OMS, dell’Unione Europea e del Governo Italiano (Pizzi 2020; WHO 2020; Ministero della Salute 2020; Presidenza del Consiglio dei Mi-

nistri 2017), è necessario migliorare l'alimentazione nella prima infanzia, di cui l'allattamento è parte integrante, come indicato nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.

“Adottare un approccio *life-course*, a partire dai primi 1000 giorni (nonché in fase pre-concezionale) e lungo tutto il corso della vita, mira a ridurre i fattori di rischio individuali e a rimuovere le cause che impediscono ai cittadini scelte di vita salutari. L'allattamento, ad esempio, è elemento determinante per la salute e va, pertanto, protetto, promosso e sostenuto. Poiché il 50% dei disturbi mentali dell'adulto si manifesta prima dei 14 anni di età, le prime fasi della vita rappresentano un momento particolarmente importante in cui promuovere la salute mentale e prevenire l'insorgenza di disturbi mentali, anche attraverso interventi di formazione alle capacità genitoriali (*parental skills training*)” (Bestetti et al. 2022).

È fondamentale, inoltre, promuovere il ruolo del padre/partner in famiglia, nel sostegno alla diade madre-bambino, nell'adozione di stili di vita sani e in tutte le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di salute del bambino, nonché nella costruzione di un legame affettivo di qualità, che abbia le caratteristiche della genitorialità responsiva (WHO 2018).

Padri/partner possono influenzare in maniera importante le decisioni materne e, se informati e coinvolti nell'allattamento, si sono dimostrati determinanti nel sostenere le donne che vogliono allattare, ma che si trovano ad avere dubbi e domande o si sentono molto stanche, aiutandole nella ricerca di risposte e facendosi carico in prima persona di una serie di aspetti della vita domestica e familiare.

Come nell'ambito del ricovero ospedaliero della diade madre-bambino e del parto, anche in occasione di un problema di salute del bambino, i genitori non vanno intesi e gestiti alla stregua di comuni visitatori, bensì come principali *caregivers*, ovvero come veri e propri prestatori di cure. In quanto indispensabili ed insostituibili, i genitori vanno coinvolti direttamente nel contesto assistenziale del neonato, come sottolineato fortemente sia dall'European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI 2021), sia dal Ministero della Salute (Ministero della Salute 2016, 2021).

È importante sottolineare che gli interventi efficaci per favorire lo sviluppo del bambino, pur coinvolgendo in prima battuta le famiglie, possono avvalersi del supporto degli operatori dei settori sanitario, educativo e sociale, degli Enti attivi sul tema dell'infanzia, della famiglia e, infine, di tutta la comunità. La qualità della vita di una comunità ha infatti un forte impatto sia sull'allattamento, che sulla salute mentale dei genitori, delle bambine e dei bambini (WHO Europe 2015). Si evidenzia infine l'utilità di creare gruppi di riferimento di mutuo auto-aiuto fra pari, ricorrendo a quanto già esistente sul territorio, fra cui le associazioni di volontariato (come La Leche League, MAMI e Il Melograno, che fanno parte del TAS) per sostenere la neomamma e la neofamiglia nell'allattamento e nelle prime fasi della genitorialità. L'efficacia dell'inserimento in un gruppo di pari per la riuscita dell'allattamento può contrastare l'insorgere di lievi sintomi depressivi dovuti all'isolamento, fermo restando il riferimento dell'operatore sanitario con competenza specifica nel caso di problemi più seri (Huang 2020).

Bibliografia

1. Bestetti, G., Giusti, A., Zambri F., et al. Progetto PARENT - Il padre nei primi mille giorni. La Guida metodologica per formatrici e formatori dei corsi destinati alle professioni sanitarie. Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità 2022. Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/materno/progetto-parent-guida-metodologica-2022>
2. Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus (2022). Insieme per l'Allattamento: Guida all'applicazione dei Passi per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento nelle strutture del percorso nascita. Edizione 2022. (Roma: Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus). Disponibile a: <https://www.unicef.it/guidaBFI> [Consultato: 30 settembre 2022].
3. European Foundation for the Care of Newborn Infants. Zero separation. Together for better care! Infant and family-centred developmental care in times of COVID-19. A global survey of parents' experiences: Project Report. European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI) 2021. https://www.glance-network.org/wp-content/uploads/Content/Downloads/ZeroSeparation/COVID-Report/ZeroSeparation_FullReport.pdf.
4. https://csbonlus.org/wp-content/uploads/2020/09/Nurturing-care-ita-x-sito_ultima-versione.pdf
5. https://www.unicef.org/media/48886/file/UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child-ENG.pdf.
6. Huang R, Yan C, Tian Y, Lei B, Yang D, Liu D, Lei J. Effectiveness of peer support intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020 Nov 1;276:788-796. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.048. Epub 2020 Jul 15. PMID: 32738663.
7. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria (2020). Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
8. Ministero della Salute. Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita: Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future. Ministero della Salute) 2019, Roma. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3120
9. Ministero della Salute. Promozione dell'uso di latte materno nelle Unità di Terapia Neonatale ed accesso dei genitori ai reparti. Raccomandazione congiunta di Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno (TAS), Società Italiana di Neonatologia (SIN) e Vivere Onlus - 12 maggio 2016. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2497_allegato.pdf [Consultato: 30 Settembre 2022].

10. Ministero della Salute. La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero. 3 maggio 2021. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3091_allegato.pdf.
11. Pizzi, E. (2020). Sorveglianza bambini 0-2 anni: Informazioni generali. EpiCentro Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/0-2anni> [Consultato: 28 settembre 2022].
12. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Decreto del 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017. Disponibile a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf> [Consultato: 3 ottobre 2022]
13. United Nations Children's Fund. Early Moments Matter for every child. UNICEF 2017.
14. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group (2018). Nurturing care per lo sviluppo infantile precoce: un quadro di riferimento per salvaguardare la salute di bambini e bambine, per promuovere la loro crescita e sviluppo e trasformare il futuro accrescendo il loro potenziale umano. Disponibile a: <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/materiali-bfi/>
15. World Health Organization. (2020). Improving early childhood development: WHO guideline. <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>.
16. WHO Regional Office for Europe. (2015). The Minsk Declaration: The Life-course Approach in the Context of Health 2020. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf?ua=1

Diventare madri: allattamento e salute mentale

3.1 Riconoscere il disagio mentale

Nella Tabella 1 sono riportati i sintomi che denotano uno stato mentale di disagio.

Riconoscere nel periodo perinatale e postnatale nel genitore un significativo disagio mentale e distinguerlo dalle preoccupazioni di tutti i giorni non è agevole, né per gli operatori sanitari (che possono non prestare adeguata attenzione ai sintomi o non aver dimestichezza con gli strumenti standardizzati per lo *screening*), né per le donne, che possono sottovalutare il proprio sentire o provare vergogna.

I vissuti depressivi della donna possono non essere coerenti con quelli della famiglia e del contesto socioculturale più ampio per i quali l'arrivo di un bambino non può che essere considerato in termini positivi, amplificando così il senso di colpa materno. Un eventuale esito positivo rilevato con strumenti di *screening*, come la Edinburgh Postnatal Depression Scale (Istituto Superiore Sanità 2016), non consente peraltro di formulare una diagnosi, che spetta alla valutazione del professionista della salute mentale.

Ansia, depressione ed altri disturbi psichici maggiori, quali il disturbo ossessivo-compulsivo e la psicosi puerperale, alterano la relazione fra genitori e quella dei genitori col bambino ed in ultima analisi incidono sullo sviluppo emotivo, cognitivo e sociale di quest'ultimo (Lino 2020). La potenziale gravità di questo disagio mentale è almeno in parte dovuta al fatto, che esso si presenta in un periodo già caratterizzato da un certo grado di insicurezza dei genitori e da un'improvvisa quanto inevitabile fase di adattamento del neo-genitore, con necessità di riorganizzare ruoli e rapporti intra-famigliari (Julita 2020).

Tabella 1. Manifestazioni di disagio mentale (WHO 2022b)

Tristezza, facilità al pianto o più dell'usuale
Mancato piacere in esperienze o attività che un tempo davano gioia
Mancanza di energia e motivazione
Preoccupazioni eccessive o "pensare troppo"
Tormentarsi al ricordo di esperienze negative
Eccesso o mancanza di sonno
Alimentazione eccessiva o scarsa
Difficoltà a concentrarsi

Difficoltà a prendere decisioni
Sensazioni di colpa o disperazione
Sensazione di incombente disgrazia o convinzione che il futuro sia senza speranza
“Acciacchi” o dolori aspecifici
Sentirsi inutile
Pensieri di autolesionismo o suicidio
Sintomi più specifici del ruolo materno :
Incapacità di smettere di preoccuparsi del bambino
Sentirsi incapace o riluttante a prendersi cura del bambino
Pensieri negativi sul bambino

La transizione alla genitorialità comporta un’importante ridefinizione identitaria per i neo-genitori e in quanto momento trasformativo, tale fase porta in sé sia la potenzialità di un cambiamento positivo, grazie alla capacità di integrare nel proprio sé il ruolo di genitore da poco acquisito, sia la possibile difficoltà a compiere tale integrazione, col rischio di manifestare qualche forma di disagio emotivo, relazionale o mentale.

Maternity blues.

Con questo termine, coniato dal pediatra e psicoanalista inglese Donald Winnicott, si intende una condizione di tristezza, facilità al pianto, irritabilità e affaticamento, disturbi del sonno e dell’appetito. Si tratta di uno stato fisiologico, che tende a risolversi spontaneamente (senza interventi terapeutici) entro 2 settimane dal parto e che coinvolge il 50-80% delle puerpere. Il *maternity blues* dipende dai rapidi processi di adattamento ormonale e psichico che la donna sperimenta dopo il parto. Secondo lo psichiatra e psicoanalista Daniel Stern, infatti, la nascita di un figlio è abbinata alla nascita psicologica di una madre che deve trovare uno spazio mentale non solo per il bambino ma anche per una nuova identità personale.

Nonostante vada considerato come fenomeno fisiologico, bisogna ricordare che le donne con *maternity blues* hanno un rischio tre volte maggiore di sviluppare la Depressione Post Partum (DPP) (Beck 1992).

La depressione materna.

Una mamma depressa può avere maggiori difficoltà nel favorire lo sviluppo di un legame di attaccamento sicuro con il bambino, a sintonizzarsi emotivamente con lui, e, conseguentemente, a mettere in atto strategie di co-regolazione degli affetti efficaci nel sostenere lo sviluppo del bambino (Schaffer, 2005). Le conseguenze disfunzionali di un attaccamento evitante o disorganizzato mostrato dalla donna depressa fin dalla gravidanza sono rilevanti (Barone et al. 2013).

Anche la depressione che insorge nel periodo successivo al parto (DPP), se non intercettata e adeguatamente trattata con interventi efficaci, destruttura l'equilibrio psicofisico della donna, altera il funzionamento della coppia e causa una "fragilità" nella costruzione dell'identità infantile. Un trattamento mirato, anche psicologico o psicosociale, può però promuovere, nella famiglia coinvolta dallo stato depressivo della donna, una funzione contenitiva capace di creare confini emozionali e sociali.

Nel mondo occidentale si stima che la DPP colpisca circa il 10-15% delle donne che partoriscono, con una variabilità correlata anche alle caratteristiche territoriali e culturali. Sono più vulnerabili a sintomi depressivi le donne sotto i 18 anni o oltre i 40, con bassa scolarizzazione, isolate e senza sostegno familiare e/o sociale, appartenenti a minoranze, come le persone immigrate (Wittkowski 2017), in condizioni di povertà e/o malnutrizione, con problemi relativi alla salute fisica. Le donne risultano più fragili anche in caso di gravidanza indesiderata o Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), esperienza di parto negativa, nascita pretermine o problemi di salute del neonato, consumo di sostanze, violenza fisica o psicologica, esposizione a disastri naturali, epidemie/pandemie e guerre (Robertson 2004; Lima 2017; WHO 2022b; Camoni 2022). Anche nelle famiglie con coppie costituite da soggetti dello stesso sesso si è recentemente individuato un maggior rischio di DPP (Ferri 2020).

La DPP insorge nel 75% dei casi entro i primi sei mesi dal parto (Palumbo 2016), talora con latenza rispetto al manifestarsi di un evento critico come una malformazione congenita del bambino o la prematurità. Circa 1/3 delle donne con DPP ha una ricaduta in gravidanze successive.

