

RIVISTA PER TIN & REPARTI MATERNITÀ

Nuovi inizi

SALVA LA VITA

Sostegno all'allattamento al seno per le madri rifugiate

CAMBIA LA VITA

Gestione di capezzoli dolenti e perdite di latte

DONA LA VITA

Gestione delle difficoltà legate all'allattamento al seno dei neonati prematuri tardivi e quasi a termine

«In una situazione di crisi, l'allattamento al seno salva la vita»

SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO PER LE MADRI UCRAINE RIFUGIATE IN POLONIA

Dall'inizio della guerra milioni di cittadini ucraini sono scappati dal loro paese, la maggior parte sono donne. Per sostenere le neomamme Aleksandra Wesolowska, Associate Professor presso il Laboratorio per la ricerca sul latte umano e la lattazione dell'Università di medicina di Varsavia e responsabile della Human Milk Bank Foundation in Polonia, ha istituito punti di lattazione nei principali centri per rifugiati in Polonia.

Prof.ssa Wesolowska, perché è così importante tutelare e promuovere l'allattamento al seno in tempo di crisi?

In una situazione di crisi, la frase «l'allattamento al seno salva la vita» assume un significato letterale. Data la mancanza di acqua, elettricità e altre possibilità di alimentazione per i bambini, è ancora più importante tutelare e proteggere l'allattamento al seno. Non si limita a essere la scelta migliore da un punto di vista economico, di salute e per la prevenzione delle malattie, ma spesso è un modo per salvare la vita. In poche parole, ritengo che uno dei principi fondamentali dell'aiuto umanitario sia fornire ai bambini l'accesso al latte materno come miglior alimento possibile. Inoltre, le madri traggono un notevole beneficio a livello emotivo dall'esperienza dell'allattamento al seno.



**Prof.ssa Aleksandra
Wesolowska**

Qual è la situazione delle madri ucraine che cercano rifugio dalla guerra?

Le donne incinte che arrivano in Polonia si trovano in una situazione molto difficile e complessa. Hanno subito un forte stress e spesso sono traumatizzate. In molti casi hanno lasciato i mariti o i figli più grandi a combattere. La loro priorità è proteggere il loro neonato, sebbene questi sia anche una delle cause della separazione dal resto del nucleo familiare. Molte donne si sentono in colpa. Dopo il parto subiscono fluttuazioni ormonali che, anche in circostanze normali,

possono provocare disturbi dell'umore e depressione post-parto che ora vanno però ad aggiungersi allo stress post-traumatico. In questa situazione può essere molto difficile instaurare un legame con il proprio bambino e allattare al seno.

Ha fatto sua la missione di fare in modo che le madri ucraine rifugiate in Polonia ricevano un supporto emotivo e alla lattazione.

Come è nato questo progetto?

Dall'inizio della guerra, in Polonia sono nati circa 2.000 bambini ucraini. Le loro madri si ritrovano in circostanze angoscianti. Le loro esigenze emotive sono considerevoli, ma la barriera linguistica rende molto difficile il rapporto paziente-medico. È pur vero che molti professionisti ucraini altamente qualificati sono stati costretti all'esilio, molti di loro hanno iniziato a organizzare in prima persona gli aiuti per i pazienti rifugiati. Questo impegno verso il prossimo è stato per me fonte di ispirazione. In qualità di Human Milk Bank Foundation sosteniamo le banche del latte umano in Polonia e nell'Europa dell'Est, Ucraina compresa, siamo intervenuti istituendo «help desk» per la lattazione, mettendo in contatto le donne incinte e le neomamme con i professionisti sanitari ucraini che non solo possono fornire il necessario supporto alla lattazione, ma che condividono l'esperienza delle rifugiate e comprendono la complessità della situazione traumatica.

In che modo l'allattamento al seno si inserisce in questa situazione traumatica?

Un percorso di allattamento al seno di successo spesso segna l'inizio del processo di guarigione

in queste madri. Va infatti a sostituirsi all'intimità e al calore familiare di cui sono state brutalmente private dalla guerra. Tuttavia, è importante che i professionisti sanitari che si occupano di loro siano consapevoli della complessità dell'esperienza. Nei nostri gruppi di sostegno all'allattamento spesso il primo legame che si stringe si fonda sulla condivisione del dolore per ciò che è stato lasciato in Ucraina: i sogni e le speranze di una maternità felice. I team sono composti da professionisti polacchi e ucraini, sempre accompagnati da uno psicologo e da un consulente per l'allattamento.

Quali sono le esigenze più urgenti per queste neomamme e in cosa consiste concretamente il supporto?

Le esigenze materiali e psicologiche di queste donne sono svariate. Non hanno abiti, scarpe, prodotti per l'igiene e cibo, per non parlare di tutte le necessità legate alla nascita di un neonato. La consulenza per la lattazione prevede quindi anche il supporto in termini di attrezzature; siamo molto grati a Medela che ha fornito gratuitamente alle madri accessori per la lattazione quali tiralatte e prodotti per la cura del seno, oltre al materiale didattico tradotto in ucraino. Inoltre, la consulenza è disponibile anche online e forniamo anche l'accesso a pediatri, logopedisti e neurologi.

Quali sono le sfide che ancora dovete affrontare e in che direzione si muove il progetto?


Dopo due mesi di lavoro in pochi centri, ci siamo già resi conto che è necessario espandere questa attività ad altre città in Polonia. Tuttavia, la sfida più grande ora è imparare da questa esperienza e formare il personale medico sui principi della nutrizione infantile in situazioni di crisi. Non si tratta di una novità: da tempo esperti internazionali hanno redatto una "Strategia per l'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli durante le emergenze" (IYCF-E) in risposta alle catastrofi e alle guerre; tuttavia, in Europa questa tematica è ancora pressoché sconosciuta. Purtroppo, la strategia IYCF-E viene raramente adottata nei paesi a medio e alto reddito. Continueremo a impegnarci per cambiare questa situazione e uniremo le nostre forze con l'Associazione europea delle banche del latte (EMBA) e con Medela per sensibilizzare sul fatto che, in tempo di crisi, l'allattamento al seno è l'opzione migliore e più sicura e che il latte donato può ovviare alla carenza di latte della propria madre.



