

# Inizi

JOURNAL FOR NICU & MATERNITY CARE

A Lactation Manual



## Intervento per l'allattamento

La differenza che può fare un approccio proattivo

## Le migliori pratiche

Storie di successo che ispirano a trasformare la scienza in cura

## Aumentare la dose

Migliorare a qualità per ottenere più latte in terapia intensiva neonatale

**medela**

Turning Science into Care

# Turning Science into care



Il primo passo per prendersi cura è comprendere. Per questo crediamo nella stretta collaborazione con scienziati di spicco ed esperti di lattazione per sviluppare prodotti che vadano oltre la forma e la funzione. Tutto con un unico obiettivo: rendere la forma più delicata di assistenza semplice, intuitiva ed efficace.

Comprendiamo le esigenze dei neogenitori e dei professionisti che si dedicano alla loro cura. Infatti, ci prendiamo cura di mamme, neonati, pazienti e operatori sanitari da così tanto tempo che ne abbiamo fatto una scienza.

Medela è profondamente impegnata nella ricerca e investe continuamente in studi di base ed esplorativi per migliorare i risultati in ambito sanitario. Dal 1961 collaboriamo con professionisti della salute ed esperti di latte umano di fama mondiale per avanzare nella ricerca e sviluppare pratiche basate sull'evidenza. Questo impegno non solo ha definito gli standard del settore, ma ha anche creato le basi scientifiche per l'innovazione dei prodotti e la pratica clinica.

Una delle collaborazioni fondamentali di Medela è quella con la University of Western Australia (UWA), istituita nel 1996. Questa collaborazione ha portato a scoperte rivoluzionarie sul funzionamento della ghiandola mammaria, sulla sintesi del latte e sulla sua rimozione. Oggi, la professoressa Donna Geddes dirige la collaborazione di ricerca Medela-UWA, un programma di ricerca completo che esplora gli aspetti più complessi dell'allattamento al seno, della lattazione umana e dell'alimentazione infantile. Il nostro impegno con i medici e i genitori della Terapia Intensiva Neonatale ci permette di identificare le lacune nell'assistenza e, ascoltando direttamente gli operatori

sanitari sulle loro esigenze in termini di attrezzature, ci assicuriamo che possano concentrarsi sull'assistenza ai pazienti.

Grazie a queste approfondite conoscenze, continuamo a innovare prodotti per favorire e migliorare i risultati in ambito sanitario. Analizzando il seno in allattamento e la suzione del bambino, ad esempio, abbiamo sviluppato la nostra tecnologia brevettata 2-Phase Expression®, che imita il ritmo naturale di allattamento del bambino per stimolare e mantenere la produzione di latte materno. Inoltre, abbiamo progettato il tiralatte Symphony PLUS® con l'esclusiva Initiation Technology®, studiata per attivare e aumentare la produzione di latte. Utilizzando le scansioni 3D di migliaia di seni in allattamento, abbiamo trovato l'angolo di apertura ottimale per le nostre coppe e abbiamo sviluppato le nostre coppe "handsfree" dalla forma anatomicamente corretta per aumentare il comfort e la rimozione del latte. Il nostro obiettivo è offrire soluzioni innovative, non solo prodotti. Trasformiamo la scienza in un'assistenza semplice, intuitiva ed efficace, per guarire, favorire la salute e rafforzare il legame tra mamma e bambino.

## Content

- 02 Medela – Turning Science into Care**  
Chi siamo
- 04 Supporto proattivo all'allattamento:**  
Spunti dall'esperta di allattamento  
Dr. Rebecca Hoban
- 10 Aumentare la dose:**  
Migliorare a qualità per ottenere più latte  
in terapia intensiva neonatale
- 18 Le migliori pratiche:**  
Storie di successo clinico su come trasformare  
la scienza in assistenza
- 26 Symphony Plus:**  
il punto di riferimento per il supporto  
all'allattamento - in reparto e a casa



Lättichstrasse 4b, 6340 Baar, Svizzera, [www.medela.com](http://www.medela.com)

Managing Directors ed editori:  
Thomas Golücke, Gerald Hübner

Testi ed editing:  
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG

Design: Ruhe und Sturm, Monaco di Baviera

Stampa: Nachbar Druck GmbH, Neufahrn

Fonte immagini:

Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG;  
Adobe Stock: 21748861, 431920443, 106055878, 106055878,  
100664546; Getty Images: 590951387



«Attraverso il progresso della ricerca,  
l'osservazione del comportamento  
naturale e ascoltando i nostri clienti,  
trasformiamo la scienza in prendersi  
cura, promuovendo la salute per tutte  
le generazioni.»

