

ALLATTAMENTO AL SENO E MICROBIOTA

Benefici per il neonato

Minor rischio di:

- malattie dell'infanzia (meningiti, otiti, polmoniti, bronchioliti, gastroenteriti, enterocoliti necrotizzanti, dermatite atopica, leucemie e linfomi)
- SIDS (Sudden Infant Death Syndrome)
- allergie
- celiachia e malattie infiammatorie dell'intestino
- asma
- obesità e diabete

Benefici per la mamma

Minor rischio di:

- emorragia e depressione post-partum
- diabete mellito tipo II, malattie cardiovascolari, cancro dell'ovaio e della mammella

Il **microbiota** è l'insieme delle migliaia di miliardi di microrganismi che popolano il nostro corpo e che vivono in simbiosi con l'organismo umano. Il più studiato è quello intestinale.

Il microbiota interviene nello sviluppo dell'intestino, del pancreas e del fegato, nel corretto funzionamento della barriera intestinale; nel corretto sviluppo del sistema immunitario, del sistema nervoso gastro-enterico e del sistema nervoso centrale; una sua alterazione (disbiosi) è strettamente correlata con patologie immunitarie, metaboliche e del sistema nervoso centrale.

Quando il neonato inizia ad acquisire il proprio microbiota, cioè quando inizia la colonizzazione batterica?

Il **latte materno** rappresenta il principale colonizzatore dell'intestino neonatale: contiene oligosaccaridi (HMO), molecole molto complesse, non digeribili dal sistema enzimatico del neonato, in grado di nutrire il microbiota. L'allattamento al seno risulta essere l'evento più importante per il mantenimento e lo sviluppo di una popolazione batterica sana, a sua volta responsabile di tantissimi aspetti della salute nell'età infantile e anche nell'età adulta.

“Una donna non allatta un bambino ma un destino”

(Paavo Haavikko)

Il **Parto Cesareo Dolce** rappresenta, laddove vi sia una chiara e giustificata indicazione al taglio cesareo, un **cambio di prospettiva radicale** all'approccio chirurgico della nascita, **nel pieno benessere psico-fisico della triade** (neonato, mamma e papà). Con questa pratica si porta la casa in ospedale, si focalizza l'attenzione sulla triade e sulle sue necessità, in particolare sul neonato con le sue competenze acquisite in utero ed il suo bagaglio di esperienze sensoriali; in tal senso il PCD permette di pensare alla nascita come ad un evento che si conclude con la prima poppata e non con il semplice taglio del cordone ombelicale.

CONTATTI

AMBULATORIO PRIMA ACCOGLIENZA

045-6338757

Opuscolo realizzato da Dr Sara Ottaviani (Anestesista) con la partecipazione di

Dr H. Sharifnejad Tousi (Ginecologa)

Dr Renea Visentin (Anestesista)

Dr Erica Fasoli (Pediatria)



“Si impara ad amare non perché ce lo insegnano, ma per il fatto di essere amati”.

(Ashley Montagu)

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA



OSPEDALE MAGALINI

VILLAFRANCA (VR)

PARTO
CESAREO
DOLCE



“Bisogna nutrire i piccoli. Non vi sono dubbi. Non solo il loro ventre, ma anche la loro pelle. In questo oceano di novità, d'ignoto, bisogna far riprovare sensazioni passate che inducano pace e sicurezza”

(F. Leboyer)

Il Parto Cesareo Dolce nasce dall'esigenza di porre al centro dell'evento nascita anche il neonato che nasce da taglio cesareo, che non ha la possibilità di seguire il suo fisiologico e naturale passaggio dalla vita intrauterina a quella extrauterina.

In qualità di **Ospedale Amico dei Bambini (BFH-Baby-Friendly-Hospital)**, riconoscimento conferito da **UNICEF**, ogni nostro sforzo è mirato a rispettare i "10 passi per il successo dell'allattamento al seno"; in particolare con il PCD riusciamo ad onorare il **passo 4** anche durante un taglio cesareo (contatto pelle-a-pelle immediato dopo la nascita per almeno un'ora).

Inoltre chi nasce con un intervento chirurgico deve spesso rinunciare a quella che l'**OMS** (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha definito "l'ora sacra", fondamentale per il benessere immediato e futuro del neonato.

Obiettivo del Parto Cesareo Dolce (PCD) è quindi quello di cercare di colmare alcune lacune che l'esecuzione del taglio cesareo crea a scapito della salute di madre e figlio, attraverso 3 passaggi fondamentali:

- **l'estrazione del feto in due tempi** favorendone l'adattamento respiratorio (dopo la fuoriuscita della testa, la lenta espulsione dalla breccia uterina del tronco mima una sorta di spremitura del torace che facilita l'espulsione delle secrezioni e l'espansione toracica con l'ingresso di aria negli alveoli)
- **l'immediato e prolungato contatto pelle-a-pelle** con la madre (il neonato viene affidato direttamente alla madre e posto sul suo torace)
- **il clampaggio ritardato del cordone** favorendone l'adattamento cardio-circolatorio (maggiori riserve di ferro con minor rischio di anemia e deficit neurologici, apporto di cellule staminali pluripotenti con capacità angiogenetiche, immunomodulanti e neurogeniche)

La procedura si completa con altre attenzioni:

- l'adeguamento della sala operatoria per accogliere il neonato con mamma e papà
- la possibilità di ascoltare musica scelta dai genitori
- la possibilità per il papà, se lo desidera, di accedere alla sala operatoria
- la possibilità per entrambi i genitori di assistere alla nascita del proprio figlio abbassando il telo divisorio
- la possibilità per il papà di completare il taglio del cordone ombelicale e di concorrere al posizionamento del braccialetto identificativo
- attesa del secondamento (espulsione della placenta), che avviene spontaneamente

Anestesia e tecnica chirurgica per il PCD sono quelle previste per il taglio cesareo classico, cioè **anestesia loco-regionale** (spinale, peridurale o spino-peridurale) per permettere alla mamma di rimanere vigile alla nascita del proprio figlio, in sicurezza e pieno benessere, **tecnica chirurgica secondo Stark** per ridurre il traumatismo dei tessuti, i tempi operatori e garantire un recupero post-operatorio più veloce e meno doloroso. Al termine dell'intervento alla mamma viene fornita e/o prescritta una **copertura antalgica** adeguata a permettere l'accudimento del neonato e l'allattamento sicuro.

La presenza del **Pediatra** in sala operatoria è garantita durante tutte le fasi dell'intervento; se nelle procedure chirurgiche tradizionali, il neonato una volta estratto viene valutato sull'isola neonatale e riconsegnato alla madre solo al termine dell'intervento chirurgico, nel PCD le stesse valutazioni vengono eseguite su quella che viene chiamata l'"**isola materna**" (cioè sul torace della mamma). Mentre il piccolo è a contatto pelle-a-pelle con la madre può infatti essere oggetto delle stesse valutazioni che consentono di monitorare il normale passaggio feto-neonatale.

Qualora si presentassero problematiche, il neonato viene immediatamente trasferito sull'isola neonatale ed affidato alle cure del Pediatra in modo da poter essere assistito adeguatamente secondo le linee guida di rianimazione neonatale.

CHI PUO' RICHIEDERLO

Mamme sane con figli sani che **debbano** essere sottoposte a taglio cesareo elettivo.

QUANDO RICHIEDERLO

Durante la gravidanza il ginecologo avrà modo di rispondere a qualsiasi quesito in merito alla procedura. Al momento della visita anestesiológica pre-operatoria è possibile parlare con l'anestesista per eventuali chiarimenti e/o dubbi e firmare il consenso informato.



IL CONTATTO PELLE-A-PELLE IMMEDIATO E PROLUNGATO

Per circa 9 mesi l'utero e la placenta hanno rappresentato l'habitat naturale del neonato dove ha ricevuto calore, nutrimento, ossigeno e protezione, e dove il neonato è stato in stretto contatto con la madre tramite il suo battito cardiaco, la sua voce ed il suo odore veicolato dal liquido amniotico. Alla nascita il corpo e il seno della madre svolgono le stesse funzioni dell'utero e della placenta durante la vita intrauterina: il neonato riceve calore dal contatto pelle-a-pelle, nutrimento dal seno, protezione dall'abbraccio materno e continua a percepire la voce, il battito cardiaco e l'odore della propria madre.

Durante un PCD il neonato viene affidato, subito dopo la nascita, alla mamma; rimane sul petto materno, non solo per tutta la durata dell'intervento ma **per almeno due ore**. Il tempo necessario perché possano compiersi tutte le fasi individuate dall'ostetrica svedese Ann Marie Widstrom: il neonato percepisce la madre e attua comportamenti stereotipati che lo portano a prendere confidenza col seno materno fino all'attacco al seno e alla poppata.

Benefici per il neonato

- maggior stabilità respiratoria, cardio-circolatoria, termica e glicemica
- imprinting (riconoscimento) e bonding (legame) ottimale con la madre
- miglior competenza nella ricerca del seno con conseguente raggiungimento di un allattamento esclusivo e duraturo
- minor pianto ed irritabilità
- ritmo sonno-veglia più regolare
- ottimale sviluppo neurologico

Benefici per la mamma

- minor ansia, stress e depressione post-partum
- minore percezione del dolore post-operatorio
- maggior stabilità cardio-circolatoria durante l'intervento
- maggior rilascio di ossitocina endogena (fondamentale nel controllo dell'emorragia post-partum)
- aumento delle competenze materne con riconoscimento precoce dei bisogni del neonato e miglior accudimento
- bonding ottimale con il neonato