Un aspetto problematico è che la DPP spesso non viene dichiarata dalla donna, né viene riconosciuta e quindi trattata dagli operatori sanitari. In quanto prevenibile, merita uno *screening* che individui le donne a rischio e che venga effettuato in gravidanza (e ancor prima in caso di PMA) o nell'immediato post partum, nell'ambito della valutazione del benessere psicofisico della donna.

I disturbi mentali durante la gravidanza e dopo il parto possono presentarsi sia come esordi che come episodi ricorrenti di disturbi manifestatisi in precedenza. I disturbi d'ansia e quelli depressivi nel primo anno dopo il parto sono stimati fra il 10% e il 15%. I disturbi mentali più gravi del dopo parto, fra i quali il disturbo bipolare e il disturbo depressivo con sintomi psicotici, sono invece molto più rari (meno del 5%). I disturbi mentali hanno ricadute che coinvolgono non solo la donna ma anche il feto/ bambino, il partner e il contesto familiare. Tuttavia, nonostante i frequenti contatti della donna con i servizi sanitari durante la gravidanza e nel periodo postnatale rappresentino un'occasione per individuare le condizioni di disagio psichico e prevenirne gli esiti, oltre il 50% dei casi non viene riconosciuto (Guidomei 2019).

Nella fase di *screening* della DPP e di successivo intervento terapeutico bisogna però saper discriminare altri disordini mentali e manifestazioni psicologiche, come riportato di seguito e nella Tabella 2.

Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC).

In stretto rapporto con i disturbi sopra descritti, il DOC è caratterizzato dalla presenza di ossessioni (pensieri, impulsi e immagini ricorrenti vissuti come indesiderati) e compulsioni (comportamenti o azioni ripetitive in risposta alle ossessioni). Sono più a rischio donne con familiarità. Pazienti con pregresso DOC possono manifestarne un aggravamento nel puerperio, ma va precisato che nel sesso femminile il DOC, nel 25 % dei casi, vede il suo esordio proprio nel periodo successivo al parto. I sintomi possono diventare molto invalidanti e la donna può ridurre fortemente le interazioni con il/la bambino/a per paura di procurargli un danno. Vanno riconosciuti sia i disturbi ossessivi (paura di fare del male al bambino, paura di contaminarlo, ricorrenti preoccupazioni relative al suo benessere, necessità di ordine e simmetria), sia quelli compulsivi (evitamento delle situazioni temute, ripetuti lavaggi del neonato/del biberon; incessanti "controlli" sul bambino; continui "aggiustamenti" della culla).

Psicosi puerperale.

L'incidenza è di 1-2/1000 parti. Rappresenta la forma più grave della patologia psichiatrica in puerperio. È caratterizzata da sintomi affettivi, elementi deliranti congrui o incongrui all'umore, generalmente collegati all'esperienza materna, allucinazioni, perplessità, disorientamento e confusione mentale, incoerenza e disorganizzazione del pensiero e del comportamento.

Tabella 2. Sinossi dei disturbi psicologici e psichici post-partum.

Disturbo	Incidenza	Esordio	Durata
Maternity Blues	50-80%	3-4 giorni dopo il parto	Ore o giorni, mai più di due settimane
Depressione postpartum (DPP)/ disturbi di ansia	10-15%	Solitamente, entro sei mesi dopo il parto, in particolare fra 6 e 12 settimane dopo il parto	Dura tipicamente 2-6 mesi, ma in assenza di trattamento nel 25% dei casi fino almeno ad un anno
Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)	3-5%	4-6 settimane dopo il parto; il 25% dei DOC ha esordio nel puerperio	Settimane o mesi
Psicosi puerperale	0.1-0.2%	Entro due settimane dopo il parto	Settimane o mesi

3.2 Allattamento e salute mentale: quale relazione?

3.2.1. *Impatto complessivo delle patologie mentali sull'allattamento*

Gli studi scientifici sono eterogenei e prevalentemente indirizzati a valutare l'impatto dell'allattamento sulla salute mentale della donna nel post-partum, in particolare su depressione ed ansia. Evidenze deboli e contrastanti indicano che l'allattamento riduce il tasso di ospedalizzazione per le donne affette da disturbi bipolari e schizofrenia e i sintomi da stress post-traumatico ad un anno dal parto (Cook 2018). Nessun effetto dell'allattamento è stato riportato sull'andamento clinico di psicosi e disturbi della personalità materna.

Esiste una plausibilità biologica dell'effetto positivo dell'allattamento sull'outcome materno delle patologie psichiatriche. L'ossitocina, ormone prodotto dall'ipofisi a seguito della suzione al seno, facilita il legame con il proprio bambino (bonding) e l'emergere di sentimenti affettuosi della madre nei confronti del bambino, determinando un più efficiente riconoscimento delle sue emozioni e dei suoi bisogni. Questo effetto psico-biologico dell'ormone ossitocina risulta particolarmente importante nelle donne depresse, che incontrano difficoltà a leggere le emozioni del figlio.

Nella donna che allatta la prolattina dopo il parto cala più lentamente rispetto alla donna che non allatta (Mann PE 2001), rendendola più resiliente ai fattori stressogeni ambientali. Inoltre, in corso di lattazione la cortisolemia è più bassa e si ha rilascio di dopamina, si regolarizza il ritmo sonno-veglia, aumenta l'autostima (Ahn, 2015; Dias, 2015; Kendall-Tackett, 2015).

Le condizioni psichiatriche materne di per sé non controindicano l'allattamento, che in questi casi è raccomandato con le stesse modalità e durata rispetto alla popolazione generale. Anche le eventuali terapie farmacologiche non rappresentano di per sé una controindicazione, tenendo conto delle specifiche cautele e di quanto raccomandato a proposito di farmaci ad azione sul sistema nervoso centrale dal TAS (TAS 2018) e nel capitolo 6 del presente documento. Vanno in ogni caso valutate attentamente e costantemente le conseguenze di eventuali difficoltà incontrate da queste mamme nell'avviare e/o mantenere l'allattamento (in particolare l'eventuale deprivazione di sonno) (Ball 2020) e il mancato raggiungimento delle aspettative personali sulla maternità, condizionate dalla famiglia e dall'ambiente socio-culturale circostante (Yuen 2022).

Quando l'allattamento mostra di impattare negativamente sui sintomi psichiatrici materni, una volta ascoltata la donna e coinvolti il partner e/o gli eventuali altri *caregivers* e un'équipe sanitaria multidisciplinare, potrà essere presa la decisione ponderata di passare ad un allattamento non più esclusivo (Borra 2015).

3.2.2. Allattamento e depressione

Le interazioni esistenti fra DPP ed allattamento sono complesse (Hahn–Holbrook 2013; Grusu 2016) e portano ad un effetto finale influenzato da vari possibili fattori: il progetto alimentare della donna per il proprio bambino, una percezione limitata della propria autoefficacia, le eventuali difficoltà di avvio e mantenimento della lattazione, le condizioni mediche della madre e/o del bambino ostacolanti l'allattamento, la disponibilità o meno di un supporto da parte dei servizi sanitari e di un aiuto domestico e sociale.

Negli anni '70-'80 veniva sottolineato lo stress implicato nella pratica dell'allattamento, forse sotto l'egida della priorità data a specifici obiettivi di impegno extrafamigliare (carriera, affermazione, superamento dei ruoli di moglie e madre, ecc.) su cui la donna cominciava a non transigere.

Riuscire ad allattare e a far crescere il bambino col proprio latte può però rappresentare per una donna motivo di orgoglio e di *empowerment*. Una madre che, pur desiderandolo, non riesca ad allattare, può quindi provare un senso di inadeguatezza e di frustrazione.

L'allattamento può essere considerato in maniera contraddittoria come fattore concausale o viceversa protettivo della DPP (Figueiredo 2021; Alimi 2022; Mikšić 2020). Vi è tuttavia consenso sul fatto che un allattamento ben sostenuto sia un fattore protettivo nei confronti dell'insorgenza di disagio mentale nella donna ed in particolare di DPP (Tucker 2022; Yuen 2022).

Le donne depresse con bassa autoefficacia hanno più probabilità di interrompere in anticipo l'allattamento (Vieira 2018). Quelle che hanno intenzione di allattare e ci riescono hanno invece un più basso tasso di DPP rispetto a quelle che desiderano farlo, ma non ci riescono.

3.2.3. Raccomandazioni dell'OMS e ruolo degli operatori sanitari

Il positivo effetto dell'allattamento sulla salute mentale è alla base della raccomandazione di promuovere l'allattamento senza incertezze nelle donne con antecedenti depressivi o d'ansia e addirittura nelle donne con franca DPP, ma si rendono necessari supervisione e supporto, sia in famiglia sia da parte dei servizi sanitari (WHO 2022).

In questo contesto, l'approccio deve essere scevro da atteggiamenti pregiudiziali e da rigidità e fondarsi innanzitutto sulla verifica di come la donna viva de facto l'esperienza di allattamento. Questa verifica può portare in casi selezionati, proprio per tutelare la salute della diade, a sostenere la donna nel disimpegnarsi dall'allattamento. Risulta infatti fondamentale discriminare il valore di una raccomandazione "ad allattare" o "a continuare ad allattare", diretta alla popolazione delle donne depresse o a rischio di depressione, dalla declinazione individuale di un eventuale consiglio, che può scostarsi dalle indicazioni generali, quando gli operatori sanitari riscontrino in una donna sintomi di allarme.

L'esistenza di situazioni di questo tipo non costituisce però fondato motivo per mettere in discussione il valore generale di raccomandare in prima istanza l'allattamento alla popolazione delle donne depresse.

L'OMS raccomanda lo *screening* della depressione post partum e dell'ansia, anche mediante strumenti validati (per esempio questionari) che consentano una diagnosi ed un trattamento tempestivo. Le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence NICE del 2014, raccomandano per contesti caratterizzati da attività clinica intensa e non dotati di specifica competenza nell'ambito della salute mentale, le due domande essenziali di Whooley (1. "Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze? 2. "Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?") che quindi possono essere considerate come strumento preliminare di *screening* per la valutazione di una sintomatologia depressiva (NICE, 2014; Guidomei 2019; O'Connor 2016; Picardi 2016; Mann R. 2012).

Inoltre, l'OMS raccomanda nel periodo prenatale e postnatale interventi psicosociali o psicologici di prevenzione dei disturbi depressivi e d'ansia che coinvolgano, sulla base del contesto locale, il supporto dei servizi sanitari, i membri della famiglia e le altre madri (peers).

Le principali risorse professionali chiamate ad effettuare lo *screening* dei comuni disturbi mentali nel periodo perinatale sono lo staff del Dipartimento materno-infantile (ostetriche, infermiere, medici), il personale dei servizi territoriali (dei Consultori e dei Centri di Salute Mentale), i professionisti della salute mentale (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri), ma anche gli stessi medici di famiglia che assistono la donna (medico di medicina generale) o i figli maggiori (pediatra di libera scelta).

Un'appropriata assistenza perinatale, nel rispetto della fisiologia e delle aspettative materne, favorisce l'autostima nella donna, permette di cogliere segnali precoci di eventuale disagio e rende possibile un confronto tra le figure professionali che lo intercettano.

Particolarmente rilevante è la valutazione da parte degli operatori sanitari del rapporto fra madre e neonato e delle eventuali difficoltà di *bonding*.

L'assistenza combinata a madre e bambino nell'ambito del Percorso Nascita non deve focalizzarsi ed enfatizzare solo la cura del bambino. Lo staff, nel prendersi cura della mamma e del neonato fisiologico, promuoverà *a priori*, soprattutto quando siano note condizioni di disagio mentale, il contatto pelle-pelle, l'allattamento e la genitorialità responsiva, prestando particolare attenzione di fronte all'emergere nella donna dei segni di disagio mentale.

Gli operatori sanitari, pur avendo ruoli e compiti diversi, devono essere adeguatamente preparati all'ascolto attivo e non giudicante e al riconoscimento di eventuali richieste di aiuto mascherate, oltre a quelle esplicite e verbalizzate. Per questo è importante che siano formati all'identificazione dei segni di DPP, sapendo discriminare i segni fisiologici da quelli patologici, anche proponendo in maniera competente semplici strumenti di *screening* appropriati come le domande di Whooley (NICE 2014).