**Michael Larsson, Presidente**

# IL SUPPORTO ALLA LATTAZIONE È un'urgenza

Partendo dalle sue recenti e innovative scoperte sui biomarcatori del latte, la dott.ssa Rebecca Hoban propone un approccio più proattivo al supporto alla lattazione.

La dott.ssa Rebecca Hoban è neonatologa e direttrice di Medicina dell'allattamento presso la University of Washington/Ospedale pediatrico di Seattle, Stati Uniti, e professoressa associata di Pediatria presso la University di Washington. I suoi progetti attuali includono il miglioramento della produzione di latte materno nelle UTIN e lo studio dei biomarcatori del latte per prevedere il successo della lattazione.



## Perché è così importante la diagnosi precoce dei problemi di lattazione?

Ciò che abbiamo constatato nei nostri studi presso il Rush University Medical Center è che la maggior parte delle madri di neonati con un peso molto basso alla nascita ha inizialmente raggiunto i propri obiettivi di lattazione offrendo latte per i primi giorni, ma poi i tassi sono crollati nelle settimane o nei mesi successivi. Sappiamo che le madri dei neonati prematuri presentano molti fattori di rischio per la lattazione, a partire dal mancato completamento della gravidanza, che comporta uno sviluppo incompleto del seno. Spesso subiscono un taglio cesareo oppure soffrono di problemi di salute preesistenti, che possono essere il motivo del parto precoce. Inoltre, probabilmente non hanno avuto la possibilità di raccogliere informazioni sulla lattazione per prendere decisioni consapevoli. Tutti questi aspetti influiscono direttamente sugli esiti della lattazione. Le difficoltà nella lattazione che causano un calo dei tassi di alimentazione con latte umano a sei mesi si presentano in realtà ben prima dei sei mesi. È proprio nei primi giorni che può accadere qualcosa che determinerà in seguito un mancato raggiungimento degli obiettivi della lattazione. Pertanto, una diagnosi precoce dei problemi di lattazione può orientare un intervento tempestivo durante questo periodo di tempo molto limitato, l'importante fase di «programmazione del seno», che inciderà sulla lattazione a lungo termine.

## Come possiamo diagnosticare precocemente le problematiche relative alla lattazione?

Al momento abbiamo pochissime opzioni per individuare tra le madri che necessitano del tiralatte quelle che riscontreranno problemi. L'individuazione di

volumi ridotti avviene solo retrospettivamente, quando ormai è venuta a mancare la possibilità di aumentare il volume di latte. Tradizionalmente, chiediamo alle madri "Hai avuto la montata lattea? Hai notato cambiamenti nel seno?". Si tratta però di un metodo problematico, perché, ad esempio, in caso di obesità la madre può avere più difficoltà a riconoscere tale cambiamento. Non costituisce quindi un indicatore ottimale dell'attivazione secretoria. Si può obiettare che è possibile fare affidamento sul volume di latte estratto precocemente con tiralatte, monitorare le quantità di latte estratto o pesare il neonato, ma anche queste sono misure problematiche, perché non rendono un quadro realistico di ciò che sta accadendo nel seno. Se c'è troppo poco latte, è perché la mamma non ne estrae abbastanza o perché non ne produce abbastanza? Non possiamo saperlo. Per questo mi sono concentrata sui biomarcatori del latte umano come misura diretta di ciò che accade nel seno in tempo reale.

## Come funziona questo approccio basato sui biomarcatori?

Quando prendiamo in esame i biomarcatori, in realtà misuriamo la chiusura delle giunzioni serrate nell'epitelio mammario. Una volta eliminata l'inibizione del progesterone, la prolattina catalizza la chiusura di queste giunzioni serrate. Tale chiusura previene la fuoriuscita dei componenti del latte dalla ghiandola ed è il primo passo fondamentale per la lattazione a lungo termine. In questo processo il sodio è un biomarcitore chiave. Man mano che le giunzioni serrate si chiudono, il sodio si riduce molto rapidamente e i volumi di latte aumentano. I nostri studi hanno dimostrato chiaramente come il sodio aumenti immediatamente quando il numero di sessioni



# medica!



Molte madri presentano diversi fattori di rischio per la lattazione, che poi si intersecano tra loro, dando luogo a una popolazione che si troverà in difficoltà fin dall'inizio.



«Occorre un'assistenza alla lattazione personalizzata, basata sui dati e in tempo reale, in grado di prevedere i problemi ancora prima che diventino evidenti.