CONTENUTI

- 02 Allattare al seno in tempo di crisi**
Centri di supporto alla lattazione per le madri ucraine
- 04 Neonati prematuri tardivi e quasi a termine**
Rischi specifici e sfide dell'allattamento al seno
- 12 Come ottenere un corretto attacco**
Posizioni e suggerimenti per supportare le madri
- 14 L'arma segreta della morbidezza**
Efficacia della lanolina in caso di capezzoli dolenti
- 16 Gestione delle perdite di latte**
Il nuovo Raccogliore per latte materno in silicone
- 18 Medela University**
Il nuovo strumento di formazione online gratuito
- 19 Notizie locali**

NOTE EDITORIALI

 Medela Italia Srl a socio unico
Via Turrini, 13/15 - 40012 Calderara di Reno (BO),
Tel. +39 051 72 76 88, info@medela.it
www.medela.it

Testi ed editing:
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG
Design: www.ruheundsturm.de, Monaco di Baviera
Stampa: All in one Italia srls, Roma

Fonte immagini: Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG;
Adobe Stock:1,3,7,18,20: 236319349, 74073284, 490528746,
217329495, 590951387

FASI DELL' ETÀ GESTAZIONALE

Neonati prematuri tardivi e quasi a termine e le relative esigenze specifiche per l'allattamento al seno

I neonati prematuri tardivi e quasi a termine sono spesso considerati stabili quasi quanto i bambini nati a termine, e vengono trattati di conseguenza. Tuttavia, le ricerche suggeriscono che il loro rischio di complicanze, come difficoltà relative allo sviluppo dell'allattamento al seno a breve e a lungo termine, è considerevolmente più elevato. Sono fondamentali protocolli clinici e sistemi di supporto ben definiti per iniziare col piede giusto. Ecco cosa hanno scoperto gli scienziati e quali sono le best practice consigliate.

Consapevolezza

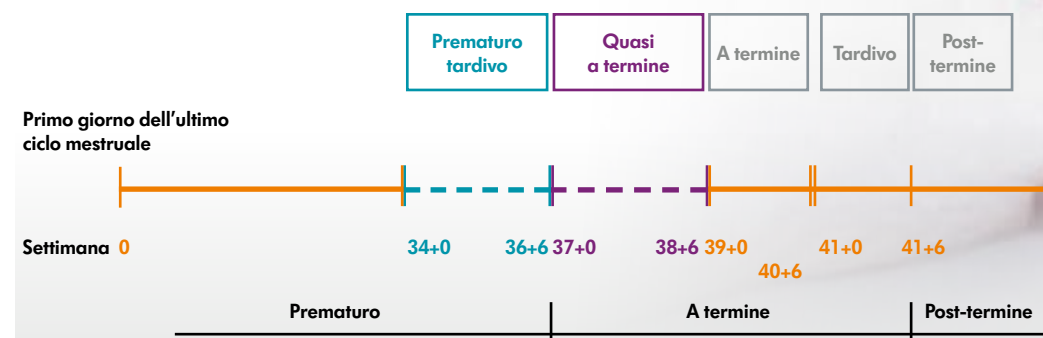
ATTENZIONE RIVOLTA A UN GRUPPO SPECIFICO

È importante sostenere i neonati prematuri e le loro famiglie in ogni modo possibile. Seguire protocolli consolidati nella maggior parte delle UTIN garantisce che i neonati ad alto rischio siano monitorati attentamente e assistiti al meglio. Tuttavia, gli studi rivelano che i neonati prematuri tardivi e quasi a termine vengono spesso trascurati al riguardo.¹⁻⁶ Questo secondo gruppo viene spesso assistito nel reparto maternità¹ e, di conseguenza, spesso non viene considerato ad alto rischio di morbidità e mortalità neonatale dal momento che presenta dimensioni e peso simili a un neonato nato a termine.^{4,5} Pertanto, vi sono grandi probabilità che le loro difficoltà e i rischi specifici non vengano

individuati e affrontati in tempo. Di fatto, vengono «considerati» neonati a termine.⁶ In realtà, i neonati prematuri tardivi e quasi a termine sono meno maturi dal punto di vista neurologico^{4,7} e fisiologico rispetto ai neonati a termine. Questo aspetto assume una particolare rilevanza in quanto il numero di neonati prematuri tardivi, tra le nascite a livello mondiale, è in aumento.⁸ In questo contesto svolgono un ruolo importante vari fattori, dal travaglio spontaneo prematuro ai parti multipli, parti indotti, parti cesarei, nonché cambiamenti nella demografia materna.⁸ Essere consapevoli delle esigenze di questo crescente gruppo di neonati è quindi fondamentale per la pratica clinica e per un supporto adeguato.

I neonati prematuri tardivi costituiscono il gruppo più numeroso tra i neonati prematuri, rappresentando circa il 74% del numero totale di nascite pretermine.¹⁰

Definizioni delle fasi dell'età gestazionale



Fonte: Engle WA, Kominiarek MA. Clin Perinatol. 2008; 35(2):325-41.⁹

Pronti a ogni evenienza

Pronti a ogni evenienza

COMPRENDERE E INDIVIDUARE LE SFIDE

I neonati prematuri tardivi hanno maggiori probabilità rispetto ai neonati a termine di ricevere una diagnosi di patologia postnatale, tra cui ittero, insufficienza respiratoria, temperatura corporea instabile, ipoglicemia e scarsa alimentazione.^{6,9,11,15,17} L'aumento del rischio di morbilità implica anche maggiori probabilità di essere ricoverati in ospedale dopo la dimissione.^{2,5,9} Come se non bastasse, le loro madri potrebbero anche essere soggette a fattori di rischio che causano complicanze e/o il ritardo dell'allattamento al seno, come diabete,^{12,13} età, parto cesareo programmato e non,¹⁴ per non parlare dello stress psicologico¹² che potrebbero manifestare. Tutte queste circostanze possono generare un effetto cascata che incide negativamente sull'avvio della lattazione e sull'esito dell'allattamento al seno. Di conseguenza è probabile che, per questi neonati e le loro madri, la necessità di un ulteriore sostegno alla lattazione sia maggiore di quanto stimato alla prima impressione. Per questi neonati ad alto rischio ogni goccia di latte della propria madre è importante.

PROBLEMATICHE INTERCONNESSE

Le difficoltà legate all'allattamento al seno sono una conseguenza comune delle problematiche tipiche dei neonati prematuri tardivi e quasi a termine.

Ad esempio, il neonato prematuro tardivo potrebbe non svegliarsi abbastanza spesso per alimentarsi oppure addormentarsi dopo pochi minuti di suzione al seno. Potrebbe aver bisogno di una leggera stimolazione per rimanere sveglio,¹⁵ come ad esempio la rimozione di coperte calde o delle fasce in cui è avvolto. Ciò che all'inizio può sembrare un problema di allattamento al seno in realtà potrebbe essere dovuto ad altre problematiche, come temperatura corporea instabile e ipoglicemia, che richiedono un trattamento medico specifico.¹⁵ Tuttavia, i trattamenti necessari e le ulteriori indagini sulla salute del bambino possono portare alla separazione tra madre e neonato, ostacolando ulteriormente il legame e l'allattamento al seno. Anche un attento monitoraggio del trasferimento di latte è fondamentale, in quanto può sembrare che il bambino si attacchi e si alimenti in modo efficace, mentre in realtà il neonato prematuro tardivo o quasi a termine potrebbe avere difficoltà ad attaccarsi, succhiare, ingerire volumi di latte sufficienti.¹⁶ (Per ulteriori informazioni sul corretto attacco consultare le pagine 12-13). Se questa situazione passa inosservata, il neonato potrebbe essere dimesso prima di essere fisiologicamente stabile e prima che si sia verificata l'attivazione secretoria e che siano consolidate le pratiche di allattamento al seno.¹⁶

LE COMPLICANZE PIÙ FREQUENTI DEI NEONATI PREMATURI TARDIVI

Ittero ¹¹	47,7%
Problemi respiratori ¹¹	34,7%
Scarsa alimentazione ¹¹	8,3%
Temperatura corporea instabile ¹¹	2,5%
Ipoglicemia ¹¹	14,3%
Sospetta sepsi ¹⁷	13%

Rispetto ai neonati a termine, i neonati prematuri tardivi presentano tassi di allattamento al seno più bassi in ospedale e a un mese di vita a casa.¹⁸

È necessario intervenire!

L'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) ha pubblicato un protocollo clinico dedicato all'allattamento al seno di neonati prematuri tardivi e quasi a termine, sottolineando l'importanza dell'avvio tempestivo e fornendo consigli su come procedere con la dimissione e il supporto a casa.¹³ Una pratica che gli ospedali pionieri, come l'ospedale pediatrico Dritter Orden di Passau in Germania, hanno da tempo adottato a beneficio di madri e neonati. Scopri di più sulla loro storia di successo a pagina 9.

Tutto il supporto necessario

10 regole d'oro

AVVIARE E MANTENERE LA PRODUZIONE DI LATTE E L'ALLATTAMENTO AL SENO

Esistono molti potenziali interventi che i professionisti sanitari che si prendono cura dei neonati prematuri tardivi e quasi a termine devono tenere a mente durante le prime ore e i primi giorni, ma sono due gli aspetti principali: stabilire la produzione di latte materno e garantire che il neonato prematuro tardivo riceva una quantità sufficiente di latte. Avviare l'allattamento al seno – o l'estrazione del latte se necessario – entro la prima ora dopo il parto,¹⁹⁻²⁷ è il primo passo fondamentale. In questo caso le tempistiche sono essenziali per garantire la produzione di latte futura. Le prime ore dopo il parto rappresentano una finestra temporale cruciale per sviluppare il tessuto mammario e sfruttare le naturali fluttuazioni degli ormoni materni. Se il neonato prematuro tardivo o quasi a termine è troppo debole per attaccarsi e alimentarsi in modo efficace, se la madre è esausta a causa delle circostanze del parto o se lei e il suo bambino vengono separati per problematiche mediche, all'inizio potrebbe non essere possibile allattare al seno in modo efficace.¹⁵ In questi casi la spremitura manuale può rivelarsi utile per raccogliere le prime gocce di colostro. Tuttavia affinché i lattociti - le cellule deputate alla produzione del latte -

vengano attivati, è necessario che avvenga una risposta ormonale conseguente ad un'adeguata stimolazione del seno operata da un tiralatte elettrico doppio ospedaliero. L'estrazione dovrebbe iniziare non oltre tre ore dal parto. Le madri i cui bambini non sono in grado di stimolare efficacemente il seno devono essere supportate con l'estrazione fino a quando il bambino non si alimenta efficacemente.¹⁵

IL GIUSTO EQUILIBRIO

Un allattamento al seno tempestivo, frequente ed efficace (8-12 volte nell'arco di 24 ore) è la chiave per avviare e sviluppare la produzione di latte materno.⁶ Se il neonato non è in grado di alimentarsi correttamente al seno, un tiralatte ospedaliero è essenziale per fornire la stimolazione mancante fino a quando il neonato non riesce ad alimentarsi al seno. Il contatto pelle a pelle è fondamentale e anche la suzione non nutritiva dovrebbe essere incoraggiata;³⁰ pertanto, è essenziale trovare l'equilibrio e le tempistiche giuste per estrarre il latte. Una buona linea guida da seguire è allattare al seno quando il neonato è sveglio ed estrarre il latte quando non può essere svegliato.

Per ulteriori linee guida sull'estrazione consultare pagina 10.

PER SUPPORTARE L'ALLATTAMENTO AL SENO NEI NEONATI PREMATURI TARDIVI E QUASI A TERMINE:

1. Sviluppare un piano di alimentazione standard.
2. Il contatto pelle a pelle è indispensabile.
3. Monitorare attentamente il neonato (segni vitali, peso, pannolini).
4. Iniziare l'allattamento al seno entro +/- 1 ora dal parto. Se il neonato e la madre sono separati, iniziare l'estrazione entro +/- 3 ore.
5. Alimentare 8-12 volte nelle 24 ore.
6. Se il neonato non estrae il latte efficacemente, estrarre il latte dopo ogni poppata con un tiralatte elettrico doppio.
7. Se il trasferimento di latte non è efficace, valutare l'uso di un paracapezzolo Contact e monitorare l'assunzione di latte pesando il neonato prima e dopo ogni poppata.
8. Informare la madre (ad es. posizioni per l'allattamento, attacco, durata delle poppate, segnali di allattamento precoci, compressioni del seno).
9. Prima della dimissione: assicurarsi che madre e neonato siano fisiologicamente stabili. Tenere conto anche del benessere fisico e mentale della madre.
10. Alla dimissione: assicurarsi che i sistemi di supporto a casa siano stati attivati e che a casa la madre abbia accesso a un tiralatte di grado ospedaliero.

Modificato dal protocollo ABM n. 10¹⁶

Una stimolazione tempestiva, frequente ed efficace è fondamentale per avviare e sviluppare la produzione di latte materno: allattamento al seno e/o estrazione 8-12 volte nelle 24 ore

Best practice:

«IL PERCORSO VERSO L'ALLATTAMENTO AL SENO»

Il Dr. Michael Zeller è Primario presso la clinica pediatrica Dritter Orden di Passau, in Germania. Dirige NeoPass®, un percorso di trattamento interdisciplinare e integrato in famiglia.



«I neonati prematuri tardivi presentano un rischio maggiore di morbidità. Fortunatamente, possiamo affrontare questo problema in modo attivo. Quando si rende necessario un parto prematuro o quasi a termine, spieghiamo ai genitori cosa aspettarsi e cerchiamo di allentare la pressione. Dopo la nascita del neonato, ci concentriamo sul legame. Favoriamo il contatto pelle a pelle, almeno 30 minuti, già in sala parto. È proprio qui che la madre dovrebbe allattare al seno per la prima volta. Secondo la nostra esperienza, i neonati prematuri tardivi sono già

abbastanza attivi il primo giorno; quindi, facciamo in modo di sfruttare questa finestra per avviare la lattazione. Se il neonato è troppo debole per alimentarsi, la madre inizia a estrarre il latte mentre si trova ancora in sala parto. È importante stabilire una buona gestione dell'allattamento al seno e dell'estrazione nei primi 1-2 giorni. A tal fine, mostriamo anche le tecniche adottate dai genitori, spieghiamo quali impercettibili segnali di fame devono osservare, ma anche come il bambino segnala che non intende più alimentarsi. Di fatto

«facciamo da mamma alla madre», e al padre. Ma li prepariamo anche per la fine di questo periodo. Dal secondo giorno, infatti, i neonati prematuri tardivi spesso diventano più ipotonici. Dormono di più, quindi ci sono meno opportunità di allattarli al seno. Tuttavia, non valutiamo il comportamento di alimentazione dei neonati in base alla quantità, ma alla qualità. Nel mio reparto non voglio sentire la domanda «Quanti millilitri di latte ha bevuto il bambino?». Mi interessa piuttosto: Il neonato mostra segnali di fame? Si attacca correttamente? È capace di deglutire e coordinare la respirazione? Per quanto tempo resta al seno? Il contatto pelle a pelle è ancora molto importante. Insegniamo ai genitori a massaggiare il seno, e abbiamo provato e testato posizioni per l'allattamento al seno come la posizione

a mano di ballerina, che sostiene il bambino nella sua ipotonia. Inoltre, utilizziamo temporaneamente i paracapezzoli per avviare l'allattamento al seno. È fondamentale incoraggiare i genitori. Prima di dimettere il bambino, riduciamo intenzionalmente gli interventi da parte nostra in modo che i genitori imparino a fidarsi di loro stessi. I bambini vengono dimessi quando la respirazione è stabile per 4 giorni consecutivi, quando riescono a mantenere autonomamente la temperatura corporea e quando aumentano di peso in base al percentile per 3 giorni senza quantità fisse di cibo. Solitamente questo è l'ultimo fattore decisivo, e dimettiamo a fronte di tassi di allattamento al seno ottimali. Per noi, questa è la prova migliore che il nostro impegno viene ripagato».

Tutto il supporto necessario

IN OSPEDALE E A CASA

Per l'estrazione del latte, il tiralatte Symphony di Medela è la scelta ideale. Imita il ritmo di suzione del neonato con due programmi basati sulla ricerca per supportare le madri di neonati prematuri o bambini nati a termine nell'avvio, nello sviluppo e nel mantenimento di una adeguata produzione di latte. Il programma Initiate di Symphony imita lo schema di suzione irregolare e più rapido del neonato a termine durante i primi giorni di lattazione e aiuta le madri che non possono fare a meno del tiralatte ad avviare con successo l'attivazione secretoria.

Dopo la montata lattea, solitamente tra le 24 e le 72 ore dopo il parto,³¹ la madre passa al programma MAINTAIN che imita lo schema di suzione del neonato a termine durante la lattazione stabilizzata, così da ottimizzare la produzione di latte. All'inizio di ogni poppata, prima dell'erogazione del latte, i neonati succhiano rapidamente per stimolare il flusso del latte. Quindi, passano a uno schema di suzione meno frequente una volta che il latte inizia a fluire (dopo l'erogazione). Con questi due programmi personalizzati, se necessario Symphony è in grado di supportare le madri per l'intero percorso di allattamento al seno.



Symphony Medela

Le madri che utilizzano il programma INITIATE di Symphony raggiungono l'attivazione secretoria 1,2 giorni prima.³²

Programmare

Se alla dimissione la lattazione e l'allattamento al seno non sono ben stabilizzati, occorre assicurarsi che la madre e il neonato possano contare su un buon sistema di supporto una volta a casa. Si tratta di appuntamenti di follow-up oltre all'accesso a un tiralatte doppio di grado ospedaliero.

Come noleggiare

IL TIRALATTE SYMPHONY PER UN USO DOMESTICO

Il tiralatte Symphony è stato sviluppato specificamente per supportare le mamme durante l'intero percorso di allattamento: per avviare, stabilizzare e mantenere una produzione di latte adeguata. Noleggiando Symphony presso partner Medela accreditati - farmacie e negozi specializzati - le madri possono continuare ad utilizzare

un tiralatte ad uso professionale per estrarre il latte materno nel comfort della propria casa. Per maggiori informazioni su dove poter noleggiare Symphony, consultare la sezione "Dove trovare i nostri prodotti" sul sito Medela.

È UN TRISTE PARADOSSO CHE I NEONATI PREMATURI TARDIVI SIANO PARTICOLARMENTE A RISCHIO DI COMPLICANZE SE ALLATTATI ESCLUSIVAMENTE AL SENO, SEMPLICEMENTE A CAUSA DELLA LORO INCAPACITÀ DI ALIMENTARSI EFFICACEMENTE AL SENO E DELLA MANCANZA DI PROTOCOLLI EFFICACI PER LA NUTRIZIONE.² FORTUNATAMENTE, È UN PARADOSSO CHE PUÒ ESSERE RISOLTO CON LE TUE CURE!

1 Sharma D et al. J Matern Fetal Neonatal Med. 2021; 34(16):2717-2730. 2 Radtke JV et al. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011;40(1):9-24. 3 Meier P et al. Clin Perinatol. 2013; 40(4):689-705. 4 Barros MCM et al. Neonatology. 2011; 99(2):133-139. 5 Tomaszek KM et al. Semin Perinatol. 2006; 30(2):61-68. 6 Wang ML et al. Pediatrics. 2004; 114(2):372-376. 7 Kelly CE et al. Brain Imaging Behav. 2016; 10(1):41-49. 8 Spong CY et al. Obstet Gynecol. 2011; 118(2, Part 1):323-333. 9 Engle WA. NeoReviews. 2009; 10(6):e280-e286. 10 Davidoff MJ et al. Semin Perinatol. 2006; 30(1):8-15. 11 Leone A et al. Acta Paediatr. 2012 Jan; 101(1): 6-10. 12 Hurst NM. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(6):588-594. 13 Wu J-L et al. Breastfeed Med. 2021; 16(5):385-392. 14 Hobbs AJ et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16:90. 15 Meier PP et al. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(6):579-587. 16 Boies EG et al. Breastfeed Med. 2016; 11:494-500. 17 Raju TNK et al. Pediatrics. 2006; 118(3):1207-1214. 18 Noble A et al. Breastfeed Med. 2019 Jul/Aug; 14(6):398-403. 19 Salaria EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141-1143. 20 Holmes AV et al. Breastfeed Med. 2013; 8(6):469-473. 21 Hoban R et al. J Hum Lact. 2022; 38(1):148-155. 22 Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015;24(3):160-170. 23 Parker LA et al. J Perinatol. 2012; 32(3):205-209. 24 Parker LA et al. Breastfeed Med. 2015; 10(2):84-89. 25 Parker LA et al. FASEB J. 2019; 31(1 Suppl):650.19. 26 Parker LA et al. J Perinatol. 2020; 40(8):1236-1245. 27 Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017; 44(1):1-22. 28 Lussier MM et al. Breastfeed Med. 2015; 10(6):312-7. 29 Slusher T et al. J Trop Pediatr. 2007 Apr;53(2):125-30. 30 Moore ER et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 11.CD003519. 31 Neville MC, Morton J. J Nutr. 2001; 131(11):3005S-3008S. 32 Post EDM et al. J Perinatol. 2016; 36(1):47-51.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI
www.medela.it/symphony-22

IL SEGRETO È *Lattacco*

L'allattamento al seno prevede una curva di apprendimento, sia per la madre sia per il neonato, che inizia con il posizionamento corretto.

A cosa è necessario prestare attenzione per favorire un buon attacco fin dall'inizio?

Se il neonato non riesce ad attaccarsi correttamente, non solo risulta difficile ottenere un trasferimento efficace di latte, ma può anche risultare molto doloroso e comportare una serie di problemi come: capezzoli dolenti, flusso di latte ridotto, seni non completamente svuotati. Ciò può causare l'ostruzione dei dotti lattiferi e la mastite e un conseguente aumento dello stress materno e una riduzione della produzione di latte.¹⁻⁴ Una pericolosa serie di eventi che può sfociare nella totale interruzione dell'allattamento al seno: in un sondaggio tedesco del 2019, circa il 40% delle madri⁵ ha indicato i «problemi di attacco» come motivo per cui ha smesso di allattare al seno. Ciò coincide con i risultati di uno studio danese in cui il 40% dei neonati non è riuscito ad attaccarsi⁶. Pertanto, è assolutamente essenziale che le madri e i neonati ricevano un supporto adeguato, idealmente prima che compaiano i primi problemi. Infatti, anche la formazione professionale sull'allattamento al seno per le donne incinte può svolgere un ruolo importante nella gestione del corretto attacco al seno.⁷ Nelle visite e nei corsi prenatali dovrebbe essere prevista la spiegazione dell'anatomia del seno e della fisiologia dell'allattamento al seno e la dimostrazione di come posizionare e attaccare correttamente il neonato.

POSSIBILI OSTACOLI

Alcuni problemi di attacco si palesano immediatamente, altri si evidenziano solo se osservati con attenzione. I neonati prematuri, ad esempio, mostrano spesso la classica debolezza nella suzione. L'anchiloglossia o altre peculiarità anatomiche nell'area mandibolare possono impedire al neonato di attaccarsi correttamente e/o di creare il vuoto necessario nel seno. Anche alcune caratteristiche fisiche della madre, come i capezzoli piatti e introflessi, possono complicare l'attacco rendendo difficile la suzione per il neonato. Inoltre, il capezzolo introflesso o piatto potrebbe non generare il riflesso di suzione nel neonato. Circa il 10% delle donne rientra in questa casistica⁸.



Paracapezzoli Contact: ultrasottili, insapore e sagomati per massimizzare il contatto pelle a pelle



Modellatori del capezzolo: una delicata pressione per aiutare a modellare i capezzoli introflessi/piatti per poter allattare al seno



Cause per cui

I neonati potrebbero non attaccarsi correttamente:

- Prematurità¹²⁻¹⁴
- Stanchezza¹²
- Errato posizionamento della lingua^{13,14}
- Frenulo corto^{13,15}
- Vuoto intraorale debole¹³
- Schema respiratorio^{13,16}
- Vuoto intraorale elevato^{13,17}
- Asimmetria della mandibola¹⁶
- Palatoschisi¹⁶
- Lesioni alla testa durante il parto^{16,18}
- Ipotonia¹⁸
- Conseguenze delle manovre del parto^{19,20}
- Torcicollo congenito (KISS)²¹

Sostegno per la madre e il neonato

Una volta valutata ogni singola situazione di allattamento al seno, spetta a voi operatori e specialisti dell'allattamento trovare i rimedi giusti. La buona notizia è che: le soluzioni non devono necessariamente essere troppo complicate.

UN POSIZIONAMENTO CORRETTO può contribuire notevolmente a ottimizzare la capacità del neonato di attaccarsi e alimentarsi al seno in modo efficace. Per un attacco corretto il neonato deve prendere gran parte dell'areola in bocca, con il labbro inferiore e la mandibola che coprono maggiormente la parte inferiore dell'areola. La posizione reclinata,

la cosiddetta biological nurturing,⁹ è particolarmente consigliata nei primi giorni dopo il parto ed è dimostrato che favorisce l'attacco corretto e riduce l'incidenza di dolore ai capezzoli e trauma.^{9,10,11} La madre ovviamente può provare altre posizioni di allattamento e trovare la sua preferita.

ANCHE I MODELLATORI del capezzolo possono rivelarsi utili. Sono ideati appositamente per far fuoriuscire leggermente i capezzoli piatti o introversi, in modo che il bambino possa attaccarsi più facilmente. Tutto ciò che deve fare la madre è posizionarli sopra i capezzoli circa mezz'ora prima dell'allattamento al seno.

Si adattano facilmente al reggiseno e, se necessario, possono essere già indossati per alcune ore durante la gravidanza (a partire dalla settimana 32).

I PARACAPEZZOLI CONTACT possono anche essere utilizzati temporaneamente per offrire al neonato un punto di attacco più ampio e saldo. Questa può essere una buona soluzione anche in caso di capezzoli piatti o introflessi, oltre che per proteggere i capezzoli dolenti e screpolati o in presenza di riflesso di erogazione forte. L'utilizzo del tiralatte poco prima dell'allattamento al seno può essere efficace in caso di capezzoli introflessi.

Qualunque sia il percorso scelto con la madre, l'aiuto più importante che puoi offrire è sempre il supporto emotivo e professionale.

6 PASSAGGI PER UN BUON ATTACCO:

1. Posizionare il neonato - in caso di fasce, rimuoverle.
2. Sostenere la madre e il neonato in una posizione comoda, con la testa del bambino a livello del seno.
3. Il mento del bambino tocca il seno della madre con il naso rivolto verso il capezzolo?
4. Le labbra del neonato sono leggermente rivolte verso l'esterno?
5. L'orecchio, la spalla e l'anca del neonato formano una linea?
6. Il neonato prende la maggior parte dell'areola in bocca?

SEI ALLA RICERCA DI POSIZIONI CHE OFFRONO MAGGIORE SOSTEGNO?

Invia questo link alle madri:
www.medela.it/posizioni-allattamento-22

¹ Brown A et al. J Adv Nurs. 2016; 72(2):273-282. ² Kent JC et al. Int J Environ Res Public Health. 2015; 12(10):12247-12263. ³ World Health Organization: World Health Organization; 2000. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66230>. ⁴ Mitchell KB et al. Breastfeed Med. 2022; 17(5):360-376. ⁵ Innoct survey 2019 among German mothers. ⁶ Feenstra M, et al. Sex & Reprod Healthc. 2018; 16(Jun):167-174. ⁷ Gao H et al. Sci Rep. 2022; 12(1):5577. ⁸ Alexander JM, et al. The Breast. 1997; 6(2):72-78. ⁹ Colson SD et al. Early Hum Dev. 2008; 84(7):441-449. ¹⁰ Wang Z et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2021; 21(1):248. ¹¹ Milincic M et al. Int Breastfeed J. 2020; 15(1):21. ¹² Geddes DT et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2017; 17(1):386. ¹³ McClellan HL et al. J Hum Lact. 2012; 28(4):511-521. ¹⁴ Sakalidis VS, Geddes DT. J Hum Lact. 2016; 32(2):201-211. ¹⁵ Geddes DT et al. Acta Paediatr. 2010; 99:301-303. ¹⁶ Genna CW, editor. Burlington MA: Jones & Bartlett Learning; 2013. ¹⁷ McClellan HL et al. Paediatrica. 2008; 97(9):1205-1209. ¹⁸ Berens P et al. Breastfeed Med. 2016; 11(2):46-53. ¹⁹ Hobbs AJ et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16:909. ²⁰ Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. ²¹ Genna CW. J Hum Lact. 2015; 31(2):216-220.

L'arma segreta della morbidezza

Lanolina pura al 100% per capezzoli dolenti

I capezzoli screpolati e dolenti rappresentano una problematica comune nelle prime settimane di allattamento al seno. Fortunatamente, il trattamento topico con lanolina naturale può lenire rapidamente i sintomi. Ma cosa la rende una delle soluzioni preferite dai consulenti per l'allattamento di tutto il mondo?

Il dolore durante l'allattamento al seno è uno dei motivi più comuni per cui le madri decidono di interrompere prima il percorso di allattamento. Affrontare questo problema il prima possibile è uno dei compiti più sfidanti per i consulenti e professionisti sanitari. Sebbene il dolore ai capezzoli durante l'allattamento sia spesso dovuto a un attacco errato (pagina 12-13), può anche essere provocato da secchezza e sensibilità dei capezzoli. Pertanto, lo scopo di qualsiasi cura del seno è mantenere idratata la pelle. Una buona crema alla lanolina risolve rapidamente questo problema. Purelan di Medela, ad esempio, è composta al 100% da lanolina medica, l'arma segreta a cui si affidano ostetriche e specialisti dell'allattamento. Le sue proprietà emollienti e idratanti sono note e documentate.¹⁻⁴

Le sue proprietà viscoso contribuiscono a creare una barriera protettiva sulla superficie cutanea, rafforzandone le difese naturali contro le sollecitazioni esterne e riducendo la perdita di acqua transepidermica⁵. Pertanto, Purelan può offrire un rapido sollievo e un supporto doppiamente efficace: in primo luogo, la texture morbida e ricca di Purelan crea una barriera protettiva, rafforzando la resistenza della pelle e riducendo la perdita di idratazione attraverso l'epidermide danneggiata. Inoltre, poiché la composizione di Purelan è simile alla superficie naturale della pelle stessa, con esteri complessi, grassi, steroli e lanolina senza alcoli, penetra in profondità nello strato esterno dell'epidermide in modo da idratare la pelle dall'interno.



PURELAN™: SUPERPOTERE SEGRETO



Sicura – non è necessario rimuoverla prima dell'allattamento



Priva di – additivi, conservanti, profumazioni



Efficace – la lanolina di qualità medica ultra-pura lenisce il dolore ai capezzoli



Eticamente sostenibile – catena di approvvigionamento tracciabile, materie prime provenienti da fattorie mulesing-free



Naturale – la lanolina monoingrediente idrata e protegge



Ideale per labbra screpolate e pelle secca

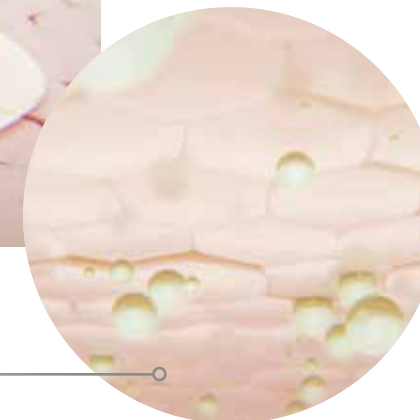


Purelan™ supera gli standard della Farmacopea europea e della Farmacopea statunitense. Medela mantiene livelli molto bassi di FLA e mantiene alto il livello di WAC, rimuovendo i residui di pesticidi e pulendo la formulazione per garantire un colore molto chiaro.

Purelan™ aiuta a rinforzare le barriere naturali della superficie cutanea contro la perdita di umidità.



Viene assorbita in profondità dalla pelle e trattiene l'acqua, imitando il naturale sebo della pelle per riequilibrare i livelli di umidità.



LO SAPEVI?

Purelan può anche essere usata per proteggere la pelle del bambino quando fa freddo e per idratare labbra screpolate, mani secche e cuticole, gomiti o talloni screpolati.

COME USARE PURELAN™

Dopo l'allattamento cospargere un po' di latte sul capezzolo e sull'areola e lasciare asciugare. Strofinare una piccola quantità di Purelan tra le dita e spalmarla sull'intera area del capezzolo. Purelan non deve essere rimossa prima dell'allattamento.

¹ Clark EW, Steel I. J Soc Cosmet Chem. 1993; 44:181-195. ² Barba Albanell C et al. Skin Pharmacol Physiol. 2018; 31:198-205. ³ Abou-Dakn M et al. Skin Pharmacol. Physiol. 2011; 24(1):27-35. ⁴ Brent N et al. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1998; 152(11):1077-1082. ⁵ Masen MA et al. PLoS One. 2020; 15(9):e0239363

OGNI GOCCIA È IMPORTANTE

Come sfruttare al meglio le perdite di latte materno

Il latte materno è talmente prezioso che anche una sola goccia persa è un grave spreco. Tuttavia, le perdite sono un fenomeno comune che molte madri sperimentano ogni giorno. È giunto il momento di trovare una soluzione valida per proteggere e raccogliere queste importanti gocce di latte.



Il Raccoglitore per latte materno in silicone non è destinato a sostituire un tiralatte, in quanto non drena il seno in modo attivo ed efficace. Le madri che necessitano dell'estrazione per avviare, sviluppare o mantenere la produzione di latte dovrebbero sempre usare un tiralatte elettrico doppio per uso ospedaliero (ad es. Symphony).

La sfida

Lo sapevi che due madri su tre hanno perdite di latte fino a sei mesi dopo il parto? Nei primi due mesi questo fenomeno riguarda ben il 90% delle mamme¹. Soprattutto durante l'allattamento al seno o mentre la madre estrae il latte da un seno, il naturale effetto di eiezione può causare perdite di latte sugli indumenti o sulle coppette assorbitate dall'altro seno. Questa situazione, oltre a provocare disagio alle madri, comporta anche la perdita di preziose gocce di latte materno con tutte le sue incredibili proprietà.

La soluzione

Per raccogliere e proteggere ogni singola goccia di latte, Medela ha progettato il nuovo Raccoglitore per latte materno in silicone. Progettato per adattarsi a tutte le misure di seno e realizzato interamente in silicone per uso alimentare, si attacca facilmente e sfrutta il naturale effetto di eiezione per raccogliere ogni goccia di latte materno fuoriuscita mentre la madre allatta o estrae dall'altro seno. Per evitare cadute accidentali durante l'utilizzo, è possibile indossare un cordoncino regolabile intorno al collo. Il design con doppia chiusura ermetica con coperchio e tappo assicura che l'interno del raccoglitore sia sempre pulito e igienico, mentre la base con ventosa previene cadute e fuoriuscite accidentali.

I vantaggi

La produzione di latte può variare nel corso delle settimane e dei mesi e persino durante la giornata. Una madre con un'elevata produzione di latte può decidere di creare una scorta di latte nel congelatore per le poppate future o per i momenti in cui non può stare con il suo bambino. Il latte materno presenta moltissimi benefici oltre al suo valore nutrizionale e può essere aggiunto all'acqua per fare il bagno. Una madre con una produzione di latte inferiore probabilmente deciderà di somministrare direttamente il latte raccolto. Qualunque siano le circostanze individuali, ogni goccia di latte viene preservata. Per il comfort delle madri e lo sviluppo sano di ogni bambino.

¹ Morse JM et al. J Nurse Midwifery. 1989 Jan-Feb;34(1):15-20.

VI PRESENTIAMO IL NUOVO RACCOGLITORE PER LATTE MATERNO IN SILICONE



NOVITÀ



DESIGN ANTI FUORIUSCITE



SEMPLICE DA UTILIZZARE



CORDINO ANTI CADUTA



LEGGERO E PORTATILE



FACILE DA PULIRE



CAPACITÀ



SILENZIOSO E DISCRETO



BASE CON VENTOSA

PER ULTERIORI INFORMAZIONI
www.medela.it/sbmc-22



Formazione **MEDELA**

MEDELA UNIVERSITY

Corsi gratuiti sulla lattazione.

Le tue conoscenze e il tuo supporto hanno salvato molti percorsi di allattamento al seno ed è importante rimanere aggiornati sulla ricerca in ambito di lattazione e sulle pratiche cliniche. Tuttavia, può essere difficile trovare e accedere alle conoscenze necessarie. Le tempistiche dei webinar e delle conferenze potrebbero scontrarsi con i tuoi impegni, e selezionare le informazioni più importanti richiede molto tempo. Medela University è la nostra risposta per te.

Per consentirti di trovare le ricerche e le best practices più recenti e rilevanti, abbiamo creato una nuova piattaforma educativa su misura per le tue esigenze. Uno spazio unico con tutti i contenuti formativi rilevanti, quali gli ultimi webinar e i corsi online su richiesta.

Sempre, ovunque e gratuitamente!

COME FUNZIONA

Per trovare gli argomenti che ti interessano puoi effettuare la ricerca per parole chiave specifiche o sfogliare categorie predefinite. Descrizioni brevi con obiettivi chiari ti aiutano a decidere rapidamente quali corsi fanno al caso tuo. È sufficiente aggiungere i corsi selezionati al carrello e sei pronto per il check-out. Riceverai un certificato per tutti i corsi portati a termine. Attualmente i corsi sono disponibili in inglese o in tedesco.

REGISTRATI E INIZIA SUBITO!

www.breastfeedingandlactation.medela.com

WEBINAR EMBA:

Nuove sfide per le banche del latte umano.

Ogni goccia di latte materno è importante, soprattutto per i neonati più fragili. Per evidenziare i benefici dell'alimentazione con latte umano nei neonati prematuri e fornire i migliori strumenti pratici per il lavoro nelle UTIN e nelle banche del latte in tutta Europa, l'Associazione europea delle banche del latte (EMBA) sta organizzando il suo secondo webinar in collaborazione con Medela. Sottolineando le attuali tendenze e sfide regionali e offrendo possibili soluzioni durante i convegni scientifici, portiamo in cattedra e sui tuoi schermi gli esperti di latte materno di tutta Europa per rispondere alle tue domande.

REGISTRATI SUBITO E PARTECIPA ALLA NOSTRA CONFERENZA LIVE IL

15 novembre 2022,
dalle 15:00 alle 16:40 CET.

www.medela.com/webinar-series



CALESCA:

la soluzione sicura ed igienica per il riscaldamento e lo scongelamento del latte materno



Ottimizza i processi e i flussi di lavoro nel tuo reparto



Il riscaldamento e lo scongelamento delicato del latte materno nei reparti maternità e nelle TIN è essenziale per garantire un'assistenza ottimale ai neonati, soprattutto nel caso di prematuri con peso alla nascita molto basso (VLBW). Calesca è un dispositivo di riscaldamento e scongelamento delicato che consente di mantenere perfettamente integre le proprietà del latte materno e garantisce un metodo standardizzato, sicuro e igienico per la preparazione del latte. Studiata per la cura individuale nelle TIN, è dotata di una ventola che permette la circolazione dell'aria calda in camera chiusa: utilizzando quindi un sistema completamente asciutto, Calesca elimina i rischi associati al riscaldamento del latte in acqua calda come il danneggiamento dei componenti del latte e la contaminazione da agenti patogeni ambientali. Inoltre gli inserti monouso aiutano a prevenire la cross-contaminazione e potenziali scambi di latte, semplificando la pulizia del dispositivo.

Con l'utilizzo di Calesca potrai ottimizzare e standardizzare i flussi di lavoro nel tuo reparto: il segnale visivo e acustico (con possibilità di spegnimento) indica quando il ciclo di riscaldamento o di scongelamento è completo. Il latte può essere riscaldato partendo da tre diverse temperature iniziali: temperatura ambiente, di refrigerazione o di congelamento. Una volta raggiunta la temperatura desiderata, viene mantenuta per un massimo di 30 minuti, consentendo di prelevare il latte quando necessario.

Se sei interessato a introdurre Calesca nel tuo reparto, contatta il tuo referente di zona:

PIEMONTE, LIGURIA:

Donatella Ferraris, Tel: 3311909122,
Email: donatella.ferraris.ext@medela.com

LOMBARDIA:

Silvana Ambrosiani, Tel 3443467590,
Email: silvana.ambrosiani@medela.com

VENETO, FRIULI VENEZIA-GIULIA, TRENTINO ALTO ADIGE:

Andrea Bonanno, Tel 3319213333,
Email: andrea.bonanno@medela.com

EMILIA ROMAGNA, TOSCANA:

Lisa Neri, Tel 3356973895,
Email: lisa.neri@medela.com

CENTRO-SUD ITALIA (UMBRIA, LAZIO, MARCHE, ABRUZZO, MOLISE, PUGLIA, BASILICATA, CALABRIA, CAMPANIA, SICILIA, SARDEGNA):

Federico Vitali, Tel 3403651153,
Email: federico.vitali@medela.com

SIMPOSIO EUROPEO SULL'ALLATTAMENTO AL SENO E SULLA LATTAZIONE

23-24 giugno 2023

Non vediamo l'ora di condividere con voi le ultime ricerche di alcuni dei maggiori esperti nel campo dell'allattamento al seno e della ricerca sull'allattamento! Integriamo la scienza nella pratica infermieristica!



SAVE THE DATE

Symphony.

Il tiralatte professionale, disponibile per il noleggio per un uso domestico, aiuta ad avviare, costruire e mantenere la produzione di latte.

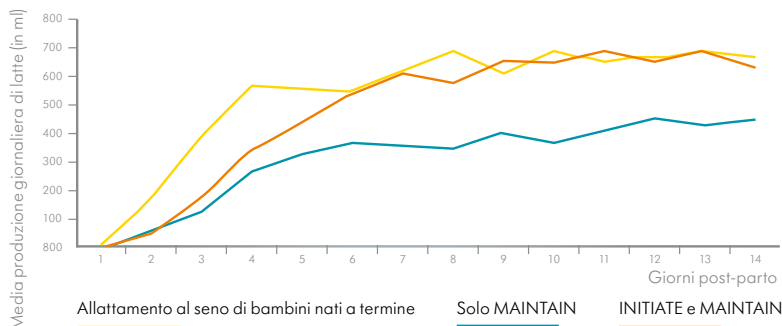
Disponibile per il noleggio!



Doppia estrazione. Consigliata per iniziare al meglio il percorso di estrazione e allattamento al seno.

Ogni goccia di latte materno è importante per lo sviluppo del neonato. Il tiralatte Symphony può aiutare le madri a superare eventuali problematiche che possono sorgere nelle varie fasi del percorso di allattamento.

L'estrazione è più efficace nella stimolazione della produzione di latte quando il tiralatte imita il ritmo naturale del bambino: è stato dimostrato che i programmi, basati sulla ricerca, della scheda Symphony PLUS per il tiralatte Symphony di Medela supportano efficacemente l'avvio tempestivo e la produzione di latte a lungo termine¹ quando il bambino non è in grado di alimentarsi al seno in modo efficace:



Nel programma INITIATE, Symphony imita il comportamento di suzione di un neonato, stimolando e causando così la risposta di prolattina necessaria² per segnalare al seno di iniziare a produrre latte.



Nel programma MAINTAIN, Symphony imita quindi il comportamento di suzione dei neonati dopo i primi giorni, quando si è verificata l'attivazione secretoria. La tecnologia di estrazione 2-Phase-expression basata sulla ricerca aiuta le madri a sviluppare e mantenere la produzione di latte^{1,3} e a ottimizzarne la produzione.^{3,4,5,6,7}



Qui puoi trovare maggiori informazioni su come utilizzare e noleggiare il tiralatte Symphony e contatti utili.

References

1 Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103-110. 2 Zinaman MJ et al. Pediatrics 1992; 89(3): 437-440. 3 Meier PP et al. Breastfeed Med. 2008; 3(3):141-150. 4 Spatz DL. J Perinat Neonatal Nurs. 2018 Apr/ Jun;32(2):164-174. 5 Meier PP et al. Breastfeed Med. 2008; 3(3):141-150. 6 Kent JC et al. Breastfeed Med. 2008; 3(1):11-19. 7 Kent JC et al. J Hum Lact. 2003; 19(2):179-186