La donna con diagnosi formalizzata di disturbo mentale, verrà presa in carico dagli specialisti della salute mentale. Andranno discussi con lo psichiatra, con lo psicologo e con il neuropsichiatra infantile, nel caso di minorenni, l'importanza ed i limiti della prosecuzione dell'allattamento nonché della compatibilità dell'allattamento con l'eventuale somministrazione di psicofarmaci. In ogni caso andrà considerata l'importanza di mantenere il più possibile la continuità relazionale tra mamma e bambino, anche in caso delle patologie più gravi come la psicosi puerperale, in funzione di una prognosi più favorevole (Doyle M. et al. 2015).

3.2.4. Le fasi di passaggio: il rientro a casa e il rientro alla vita lavorativa

Il rientro a casa e il ritorno alla vita lavorativa sono vissuti dalle madri in modi diversi e rappresentano in ogni caso momenti importanti di riadattamento fisico e mentale, sia rispetto al ruolo genitoriale sia, nel caso delle madri lavoratrici, con riferimento alla realizzazione di un complesso equilibrio tra vita privata e lavoro.

Prima ancora dell'intervento degli operatori sanitari, fondamentale è il ruolo e la partecipazione del/della partner, dei famigliari, della comunità che, con il sostegno dei servizi sanitari territoriali, hanno un indubbio effetto positivo per la salute della donna. È importante, ad esempio, che il/la partner si informi già prima della nascita su come funziona l'allattamento, sulle attività preparatorie da compiere, su possibili difficoltà che l'arrivo di un neonato comporta e su come affrontarle. È altrettanto importante che il/la partner condivida la responsabilità di cura del figlio. Questa condivisione può aiutare a contenere le eventuali ansie e le preoccupazioni. Anche se il/la partner di una donna depressa può mostrare a sua volta sintomi depressivi (Goldman 2004), solitamente svolge un ruolo rilevante nella prevenzione della depressione materna e, nel caso di disagio psichico della madre, è in grado di assicurare al bambino una figura affettiva protettiva.

Il momento di ripresa della vita lavorativa può avere un effetto positivo (per la salute mentale), in particolare nei casi in cui la madre si trovi in uno stato di isolamento, di solitudine. Nondimeno costituisce un momento di fatica fisica e mentale che in relazione a diversi fattori di contesto, quali le condizioni di lavoro, famigliari, economiche, può aumentare nelle donne il rischio di stress o di disagio. In particolare va tenuto presente il peso della pluralità di ruoli sociali svolti dalle donne nella sfera domestica ed extradomestica e la ricaduta positiva di strumenti e misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro oltre che di una più equa condivisione delle responsabilità di cura dei figli all'interno della coppia genitoriale.

Nella fase di rientro al lavoro, è necessario prestare attenzione affinché questo non rappresenti un motivo di sospensione e/o abbandono dell'allattamento, tenuto conto che un rientro anticipato, può influire negativamente sulla durata dell'allattamento.

3.3 Conclusioni

Ogni esperienza di allattamento va apprezzata e valutata tenendo a mente la madre (Kuswara 2021). Del resto la riuscita dell'allattamento dipende da molteplici e differenti fattori ed è in sostanza sotto la responsabilità non solo della madre, ma anche di molti altri portatori di interesse come la famiglia, l'ambiente di lavoro, i servizi sanitari e più in generale l'intera comunità (responsabilità collettiva).

Bibliografia

1. Ahn S, Corwin EJ. The association between breastfeeding, the stress response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: Prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2015 Oct;52(10):1582-90
2. Alimi R, Azmoude E, Moradi M, Zamani M. The Association of Breastfeeding with a Reduced Risk of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Breastfeed Med*. 2022 Apr;17(4):290-296. doi: 10.1089/bfm.2021.0183
3. Ball HL, Taylor CE, Thomas V, Douglas PS; SBY working group. Development and evaluation of 'Sleep, Baby & You'-An approach to supporting parental well-being and responsive infant caregiving. *PLoS One*. 2020 Aug 7;15(8):e0237240. doi: 10.1371/journal.pone.0237240
4. Beck CT, Reynolds MA, Rutowski P.J. Maternity blues and postpartum depression. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1992 Jul-Aug;21(4):287-9
5. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Matern Child Health J*. 2015 Apr;19(4):897-907
6. Camoni L, Mirabella F, Gigantesco A, Brescianini S, Ferri M, Palumbo G, Calamandrei G, On Behalf Of The Perinatal Mental Health Network. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Women's Perinatal Mental Health: Preliminary Data on the Risk of Perinatal Depression/Anxiety from a National Survey in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 10;19(22):14822
7. de Oliveira Pimentel Lima M. et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm*. 30 (1) • Jan 2017 • <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>
8. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2015 Jan 15;171:142-54
9. Doyle, M., Carballado, A., & O'Keane, V. (2015). Perinatal depression and psychosis: an update. *BJPsych Advances*, 21(1), 5-14. doi:10.1192/apt.bp.112.010900

10. Ferri, R. L., Rosen-Carole, C. B., Jackson, J., Carreno-Rijo, E., Greenberg, K. B., Academy, O. B. M. (2020). ABM Clinical Protocol #33: Lactation Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Plus Patients. *Breastfeed Med* doi: 10.1089/bfm.2020.29152.rlf.
11. Figueiredo B, Pinto TM, Costa R. Exclusive Breastfeeding Moderates the Association Between Prenatal and Postpartum Depression. *J Hum Lact.* 2021 Nov;37(4):784-794. doi: 10.1177/0890334421991051. Epub 2021 Feb 11. PMID: 33571030
12. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs.* 2004 Jan;45(1):26-35. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x
13. Grussu, P., Bramante, A. (eds.) (2016) *Manuale di Psicopatologia Perinatale: Profili Psicopatologici e Modalità di Intervento*, Edition Erickson) Disponibile a: https://static.erickson.it/Products/LIBRO_978-88-590-1060-9_X551_Manuale-di-psicopatologia-perinatale/Pdf/SFO_978-88-590-1060-9_Manuale-di-psicopatologia-perinatale.pdf
14. Guidomei S., Lega I, Cicconetti C, et al. Realizzazione di un intervento per il riconoscimento del disagio psichico perinatale e sostegno alla maternità fragile nei servizi del percorso nascita della AUSL di Bologna, 2019 <https://www.epicentro.iss.it/ben/2019/novembre/disagio-psichico-perinatale-ausl-bologna>
15. Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Dunkel Schetter C, Glynn LM. Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Arch Womens Ment Health.* 2013 Oct;16(5):411-22
16. Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L., *Psicologia Clinica Perinatale per lo sviluppo del futuro individuo. Un uomo transgenerazionale.* Express Edizioni 2011 Torino.
17. Istituto Superiore di Sanità. (2016). Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum. [Rapporti ISTISAN 16/31]. https://www.iss.it/documents/20126/1773424/DEF_Rapporto_Istisan_DPP.pdf/243364ab-8dad-f20a-06b5-0ddd026e55e4?t=1576431590387
18. Julita L., Riva E., Turuani L. Come nasce la mamma post-moderna: rappresentazioni della maternità tra aspettative e realtà in *Scritti@Istituto Minotauro*, 2020, III, 2, 19-37.
19. Kendall-Tackett K. The new paradigm for depression in new mothers: current findings on maternal depression, breastfeeding and resiliency across the lifespan. *Breastfeed Rev.* 2015 Mar;23(1):7-10. PMID: 25906491.
20. Kuswara K, Knight T, Campbell KJ, et al. Breastfeeding and emerging motherhood identity: An interpretative phenomenological analysis of first time Chinese Australian mothers' breastfeeding experiences. *Women Birth.* 2021 May;34(3):e292-e301. doi: 10.1016/j.wombi.2020.03.005
21. Lino, C. et al. O impacto da depressão pós-parto no aleitamento materno e no desenvolvimento infantil: Uma revisão integrativa. *Revista Nursing, Edição brasileira (São*

- Paulo) 2020; 23 (260): 3506-3510
22. Mann R, Adamson J, Gilbody SM. Diagnostic accuracy of case-finding questions to identify perinatal depression. *CMAJ* 2012;184(8):E424-30.
 23. Mann PE, Bridges RS. Lactogenic hormone regulation of maternal behavior. *Prog Brain Res.* 2001;133:251-62. doi: 10.1016/s0079-6123(01)33019-4. PMID: 11589135.
 24. Mikšić Š, Uglešić B, Jakab J, Holik D, Milostić Srb A, Degmečić D. Positive Effect of Breastfeeding on Child Development, Anxiety, and Postpartum Depression. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 15;17(8):2725. doi: 10.3390/ijerph17082725. PMID: 32326485; PMCID: PMC7216213.
 25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance; 2014.
 26. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, et al. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016;315(4):388-406.
 27. Palumbo G, Mirabella F, Cascavilla I, Del Re D, Romano G, Gigantesco A (Ed.). *Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/31).
 28. Picardi A, Lega I, Tarsitani L, et al. A randomised controlled trial of the effectiveness of a program for early detection and treatment of depression in primary care. *J Affect Disord* 2016;198:96-101.
 29. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004 Jul-Aug;26(4):289-95. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006
 30. Schaffer H. R., Ugazio V. (a cura di). *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento.* Milano, 1984 (1° Ed.), Franco Angeli Editore
 31. Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare per la Promozione dell'allattamento al Seno (TAS), & Tavolo Tecnico per la valutazione delle problematiche relative all'allattamento al seno e la contestuale necessità di trattamento con farmaci (TASF)(2018). Position statement sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno. Retrieved from http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2715
 32. Tucker Z, O'Malley C. Mental Health Benefits of Breastfeeding: A Literature Review. *Cureus* 2022; 14(9): e29199. doi:10.7759/cureus.29199
 33. Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MMD, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018 Sep 6;26:e3035.
 34. Yuen M, Hall OJ, Masters GA, Nephew BC, Carr C, Leung K, Griffen A, McIntyre L, Byatt N, Moore Simas TA. The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review. *J Womens Health (Larchmt).* 2022 Jun;31(6):787-807
 35. Wittkowski A, Patel S, Fox JR. The Experience of Postnatal Depression in Immigrant

- Mothers Living in Western Countries: A Meta-Synthesis. *Clin Psychol Psychother.* 2017 Mar;24(2):411-427. doi: 10.1002/cpp.2010. Epub 2016 Mar 14. PMID: 26987569.
36. World Health Organization. Regional Office for Europe. Mental Health. Fact sheet. WHO 2019; https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf
37. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: WHO 2022a
38. World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization; 2022b

L'allattamento della donna con malattie neurologiche

Alcune malattie neurologiche possono presentarsi con una certa frequenza durante il periodo di fertilità materna e, quindi, durante l'allattamento.

Tra queste, le più frequenti sono emicrania, epilessia e sclerosi multipla, per le quali viene spesso richiesto di valutare la compatibilità con l'allattamento.

4.1 Emicrania

L'emicrania comune (semplice o senza aura) è una malattia multifattoriale caratterizzata da attacchi di moderata o grave entità, tipicamente caratterizzati da cefalea unilaterale, pulsante accompagnata da nausea, vomito e/o fotofobia e fonofobia, che solitamente dura 4-72 ore (Olesen 2018). In considerazione della sua prevalenza e gravità l'emicrania ha un rilevante impatto personale e socio-economico (GBD 2016 Headache Collaborators 2018). Nel sesso femminile la prevalenza dell'emicrania è tripla rispetto al sesso maschile (Broner 2019). Nelle donne di età compresa tra 30 e 39 anni, dove si concentra gran parte delle gravidanze, l'incidenza è del 24%, rendendo concreta la possibilità che le crisi dolorose si presentino durante la gestazione e l'allattamento.

In gravidanza i livelli degli estrogeni e degli oppioidi endogeni inducono un innalzamento della soglia del dolore. Inoltre, i livelli ormonali sono più stabili, senza fluttuazioni rilevanti, che invece costituiscono un importante fattore scatenante delle crisi, come in occasione delle mestruazioni. Come conseguenza durante la gravidanza si riscontra un miglioramento spontaneo dei sintomi nel 60-70% dei casi (Armon 2022).

Nell'immediato periodo post partum i livelli plasmatici di estrogeni invece si riducono di oltre il 95% (Parikh 2020). Questo periodo è inoltre caratterizzato da affaticamento, sonno di scarsa qualità e quantità, possibile ansia e stress, in aggiunta alla normale preoccupazione materna primaria (Winnicot 1956). Nelle donne emicraniche questi fattori si associano alla frequente ricomparsa delle crisi dopo il parto e ciò avviene anche nelle donne che hanno avuto un netto miglioramento o la remissione durante il periodo gravidico.

In particolare l'emicrania si ripresenta nel 4% delle donne nelle prime 72 ore, nel 30-40% durante la prima settimana e nel 50-60% durante il primo mese. L'intensità dell'attacco post-partum è riportato come meno intenso dell'emicrania tipica, ma comunque più intenso di quello sperimentato durante il terzo trimestre di gestazione.

Occorre considerare che, anche nella donna che notoriamente soffre di emicrania, la cefalea ad esordio acuto insorta dopo il parto dovrebbe essere sempre valutata per escludere una

forma di cefalea secondaria a preeclampsia post partum o a disturbi cerebrovascolari (Negro 2017). Il rischio di emorragia subaracnoidea, di trombosi dei seni venosi e della sindrome da vasocostrizione cerebrale reversibile è infatti particolarmente aumentato nel puerperio (Allais 2019).

Il tasso di recidiva e l'intensità delle crisi di emicrania durante il periodo del post partum sembrano differire a seconda che la madre allatti o meno. L'allattamento eserciterebbe un effetto protettivo (Allais 2019; van Casteren 2020), anche se si tratta di un rapporto tuttora controverso (Parikh 2020; Kvisvik 2011).

La spiegazione risiede probabilmente nella secrezione di prolattina, nell'inibizione dell'ovulazione e nelle scarse fluttuazioni plasmatiche degli estrogeni. Nelle donne che allattano esclusivamente l'ovulazione ritorna più tardi rispetto alle donne che non allattano. Inoltre, durante l'allattamento aumentano i livelli di vasopressina e ossitocina la cui attività antidolorifica ha un probabile effetto protettivo.

Durante la gravidanza e l'allattamento viene suggerito di utilizzare, per quanto possibile, in prima battuta una strategia terapeutica non farmacologica (Negro 2017). Negli ultimi anni hanno quindi acquisito una progressiva popolarità una serie di terapie non farmacologiche come il *biofeedback*, l'agopuntura (Allais 2022), la terapia cognitivo-comportamentale ed il *training* sulle tecniche di rilassamento, che non sembrano poter avere effetti negativi sull'allattamento o sul lattante. Non sono segnalati al momento effetti negativi neppure della stimolazione magnetica trans-craniale (Calabrò 2022).

Nel caso si rendesse necessario valutare la sicurezza di un trattamento farmacologico antiemicranico (Saldanha 2021) si suggerisce, come indicato in altra parte del presente documento, di far riferimento a fonti accreditate: LactMed:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501221/>; E-Lactancia.org; i manuali di Hale (2023) e di Briggs (2021), il Centro antiveleni di Bergamo (2023).

Come indicazione generale si può comunque affermare che la maggioranza dei farmaci usati durante l'attacco acuto di emicrania (per es. paracetamolo, ibuprofene, sumatriptan) sono da intendersi come compatibili con l'allattamento, mentre maggior prudenza è richiesta nella valutazione di farmaci usati cronicamente per ridurre le crisi emicraniche (Davanzo 2014).

4.2 Epilessia

L'Epilessia è una delle malattie neurologiche più comuni. La sua prevalenza nel sesso femminile è di circa 7/1.000 donne, il 50% delle quali si trova in età fertile (15-49 anni).

La maggior parte delle donne con epilessia ottiene un controllo adeguato delle crisi attraverso l'utilizzo di farmaci anticrisi. Nella pratica clinica non è quindi raro che donne affette da epilessia, in trattamento farmacologico, si trovino nel periodo dell'allattamento e desiderino allattare il proprio bambino.

In questi casi la preoccupazione è quella della possibile comparsa di effetti collaterali o comunque di influire negativamente sullo sviluppo psicomotorio del bambino allattato.

Bisogna considerare che l'entità dell'assorbimento dei farmaci anticrisi attraverso il latte materno è decisamente inferiore all'esposizione già avvenuta in utero. Infatti, l'esposizione da parte del bambino riguarda una quota di farmaco minoritaria rispetto alla dose assunta dalla madre (Shawahna 2022). Anche le concentrazioni plasmatiche nel lattante risultano perlopiù inferiori a quelle materne (Birnbbaum 2020).

Alcuni farmaci anticrisi, tuttavia, possono raggiungere livelli sierici significativi (ad esempio molecole come barbiturici, lamotrigina, etosuccimide, zonisamide, alcune benzodiazepine a lunga emivita) (Davanzo 2013) e pertanto è necessario prestare attenzione e monitorare il livello di vigilanza e/o sonnolenza, lo scarso incremento ponderale o le eventuali altre problematiche a cui può andare incontro il bambino. In questi casi può risultare d'aiuto effettuare, se disponibile, il dosaggio plasmatico nel bambino dei farmaci anticrisi assunti dalla madre. Va ricordato in particolare che i neonati di meno di 2-3 mesi e i prematuri, in considerazione dell'immaturità dei sistemi enzimatici deputati al metabolismo e all'eliminazione delle sostanze, sono soggetti a potenziale accumulo. In caso di eccessiva riduzione della vigilanza del bambino, è bene considerare l'integrazione con latte artificiale prima di abbandonare l'allattamento materno.

Valutando singolarmente i differenti scenari, qualora la donna con epilessia assuma il farmaco in mono-somministrazione, può farlo all'inizio dell'intervallo di sonno più lungo del bambino (di solito subito dopo la poppata prima di coricarsi). Nel caso in cui la molecola assunta preveda la somministrazione in due o più volte al giorno, è consigliabile allattare il bambino immediatamente prima di prendere una dose. È inoltre possibile considerare, nei casi in cui la deprivazione di sonno rappresenti un significativo fattore di rischio di ricorrenza di crisi per la madre, l'integrazione del latte materno con una quota di latte data col biberon (latte materno spremuto o, eventualmente, artificiale) da somministrare nel corso della notte da altri, consentendo in tal modo una continuità di riposo alla madre (Schachter 2014).

La letteratura è concorde nel considerare che la maggior parte dei farmaci anticrisi sia compatibile con l'allattamento e non presenti interferenze con crescita e sviluppo intellettuale dei bambini allattati. Gli studi finora condotti non hanno riscontrato effetti collaterali sulla sfera cognitiva correlabili all'allattamento durante terapia con farmaci anticrisi, quando i bambini venivano seguiti nel tempo e valutati a 3 anni di età. Uno di questi studi ha previsto un follow-up fino all'età di 6 anni, evidenziando un QI più elevato se confrontato con quello di figli di donne con epilessia non allattati (Veiby et al., 2013; Meador et al., 2014). Sono comunque attesi ulteriori studi con casistiche più ampie e che valutino anche i farmaci anticrisi di terza generazione e/o assunti in politerapia.

Da sottolineare che il felbamato, sebbene sia raramente usato e di solito in casi di encefalopatie epilettiche severe, avendo un potenziale di epato- e mielotossicità, è sconsigliato in allat-

tamento (Cabo-Lopez 2019; LactMed:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501221/>). In generale, è comunque sempre consigliabile effettuare una valutazione complessiva del rapporto rischio/beneficio per le donne con epilessia che assumono farmaci anticrisi in corso allattamento; si può far riferimento anche a risorse online come Drugs and Lactation Database (2006-) o E-Lactancia.org. In alternativa, si può far riferimento al manuale di Briggs (2021) o a quello di Hale (2023) o infine contattare il numero verde 800.883.300 del Centro Antiveleni dell'Ospedale Papa Giovanni XXII di Bergamo (accesso 24/24 h con risposta eventualmente differita)(Centro antiveleni e tossicologia 2023).

Può essere utile indicare alle mamme con epilessia alcune misure di prudenza rispetto alla possibile insorgenza di crisi materne durante la poppata, che mettono a rischio la sicurezza del neonato. La madre può assumere una posizione sicura per l'allattamento (ad esempio sul pavimento con supporti morbidi), può sospendere la poppata e mettere in sicurezza il bambino in caso di preavviso della crisi (aura), evitare di tenere il bambino nel letto con sé dopo la poppata.

In conclusione, considerati i benefici connessi con l'allattamento, poiché la maggior parte dei farmaci anticrisi è sostanzialmente sicura durante l'allattamento e gli studi effettuati, con le limitazioni già citate, non hanno dimostrato effetti negativi sullo sviluppo cognitivo a lungo termine, non esistono motivazioni per indicare la sospensione o il mancato inizio dell'allattamento da parte di madri con epilessia che stiano assumendo una terapia farmacologica anticrisi (Veilby 2013; Meador 2014). Alla luce di queste considerazioni, l'American Academy of Neurology, l'American Academy of Pediatrics (AAP) e la Task Force on Women and Pregnancy dell'International League Against Epilepsy (ILAE)(Tomson 2020) si esprimono con favore circa l'allattamento nelle donne con epilessia in terapia con farmaci anticrisi.

4.3 Sclerosi multipla

La sclerosi multipla (SM) è una malattia autoimmune caratterizzata da aspetti infiammatori e neurodegenerativi, con conseguente demielinizzazione ed atrofia dell'encefalo e del midollo spinale. L'eziologia non è nota, ma si presume il concorrere di fattori genetici e ambientali (per es. infezioni virali). Il decorso di malattia più frequente è recidivante-remittente, con fasi sintomatiche seguite da remissione completa o parziale. La malattia colpisce più frequentemente le donne ed esordisce generalmente intorno ai 30 anni, età in cui si concentra la maggior parte delle gravidanze.

Anche se le recidive della SM diminuiscono in maniera modesta nei primi due trimestri e nettamente nel terzo trimestre di gravidanza (Vukusic 2004), nei mesi successivi al parto si ripresentano con una frequenza, che può arrivare a circa un terzo delle donne affette da SM. In relazione alla correlazione tra SM e allattamento:

- Le donne con una forma grave di SM hanno una minore probabilità di allattare a causa delle difficoltà connesse con i sintomi della malattia. L'allattamento è quindi strettamen-

te correlato all'attività della malattia prima della gravidanza (Pakpoor 2012).

- In una revisione sistematica e meta-analisi di 24 studi che ha incluso 2.974 donne, è stato rilevato che le mamme che allattano hanno un rischio di ricaduta post-partum ridotto del 37% rispetto alle donne che non allattano, soprattutto se l'allattamento è esclusivo e dura almeno 3 mesi. Il fattore predittivo più importante di recidive nel postpartum è rappresentato dal numero di recidive in gravidanza (Krysko 2020).
- Una mamma sana che allatta per più di 15 mesi (dato cumulativo anche di più figli) avrebbe un rischio dimezzato di sviluppare la SM rispetto ad una mamma che allatta meno di 4 mesi (Langer-Gould 2017).
- I soggetti di sesso maschile, figli di madre con SM, se allattati per un periodo superiore ai 4 mesi svilupperebbero più tardivamente un'eventuale SM (Hedström 2020).
- La SM non può essere trasmessa al bambino/a attraverso il latte materno.
- L'allattamento è raccomandato anche nei casi in cui la mamma abbia la SM (Trust 2019).
- Per prevenire le ricadute e controllare la malattia in maniera adeguata, spesso è necessario somministrare farmaci in maniera continuativa. La decisione di interrompere l'allattamento per riprendere la terapia farmacologica in corso di allattamento va presa dalla donna che allatta d'intesa con il neurologo e deve considerare una serie di elementi rappresentati dall'eventuale utilizzo di farmaci potenzialmente pericolosi per il bambino o di farmaci su cui vi sia carenza di informazioni rispetto alla sicurezza per il lattante, senza ignorare i potenziali benefici dell'allattamento (Celius 2021). Alcune volte può essere necessario interrompere l'allattamento, ma va precisato che disponiamo di una serie di informazioni rassicuranti, che si rivelano utili per prendere una decisione clinica in molti dei casi di donna con SM in allattamento. Si ricorda infatti che:
 - » L'uso quotidiano di metilprednisolone e.v. alla dose di 1 grammo, in occasione di una ricaduta, è ritenuto sicuro in allattamento, considerato che il cortisonico non si accumula nel latte. La sospensione (possibile, ma non indispensabile) delle poppate durante l'infusione riduce ulteriormente l'esposizione al lattante (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501028/>).
 - » La maggior parte dei farmaci capaci di modificare il decorso della malattia non sono solitamente raccomandati durante l'allattamento, eccezion fatta per le formulazioni a base di interferon beta (interferon beta-1a, interferon-beta-1b, peginterferon-beta1a, glatiramer acetato). Infatti il livello di escrezione nel latte umano dell'interferon beta è trascurabile. Per quanto concerne il glatiramer acetato, la scelta di assumerlo o meno durante l'allattamento deve essere decisa su base individuale, dal momento che non è noto se venga escreto assieme ai suoi metaboliti nel latte materno (Ciplea 2020; Kaplan 2022).

4.4 Conclusioni

L'allattamento costituisce il *gold standard* per il benessere psicofisico del bambino e della mamma.

Emicrania, epilessia e sclerosi multipla sono malattie neurologiche che, per loro caratteristiche, possono essere presenti durante il periodo dell'allattamento. Nessuna di tali malattie viene però peggiorata dall'allattamento.

Per quanto riguarda la somministrazione di farmaci alla donna che allatta, molti dei farmaci utilizzati in tali malattie risulta compatibile, anche se è necessario informare la mamma di possibili effetti secondari sul bambino. Prima dell'uso di un determinato farmaco va sempre consultata una fonte di dati attendibile come ad es. LactMed o il sito E-Lactancia, i manuali come quello di Hale e quello di Briggs, il Centro Antiveneni dell'Ospedale di Bergamo.

Bibliografia

1. Allais G, Chiarle G, Sinatra E, Airola G, Bergandi F, Rolando S, Sinigaglia S, Schiapparelli P, Benedetto C. The safety of acupuncture for migraine prevention during pregnancy. *Neurol Sci*. 2022 Jun 13. doi: 10.1007/s10072-022-06201-w. Epub ahead of print
2. Allais G, Chiarle G, Sinigaglia S, et al. Migraine during pregnancy and in the puerperium. *Neurol Sci*, 2019 May; 40(Suppl 1):81-91.
3. Anderson PO. Antiepileptic Drugs During Breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2020 Jan;15(1):2-4. doi: 10.1089/bfm.2019.0238
4. Birnbaum AK, Meador KJ, Karanam A, Brown C, May RC, Gerard EE, Gedzelman ER, Penovich PE, Kalayjian LA, Cavitt J, Pack AM, Miller JW, Stowe ZN, Pennell PB; MONEAD Investigator Group. Antiepileptic Drug Exposure in Infants of Breastfeeding Mothers With Epilepsy. *JAMA Neurol*. 2020 Apr 1;77(4):441-450. doi: 10.1001/jamaneurol.2019.4443.
5. Broner SW, Bobker S, Klebanoff L. Migraine in Women. *Semin Neurol*. 2017 Dec;37(6):601-610. doi: 10.1055/s-0037-1607393. Epub 2017 Dec 21. PMID: 29270933.
6. Briggs GG, Towers CV, Forinah AB. Briggs Drugs in Pregnancy and Lactation. A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk. 12th ed.. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2021.
7. Cabo-Lopez I, Canneti B, Puy-Nunez A. Epilepsia y lactancia materna: del mito a la realidad [Epilepsy and breastfeeding: from myth to reality]. *Rev Neurol*. 2019 Jul 16;69(2):68-76. Spanish. doi: 10.33588/rn.6902.2019037.
8. Calabrò RS. Applications of transcranial magnetic stimulation in migraine: evidence from a scoping review. *J. Integr. Neurosci*. 2022; 21(4): 110.
9. Carmel Armon. Medscape. Neurologic Disease and Pregnancy. Headache and migraine. Updated: Jun 06, 2022.

10. Celius EG. Breastfeeding and treatment of multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2021 Apr;27(5):801-802. doi: 10.1177/1352458520931786.
11. Centro antiveleni e tossicologia 2023. Ospedale di Bergamo. <https://www.asst-pg23.it/reparti/centro-antiveleni-tossicologia>
12. Ciplea AI, Langer-Gould A, Stahl A, Thiel S, Queisser-Wahrendorf A, Gold R, Hellwig K. Safety of potential breast milk exposure to IFN- β or glatiramer acetate: One-year infant outcomes. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm.* 2020 May 20;7(4):e757. doi: 10.1212/NXI.0000000000000757
13. Davanzo R, Bua J, Paloni G, Facchina G. Breastfeeding and migraine drugs. *Eur J Clin Pharmacol.* 2014 Nov;70(11):1313-24. doi: 10.1007/s00228-014-1748-0. Epub 2014 Sep 13. PMID: 25217187.
14. Davanzo R, Dal Bo S, Bua J, Copertino M, Zanelli E, Matarazzo L. Antiepileptic drugs and breastfeeding. *Ital J Pediatr.* 2013 Aug 28;39:50. doi: 10.1186/1824-7288-39-50. PMID: 23985170; PMCID: PMC3844381.
15. Global Burden of Disease (GBD) 2016 Headache Collaborators. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2018 Nov;17(11):954-976. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30322-3. Erratum in: *Lancet Neurol.* 2021 Dec;20(12):e7. PMID: 30353868; PMCID: PMC6191530.
16. Hale T; Krutsch K. Hale's Medications & Mothers' Milk. A Manual of Lactational Pharmacology. Springer Publishing 2023
17. Hedström AK. Breastfeeding is associated with reduced risk of multiple sclerosis in males, predominantly among HLA-DRB1*15:01 carriers. *Mult Scler J Exp Transl Clin.* 2020 Apr-Jun; 6(2)- doi: 10.1177/2055217320928101.
18. Kaplan S, Zeygarnik M, Stern T. Pregnancy, Fetal, and Infant Outcomes Following Maternal Exposure to Glatiramer Acetate During Pregnancy and Breastfeeding. *Drug Saf.* 2022 Apr;45(4):345-357. doi: 10.1007/s40264-022-01168-1
19. Krysko KM, Rutatangwa A, Graves J, Lazar A, Waubant E. Association Between Breastfeeding and Postpartum Multiple Sclerosis Relapses: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol.* 2020 Mar 1;77(3):327-338. doi: 10.1001/jamaneurol.2019.4173. PMID: 31816024; PMCID: PMC6902174.
20. Kvisvik EV, Stovner LJ, Helde G, Bovim G, Linde M. Headache and migraine during pregnancy and puerperium: the MIGRA-study. *J Headache Pain.* 2011 Aug;12(4):443-51. doi: 10.1007/s10194-011-0329-1
21. LactMed®. Drugs and Lactation Database. Bethesda. National Institute of Child and Human Development (2006-)
22. Langer-Gould A, Smith JB, Hellwig K, Gonzales E, Haraszti S, Koebnick C, Xiang A. Breastfeeding, ovulatory years, and risk of multiple sclerosis. *Neurology.* 2017 Aug 8;89(6):563-

569. doi: 10.1212/WNL.0000000000004207.
23. Baker GA; Browning N et al for the Neurodevelopmental Effects of Antiepileptic Drugs (NEAD) Study Group Breastfeeding in Children of Women Taking Antiepileptic Drugs Cognitive Outcomes at Age 6 Years *JAMA Pediatr.* 2014;168(8):729-736. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.118
 24. MS Trust. Breastfeeding, Last updated, April 2019. Accesso in data 24 luglio 2022; <https://mstrust.org.uk/>.
 25. Negro A, Delaruelle Z, Ivanova TA, Khan S, Ornello R, Raffaelli B, Terrin A, Reuter U, Mitsikostas DD; European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). Headache and pregnancy: a systematic review. *J Headache Pain.* 2017 Oct 19;18(1):106. doi: 10.1186/s10194-017-0816-0. PMID: 29052046; PMCID: PMC5648730.
 26. Olesen J et al. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202. PMID: 29368949.
 27. Pakpoor J, Disanto G, Lacey MV, et al. Breastfeeding and multiple sclerosis relapses: a meta-analysis. *J Neurol.* 2012 Oct;259(10):2246-8. doi: 10.1007/s00415-012-6553-z.
 28. Parikh SK, Delbono MV, Silberstein SD. Managing migraine in pregnancy and breastfeeding. *Prog Brain Res.* 2020; 255:275-309. doi: 10.1016/bs.pbr.2020.07.011.
 29. Saldanha IJ, Cao W, Bhuma MR, Konnyu KJ, Adam GP, Mehta S, Zullo AR, Chen KK, Roth JL, Balk EM. Management of primary headaches during pregnancy, postpartum, and breastfeeding: A systematic review. *Headache.* 2021 Jan;61(1):11-43. doi: 10.1111/head.14041. Epub 2021 Jan 12. PMID: 33433020.
 30. Schachter SC. Breastfeeding and Seizure Medication, Epilepsy Foundation <https://www.epilepsy.com/lifestyle/family-planning/breastfeeding>
 31. Shawahna R, Zaid L. Concentrations of antiseizure medications in breast milk of lactating women with epilepsy: A systematic review with qualitative synthesis. *Seizure.* 2022 May; 98:57-70. doi: 10.1016/j.seizure.2022.03.017. Epub 2022 Mar 27.
 32. Tomson T., Battino D., Bromley R., Kochen S., Meador KJ. Global survey of guidelines for the management of epilepsy in pregnancy: a report from the International League against epilepsy Task Force on Women and Pregnancy. *Epilepsia Open* 2020 Aug 5;5(3):366-370. doi: 10.1002/epi4.12420.
 33. van Casteren DS, van den Brink AM, Terwindt GM. Migraine and other headache disorders in pregnancy. *Handb Clin Neurol.* 2020;172:187-199. doi: 10.1016/B978-0-444-64240-0.00011-8. PMID: 32768088.
 34. Veiby G, Engelsen BA, Gilhus NE. Early child development and exposure to antiepileptic drugs prenatally and through breastfeeding: a prospective cohort study on children of women with epilepsy. *JAMA Neurol.* 2013 Nov;70(11):1367-74. doi: 10.1001/jamaneurol.2013.4290.

35. Veiby G, Bjørk M, Engelsen BA, Gilhus NE. Epilepsy and recommendations for breastfeeding. *Seizure*. 2015 May; 28:57-65. doi: 10.1016/j.seizure.2015.02.013. Epub 2015 Mar 16.
36. Vukusic S, Hutchinson M, Hours M, Moreau T, Cortinovia-Tourniaire P, Adeleine P, Confavreux C; Pregnancy In Multiple Sclerosis Group. Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMIS study): clinical predictors of post-partum relapse. *Brain*. 2004 Jun;127(Pt 6):1353-60. doi: 10.1093/brain/awh152
37. Winnicott DW, Primary Maternal Preoccupation Chapter (p 183). In: *The collected works of DW Winnicott: 5, 1955-1959*. Caldwell and Taylor Robinsor Editors. DOI:10.1093/med:psych/9780190271374.003.0039.

Le dipendenze e l'allattamento

5.1 Caffè

La caffeina è un composto chimico che si ritrova in varie bevande (caffè, té, bevande energizzanti) ed alimenti (cioccolata - in particolare quella fondente - cacao, dolci). La caffeina è rapidamente assorbita dopo ingestione del caffè e raggiunge in 30-120 minuti il massimo livello nel sangue materno. È capace di passare al feto attraverso la placenta e al neonato col latte materno. Il consumo di eccessive dosi di caffeina determina effetti clinici non solo nella madre, ma anche sul lattante (irritabilità, tremori, disturbo del sonno) (Purkiewicz 2021). Per tale motivo attualmente viene raccomandato di non superare nell'adulto i 400 mg/die (5.7 mg/kg/die per un peso medio di 70 kg) mentre in gravidanza ed allattamento l'assunzione non dovrebbe superare i 200 mg/die di caffeina (Purkiewicz 2021). Per rendere pratiche queste indicazioni, va considerato che un caffè espresso ha circa 80 mg di caffeina, una coca da 355 ml 40 mg, 100 gr di cioccolata al latte 20 mg, 100 mg di cioccolata fondente 67 mg, una bustina di té circa 35 mg (Purkiewicz 2021; EFSA 2015).

5.2 Consumo di alcol e tabacco

Il consumo di alcol e tabacco durante l'allattamento può essere dannoso non solo per la madre ma anche per il bambino (Gibson 2018; 2020). L'opzione più sicura resta certamente quella di astenersi dal consumo di queste sostanze, anche se per alcune è un traguardo difficile da raggiungere. Il problema risiede non tanto per il tabacco – della cui pericolosità vi è diffusa coscienza – quanto per l'alcol il cui consumo moderato fa parte della cultura enogastronomica della popolazione.

Sebbene gli effetti teratogeni legati al consumo prenatale di queste sostanze siano ben documentati, le valutazioni sulle conseguenze del consumo di alcol o tabacco durante l'allattamento sono piuttosto limitate.

Sia l'alcol (Kesäniemi 1974) che la nicotina (Luck 1984), passano rapidamente nel latte materno e si teme possano avere un impatto negativo sullo sviluppo cerebrale.

La concentrazione di alcol nel latte materno è simile a quella del sangue materno. Il livello di nicotina nel latte materno, invece, può essere addirittura superiore a quello del sangue materno, testimoniando per questa sostanza un meccanismo di concentrazione. Sia l'alcol che la nicotina riducono la produzione di latte (Napierala 2016; Haastrup 2014) che risulta mediata, quantomeno per l'alcol, dall'inibizione del riflesso di eiezione del latte.

Inoltre, l'assunzione di alcol durante l'allattamento altera il sonno dei bambini (Haastrup 2014) nonché lo sviluppo cognitivo rilevato a 6-8 anni (Sanou 2017).

Il consiglio da dare alla donna è senza dubbio quello di smettere di fumare e di assumere alcolici. Qualora dopo la nascita del bambino la madre non riuscisse a farlo, si raccomanda comunque di proseguire l'allattamento dal momento che, nell'ambito di una valutazione bilanciata fra rischi e benefici, risultano prevalenti questi ultimi.

In generale, i bambini esposti al fumo passivo hanno un aumentato rischio di malattie respiratorie e di asma. Nel caso di una mamma fumatrice la nicotina modifica il gusto del latte materno, influenzando il comportamento alimentare dei bambini.

L'ultimo Rapporto della Sorveglianza 0-2 condotto dall'ISS mostra come le donne italiane fumino di più in allattamento (8.1%) rispetto alla gravidanza (6.2%) ed in maggior misura al Sud rispetto al Centro-Nord (Pizzi 2020).

Lo stesso Rapporto dell'ISS documenta come in gravidanza il 19.7% delle donne assuma bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese, percentuale che sale al 34.9% durante l'allattamento; il consumo di alcolici in gravidanza ed allattamento è maggiore al Centro-Nord rispetto al Sud (Pizzi 2020).

Un'ulteriore considerazione è l'impatto sul consumo correlato alla pandemia da COVID-19: circa il 14–31% e il 6–19% delle persone ha riferito un aumento dell'assunzione rispettivamente di alcol e di tabacco (Bommele 2020; Elling 2020).

Secondo il Center for Disease Control and Prevention (CDC 2021) può essere consentita un'unità alcolica al giorno (pari a 12 grammi di etanolo) meglio se distanziata dalla poppata per almeno 2 ore. In pratica, un'unità alcolica corrispondente a una lattina di birra (330 ml) o un bicchiere di vino (125 gr) di 12 gradi o un bicchierino (40 ml) di superalcolici da 40 gradi. In sintesi:

- diversamente dagli effetti negativi del fumo passivo, quelli del fumo attraverso il latte materno non sembrano rilevanti;
- durante l'allattamento sarebbe preferibile evitare gli alcolici, ma è ammessa un'assunzione di non più di un'unità alcolica al giorno. Per questa assunzione moderata non sono documentati rischi per il lattante, diversamente dalle dosi superiori.

5.3 Marijuana

L'uso della cannabis in gravidanza risulta aumentato negli ultimi anni (Barry 2021). Il tetraidro-cannabinolo, il principale composto attivo della marijuana, ha una lunga emivita (25–57 ore) e tende ad accumularsi nel latte materno soprattutto nel caso di consumo cronico e pesante. Viene rapidamente distribuito al cervello e al tessuto adiposo. Resta poi immagazzinato nel grasso per settimane o mesi.

La ventilata efficacia della cannabis nel trattamento della nausea e del vomito gravidico, così

come del dolore in corso di travaglio e di parto è scarsa, mentre si teme la possibile associazione con il ritardo di crescita intrauterino, la sindrome di astinenza neonatale, le alterazioni dello sviluppo neuro-evolutivo del bambino con future conseguenze comportamentali. Bisogna tuttavia riconoscere che si sa ancora poco sugli effetti per il lattante dell'assunzione materna di cannabis in corso di allattamento.

Certamente l'opzione attualmente più sicura è quella di evitare la cannabis (o quantomeno di indurne il minor consumo possibile) non solo durante la gravidanza ma anche in corso di allattamento (Graves 2022).

Va ricordato che l'esposizione al fumo passivo di marijuana da parte dei bambini raddoppia il rischio di sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) (Klonoff-Cohen 2001), evento che notoriamente viene contrastato dall'allattamento.

5.4 Abuso di sostanze e allattamento

L'uso di sostanze stupefacenti illecite ("droghe") e l'abuso di sostanze farmacologiche lecite rappresenta un problema significativo durante l'età riproduttiva, con molte sfide non solo per le donne ma anche per gli operatori sanitari che le prendono in carico (Reece-Stremtan 2015). Le madri con dipendenza da sostanze possono avere altri coesistenti fattori di rischio per la salute materno-infantile e per problemi psicologici e dello sviluppo del bambino quali uno stato socioeconomico basso (sebbene l'uso di sostanze sia trasversale alle varie categorie socioeconomiche), un basso livello di istruzione, un'alimentazione inadeguata e un limitato accesso all'assistenza prenatale.

È comune l'associazione fra uso multiplo di droghe e consumo di tabacco e alcol. Le donne che abusano di sostanze illecite sono a rischio anche di patologie infettive da HIV, HTLV, HBV e HCV con possibile trasmissione materno-infantile.

Inoltre, l'abuso materno di sostanze si associa a disturbi psichiatrici che possono richiedere un trattamento farmacologico con conseguente aggiunta di un rischio tossicologico per il lattante.

Queste premesse spiegano quanto sia importante un corretto approccio nell'accompagnamento alla donna che allatta. Per tutte le ragioni sopra indicate, vanno adeguatamente valorizzati i benefici derivanti da una nutrizione con latte materno di bambini che risultino esposti a droghe in gravidanza e/o con l'allattamento.

I tassi di allattamento delle donne che abusano di sostanze risultano, ad ogni modo, inferiori rispetto a quelli della popolazione generale per ragioni che non dipendono solo dall'attitudine dei professionisti sanitari e dalla loro competenza nel fornire supporto e specifici consigli in questa area, ma anche per le caratteristiche proprie di questa popolazione femminile.

Nel Regno Unito, per esempio, inizia ad allattare solo il 14% delle donne che ha fatto uso di sostanze illecite o di terapia di mantenimento con oppioidi durante la gravidanza a fronte del

50% della popolazione generale (Goel 2011).

Anche in Norvegia, Paese con tassi di allattamento più elevati del Regno Unito, si notano differenze dei tassi di avvio dell'allattamento dopo il parto: 77% per le donne dipendenti da oppiacei in terapia di mantenimento e 98% per la popolazione generale (Welle-Strand 2013). Infine, dati statunitensi mostrano come, nella popolazione delle donne che fanno uso di sostanze illecite in corso di gravidanza, la semplice aggiunta del fumo di sigarette riduca l'allattamento nelle prime 6 settimane dopo il parto (Nidey 2022).

5.5. Metadone

I bambini esposti al metadone manifestano frequentemente una sindrome di astinenza (inclusa una certa difficoltà a succhiare) e successivamente ritardi cognitivi e motori rispetto ai bambini non esposti (Logan 2013). Le concentrazioni di metadone riscontrate nel latte materno risultano però basse e l'attuale orientamento è quello di incoraggiare ad allattare (indipendentemente dalla dose di metadone assunta dalla madre) preferibilmente direttamente al seno o spremendo il latte materno qualora ci siano difficoltà di attacco (Wojnar-Horton 1997; Jansson 2008; Welle-Strand 2013).

Un problema di gestione particolare per gli operatori sanitari è quello di sapersi porre in maniera appropriata di fronte alla contraddizione spesso rilevata fra l'enunciazione materna di limitarsi all'assunzione del solo metadone prescritto e di voler allattare, e la verificata incapacità della donna di astenersi da pericolose assunzioni estemporanee di altre droghe, in particolare eroina, anfetamine e cocaina.

5.6. Sostanze d'abuso e sindrome di astinenza neonatale

Una dipendenza materna da sostanze illecite o l'abuso di sostanze non controindica di default l'allattamento, che può invece avere un effetto modulante l'espressione clinica di una sindrome di astinenza neonatale, in considerazione del passaggio col latte materno della sostanza psicoattiva verso la quale si sviluppa l'astinenza.

L'attuale trattamento della sindrome di astinenza neonatale non si limita all'approccio farmacologico (morfina, metadone, fenobarbital, altro), ma valorizza fortemente l'attenzione sulla relazione madre-bambino e sull'ambiente in cui la diade è accolta ed assistita.

L'ipereccitabilità del neonato può così trovare giovamento dalla gestione congiunta nella stessa stanza d'ospedale di madre e neonato (rooming-in) (Klonoff-Cohen 2010), da un ambiente tranquillo e silenzioso, da un'alimentazione responsiva, auspicabilmente al seno, in base alle richieste del bambino.

Bibliografia

1. Abrahams RR, MacKay-Dunn MH, Nevmerjitskaia V, MacRae GS, Payne SP, Hodgson ZG. An evaluation of rooming-in among substance-exposed newborns in British Columbia. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010 Sep;32(9):866-871. doi: 10.1016/S1701-2163(16)34659-X.
2. Barry JM, Birnbaum AK, Jasin LR, Sherwin CM. Maternal Exposure and Neonatal Effects of Drugs of Abuse. *J Clin Pharmacol.* 2021 Aug;61 Suppl 2:S142-S155. doi: 10.1002/jcph.1928.
3. Bommele J, Hopman P, Walters BH, Geboers C, Croes E, Fong GT, Quah ACK, Willemsen M. The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: Implications for smoking cessation. *Tob Induc Dis.* 2020 Jul 27;18:63. doi: 10.18332/tid/125580
4. CDC 2021. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/vaccinations-medications-drugs/alcohol.html#:~:text=Generally%2C%20moderate%20alcohol%20consumption%20by,a%20single%20drink%20before%20nursing>
5. Elling JM, Crutzen R, Talhout R, de Vries H. Tobacco smoking and smoking cessation in times of COVID-19. *Tob Prev Cessat.* 2020 Jul 1;6:39. doi: 10.18332/tpc/122753
6. European Food Safety Authority; https://www.efsa.europa.eu/sites/default/files/corporate_publications/files/efsaexplainscaffeine150527.pdf; EFAS 2015
7. Gibson L, Porter M. Drinking or Smoking While Breastfeeding and Later Cognition in Children. *Pediatrics* 2018 Aug;142(2):e20174266. doi: 10.1542/peds.2017-4266
8. Gibson L, Porter M. Drinking or Smoking While Breastfeeding and Later Academic Outcomes in Children. *Nutrients* 2020 Mar 20;12(3):829. doi: 10.3390/nu12030829
9. Goel N, Beasley D, Rajkumar V, Banerjee S. Perinatal outcome of illicit substance use in pregnancy--comparative and contemporary socio-clinical profile in the UK. *Eur J Pediatr.* 2011 Feb;170(2):199-205. doi: 10.1007/s00431-010-1284-6. Epub 2010 Sep 9
10. Graves LE, Robert M, Allen VM, Dama S, Gabrys RL, Tanguay RL, Turner SD, Green CR, Cook JL. Guideline No. 425b: Cannabis Use Throughout Women's Lifespans - Part 2: Pregnancy, the Postnatal Period, and Breastfeeding. *J Obstet Gynaecol Can.* 2022 Apr;44(4):436-444.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2022.01.013
11. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2014 Feb;114(2):168-73. doi: 10.1111/bcpt.12149
12. Jansson LM, Choo R, Velez ML, Harrow C, Schroeder JR, Shakleya DM, Huestis MA. Methadone maintenance and breastfeeding in the neonatal period. *Pediatrics.* 2008 Jan;121(1):106-14. doi: 10.1542/peds.2007-1182
13. Kesäniemi YA. Ethanol and acetaldehyde in the milk and peripheral blood of lactating women after ethanol administration. *J Obstet Gynaecol Br Commonw.* 1974 Jan;81(1):84-6
14. Klonoff-Cohen H, Lam-Kruglick P. Maternal and paternal recreational drug use and

- sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001 Jul;155(7):765-70. doi: 10.1001/archpedi.155.7.765.
15. Logan BA, Brown MS, Hayes MJ. Neonatal abstinence syndrome: treatment and pediatric outcomes. *Clin Obstet Gynecol*. 2013 Mar;56(1):186-92. doi: 10.1097/GRF.0b013e-31827feea4.
 16. Luck W, Nau H. Nicotine and cotinine concentrations in serum and milk of nursing smokers. *Br J Clin Pharmacol*. 1984 Jul;18(1):9-15. doi: 10.1111/j.1365-2125.1984.tb05014.x.
 17. Napierala M, Mazela J, Merritt TA, Florek E. Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. *Environ Res*. 2016 Nov;151:321-338. doi: 10.1016/j.envres.2016.08.002
 18. Nidey N, Groh K, Agnoli A, Wilder C, Froehlich TE, Weber S, Kair LR. Breastfeeding Initiation and Continuation Among Women with Substance and Tobacco Use During Pregnancy: Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System 2016-2018. *Breastfeed Med*. 2022 Jun;17(6):544-549. doi: 10.1089/bfm.2021.0337
 19. Pizzi E et al. Progetto Sorveglianza bambini 0-2 anni: finalità, metodi e sintesi dei risultati della raccolta dati 2018-2019. *Boll Epidemiol Naz* 2020; 1 (1): 6-10
 20. Purkiewicz A, Pietrzak-Fiećko R, Sörgel F, Kinzig M. Caffeine, Paraxanthine, Theophylline, and Theobromine Content in Human Milk. *Nutrients*. 2022 May 25;14(11):2196. doi: 10.3390/nu14112196
 21. Reece-Stremtan S, Marinelli KA. ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. *Breastfeed Med*. 2015 Apr;10(3):135-41. doi: 10.1089/bfm.2015.9992
 22. Sanou AS, Diallo AH, Holding P, Nankabirwa V, Engebretsen IMS, Ndeezi G, Tumwine JK, Meda N, Tylleskar T, Kashala-Abotnes E. Maternal alcohol consumption during pregnancy and child's cognitive performance at 6-8 years of age in rural Burkina Faso: an observational study. *PeerJ*. 2017 Jun 30;5:e3507. doi: 10.7717/peerj.3507
 23. Welle-Strand GK, Skurtveit S, Jansson LM, Bakstad B, Bjarkø L, Ravndal E. Breastfeeding reduces the need for withdrawal treatment in opioid-exposed infants. *Acta Paediatr*. 2013 Nov;102(11):1060-6. doi: 10.1111/apa.12378.
 24. Wojnar-Horton RE, Kristensen JH, Yapp P, Ilett KF, Dusci LJ, Hackett LP. Methadone distribution and excretion into breast milk of clients in a methadone maintenance programme. *Br J Clin Pharmacol*. 1997 Dec;44(6):543-7. doi: 10.1046/j.1365-2125.1997.t01-1-00624.x

Farmaci neurotropi e allattamento

6.1 Parametri di valutazione e classificazioni di rischio

L'assunzione di farmaci psicotropi da parte della madre che allatta è argomento controverso. Si stima che in Italia il 15-20% della popolazione faccia uso di farmaci psicotropi, e che si tratti per circa 2/3 di donne (CNR 2017). In generale, nell'ultimo decennio vi è stata un'impennata significativa con l'epidemia di COVID 19, con una diffusa autoprescrizione.

Il documento di TAS e TASF (2018) sottolinea che la metà delle consulenze su farmaci psicotropi richieste dalle donne che allattano al Centro Antiveneni di Bergamo riguarda gli ansiolitici.

Per stabilire il grado di sicurezza per il lattante, si possono considerare i parametri farmacocinetici del passaggio del farmaco dal plasma della mamma al latte materno (rapporto latte/plasma)(M/P) e del successivo assorbimento intestinale da parte del bambino (biodisponibilità orale).

Risulta ad ogni modo evidente che ciò che conta maggiormente è l'eventuale comparsa di effetti collaterali (in particolare di quelli clinicamente rilevanti) nel lattante, dipendenti dal livello del farmaco raggiunto nel plasma.

Nell'ambito della farmacocinetica, recentemente è stato enfatizzato il significato della *Relative Infant Dose* (RID) (Rowe 2015) (Box 1) che, quando risulta inferiore al 10%, rappresenta un forte criterio di rassicurazione.

I comuni ansiolitici, che nell'ambito dei farmaci psicotropi sono quelli di possibile maggior uso in corso di allattamento, sono mediamente considerati ad un livello 3 di rischio (sicurezza/rischio moderati) in una scala che classifichi il rischio lattazionale da 1 a 5 (Uguz 2021; Hale 2023). Il livello di rischio sale a 4 (rischioso) nel caso di uso costante di diazepam.

Si comprende però come le classificazioni sul rischio lattazionale (Uguz 2021; Hale 2023) pur basandosi sul giudizio di esperti del settore, non siano esenti da un certo grado di arbitrarietà.

6.2 Il counselling sul rischio lattazionale

Sebbene le informazioni disponibili suggeriscano che la maggior parte dei farmaci neurotropi passi nel latte in piccole quantità, bisogna riconoscere che solo per un numero ridotto di farmaci si dispone di un'adeguata quantità e qualità di studi scientifici che permettano di stabilire senza alcun dubbio un eccellente profilo di sicurezza. Questo dipende dal limitato investimento nella ricerca da parte dell'industria farmaceutica, che raramente considera pri-

oritario (e forse potenzialmente rischioso) lo studio di un farmaco in corso di allattamento. Nella maggior parte dei casi la valutazione del rischio lattazionale viene fatta sulla base di dati scientifici limitati o incompleti; di conseguenza sullo stesso farmaco fonti diverse forniscono spesso giudizi discordanti (Davanzo 2008).

Nel counselling ad una madre che allatta e che stia/debba assumere un farmaco, rivestono allora un ruolo determinante sia l'attitudine dell'operatore sanitario nei confronti dell'allattamento, sia la più o meno marcata preoccupazione che il singolo professionista pone sulle eventuali implicazioni medico-legali (Davanzo 2016).

Box 1. Relative Infant Dose (dose relativa assunta dal bambino).

La RID confronta la dose quotidiana (espressa in mg/kg/die) assunta dal bambino con quella (sempre in mg/kg/die) assunta dalla madre. A prescindere dalle caratteristiche di base, che notoriamente facilitano il trasferimento del singolo farmaco nel latte (per esempio basso peso molecolare, liposolubilità, lunga emivita del farmaco), la RID ha il pregio di fornire informazioni sulla quantità di farmaco alla quale il bambino risulta effettivamente esposto, anche se non può precisamente prefigurare quello che sarà il livello plasmatico del farmaco nel bambino.

Per calcolare la RID è necessario che la letteratura scientifica ci abbia fornito la concentrazione del farmaco nel latte materno. Si presuppone che la sicurezza del farmaco sia tanto maggiore, quanto minore è la RID. La RID risulta inferiore al limite di guardia del 10% per la maggior parte delle benzodiazepine, dei moderni antidepressivi (quali gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina o SSRI e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina-norepinefrina o SNRI) ed anche degli antiepilettici, ma va notato come solitamente risulti ben inferiore al 10%, non superando l'1%. Di fatto, solo alcuni farmaci neurotropi evidenziano una RID >10% (Rowe 2015; Nishimura 2021). Uguz di recente ha cercato di migliorare l'approccio valutativo sul rischio da farmaci psicotropi in corso di allattamento sviluppando un nuovo score basato su 6 parametri distinti:

1. il numero totale di casi esposti al farmaco riportati in letteratura;
2. la massima RID;
3. le dimensioni del campione studiato su cui si basa il calcolo della RID disponibile;
4. il livello plasmatico nel lattante;
5. la prevalenza degli effetti collaterali complessivamente segnalati;
6. gli effetti collaterali gravi.

Il punteggio previsto varia da un minimo di 0 ad un massimo di 10 con attribuzione per singolo parametro di 0-3 punti. Gli autori considerano un basso o bassissimo profilo di sicurezza quando lo score è inferiore o uguale a 5, un profilo moderato di sicurezza per punteggi fra 5.1 e 7, buono o ottimo profilo di sicurezza per valori superiori a 7 (Uguz 2021). Questa proposta è maggiormente soddisfacente rispetto alla pura e semplice RID, perché tiene conto sia di parametri di farmacocinetica, sia della segnalazione di eventuali effetti collaterali nel lattante.

Questo approccio integrato proposto da Uguz viene ad aggiungersi ad altri metodi simili di categorizzazione del rischio da farmaci per il bambino allattato. Particolarmente diffuso è quello di Hale, che individua 5 categorie di rischio, in cui L1, L2, L3 attestano un variabile grado di sicurezza con l'allattamento, la categoria L4 indica un possibile rischio e la L5 un rischio di effetti collaterali gravi (Hale 2021).

Con tutti i limiti sopra indicati, la valutazione del rischio lattazionale da farmaci neurotropi deve seguire un'irrinunciabile appropriata metodologia. Si deve far riferimento a fonti di informazione scientifica accreditate, superando i pregiudizi professionali ed i limiti di informazione dei foglietti illustrativi. Risulta diffusa ed ormai consolidata la prassi di accedere online a E-Lactancia.org oppure a LactMed (National Library of Medicine 2022). Questo ultimo autorevole sito dispone di un *peer review panel* che supera l'inevitabile autoreferenzialità di giudizio di singoli pur illustri studiosi. In alternativa, si può contattare il numero verde 800.883.300 del Centro Antiveneni dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo (accesso 24/24 h con risposta eventualmente differita) (Centro antiveneni e tossicologia 2022) e infine far riferimento a manuali ad hoc (Briggs 2021; Hale 2023).

Nell'ambito della consulenza occorre fornire alla madre informazioni basate sulle evidenze scientifiche, evitando da un lato rassicurazioni stereotipate e dall'altro enfasi eccessiva sui rischi (spesso più teorici, che documentati) dei farmaci.

Il consiglio individuale dell'operatore non potrà che trasmettere alla donna/famiglia una valutazione sul bilancio fra benefici dell'allattamento e rischio dell'assunzione di un farmaco in corso di allattamento. Raramente questo bilancio finirà per essere negativo; in tal caso si suggerirà di sostituire (se possibile) il farmaco neurotropro con un altro più sicuro o di sospendere effettivamente l'allattamento.

Va inoltre precisato che eventuali effetti avversi nel lattante sono in realtà segnalati essenzialmente nei primi 2-3 mesi di vita o nei prematuri (Anderson 2016), quando la capacità di metabolizzare un farmaco risulta ancora significativamente limitata. In un lattante che prende già cibi solidi o in un bambino più grande che sia allattato parzialmente o occasionalmen-

te, la problematica della sicurezza del passaggio nel latte materno di un farmaco (nel nostro caso neurotropro) va decisamente ridimensionata. Una cautela maggiore viene in generale suggerita nel caso di assunzione contemporanea di 2 o più farmaci ad azione sul SNC, per l'atteso possibile potenziamento reciproco, anche se i dati della letteratura su questo aspetto particolare sono ancora limitati.

Nel caso in cui un farmaco neurotropro sia giudicato sicuro in corso di allattamento (come di recente è stato documentato per la maggior degli antiepilettici)(Al-Faraj 2022), si consiglierà comunque (senza generare in famiglia allarmismi) di sorvegliare il lattante per l'insorgenza di sintomi quali difficoltà a succhiare, letargia, scarsa crescita, alterazione del ritmo sonno-veglia, agitazione, tremori.

Il farmaco psicotropro andrà assunto subito dopo la poppata e a distanza di tempo dalla poppata successiva, per consentirne la metabolizzazione almeno parziale. Una volta entrato nel compartimento latte, il farmaco non vi resta intrappolato ma vede un progressivo calo di concentrazione come risultato del progressivo passaggio in senso inverso dal compartimento latte al plasma, man mano che viene metabolizzato dalla madre a livello epatico e renale. Questo consiglio va fornito senza indurre nella madre un irrigidimento negli orari delle poppate che vanno sempre intese a richiesta del bambino, seguendo cioè i suoi segni di fame. Da ultimo, non va dimenticato che la scelta se prendere o meno un farmaco in corso di allattamento spetta in ultima analisi alla madre, una volta che sia stata correttamente e pienamente informata. A quel punto, le eventuali motivazioni e convinzioni materne per non allattare andranno accolte e rispettate.

Bibliografia

7. Al-Faraj AO, Pang TD. Breastfeeding recommendations for women taking anti-seizure medications. *Epilepsy Behav.* 2022 Jun 8;108769. doi: 10.1016/j.yebeh.2022.108769.
8. Anderson PO, Manoguerra AS, Valdés V. A Review of Adverse Reactions in Infants From Medications in Breastmilk. *Clin Pediatr (Phila).* 2016 Mar;55(3):236-44.
9. Briggs GG, Towers CV, Forinah AB. Briggs Drugs in Pregnancy and Lactation. A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk. 12th ed.. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2021.
10. Centro antiveleni e tossicologia 2023. Ospedale di Bergamo. <https://www.asst-pg23.it/reparti/centro-antiveleni-tossicologia>.
11. Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)(2017). Italian Population Survey on Alcohol and Other Drugs.
12. Davanzo R, Bua J, De Cunto A, Farina ML, De Ponti F, Clavenna A, Mandrella S, Sagone A, Clementi M. Advising Mothers on the Use of Medications during Breastfeeding: A Need for a Positive Attitude. *J Hum Lact.* 2016 Feb;32(1):15-9.

13. Davanzo R, Rubert L, Oretti C. Meta-variability of advice on drugs in the breastfeeding mother: the example of beta-blockers. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2008 May;93(3):F249-50.
14. Hale's Medications & Mothers' Milk 2023. *A Manual of Lactational Pharmacology.* New York, NY: Springer. Publishing Company; 2023.
15. Lact Med. National Library of Medicine (US). 2006-. Drugs and Lactation Database. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>.
16. Nishimura A, Furugen A, Umazume T, Kitamura S, Soma M, Noshiro K, Takekuma Y, Sugawara M, Iseki K, Kobayashi M. Benzodiazepine Concentrations in the Breast Milk and Plasma of Nursing Mothers: Estimation of Relative Infant Dose. *Breastfeed Med.* 2021 May;16(5):424-431. doi: 10.1089/bfm.2020.0259.
17. Rowe H, Baker T, Hale TW. Maternal medication, drug use, and breastfeeding. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2015 Jan;24(1):1-20. doi: 10.1016/j.chc.2014.09.005.
18. Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare per la Promozione dell'allattamento al Seno (TAS), & Tavolo Tecnico per la Valutazione delle Problematiche Relative all'Allattamento al Seno e la contestuale necessità di Trattamento con Farmaci (TASF). (2018). Position statement sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno. Retrieved from http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2715.
19. Uguz F. A New Safety Scoring System for the Use of Psychotropic Drugs During Lactation. *Am J Ther.* 2021 Jan-Feb 01;28(1):e118-e126. doi: 10.1097/MJT.0000000000000909.

Il personale sanitario dedicato alla salute mentale e i percorsi formativi sull'allattamento

7.1 Raccomandazioni sulla formazione professionale in allattamento

I professionisti della salute hanno un ruolo rilevante nell'orientare e nel sostenere in maniera concreta ed efficace le madri sull'alimentazione infantile e sull'allattamento, nel rispetto della scelta materna. La letteratura sottolinea tuttavia come la formazione curriculare e quella in-service in tema di allattamento non risultino adeguate (Boyd 2013; Davanzo 2002). Recentemente il Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento (TAS), le Società scientifiche, le Federazioni e le Associazioni professionali hanno diffuso le Raccomandazioni sulla Formazione in Allattamento del Personale Sanitario (TAS 2020).

In generale, nell'ambito della scelta del percorso formativo vanno identificati gli standard di conoscenza teorica, di abilità e di competenza sull'allattamento. I riferimenti bibliografici da adottare devono essere conformi e aggiornati.

I primi destinatari di queste raccomandazioni sono i professionisti più direttamente coinvolti o dedicati nella gestione della coppia madre-bambino e quindi pediatri, neonatologi, ostetrico-ginecologi, ostetriche, infermiere professionali ed alcune altre professioni sanitarie tecniche.

Va però considerato che, nell'arco della vita riproduttiva della donna, un ruolo assistenziale rilevante è svolto anche da altri professionisti sanitari, in particolare dagli specialisti che si occupano di salute mentale quali psichiatri, neurologi e psicologi, neuropsichiatri infantili, infermieri ed infermieri pediatrici, assistenti sanitarie, assistenti sociali, senza infine dimenticare i medici di medicina generale. È importante che la formazione curriculare e in service di questi professionisti copra anche alcuni aspetti generali dell'allattamento.

In sintesi, si raccomanda che una adeguata conoscenza teorica ed una corretta attitudine sui rapporti fra salute mentale ed allattamento impronti non solo l'assistenza, ma anche le consulenze sanitarie in ambito legale.

7.2 Durata dell'allattamento

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2021) e le Società scientifiche (Davanzo 2015; Meek 2022) raccomandano l'allattamento, norma naturale di nutrizione ed interazione fra madre e bambino all'interno della famiglia, con modalità esclusiva per 6 mesi ed in seguito, una volta introdotti nella dieta del bambino gli alimenti diversi dal latte materno, fino al

secondo anno di vita ed oltre, secondo il desiderio di madre e bambino/a. Questa durata dell'allattamento va intesa come fisiologica. La base scientifica per questa raccomandazione, che tutela la salute della maggioranza della popolazione, si basa su un rapporto dose dipendente fra durata dell'allattamento (anche non esclusivo) e salute materna e infantile. Esempi di questo rapporto dose-effetto, cioè di una maggior salute per chi allatta più a lungo, sono per la madre la riduzione del rischio di cancro al seno (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 2002) e per il bambino la prevenzione dell'obesità (Qiao 2020).

Un allattamento di durata fisiologica di per sé non interferisce negativamente con la progressione dell'autonomia del bambino e sul benessere mentale della madre. Risulta al contrario ben provato come l'allattamento contribuisca al benessere cognitivo, emotivo, familiare e sociale del bambino (Sacker 2013; Walfisch 2013; Heikkilä 2014; Pereyra-Elias 2022), aggiungendosi al peso determinante dei fattori genetici, delle competenze allevanti familiari e dei fattori socio-economici.

Eventuali disagi psicologici o vere patologie psichiatriche del bambino e/o della madre non hanno con l'allattamento un rapporto causale, ma sono semplicemente da intendersi come contemporanei ad un allattamento che continua nel tempo in maniera fisiologica. Le eventuali difficoltà o evoluzioni patologiche del normale processo psicologico di individuazione-separazione infatti riguardano la struttura della personalità e prescindono dalle opzioni circa l'alimentazione del bambino; un allattamento, che prosegue dopo i due anni non deve quindi essere oggetto di stigma o colpevolizzazione.

7.3 Conclusioni

Per quanto riguarda la formazione del personale sanitario sulla tematica dei rapporti fra salute mentale della donna ed allattamento si può sintetizzare che:

- la tutela dell'allattamento non confligge con la cura della salute mentale della donna;
- i professionisti, che si occupano di disturbi psichiatrici, neurologici o psicologici, devono acquisire gli elementi conoscitivi essenziali relativi al valore ed alla tutela dell'allattamento e dell'uso del latte materno.

Bibliografia

1. Boyd AE et al. Breastfeeding and human milk lactation: education and curriculum issues for pediatric nurse practitioners. *J Pediatr Health Care* 2013; 27: 83-90.
2. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the

- disease. *Lancet*. 2002 Jul 20;360(9328):187-95. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09454-0.
3. Davanzo R, Maffei C, Silano M, Bertino E, Agostoni C, Cazzato T, Tonetto P, Staiano A, Vitiello R, Natale F Gruppo di Lavoro ad hoc di SIP, SIN, SICuPP, SIGENP e SIMP. Allattamento al seno e uso del latte materno/umano Position Statement 2015 di Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN), Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP), Società Italiana di Gastroenterologia Epatologia e Nutrizione Pediatrica (SIGENP) e Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP). 2015
 4. Davanzo R. Allattamento al seno e personale sanitario: la formazione è efficace? *Medico e Bambino* 2002; 21, 443.
 5. Heikkilä K, Kelly Y, Renfrew MJ, Sacker A, Quigley MA. Breastfeeding and educational achievement at age 5. *Matern Child Nutr*. 2014 Jan;10(1):92-101. doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00402.x. Epub 2012 Mar 29.
 6. Meek JY, Noble L. Technical Report: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2022 Jul 1;150(1):e2022057989. doi: 10.1542/peds.2022-057989.
 7. Pereyra-Elias R, Quigley MA, Carson C. To what extent does confounding explain the association between breastfeeding duration and cognitive development up to age 14? Findings from the UK Millennium Cohort Study. *PLoS ONE* 2022; 17(5): e0267326. h
 8. Qiao J, Dai LJ, Zhang Q, Ouyang YQ. A Meta-Analysis of the Association Between Breastfeeding and Early Childhood Obesity. *J Pediatr Nurs*. 2020 Jul-Aug;53:57-66. doi: 10.1016/j.pedn.2020.04.024. Epub 2020 May 25. PMID: 32464422.
 9. Sacker A, Kelly Y, Iacovou M, Cable N, Bartley M. Breast feeding and intergenerational social mobility: what are the mechanisms? *Arch Dis Child*. 2013 Sep;98(9):666-71. doi: 10.1136/archdischild-2012-303199.
 10. TAS, SIP, SIN, ACP, FIMP, Collegi Universitari dei Direttori Scuole di Specialità di Pediatria e degli Ordinari di Pediatria, SIMP, SIGO, FNOMCeO, FNOPO, FNOPI, FNO-TSRM-PSTRP. La Formazione del Personale Sanitario sull'Allattamento. Raccomandazioni del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento (TAS), delle Società scientifiche, degli Ordini e delle Associazioni professionali. Maggio 2020. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2976_allegato.pdf.
 11. Walfisch A, Sermer C, Cressman A, Koren G. Breast milk and cognitive development--the role of confounders: a systematic review. *BMJ Open*. 2013 Aug 23;3(8):e003259. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003259.
 12. WHO. Infant and young child feeding. 9 June 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.

Raccomandazioni finali su salute mentale ed allattamento

8.1 Allattamento come indicatore di salute

- Il latte materno non è solo un gold standard nutrizionale: l'allattamento ha implicazioni positive sulla relazione madre-bambino, sull'attaccamento e complessivamente sulla salute fisica e psichica materno-infantile.
- Per garantire la salute ottimale delle bambine e dei bambini, OMS raccomanda l'allattamento esclusivo nei primi 6 mesi di vita, seguito da un'appropriata alimentazione complementare, proseguendo l'allattamento fino ai due anni di età e oltre, secondo il desiderio di mamma e bambino/bambina.
- L'impostazione dell'esistenza di una competizione o peggio di una contrapposizione fra la salute del bambino e quella della madre è oggi superata da una concezione che li vede parte di un sistema di co-regolazione affettiva e cognitiva.
- Va rispettata l'eventuale libera ed informata scelta della donna di non allattare, che bisogna accompagnare all'uso in sicurezza della formula e sostenuta nella espressione delle proprie competenze per una genitorialità responsiva.

8.2 Allattamento come fattore di empowerment

- Allattare aiuta l'affermazione riproduttiva della donna, migliora la sua autostima ed il suo benessere e può rappresentare un elemento antagonista della depressione post-partum.
- Per una soddisfacente esperienza di allattamento è essenziale che la donna ottenga sostegno in famiglia, nell'entourage degli amici, sul posto di lavoro, nella comunità dove vive, nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria e degli interventi del volontariato.

8.3 Allattamento, malattie neurologiche e disturbi mentali

- La presenza di un disagio o di una malattia neurologica o psichiatrica non rappresenta *a priori* una controindicazione ad allattare, anche se può rivelarsi un ostacolo.
- L'uso di farmaci neurotropi raramente giustifica il non avvio o la sospensione dell'allattamento e va comunque sempre inteso di secondaria importanza rispetto all'eventuale condizione di grave disabilità psichica, che impedisce alla donna non solo e non tanto l'allattamento, quanto più in generale la presa in carico globale del bambino, rispetto alla quale le sue risorse vanno comunque riconosciute e sostenute.

www.salute.gov.it