I biomarcatori possono aprirci una finestra sul futuro e aiutarci tempestivamente a individuare chi ha bisogno di supporto».

di estrazione giornaliera diminuisce, provocando una riduzione del volume di latte già entro il giorno successivo. Inoltre, abbiamo scoperto che misurando i livelli di sodio eravamo già in grado di determinare a tre giorni dal parto chi avrebbe raggiunto la produzione di un volume ottimale (>500 ml al giorno entro due settimane). Inoltre uno studio precedente ha dimostrato che l'aumento del volume a due settimane è il fattore predittivo più importante dell'alimentazione con latte della rispettiva madre alla dimissione dalla UTIN. Quindi già al terzo giorno abbiamo una finestra sul futuro da cui possiamo vedere chi sarà in grado di produrre latte nei mesi successivi! E questo significa che abbiamo la possibilità di intervenire in modo proattivo!

#### **Wow, sembrano ottime prospettive per la scienza della lattazione!**

Proprio così. Al momento abbiamo ottenuto fondi dal governo canadese per esaminare ulteriormente questo aspetto con un progetto pilota. Misurare i livelli di sodio è così semplice che la mamma può farlo da sola, e questo può avere un impatto molto importante. Occorre un'assistenza alla lattazione personalizzata, basata su dati, in tempo reale, in grado di prevedere i problemi ancora prima che diventino evidenti. Questo darebbe ai medici la possibilità di intervenire immediatamente quando c'è ancora il potenziale per salvaguardare il percorso di lattazione di una mamma. Potremmo fornire «prescrizioni per l'estrazione» personalizzate, per così dire. Un'estrazione frequente nei primi giorni cruciali ha maggiori probabilità di stimolare la prolattina, con un conseguente avvio efficace e la normalizzazione dei biomarcatori. Questo intervento tempestivo potrebbe essere possibile sulla base di un solo biomarcatore del latte materno, il sodio!

#### **In base alla Sua esperienza, quali altri fattori possono influenzare l'aumento del volume?**

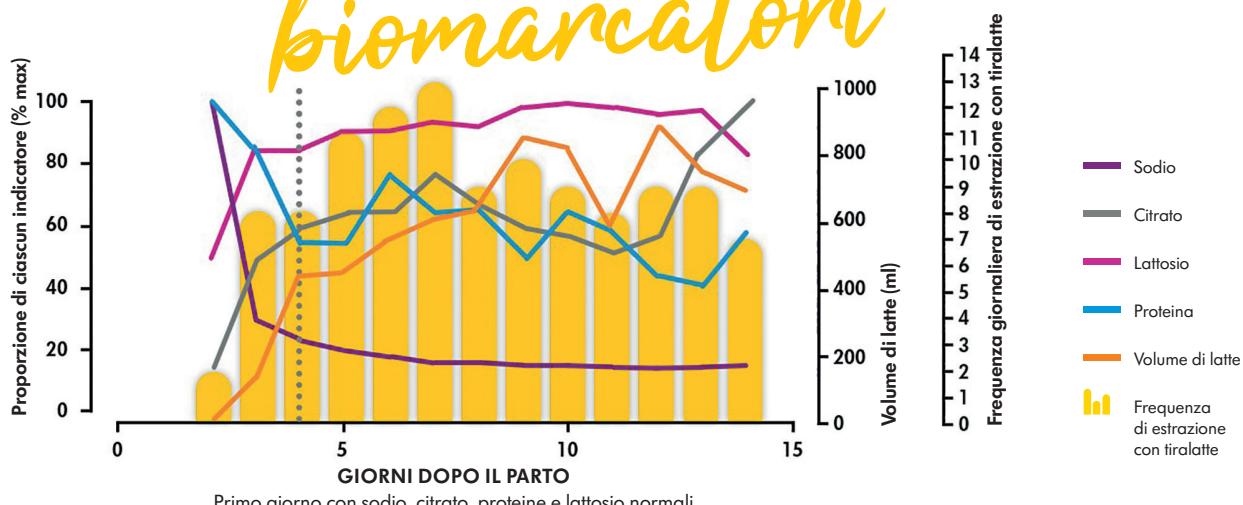
Per ottenere un volume ottimale sono necessarie sia la stimolazione che l'estrazione del latte. Qui la prolattina gioca un ruolo fondamentale. Catalizza l'importante chiusura delle giunzioni serrate e inoltre sovraffrigola i geni che permettono alla madre di generare più cellule che producono latte e a prevenire la morte di tali cellule.

#### **Come possiamo aumentare la prolattina?**

La prolattina viene rilasciata con la suzione o l'estrazione con tiralatte ed è molto più abbondante nelle prime settimane di lattazione rispetto ai mesi successivi. Un'estrazione frequente ed efficace fin dall'inizio è davvero fondamentale per le madri che dipendono dal tiralatte. Eppure ci sono ancora strutture ospedaliere che consigliano alle mamme la spremitura manuale nei primi tre giorni invece di utilizzare un tiralatte elettrico doppio, e questo mi fa imbestialire perché abbiamo dati a disposizione che dimostrano che l'estrazione è molto più efficace! In uno studio randomizzato condotto da Lussier e dai suoi collaboratori nel 2015<sup>1</sup>, madri di neonati con un peso molto basso alla nascita sono state divise in due gruppi a seconda dell'utilizzo di un tiralatte elettrico o della spremitura manuale nella prima settimana. Le madri a cui è stato assegnato il tiralatte hanno prodotto il doppio del latte nella prima settimana! Anche dopo la prima settimana, quando anche alle madri a cui era stato chiesto di effettuare la spremitura manuale è stato assegnato un tiralatte, queste non hanno mai raggiunto volumi equivalenti. Già a un mese le madri producevano molto meno latte rispetto alle madri che avevano iniziato con il tiralatte. Avevano perso quella finestra cruciale per la «programmazione» del seno, una fase che non è più possibile recuperare.

## ANDAMENTO DEI

# biomarcatori



Primo giorno con sodio, citrato, proteine e lattosio normali

# CONFRONTO TRA L'ALIMENTAZIONE EFFICACE DEL NEONATO E LE

## modalità di estrazione

	Vuoto	Compressione tattile	Raccolta del colostro	Attivazione efficace delle cellule che producono latte	Rischio ridotto di attivazione secretoria ritardata
	✓	✓	✓	✓	✓
	✓	✗	✓ *	✓	✓
	✗	✓	✓	✗	✗

\*A volte è difficile recuperare le piccole quantità di colostro, il che può portarne allo spreco





#### **Ha utilizzato il termine «programmazione del seno».**

##### **Cosa intende esattamente?**

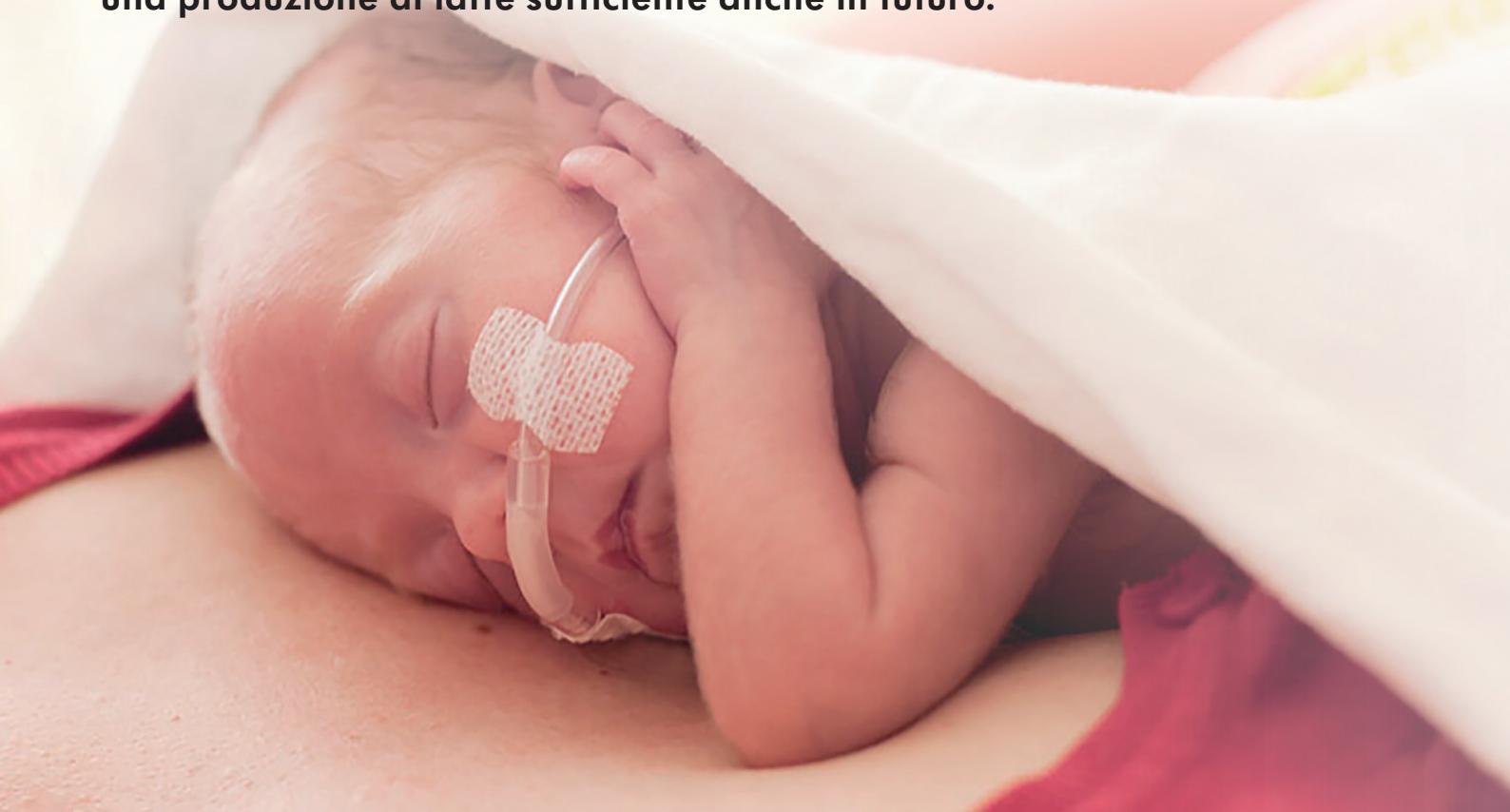
È importante che sia noi e che le famiglie siamo consapevoli che l'obiettivo dei primi giorni e delle prime settimane non è soltanto la produzione di latte per il neonato in quel momento preciso. Il nostro obiettivo è quello di avere abbastanza latte in seguito, quando il neonato avrà quattro o sei mesi. I neonati prematuri non assumono quasi nulla nei primi giorni, a seconda delle loro condizioni di salute, quindi occorre prestare molta attenzione alla domanda » Viene prodotto abbastanza latte? » Il bambino potrebbe assumerne solo 8 ml al giorno, ma ciò non significa che la madre stia producendo abbastanza latte per garantire una lattazione a lungo termine e che avrà abbastanza latte quando il neonato di 500 g avrà raggiunto i 4 kg. Prima o poi, il neonato prematuro avrà bisogno della stessa quantità di latte di un bambino nato a termine e dobbiamo assicurarci che questa produzione di latte sia disponibile quando quel giorno arriverà. Ecco perché tutte le madri devono programmare il seno indipendentemente

dall'assunzione attuale del neonato. Quindi la domanda «Viene prodotto abbastanza latte?» non è la domanda giusta da porre. La domanda che dovremmo fare è: «La madre ha raggiunto un volume ottimale? » A tal fine, l'estrazione frequente, anche di notte, è fondamentale quanto l'utilizzo tempestivo del tiralatte. 

##### **Qual è il Suo consiglio per i reparti?**

Dobbiamo davvero sottolineare quanto sia importante una stimolazione precoce, frequente ed efficace del seno nelle madri con neonati prematuri. Sappiamo che queste mamme devono iniziare a estrarre il latte entro le prime sei ore dal parto con un tiralatte elettrico doppio dotato di tecnologia per avviare la produzione di latte. E questo non accade magicamente, pertanto dobbiamo introdurre questo discorso prima del parto! Idealmente, le madri dovrebbero estrarre il latte almeno otto volte al giorno e avere un contatto pelle a pelle con il proprio bambino. Relativamente a questa finestra delle prime sei ore, un eccellente studio randomizzato di Leslie Parker<sup>2</sup> ha preso in esame

**Le madri devono sapere che: non stanno utilizzando il tiralatte per produrre molto latte solo per il presente. Lo fanno per programmare il seno in modo da avere una produzione di latte sufficiente anche in futuro.**



**1** Lussier MM et al. Daily breastmilk volume in mothers of very low birth weight neonates: a repeated-measures randomized trial of hand expression versus electric breast pump expression. *Breastfeed Med*. 2015; 10(6):312–317. **2** Parker LA et al. Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birth-weight infants. *Breastfeed Med*. 2015; 10(2):84–91. **3** Parker LA et al. Timing of milk expression following delivery in mothers delivering preterm very low birth weight infants: A randomized trial. *J Perinatol*. 2020; 40(8):1236–1245. **4** Mercado K et al. What Is the Impact of NICU-Dedicated Lactation Consultants? An Evidence-Based Practice Brief. *Adv Neonatal Care*. 2019; 19(5):383–393.

due gruppi di madri, le prime che hanno iniziato a estrarre il latte entro le prime sei ore, le seconde dopo le sei ore, e il gruppo che ha iniziato a estrarre il latte entro sei ore ha prodotto il doppio del latte durante la prima settimana rispetto a quello che ha iniziato più tardi. In certi casi, questo fa la differenza tra un'alimentazione esclusiva a base di latte materno o meno! È interessante notare che le madri che dipendono dal tiralatte che hanno iniziato ad estrarre un po' più tardi entro la finestra di 6 ore hanno prodotto più latte nei primi tre giorni e a sei settimane rispetto a quelle che hanno iniziato entro la prima ora.<sup>3</sup> Lo studio è giunto alla conclusione che lo stress di estrarre il prima possibile potrebbe in realtà essere controproducente, e che concedere invece alle madri qualche ora di riposo ha effettivamente portato a estrarre con maggiore frequenza nei primi giorni e a ottenere quindi più latte.<sup>3</sup>

#### Come possiamo ottenere un'estrazione del latte efficace?

La suzione di un bambino nato a termine è lo standard di riferimento: sono necessarie suzione e compressione, queste due azioni favoriscono congiuntamente il rilascio di prolattina e ossoficina. Il tiralatte garantisce la suzione ma non la compressione, mentre l'estrazione manuale comprime ma non genera la suzione. Quindi è solo il tiralatte che garantisce il rilascio di prolattina. E ritornando ai benefici della prolattina di cui ho parlato prima, questa è fondamentale per il ciclo di domanda e offerta mirata a produrre più latte. Quindi, se il bambino non si attacca correttamente e non è in grado di rimuovere abbastanza latte e non si ricorre ad un tiralatte, non si è in grado di stabilire una produzione di latte sufficiente. Un tiralatte per uso ospedaliero con tecnologia di iniziazione dovrebbe essere lo standard di cura per le madri che utilizzano esclusivamente il tiralatte per avviare la lattazione. Tra queste ci sono anche le madri di neonati prematuri o prematuri tardivi, o madri diabetiche che non riescono a estrarre latte a sufficienza. Dobbiamo assicurarci che estraggano il latte dopo che il bambino è stato attaccato al seno per favorire la programmazione del seno nel modo più completo. La spremitura manuale non è sufficiente per avviare la lattazione e non deve mai essere utilizzata da sola dalle madri a rischio o che dipendono dall'uso del tiralatte.

#### Come possiamo assicurarc che le madri ricevano tutte queste informazioni?

Nelle UTIN il nostro approccio è molto proattivo: il nostro obiettivo è che tutte le madri vedano un consulente per l'allattamento entro 24 ore dal parto. Vi sono studi, come quelli di Mercado e dei suoi collaboratori,<sup>4</sup> che ne dimostrano i benefici: all'intervento di un consulente per l'allattamento corrispondono percentuali più alte di bambini ricoverati nelle UTIN alimentati con latte della rispettiva madre, tassi che aumentano ulteriormente alla dimissione. Sottolineiamo anche l'importanza della formazione degli infermieri. Gli infermieri vedono le famiglie durante tutta la giornata, quindi rappresentano un tassello fondamentale nella comunicazione. Inoltre, forniamo a tutte le madri un rapido elenco di controllo e un kit per il

colostro. In questo modo ci assicuriamo che la mamma riceva immediatamente le prime importanti istruzioni. Condividere la scienza è fondamentale! Occorre un supporto proattivo alla lattazione! Occorre un senso di urgenza! Dobbiamo istruire gli infermieri, i nostri colleghi e i genitori, in modo che le famiglie possano scegliere e raggiungere i propri obiettivi di lattazione, invece che lasciare che sia la produzione di latte a scegliere per loro.



**Se domani qualcuno dovesse creare una pillola in grado di proteggere da NEC, diabete, allergie, cancro e molto altro ancora, le persone probabilmente pagherebbero un miliardo di dollari per averla. Ma l'abbiamo già a disposizione! Si tratta del latte materno! È una «medicina magica» e dobbiamo assicurarc che ogni bambino possa riceverla.**

LA DOTT.SSA REBECCA HOBAN CONSIGLIA

## Aumenta il volume!



### CHECKLIST PER LE MADRI

- ✓ Inizia a estrarre entro 6 ore dal parto con un tiralatte (di grado ospedaliero) con tecnologia di iniziazione
- ✓ Noleggia o acquista un tiralatte elettrico doppio per uso domestico
- ✓ Estrai il latte ogni 2-3 ore, almeno 8 volte al giorno
- ✓ Svegliati almeno una volta di notte per estrarre il latte
- ✓ Dopo il parto chiedi il prima possibile un colloquio con il consulente per l'allattamento del reparto
- ✓ Non preoccuparti se con il tiralatte non ottieni nulla o non più di qualche goccia: è normale, continua!
- ✓ Quando arrivi all'UTIN, parla con l'infermiere del tuo bambino o con un consulente per l'allattamento



### CHECK LIST PER GLI OPERATORI SANITARI

- ✓ Consulenza precoce (se possibile, prenatale) alle famiglie per spiegare l'importanza del latte della rispettiva madre e di un tempestivo contatto pelle a pelle.
- ✓ Estrazione tempestiva, frequente ed efficace con un tiralatte elettrico doppio (di grado ospedaliero) con tecnologia di iniziazione. La spremitura manuale da sola non deve essere utilizzata di routine durante il periodo cruciale di avvio della lattazione, nei casi in cui la produzione dipende dal tiralatte.
- ✓ Supporto proattivo alla lattazione.
  1. Formazione pratica su ciò che è normale; le consulenze sulla lattazione dovrebbero essere lo standard
  2. Stretto monitoraggio dell'estrazione + volumi giornalieri nelle prime 2 settimane
  3. Considerare la verifica dei biomarcatori (livelli di sodio nel latte) come mezzo per diagnosticare e affrontare eventuali difficoltà nella lattazione

## Diffondi la scienza!

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.<sup>1,2</sup> 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.<sup>3-8</sup>

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.<sup>3</sup> 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).

### COSA FARE

- ✓ **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.<sup>9</sup> 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 lattea") 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, prosegano l'estrazione a sei settimane ed è molto più probabile che stiano ancora allattando al seno/estraendo latte alla dimissione.<sup>4,10-14</sup>

In estrema sintesi:

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

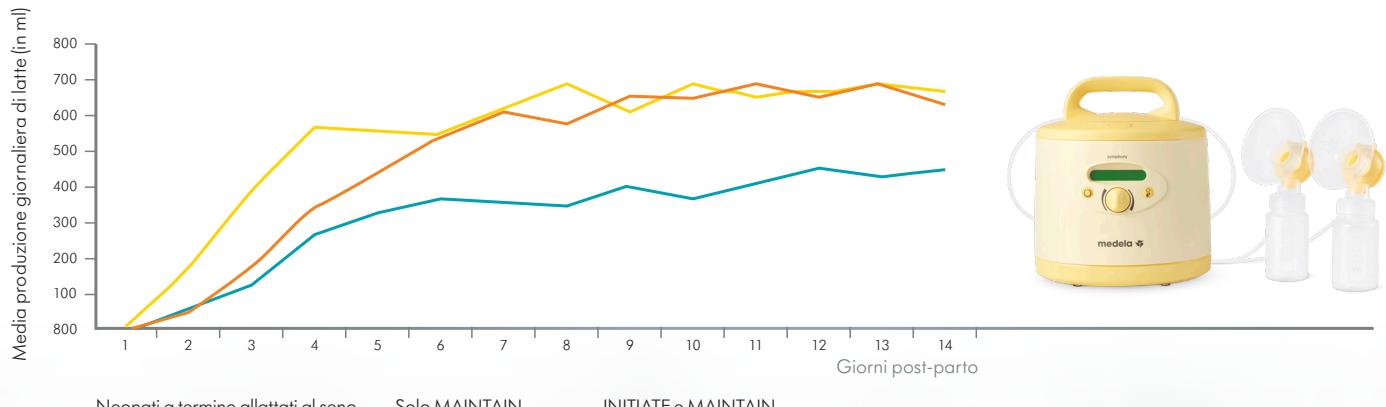


### COSA FARE

- ✓ **Facilitare la doppia estrazione tempestiva (idealemente 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](http://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 latte<sup>15</sup> e una probabilità 7 VOLTE maggiore di ricorrere all'alimentazione con latte in polvere al momento della dimissione dall'UTIN e in futuro.<sup>17</sup>**

## IMPATTO DEL PROGRAMMA INITIATE DI SYMPHONY



Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375–1386  
Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103–110



## 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 lattea") 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.<sup>10</sup> 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.<sup>15,16</sup>

### COSA FARE

- ✓ **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 lattea è correlato al rischio di volumi di latte troppo bassi e a una durata minore della lattazione.<sup>18,19</sup> La montata lattea si verifica normalmente tra le 24-72 ore successive al parto.<sup>20</sup> 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

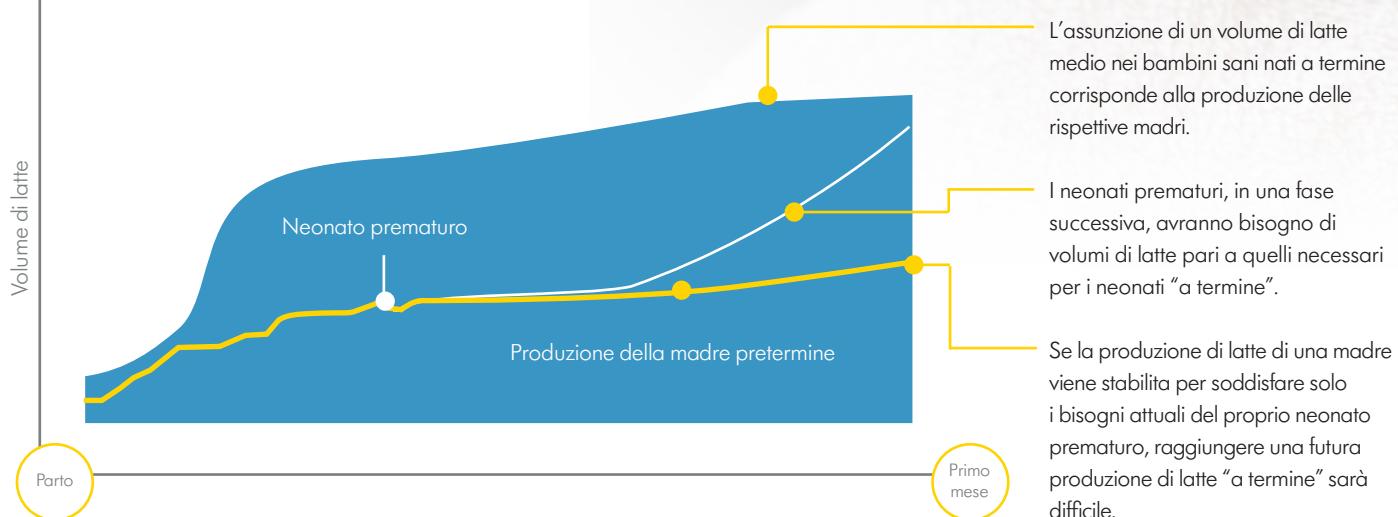
totale ≥20 ml in un'unica sessione di estrazione. L'arrivo della montata lattea oltre le 72 ore è definito come attivazione secretoria ritardata.<sup>20</sup> Di fatto, le madri con comparsa tardiva della montata lattea hanno una probabilità superiore al 60% di interrompere l'allattamento al seno a quattro settimane.<sup>18</sup> 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.<sup>15</sup>



### 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
Obesità della madre <sup>21,22,24</sup>	Taglio cesareo non programmato <sup>29</sup>
Diabete <sup>23,26</sup>	Travaglio/parto stressante o prolungato; stress psicologico/dolore <sup>30-33</sup>
Intervento chirurgico al seno <sup>25</sup>	Emorragia dopo il parto <sup>23,34</sup>
Primiparità <sup>23,26,28</sup>	Neonato prematuro o prematuro tardivo <sup>23,35</sup>
Induzione del travaglio <sup>27,28</sup>	Separazione madre-neonato <sup>36</sup>
Taglio cesareo programmato <sup>29</sup>	Ritardo del primo episodio di allattamento al seno <sup>37</sup>
	Integrazione nel giro delle prime 48 ore <sup>23,28</sup>
	Bassa frequenza di allattamento al seno e/o estrazione <sup>38,39</sup>
	Residui placentari <sup>40</sup>



## V

### 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.<sup>41,42</sup> 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<sup>43</sup>. Anche per questo motivo, a distanza di un mese dal parto, è più difficile aumentare la produzione di latte in maniera significativa.<sup>41,44</sup> 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 morbilità, tra cui NEC e sepsi, oltre ad aver dimostrato di ridurre i tempi di degenza ospedaliera.<sup>4,45-53</sup> 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).

## COSA FARE

- ✓ **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.



**References:** 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. Geneva: 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(I Suppl):650.19. 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 JL 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 Salariya 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 Meinzen-Derr J et al. J Perinatol. 2009;1(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.



**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

## 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!



# I casi migliori in lattazione

## SFIDE, STORIE DI SUCCESSO E APPROFONDIMENTI

Trasformare la scienza dell'allattamento in cure pratiche a beneficio di madri e neonati è la sfida che i professionisti della salute affrontano e vincono ogni giorno. Perciò, invece di darvi solo la nostra opinione su come sfruttare i risultati della ricerca per migliorare i vostri protocolli e risultati quotidiani, abbiamo deciso di affidarci agli esperti clinici: Continuate a leggere e condividete le loro migliori

pratiche su come trasformare con successo la scienza in cura. Dalla somministrazione precoce del colostro al successo a lungo termine dell'allattamento al seno nei neonati pretermine. Preparatevi a essere ispirati!



## I casi migliori in lattazione

La Dott.ssa Rosalina Barroso, