

RIVISTA PER UTIN & REPARTI MATERNITÀ

Nuovi inizi

BANCHE DEL LATTE IN EUROPA

Creare sinergie

per una migliore assistenza

MANEGGIARE CON CURA

Come standardizzare

la gestione del latte materno

AUMENTARE LA DOSE DI LATTE

Miglioramento della qualità

per garantire più latte umano
in TIN

Il latte donato non è un lusso!

FA PARTE DELLA TERAPIA NUTRIZIONALE PER NEONATI
PREMATURI CONFORME ALLE LINEE GUIDA

Un'intervista con il membro del consiglio EMBA e neonatologo prof. Daniel Klotz sul perché ogni centro perinatale dovrebbe considerare l'istituzione di una banca del latte e come il latte donato può supportare i tassi di allattamento al seno.



Prof. Daniel Klotz
Membro del consiglio EMBA, membro fondatore della rete di banche del latte di Baden-Württemberg/Germania; Dipartimento di Neonatologia e Medicina di terapia intensiva pediatrica, Protestant Hospital Bethel Foundation, Ospedale Universitario OWL, Università di Bielefeld, Bielefeld, Germania

Dott. Klotz, perché ogni grande ospedale che abbia un centro perinatale in Europa dovrebbe considerare di istituire una banca del latte donato?

Se, nonostante un supporto ottimale attraverso l'allattamento al seno e la gestione della lattazione, non è disponibile sufficiente latte della rispettiva madre, il latte donato proveniente dalle banche del latte è l'alimento sostitutivo ideale. Ciò è uniformemente raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e da numerose associazioni mediche in tutto il mondo.

Il latte della rispettiva madre si adatta perfettamente ai bisogni di un neonato. Qual è il contributo che il latte donato può dare allo sviluppo infantile?

I neonati prematuri che vengono alimentati con latte donato invece del latte in polvere hanno un rischio significativamente inferiore di sviluppare un'infezione gastrointestinale molto grave, nota come enterocolite necrotizzante (NEC), che spesso porta a problemi intestinali permanenti o addirittura al decesso. Gli studi hanno ripetutamente confermato che una dieta a base di latte donato protegge da questa malattia. Al contempo, è stato dimostrato che l'alimentazione con latte donato è in grado di proteggere i neonati prematuri dalle infezioni e da una specifica malattia degli occhi. Il latte donato è, inoltre, tollerato meglio rispetto ai sostituti del latte materno, pertanto anche la digestione ne trae beneficio.

Come risponde alle critiche secondo cui le banche del latte sono un lusso costoso?

Immagini che vi sia un farmaco che potrebbe

dimezzare l'incidenza di un determinato evento grave che comporti il decesso o un'importante disabilità. L'utilizzo di questo farmaco sarebbe considerato un lusso? No. Il latte donato non è un lusso! Al contrario, fa parte della terapia nutrizionale per neonati prematuri conforme alle linee guida. Riguardo ai costi, vi sono sistemi nettamente diversi per il latte donato all'interno dell'Europa. In alcuni Paesi, il costo viene rimborsato. In altri casi, l'onere del suo pagamento spetta all'ospedale. Un buon trattamento è costoso.

L'Associazione europea delle banche del latte (European Milk Bank Association, EMBA) offre linee guida precise per l'organizzazione e il funzionamento di una banca del latte? Da dove provengono le normative nazionali?

L'EMBA ha formulato i requisiti base per la costituzione e il funzionamento delle banche del latte, alcuni dei quali sono stati incorporati nelle varie linee guida nazionali. Tuttavia, la struttura e la funzione di una banca del latte dipendono sempre dalle circostanze locali e le esigenze variano enormemente, sia a livello nazionale che internazionale. Al contempo, non vi è alcuna reale evidenza scientifica per molti aspetti procedurali. Pertanto, in aggiunta alle linee guida nazionali e alle disposizioni di legge obbligatorie specifiche di ogni nazione, la buona pratica clinica riveste un ruolo cruciale nel funzionamento di una banca del latte.

Nella Sua esperienza personale, quali sono le sfide nell'istituire una banca del latte donato?

L'istituzione di una banca del latte è un processo particolarmente lungo. Gli ostacoli dell'implementazione spesso risiedono nei dettagli. Vi sono numerosi interlocutori e ciascuno di loro deve essere coinvolto. La nostra esperienza ci ha insegnato che molti dipendenti sono riusciti a identificarsi nel "Progetto della banca del latte donato" e che ha trovato sostenitori a tutti i livelli, nelle aree sanitaria, tecnologica o amministrativa. Si è trattato in definitiva della chiave del nostro successo.

Come vengono analizzati e trattati i campioni di latte materno donati al fine di garantirne la sicurezza e la qualità nutrizionale?

Ogni fase del processo, dal reclutamento della donatrice alla distribuzione del latte donato ai neonati prematuri, è definita per iscritto nelle istruzioni procedurali e tutti i dipendenti sono formati in materia. Una volta approvata la donatrice, conduciamo esami microbiologici su ogni singolo lotto di latte donato prima di procedere alla sua pastorizzazione. A ciascun lotto viene assegnato un codice così da poter essere tracciato in qualsiasi momento e viene prelevato un campione di riserva da conservare per sei mesi. Il latte viene conservato congelato a -25 °C per un massimo di sei mesi prima di essere rilasciato. Grazie alla nostra rete, abbiamo un approvvigionamento molto elevato di quasi 1000 litri all'anno. La gestione continua della qualità e la formazione periodica completano i processi ben comprovati.

Ha menzionato la rete di banche del latte donato che Lei ha istituito nella Sua regione. In termini pratici, come funziona questa cooperazione?

L'obiettivo della nostra rete consiste nel garantire che tutti i neonati prematuri del nostro Stato federale ricevano latte donato, se necessario. Gli ospedali aderenti offrono alle madri l'opportunità di donare il proprio latte nelle rispettive regioni. Il latte donato viene quindi conservato congelato nelle cliniche aderenti. In qualità di uno dei due attuali hub centrali nel nostro Stato federale, accordiamo la donazione alle madri dopo un esame del sangue, raccogliamo il latte

dagli ospedali partecipanti, analizziamo e trattiamo il latte e, infine, lo conserviamo. Quando è necessario, gli ospedali possono riacquisire il latte. Raggruppando le fasi dispendiose in termini di tempo in due hub e assumendo il controllo dell'intera logistica e dell'intero tracciamento del latte, abbassiamo la soglia per gli ospedali di dimensioni minori per utilizzare il latte donato. Per finanziare questo sistema, trasmettiamo alcuni costi ai membri della nostra rete.

Come possiamo garantire che il latte donato non sia soltanto "un altro prodotto da frigo"? Le banche del latte sostengono i tassi di allattamento al seno?

Essenzialmente, il latte donato deve sempre essere inteso come una nutrizione sostitutiva. Il suo utilizzo non è, pertanto, un criterio di qualità di per sé, ma uno strumento per raggiungere il nostro vero obiettivo: bambini sani allattati al seno al momento della dimissione. Ecco perché la gestione dell'allattamento al seno e della lattazione è sempre al primo posto. Lo scopo di una banca del latte consiste nell'essere utilizzata il più raramente possibile. Gli studi mostrano che le madri avviano meglio la lattazione e allattano al seno più spesso quando il latte donato è disponibile come sostitutivo. Non è chiaro se ciò avvenga perché il personale negli ospedali con accesso alle banche del latte sia più preoccupato della questione allattamento al seno e lattazione o perché le madri dei neonati prematuri percepiscano l'"effetto ponte" del latte donato come sollievo e, pertanto, inizino meglio il percorso di lattazione. È probabilmente dovuto a una combinazione di vari fattori.

CONTENUTO

- 02 Potenziale delle banche del latte**
Come istituire una gestione di successo del latte donato
- 04 Aumentare la dose di latte**
Nuovi standard per più latte materno
- 12 Best practice**
Come supportare il successo dell'allattamento al seno a lungo termine
- 14 Alimentazione biologica**
Un modo per ridurre al minimo i problemi precoci dell'allattamento al seno?
- 16 Maneggiare con cura**
Riscaldamento e scongelamento del latte materno con Calesca
- 18 Conservazione sicura**
Linee guida da seguire a casa
- 19 Notizie locali**

NOTE EDITORIALI

Medela Italia Srl a socio unico
Via Turrini, 13/15 - 40012 Calderara di Reno (BO), Italia
Telefono: +39 051 72 76 88, E-mail: info.it@medela.com
www.medela.it
Editing e testo:
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG
Design: www.ruheundsturm.de, Monaco di Baviera
Fonte immagini:
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG;
Adobe Stock: 21748861, 492828842, 105526948, 100664546, 602215403, 739175972

AUMENTARE



la dose di latte

COME MIGLIORARE LA DISPONIBILITÀ DEL LATTE DELLA RISPETTIVA MADRE ALL'INTERNO E AL DI FUORI DELL'OSPEDALE

L'esposizione prolungata nel tempo a dosi elevate di latte della rispettiva madre influisce in maniera significativa sugli esiti correlati alla salute dei neonati.^{1,2} Ciò è particolarmente vero per i bambini nati prematuri e/o con problemi di salute; tuttavia, la disponibilità tempestiva di latte materno non è scontata. La buona notizia è: la ricerca mostra che interventi standardizzati e l'implementazione di cure fondate su evidenze scientifiche fanno davvero la differenza e portano a risultati ottimali.

6 indicatori di cui tenere conto per avviare la lattazione e ottenere il latte della rispettiva madre fin dall'inizio.

I DECISIONE INFORMATA

La decisione di supportare l'alimentazione dei neonati vulnerabili con il latte della rispettiva madre spetta ai genitori e andrebbe presa consapevolmente. Tuttavia, una decisione informata può essere presa solo quando madri e famiglie hanno accesso a informazioni standardizzate e affidabili per guidare le loro scelte. I genitori devono, pertanto, ricevere tempestivamente informazioni coerenti e basate sull'evidenza scientifica in merito alla lattazione e all'alimentazione neonatale. Quando le madri sono informate e comprendono che il loro latte è un'azione medica essenziale che nessun altro può fornire al proprio neonato, decidono quasi sempre di estrarre il proprio latte. Inoltre, le madri mostrano un maggior impegno quando comprendono attraverso l'evidenza scientifica il valore del proprio latte.³⁻⁸

Le famiglie in unità di terapia intensiva neonatale (UTIN), in particolare, si trovano spesso ad affrontare uno stato di shock, disperazione e impotenza. Le discussioni con il personale medico in merito al valore critico del latte della rispettiva madre può mutare le loro prospettive in uno spiraglio di speranza e un nuovo scopo. In uno studio condotto presso il Rush University Medical Center negli Stati Uniti, dopo aver ricevuto informazioni in merito, il 98% delle madri ha scelto di estrarre latte, sebbene il 50% avesse avuto intenzione di ricorrere inizialmente all'alimentazione con latte artificiale.³ Più di recente, il prof. Sven Wellmann presso il KUNO Klinik St. Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder in Regensburg/Germania, ha ottenuto risultati impressionanti in uno studio analogo (consultare pagine 12/13).

COSAFARE

- ✓ **Fornire ai genitori informazioni preventive** sull'importanza e sui benefici del latte della rispettiva madre.
- ✓ **Formare tutti i professionisti e garantire una comunicazione coerente** tra tutti i dipartimenti per evitare confusione.



II TEMPISTICHE DELLA PRIMA ESTRAZIONE

È comprovato che la stimolazione tempestiva del seno abbia un impatto positivo sulla futura produzione di latte e conseguentemente sugli esiti dell'alimentazione. Secondo le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il contatto pelle a pelle e l'allattamento al seno devono avvenire entro la prima ora dalla nascita.⁹ Se l'allattamento al seno non fosse (ancora) possibile o efficace, è necessario stimolare il seno mediante estrazione doppia con un tiralatte elettrico, idealmente entro le prime tre ore dalla nascita, non oltre le sei ore. Questa tempestiva attivazione della produzione di latte materno è cruciale, trattandosi di un evento unico per poter raggiungerne, oppure no, il pieno potenziale. Senza un supporto alla lattazione adeguato (proattivo!),

le madri di neonati vulnerabili che non riescono ancora a stimolare il seno in maniera efficace, sono ad alto rischio di incorrere in un'attivazione secretoria ritardata (la "montata latte") e ottenere una produzione di latte non ottimale. D'altro canto, è molto più probabile che le madri che non riescono ad allattare al seno, ma utilizzano un tiralatte elettrico doppio per la stimolazione e l'estrazione tempestiva, proseguano l'estrazione a sei settimane ed è molto più probabile che stiano ancora allattando al seno/estraendo latte alla dimissione.^{4,10-14}

In estrema sintesi:
L'avvio tempestivo dell'estrazione significa più latte materno per i neonati, anche nel lungo termine.

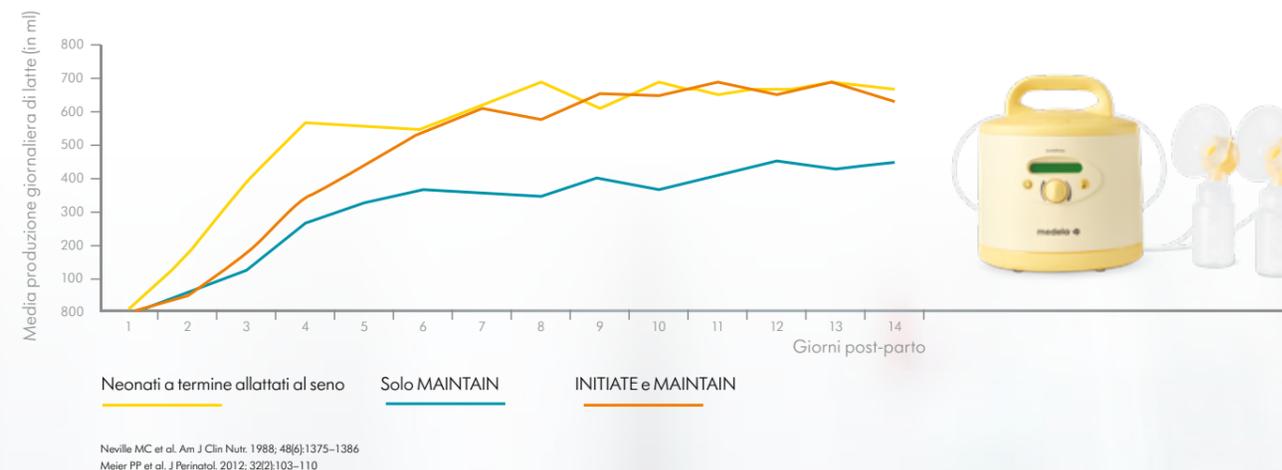


COSAFARE

- ✓ **Facilitare la doppia estrazione tempestiva (idealmente già in sala parto!)** con un tiralatte ospedaliero doppio dotato di tecnologia che supporti l'avvio della lattazione.
- ✓ **Aiutare la madre a trovare la giusta misura della coppa per il seno** e ad assemblare il suo set per tiralatte.
- ✓ **Assisterla** nelle sue prime estrazioni.
Come supporto, è possibile accedere alle istruzioni passo passo in varie lingue attraverso il Medela Symphony Hub all'indirizzo medela.com/symphony-hub
- ✓ **Accertarsi di stabilire aspettative appropriate** e controllare regolarmente.

LE MADRI CHE UTILIZZANO IL TIRALATTE CON VOLUMI DI LATTE INFERIORI A 150 ML/GIORNO IL GIORNO 4 POST-PARTO HANNO UNA PROBABILITÀ 9 VOLTE MAGGIORE DI OTTENERE UNA BASSA PRODUZIONE DI LATTE¹⁵ E UNA PROBABILITÀ 7 VOLTE MAGGIORE DI RICORRERE ALL'ALIMENTAZIONE CON LATTE IN POLVERE AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE DALL'UTIN E IN FUTURO.¹⁷

IMPATTO DEL PROGRAMMA INITIATE DI SYMPHONY



III ESTRAZIONE FREQUENTE

L'estrazione frequente è di estrema importanza durante i primi 14 giorni post-parto per avviare e impostare adeguati volumi di latte per la produzione di latte futura. I cambiamenti ormonali successivi al parto giocano un ruolo cruciale: nei primi giorni successivi al parto, il drastico abbassamento del progesterone e l'innalzamento della prolattina, così come la stimolazione del seno, sono i fattori fisiologici scatenanti per la comparsa di una significativa produzione di latte (la "montata latte") tra le 24 e le 72 ore. Quando non riescono ad allattare al seno, le madri devono essere supportate per estrarre almeno

8 o più volte in 24 ore, inclusa 1 estrazione notturna per sfruttare l'ulteriore aumento della secrezione di prolattina in quel frangente.¹⁰ Quando si rimuove il latte frequentemente, i seni vengono drenati in maniera efficace per raggiungere un'adeguata produzione di latte entro il Giorno 14. Al contrario, se l'estrazione non è frequente in questa prima fase post-parto, può verificarsi un ritardo nella comparsa del latte ed è altamente probabile che i volumi di latte rimangano permanentemente più bassi rispetto a quelli necessari.^{15,16}

COSAFARE

- ✓ **Accertarsi che la madre abbia accesso** a un tiralatte e agli accessori ogniqualvolta ne abbia bisogno.
- ✓ **Fornire alle madri un Pumping Log** per tenere traccia delle sessioni e dei volumi di latte giornalieri.
- ✓ **Fornire una guida chiara.** Specificare almeno una sessione di estrazione tra la mezzanotte e le 7:00 del mattino (senza pause di oltre cinque ore!)



IV TEMPISTICHE MONTATA LATTEA

Come affermato in precedenza, qualsiasi ritardo nella montata latte è correlato al rischio di volumi di latte troppo bassi e a una durata minore della lattazione.^{18,19} La montata latte si verifica normalmente tra le 24-72 ore successive al parto.²⁰ Soggettivamente, le madri descrivono questo evento come caratterizzato da una sensazione di pienezza dei seni, seno sensibile e pianto emotivo. Oggettivamente, nelle madri che utilizzano il tiralatte, ciò corrisponde al momento in cui raggiungono la prima volta un volume di estrazione

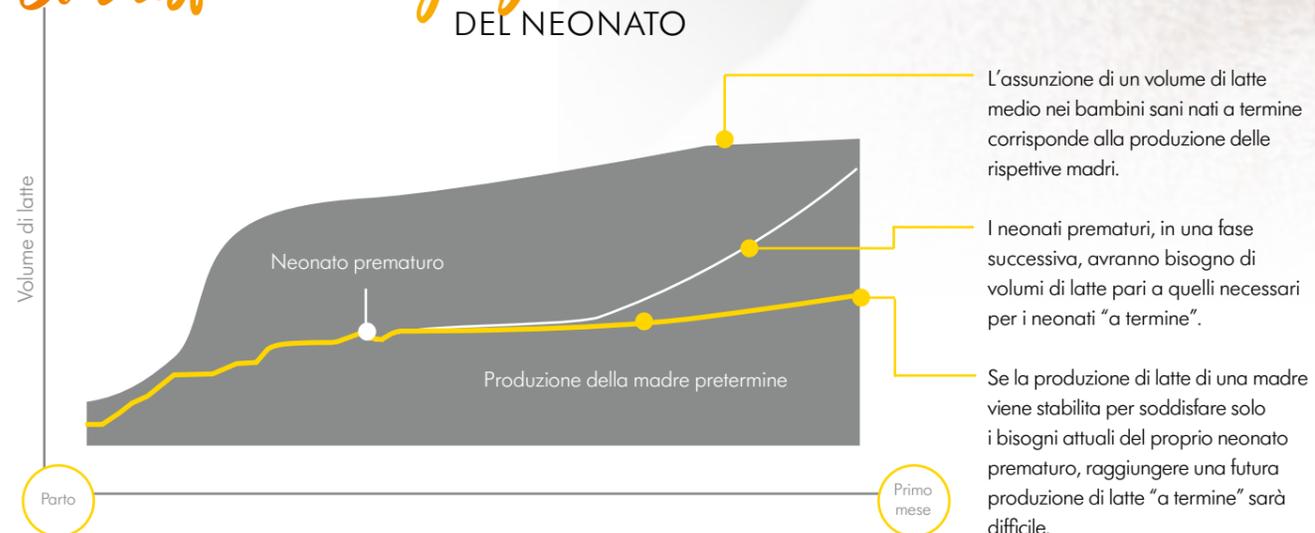
totale ≥ 20 ml in un'unica sessione di estrazione. L'arrivo della montata latte oltre le 72 ore è definito come attivazione secretoria ritardata.²⁰ Di fatto, le madri con comparsa tardiva della montata latte hanno una probabilità superiore al 60% di interrompere l'allattamento al seno a quattro settimane.¹⁸ Inoltre, bassi volumi di latte il 4° giorno sono associati a una probabilità otto volte maggiore di una bassa produzione di latte a sei settimane.¹⁵



COSA FARE

- ✓ **Individuare le madri con fattori di rischio** per l'attivazione secretoria ritardata, pertanto la vostra formazione e il vostro supporto alla lattazione possono essere proattivi e mirati.
- ✓ **Procedere con un' estrazione tempestiva e frequente**, se l'allattamento al seno non è efficace.
- ✓ **Tenere traccia dei volumi estratti!**

Soddisfare le esigenze future DEL NEONATO



FATTORI DI RISCHIO PER L'INSORGENZA RITARDATA DELLA LATTAZIONE:

Antenatale	Postnatale
 <ul style="list-style-type: none"> Obesità della madre^{21,22,24} Diabete^{23,26} Intervento chirurgico al seno²⁵ Primiparità^{23,26,28} Induzione del travaglio^{27,28} Taglio cesareo programmato²⁹ 	 <ul style="list-style-type: none"> Taglio cesareo non programmato²⁹ Travaglio/parto stressante o prolungato; stress psicologico/dolore³⁰⁻³³ Emorragia dopo il parto^{23,34} Neonato prematuro o prematuro tardivo^{23,35} Separazione madre-neonato³⁶ Ritardo del primo episodio di allattamento al seno³⁷ Integrazione nel giro delle prime 48 ore^{23,28} Bassa frequenza di allattamento al seno e/o estrazione^{38,39} Residui placentari⁴⁰

AUMENTO DI VOLUME

Il volume si considera raggiunto quando si ottiene un volume di latte giornaliero totale >500 ml entro il 14° giorno dopo il parto.^{41,42} Ciò indica che la produzione di latte sta per arrivare per soddisfare i bisogni a lungo termine del neonato: l'arrivo al volume entro il 14° giorno è il principale fattore predittivo dell'alimentazione con latte della rispettiva madre al momento della dimissione dall'UTIN. Lo sviluppo della produzione di latte nei primi 14 giorni sfrutta gli elevati

livelli degli ormoni responsabili della produzione di latte.⁴³ Anche per questo motivo, a distanza di un mese dal parto, è più difficile aumentare la produzione di latte in maniera significativa.^{41,44} Una volta che la madre ha raggiunto il volume, dovrebbe essere assistita per raggiungere 700 ml o più giornalieri al fine di soddisfare i bisogni di assunzione giornaliera di un neonato a termine sano.



COSA FARE

- ✓ **Incoraggiare sempre l'estrazione doppia**, che aiuta a ottenere fino al 18% di latte in più con un contenuto di grassi maggiore, in metà tempo.
- ✓ **Tracciare i volumi di latte giornalieri** per consentire un intervento mirato qualora dovessero insorgere problemi.
- ✓ **Controllare regolarmente la misura corretta delle coppe per il seno.** Il comfort è importante per un buon flusso del latte.
- ✓ **Regolare sempre il tiralatte al massimo livello di vuoto confortevole** per contribuire a rimuovere più latte in meno tempo.



VI

DOSE DI LATTE DELLA RISPETTIVA MADRE



La dose di latte della rispettiva madre (OMM) si riferisce alla percentuale (%) o alla quantità (ml/kg/giorno) di alimentazione orale interamente composta da latte della rispettiva madre. L'OMM è un intervento medico in UTIN e funziona come dose-risposta per i neonati prematuri. Dosi più elevate di latte della rispettiva madre (evitando il latte vaccino) rappresentano interventi a basso costo che riducono il rischio di contrarre numerose morbidità, tra cui NEC e sepsi, oltre ad aver dimostrato di ridurre i tempi di degenza ospedaliera.^{4, 45-53} Ciò che conta è tenere

sempre traccia del volume di ogni singola dose di ciascuna poppata di latte della rispettiva madre assunta dal neonato. Idealmente, i registri delle poppate dovrebbero specificare la rispettiva composizione e il rispettivo volume di ogni poppata: quanto latte della rispettiva madre, quanto latte umano donato e quanto latte artificiale. Il latte donato, se disponibile, dovrebbe sempre essere il sostituto preferito al latte della rispettiva madre (a tal proposito, leggi anche la nostra intervista a pagina 2 sulle banche del latte!).

COSAFARE

- ✓ **Revisionare le politiche e le procedure di alimentazione** e assicurarsi di informarne il personale.
- ✓ **Garantire la modalità di estrazione precoce e frequente.** Non dimenticare di tenere traccia!
- ✓ **Favorire l'utilizzo del latte donato come ponte** per evitare il latte vaccino se la disponibilità di latte materno venisse ritardata.
- ✓ **Stabilire chiaramente che i registri delle poppate definiscano la rispettiva composizione e il rispettivo volume di ciascuna poppata:** OMM: DHM: Formula. Far sì che tutti i neonati in UTIN ricevano: latte umano al 100% (OMM/DHM) per i primi 14 giorni e >50 ml/kg/giorno di latte della rispettiva madre (dose media giornaliera) nei primi 28 giorni.

GLI STANDARD NECESSARI SONO NOTI: FORMAZIONE DEL PERSONALE DI ASSISTENZA SANITARIA, INFORMAZIONI AI GENITORI, DISPONIBILITÀ DI TIRALATTE, ESTRAZIONE DOPPIA PRECOCE, SOMMINISTRAZIONE DI COLOSTRO. MA: PER LA PAZIENTE CONTA SOLO SE IMPLEMENTIAMO COSTANTEMENTE QUESTE MISURE!

Prof. Sven Wellmann, Primario di Neonatologia presso KUNO Klinik St Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg, Germania



Bibliografia: 1 Johnson TJ et al. J Pediatr. 2013; 162(2):243-249. 2 Patel RM. Am J Perinatol. 2016; 33(3):318-328. 3 Meier PP et al. Pediatr Clin North Am. 2013; 60(1):209-226. 4 Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017; 44(1):1-22. 5 Spatz DL. J Perinat Neonatal Nurs. 2004; 18(4):385-396. 6 Miracle DJ et al. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2004; 33(6):692-703. 7 Spatz DL. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012; 41(1):138-143. 8 Meier PP et al. In: Family Larsson-Rosenquist Foundation, editor. 1st ed. Stuttgart: Thieme; 2018. 9 WHO, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Ginevra: World Health Organization; 2003. 1-30 p. 10 Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015;24(3):160-170. 11 Parker LA et al. J Perinatol. 2012; 32(3):205-209. 12 Parker LA et al. Breastfeed Med. 2015; 10(2):84-89. 13 Parker LA et al. FASEB J. 2017; 31(1 Suppl):65019. 14 Parker LA et al. J Perinatol. 2020; 40(8):1236-1245. 15 Hill PD, Aldag JC. J PerinatNeonatalNurs. 2005;19(3):273-282. 16 Kim YJ et al. Clin Exp Pediatr. 2020 Aug;63(8):312-313. 17 Murase et al., J Hum Lact., 2014. 18 Brownell E et al. J Pediatr. 2012; 161(4):608-614. 19 Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 20 Boss M et al. F1000Res. 2018; 21 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025-1036. 22 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017; 33(4):684-691. 23 Hurst NM. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(6):588-594. 24 Rasmussen KM, Kjolhede CL. Pediatrics. 2004; 113(5):e465-471. 25 Kraut RY et al. PLoS One. 2017; 12(10):e0186591. 26 Wu J-L et al. Breastfeed Med. 2021; 16(5):385-392. 27 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 28 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003; 112(3):607-619. 29 Hobbs AJ et al. BMC. Pregnancy. Childbirth. 2016; 16:90. 30 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S-3015S. 31 Grajeda R, Pérez-Escamilla R. J Nutr. 2002; 132(10):3055-3060. 32 Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 33 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013; 69(4):828-839. 34 Thompson JF et al. Int Breastfeed J. 2010; 5:5. 35 Boies EG, Vaucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11:494-500. 36 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89-97. 37 Salaria EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141-1143. 38 Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015; 24(3):160-170. 39 Furman L et al. Pediatrics. 2002; 109(4):e57. 40 Hernández-Aguilar M-T et al. Breastfeed Med. 2018; 13(9):559-574. 41 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493-499. 42 Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135-141. 43 Pang WW, Hartmann PE. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2007; 12(4):211-221. 44 Daly SE, Hartmann PE. J Hum Lact. 1995; 11(1):21-26. 45 Bigger HR et al. J Perinatol. 2014; 34(4):287-291. 46 American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding. Pediatrics. 2012; 129(3):e827-e841. 47 Hylander MA et al. Pediatrics. 1998; 102(3):E38. 48 Hylander MA et al. J Perinatol. 2001; 21:356-362. 49 Meinen-Derr J et al. J Perinatol. 2009; 29(1):57-62. 49 Patel AL et al. J Perinatol. 2013; 33(7):514-519. 50 Sisk PM et al. J Perinatol. 2007; 27(7):428-433. 51 Taylor SN et al. Breastfeed Med. 2009; 4(1):11-15. 52 Patel AL et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2017; 102(3):F256-F261.

VALUTARE – FORMARE – MISURARE

Desiderate avviare un programma di miglioramento qualitativo e verificare le vostre pratiche di allattamento? Abbiamo ciò che fa per voi! Scoprite qui maggiori informazioni e strumenti utili:



Siete interessati a maggiori approfondimenti da parte degli stessi ricercatori? Scoprite gratuitamente le esclusive conferenze nella nostra Medela University!



UNA COMUNICAZIONE MOTIVAZIONALE E DI SUPPORTO DA PARTE DI PROFESSIONISTI È ESSENZIALE!

Quali sono i prerequisiti per un allattamento al seno a lungo termine di successo nei neonati prematuri tardivi? Il prof. Sven Wellmann ha trovato risposte chiare in uno studio prospettico interventistico in Germania.

Best practice



Prof. Sven Wellmann,
Primario di Neonatologia
presso KUNO Klinik St
Hedwig, Krankenhaus
Barmherzige Brüder,
Regensburg, Germania

L'80-90% di tutti i bambini prematuri è nato tra 32 e 36 settimane di gravidanza (i cosiddetti bambini moderatamente pretermine o prematuri tardivi). Presso la KUNO Klinik St. Hedwig, riguarda circa 300 bambini all'anno. Richiedendo solitamente poche cure intensive, questo gruppo più ampio di bambini prematuri è spesso a rischio di essere sottovalutato nella pratica clinica quotidiana, anche qualora richieda supporto urgente. A questi bambini mancano dalle quattro alle otto settimane di sviluppo cruciali nel grembo materno, con conseguenze non solo a breve termine ma anche a lungo termine: il peso corporeo e il volume cerebrale dei bambini prematuri nati alla 34^a settimana di gestazione sono circa del 40% inferiori rispetto ai bambini nati a termine e la loro maturazione organica è incompleta.¹ All'incirca ogni secondo, un neonato in questo gruppo è inoltre affetto da un disturbo di adattamento a carico dell'apparato respiratorio, in particolare nei bambini che hanno affrontato un taglio cesareo, a causa di un'ineadeguata rimozione di liquido dai polmoni del bambino.^{2,3} Questi bambini moderatamente e tardivamente pretermine hanno un esito neurologico medio di circa il

6% peggiore dopo 18 mesi⁴ e un maggiore rischio cardiometabolico e respiratorio all'età di 3-12 anni.^{5,6} Ci siamo, pertanto, posti la domanda: come possiamo supportare al meglio questi neonati prematuri tardivi? Quali sono i fattori predittivi di un allattamento al seno di successo a lungo termine?

La formazione fa la differenza

Il nostro intervento: una campagna di formazione su larga scala per le madri così come per il nostro personale in tutti i reparti ginecologici e pediatrici. Tutti i genitori hanno ricevuto un pacchetto di informazioni standardizzate prima e dopo il parto. Abbiamo affisso poster – nella sala d'attesa per la registrazione delle nascite, in sala parto, nei reparti – abbiamo distribuito volantini e mostrato video formativi, il tutto con un'identità aziendale uniforme. Abbiamo utilizzato Neo-Milk* come unica fonte di informazioni per genitori e personale. Abbiamo fornito formazione completa per ostetriche, infermieri, medici e tutti coloro che supportano le madri prima e dopo il parto. Al fine di garantire la disponibilità di latte materno per tutti i bambini e, in particolare, per i neonati prematuri, abbiamo inoltre istituito la nostra banca del latte. I risultati

che abbiamo misurato sono stati sorprendenti: il 75% dei neonati in questo gruppo di intervento è stato alimentato con latte materno al momento del controllo generale ("U4") in Germania all'età di 3-4 mesi. Prima di iniziare l'intervento, questo dato ammontava solo al 48,5%. Inoltre, più della metà delle madri nel gruppo di intervento ha ottenuto vantaggi dalla consulenza sull'allattamento al seno.²

L'esperienza di autoefficacia

Ciò mostra quanto sia essenziale che le madri accedano in maniera tempestiva ed esaustiva alle informazioni sull'importanza del latte materno e dell'allattamento al seno e che venga loro fornita consulenza continua come ad esempio da professionisti informati. Un fattore di successo decisivo nel nostro studio, tra le altre cose, è la produzione di almeno 500 ml/giorno di latte materno al 14^o giorno dopo il parto. Inoltre, l'esperienza positiva che le madri sperimentano grazie alla fiducia in se stesse e alla consapevolezza del proprio ruolo in relazione all'allattamento al seno (misurato 14 giorni dopo il parto) è un fattore predittivo indipendente

L'INTERVENTO

- Campagna di formazione preliminare completa per genitori (in attesa)
- Formazione completa per tutto il personale (ostetriche, infermieri, medici)
- Implementazione di un'unica fonte di informazioni (Neo-Milk*) con visibilità tra i reparti
- Istituzione di una banca del latte per garantire la disponibilità di latte umano per tutti i bambini

IL RISULTATO

26,5% Un numero maggiore di neonati è stato alimentato con latte materno dopo l'intervento rispetto al passato!

dell'alimentazione con latte materno a 3-4 mesi d'età. Per raggiungere questi risultati, tutte le raccomandazioni devono essere implementate in maniera coerente: dalle informazioni preliminari fornite alla madre, all'estrazione precoce e regolare con tiralatte doppio, fino a una guida coerente da parte di professionisti con l'utilizzo di una piattaforma con informazioni standardizzate.

Il taglio cesareo rimane un fattore di rallentamento

Il parto con taglio cesareo rimane una sfida: il nostro studio ha dimostrato che il parto con taglio cesareo ha un impatto negativo sull'alimentazione con latte materno al momento del controllo "U4". Occorre prestare un'attenzione particolare alla routine di allattamento al seno delle neomamme. Abbiamo bisogno che tutto il personale comprenda quanto sia importante il latte materno per i neonati moderatamente e tardivamente pretermine. Si tratta dell'unico modo per poter creare le condizioni di un allattamento al seno a lungo termine di successo.

Bibliografia: 1 Fenton TR, Kim JH. BMC Pediatr. 2013 Apr 20;13:59. 2 Gromann J et al. Incidence of neonatal respiratory morbidity after vaginal and caesarean delivery in the late-preterm and term period – a retrospective cohort study, Swiss Med Wkly. 2024;154:3798. 3 Wellmann S et al. Neonatology. 2021;118(1):116-121. 4 Ryan MA et al. Front Pediatr. 2023 Nov 30;11:1256872. 5 Yoshida-Montezuma Y et al. JAMA Netw Open. 2022 May 2;5(5):e2214379. 6 Du Berry C et al. EClinicalMedicine. 2022 Jul 29;52:101597. *Neo-MILK è un progetto scientifico attivo in Germania, inteso a migliorare il supporto all'allattamento al seno e a istituire banche del latte umano donato nelle unità di terapia intensiva neonatale. neo-milk.uni-koeln.de

VANTAGGI

Posizione semisdraiata

IN CHE MODO IL BIOLOGICAL NURTURING PUÒ AIUTARE A PREVENIRE I CAPEZZOLI DOLENTI E I PROBLEMI TIPICI DELLE PRIME FASI DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

Il dolore è uno dei motivi più comuni per cui le madri interrompono prima l'allattamento al seno.^{1,2}

Sebbene numerose posizioni di allattamento possano essere di aiuto, gli studi suggeriscono che la natura potrebbe aver trovato il modo migliore per avviare l'allattamento al seno in maniera delicata.

I neonati hanno riflessi innati e le madri reagiscono intuitivamente ai segnali del proprio bambino.³ Ciò può essere osservato in particolare subito dopo il parto: il cosiddetto Biological Nurturing o "allattamento al seno in posizione semisdraiata" può essere favorito mediante un contatto pelle a pelle ininterrotto durante le prime ore dopo il parto, quando i neonati cercano istintivamente la via per arrivare al seno. È il modo più naturale in assoluto per avviare l'allattamento al seno e può essere di enorme beneficio come approccio preventivo per ridurre i problemi tipici delle prime fasi dell'allattamento, come capezzoli screpolati o dolenti.

Incoraggiare i riflessi naturali

Il "come" è semplice: appoggiandosi sulla schiena in posizione confortevole e ben sostenuta, la madre offre al bambino l'opportunità di distendersi sul suo petto. I riflessi dei neonati li aiutano a sollevare la propria testolina e ad adagiarsi sul petto e dirigersi attivamente verso il seno per afferrare il capezzolo in modo autonomo. La gravità assicura un'adesione ravvicinata tra il seno materno e il viso del neonato. Il neonato prende il comando e la madre lo incoraggia, supportandolo solo se necessario.³ La specialista dell'allattamento Suzanne Colson fu la prima a iniziare a parlare di questo approccio come "biological nurturing" negli anni '90 e a constatare che non riusciva soltanto a dare ai neonati un maggiore controllo sul modo di alimentarsi, ma poteva anche

aiutare a dare sollievo al dolore e alla sensibilità ai capezzoli. La prassi generale a quei tempi era molto diversa: le madri venivano principalmente istruite ad allattare al seno in posizione a culla, posizionando sia il neonato che il seno secondo necessità.

Riduzione del rischio di capezzoli dolenti e screpolati

Gli studi della dott.ssa Colson hanno offerto un approccio rivoluzionato, che da allora è stato sostenuto dalla ricerca, più di recente in uno studio italiano del 2020 e una metanalisi cinese del 2021: entrambi sono giunti alla conclusione che la posizione sdraiata durante l'allattamento riduce significativamente il rischio di capezzoli dolenti e screpolati rispetto alle tradizionali posizioni di allattamento. Lo studio italiano del 2020 che ha coinvolto 188 coppie di madre-neonato ha dimostrato che una guida professionale sull'allattamento al seno in posizione sdraiata ha ridotto il rischio di capezzoli dolenti di circa il 40%. L'effetto è stato persino più evidente per i capezzoli dolenti e screpolati, dove il rischio si è ridotto di addirittura il 60%.⁴ Una metanalisi cinese è giunta a conclusioni analoghe nel 2021. Includendo gli studi dall'Asia, i risultati hanno mostrato che un allattamento al seno intuitivo ha ridotto il rischio di capezzoli dolenti di circa il 75% e di capezzoli dolenti e screpolati di circa il 50%.⁵ Si può, pertanto, concludere che il *biological nurturing* rappresenta un approccio di allattamento al seno efficace e semplice che facilita notevolmente l'avvio dell'allattamento al seno, in ospedale e a casa. Il biological nurturing può, inoltre, essere di aiuto in caso di neonati pretermine tardivi, neonati ipotonici o neonati con peculiarità orali.

POICHÉ IL NEONATO È IN GRADO DI AFFERRARE PIÙ TESSUTO MAMMARIO IN QUESTA POSIZIONE, I PROBLEMI LEGATI ALL'ATTACCO VENGONO RIDOTTI AL MINIMO.

"BIOLOGICAL NURTURING" SECONDO SUZANNE COLSEN, 2012⁶:

1. La madre assume una posizione semi-reclinata adagiando il neonato sulla parte superiore del proprio corpo.
2. Il neonato adotta intuitivamente una posizione "a rana": braccia e gambe sono piegate; avambracci, petto, addome, cosce e parte inferiore delle gambe sono a stretto contatto con il corpo della madre.
3. La madre può dare al neonato un certo supporto appoggiando delicatamente la propria mano sotto i piedi o il sedere del bambino. La testa rimane libera, così il neonato può muoversi verso il seno.
4. Il bambino afferra il capezzolo in modo autonomo. La gravità supporta il posizionamento della bocca e della mascella del neonato.

Per maggiori informazioni sulle diverse posizioni per l'allattamento al seno, scansiona qui.



Bibliografia: 1 Morrison AH et al. MCN Am J Matern Child Nurs. 2019; 44(6):325-330. 2 Odom EC et al. Pediatrics. 2013; 131:e726-e732. 3 Colson SD et al. Early Hum Dev. 2008; 84(7):441-449. 4 Milinco M et al. Int Breastfeed J. 2020; 15(1):21. 5 Wang Z et al. BMC. Pregnancy, Childbirth. 2021; 21(1):248. 6 Colson S. Midwifery Today Int Midwife. 2012; (101):9-11, 66.

Maneggiare *con cura*

GESTIONE DEL LATTE MATERNO, IL MODO PIÙ SEMPLICE

Scongelare e riscaldare il latte materno per somministrare le poppate ai neonati più vulnerabili è una procedura delicata. La pratica standardizzata e i dispositivi possono aiutare a supportare la tolleranza alimentare nei neonati e a rendere la gestione più semplice con routine sicure per il personale.

Preservare tutti i benefici

Il latte materno è una medicina. L'alimentazione di neonati prematuri e sottopeso alla nascita (Very Low Birth Weight, VLBW) con il latte della rispettiva madre o, se non è disponibile, con il latte umano donato, può ridurre significativamente il rischio di morbidità, come la NEC¹ se le proprietà esclusive di queste gocce di vita vengono preservate con cura. Scongelare e riscaldare il latte in acqua calda, su una piastra riscaldante o anche nel microonde è sempre questione di "tatto" e soggettiva. Il controllo della temperatura non può essere garantito, con conseguente rischio di danneggiare i componenti fragili del latte, oltre a surriscaldare e creare punti caldi pericolosi. Gli studi hanno scoperto che il riscaldamento delicato, senza l'impiego di acqua, è fondamentale per mantenere intatti tutti i componenti vivi, bioattivi ed essenziali come le proteine, la lattoferrina, gli enzimi, le immunoglobuline e le vitamine del latte umano conservato, affinché rimangano il più possibile simili a quelli del latte materno fresco.²⁻⁷

Prevenzione della contaminazione

Alcuni metodi possono anche essere una fonte di contaminazione con patogeni ambientali. L'acqua del rubinetto dell'ospedale, per esempio, è una potenziale fonte di infezioni nosocomiali da parte di batteri e altri contaminanti.⁸⁻¹² Le linee guida nazionali (Stati Uniti d'America) o regionali (Regno Unito) di alcuni Paesi, pertanto, vietano persino l'utilizzo di acqua all'interno dell'UTIN. Se il latte materno viene scongelato a temperatura ambiente o in incubatrice, può essere esposto per un periodo troppo prolungato o persino mescolarsi.

Raggiungimento della giusta temperatura

Alimentare neonati prematuri vulnerabili può comportare alcune sfide. Tuttavia, vi è un'evidenza scientifica per cui scaldando il latte a temperatura corporea è possibile favorire una maggiore tolleranza alimentare nei neonati pretermine VLBW^{3,14} e la temperatura può esercitarvi un'altissima influenza: l'alimentazione a temperatura corporea ha presentato le quantità minori di residui gastrici e la maggiore incidenza in assoluto di tolleranza alimentare, mentre i neonati pretermine alimentati con latte a temperature più fredde hanno presentato le maggiori quantità di residui di latte e la maggiore incidenza di intolleranza alimentare.¹³

Ecco perché un dispositivo standardizzato, sicuro e facile da usare come Calesca di Medela deve essere considerato un elemento essenziale per tutte le UTIN o tutti i reparti maternità per stabilire quando il latte materno raggiunge la temperatura desiderata.



Calesca

RISCALDARE E SCONGELARE IL LATTE UMANO IN MODO PRATICO



STANDARDIZZATO,
RAPIDO E PRECISO.

Per scongelare e riscaldare facilmente il latte materno.



SENZA ACQUA.

Un sistema completamente asciutto protegge dall'acqua come fonte di contaminazione.



STABILE.

La temperatura del latte riscaldato viene mantenuta fino a 30 minuti.



SICURO.

Il segnale acustico suona quando il latte è pronto. Può anche essere silenziato come opzione.



FLESSIBILE.

Si adatta a una varietà di biberon e siringhe. Sicuro sia con la plastica che con il vetro.

Maggiori informazioni su Calesca:



COSA FARE

UTILIZZATE CALESCA DI MEDELA COME UNO STRUMENTO NEL VOSTRO APPROCCIO DI ASSISTENZA SANITARIA INCENTRATO SULLE FAMIGLIE

All'interno dell'UTIN, posizionate Calesca direttamente accanto all'incubatrice per incoraggiare le famiglie a all' nell'alimentazione del proprio bambino, per costruire fiducia e per incoraggiare l'alimentazione con latte materno come fonte nutrizionale primaria del bambino.

Bibliografia: 1 Johnson TJ et al. Neonatology. 2015; 107(4):271-276. 2 Donovan SM et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1991; 13:242-253. 3 Van Zoeren-Grobbe et al. Arch Dis Child. 1987; 62:161-165. 4 Wardell JM et al. Pediatr Res. 1984; 18(4):382-386. 5 Williamson S et al. Arch Dis Child. 1978; 53(7):555-563. 6 Czank C et al. Pediatr Res. 2009; 66(4):374-379. 7 Wills ME et al. Early Hum Dev. 1982; 7:71-80. 8 Molina-Cabrillana J et al. Am J Infect Control. 2013; 41(2):e7-e9. 9 Squier C et al. Curr Infect Dis Rep. 2000; 2(6):490-496. 10 Rutala WA et al. Infect Control Hosp Ep. 1997; 18(9):609-616. 11 Büyükyavuz BI et al. Jpn J Infect Dis. 2006; 59(4):213-215. 12 Anaissie EJ et al. Arch Intern Med. 2002; 162(11):1483-1492. 13 Dumm M et al. Adv Neonatal Care. 2013; 13(4):279-287. 14 Gonzales I et al. Neonatal Netw. 1995; 14(3):39-43.

CONSERVAZIONE SICURA *a casa*

SEBBENE LA SICUREZZA DEL LATTE MATERNO CONSERVATO PRESSO L'OSPEDALE SIA GUIDATA DA PROTOCOLLI, LE MADRI NECESSITANO DI ISTRUZIONI CHIARE PER GESTIRE IL LATTE A CASA. UNA LINEA GUIDA

Il latte fresco contiene cellule materne vive e quantità elevatissime di sostanze nutritive, fattori di crescita e molti altri componenti protettivi. Con il tempo e l'esposizione a variazioni di temperatura, questi componenti perdono di efficacia, mentre aumenta il rischio di contaminazione batterica e di sviluppo di agenti patogeni. Sono dunque necessarie raccomandazioni differenti in funzione delle temperature e delle condizioni di conservazione:

- **La temperatura ambiente** è sicura per un breve periodo di tempo. In generale, temperature più calde sono associate a una maggiore conta batterica nel latte estratto.
- **È stato dimostrato che la refrigerazione** a circa 4 °C inibisce la crescita batterica gram-positiva fino a tre giorni.

- **Il congelamento del latte materno** a -20°C è indicato come ottimale per un periodo massimo di tre mesi. Entro questo periodo, infatti, vengono preservate le vitamine A, E e B, le proteine totali, i grassi, gli enzimi, il lattosio, lo zinco, le immunoglobuline, il lisozima e la lattoferrina, sebbene dopo un mese possa verificarsi la perdita di vitamina C. La proliferazione batterica non costituisce un problema significativo per un periodo massimo di sei settimane. La capacità antibatterica è tuttavia generalmente inferiore a quella del latte fresco a causa della perdita di cellule vive. Il surgelamento fino a nove mesi a una temperatura di -20 °C è considerato accettabile, anche se si registrano alterazioni del gusto e dell'odore, poiché la lipasi continua a degradare il grasso in acidi grassi.

Luogo di conservazione	Temperatura ambiente da 16 °C a 25 °C	Frigorifero 4 °C o inferiore	Congelatore -18 °C o inferiore	Latte materno precedentemente congelato e fatto scongelare nel frigorifero
Tempo di conservazione sicuro	Consigliato fino a un massimo di quattro ore	Consigliato fino a un massimo di tre giorni	Consigliato fino a un massimo di sei mesi	Fino a un massimo di due ore a temperatura ambiente
	Fino a un massimo di sei ore se il latte è stato estratto in condizioni igieniche ottimali*	Fino a un massimo di cinque giorni se il latte è stato estratto in condizioni igieniche ottimali*	Fino a un massimo di nove mesi se il latte è stato estratto in condizioni igieniche ottimali*	Fino a 24 ore in frigorifero Non ricongelare!

SACCHE EASY POUR PER LA CONSERVAZIONE DEL LATTE MATERNO, FACILI DA VERSARE



PROVATE, TESTATE E RACCOMANDATE da oltre l'84% delle famiglie.**

FACILI DA VERSARE CON UNA SOLA MANO

L'ampia apertura e il beccuccio secondario prevengono le fuoriuscite e la contaminazione crociata.

PROTEZIONE DEI NUTRIENTI 10 VOLTE MIGLIORE

Doppi strati ultra spessi con una migliore barriera per l'ossigeno.

IMPERMEABILI AL 100%

Il design a doppio strato e la doppia cerniera forniscono una tenuta extra.

DA CONGELARE IN POSIZIONE PIATTA, AUTOPORTANTI E FACILI DA ETICHETTARE

Per una pratica conservazione salvaspazio, in frigo o in congelatore. Facili da etichettare.

RICICLABILI E PRIVE DI BPA

Garantisce la sicurezza sia del prezioso latte materno sia dell'ambiente.

Scopri le nostre nuove sacche per congelare il latte materno



*Le condizioni di massima igiene sono garantite attenendosi scrupolosamente alle linee guida sulle istruzioni per l'uso per la pulizia e la sterilizzazione del tiralatte Medela. Le presenti linee guida per la conservazione e lo scongelamento del latte materno sono consigli. Possono differire dalle linee guida nazionali e dagli standard interni dell'ospedale. **Sondaggio condotto su 188 partecipanti negli Stati Uniti a seguito di una sperimentazione a domicilio di due settimane, novembre 2023.

Bibliografia: Human Milk Banking Association of North America 2011 Best practice for expressing, storing and handling human milk in hospitals, homes, and child care settings (HMBANA, Fort Worth, 2011). Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee; Eglash A. Protocollo clinico ABM n. 8: informazioni sulla conservazione di latte umano per l'uso domestico per neonati a termine (protocollo originale marzo 2004; revisione n. 1 marzo 2010). Breastfeed Med. 2010 Jun;5(3):127-30.

PROGETTO POLICY AZIENDALE ALLATTAMENTO (PAA):

Innovazione nella *Cura Neonatale*



Nel panorama della neonatologia, il Progetto Policy Aziendale Allattamento, coordinato dal **Dottor Riccardo Davanzo** – della Commissione Allattamento e BLUD della Società Italiana di Neonatologia (SIN) (Com.A.SIN) – e dal **Dottor Guglielmo Salvatori** – del Tavolo Allattamento della SIP (TASIP) – rappresenta un'importante iniziativa volta a promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento nei Centri di Neonatologia e di Ginecologia ed Ostetricia in modo da ottenere un incremento dei tassi di allattamento alla dimissione dalla Maternità ed un miglioramento dell'appropriatezza delle pratiche assistenziali.

Il Progetto, che ad oggi vede l'adesione di 108 Punti Nascita distribuiti su gran parte del territorio nazionale, è promosso dalla SIN assieme a SIP, SIGO, SINUPE, AOGOI, FNOPO, FNOPI, SININF, SIPINF & VIVERE ONLUS.

Quali sono gli obiettivi e le strategie alla base del Progetto?

Il PAA si propone di implementare strategie operative che incoraggino l'allattamento al seno attraverso formazione continua, supporto alle madri e miglioramento dei protocolli assistenziali. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'allattamento esclusivo al seno fino ai sei mesi è raccomandato per il suo impatto positivo sulla salute neonatale. Attualmente, i tassi di allattamento esclusivo in dimissione dalle Maternità non superano nella migliore delle ipotesi il 75%.

Nei Punti Nascita aderenti sono attesi, nel periodo 2023-2024, una serie di interventi che implicano nel dettaglio: 1) la definizione di una politica aziendale (da cui il nome al Progetto); 2) l'implementazione di pratiche postnatali che sono riconosciute per facilitare l'avvio dell'allattamento, come il contatto pelle-a-pelle ed il rooming-in di madre e bambino; e 3) la scrittura e l'applicazione di una serie di protocolli ospedalieri attinenti in maniera diretta o indiretta l'assistenza all'allattamento.

In particolare, il Protocollo "Spremitura e Conservazione del Latte Materno", fornisce linee guida dettagliate su come raccogliere, conservare e somministrare il latte materno in modo sicuro ed efficace. Sono incluse indicazioni sulle tecniche di spremitura manuale e con tiralatte, sulle

modalità di raccolta ed infine sulla conservazione in condizioni ottimali ai fini di preservarne le proprietà nutrizionali e immunologiche.

Attraverso il rafforzamento della formazione del personale sanitario su queste pratiche e l'implementazione di un monitoraggio permanente del tasso di allattamento esclusivo (EG ≥ 37 settimane e PN ≥ 2500 gr), il Progetto mira a facilitare l'allattamento anche in situazioni di difficoltà di attacco direttamente al seno, riducendo il rischio di non avvio o di interruzione dell'allattamento materno. Il supporto alle madri diventa un elemento centrale dell'assistenza, determinando un cambiamento della cultura dell'allattamento all'interno dei reparti di degenza delle puerpere e delle unità di assistenza neonatale.

Formazione del Personale: elemento fondamentale per il successo

Per garantire il successo del PAA, è essenziale investire nella formazione del personale sanitario. Gli incontri formativi e i workshop dedicati all'allattamento e alla cura dei neonati sono cruciali per aggiornare le competenze degli operatori ed a seguito del confronto con nuove esperienze e/o tecniche innovative, per migliorare l'approccio assistenziale. La collaborazione tra ostetriche, neonatologi, infermieri e ginecologi si rivela essenziale nel creare un ambiente favorevole all'allattamento, in cui ogni professionista si sente parte integrante del processo di cura.

Investire in formazione del personale e supporto alle famiglie da parte di professionisti specificamente competenti risulta spesso determinante perché il neonato possa ricevere il miglior inizio possibile nella vita.

Hands-free

Estrazione superiore.
**In qualsiasi momento,
ovunque.**



Solo™
Hands-free



Freestyle™
Hands-free



Swing Maxi™
Hands-free

ESTRAZIONE DOPPIA per ottenere più latte in meno tempo!



IL NOSTRO DESIGN ANATOMICO FA LA DIFFERENZA

Le nostre coppe per la raccolta, indossabili e ultraleggere, sono progettate per ridurre al minimo la compressione e come complemento della forma naturale del seno durante l'allattamento. È stato dimostrato che le coppe per il seno con angolo di 105°, basate sulla ricerca, offrono un'esperienza di estrazione più confortevole ed efficiente.² E il tiralatte può essere riposto in tasca.

Perché le mamme hanno bisogno del massimo supporto!



DISCRETO



PORTATILE



DESIGN ANATOMICO



LEGGERO E CONFORTEVOLE



3 COMPONENTI, FACILI DA PULIRE



IMITA IL RITMO DI SUZIONE DEL BAMBINO



BASE PIATTA



150 ML



PROGETTATO PER IL MULTITASKING



MONITORAGGIO AUTOMATICO

Scansiona il codice QR per ulteriori informazioni



Bibliografia: 1 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012 Dec;7(6):442-447. 2 Sakalidis VS et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99(11):1561-1567 (compared to 90° breast shields).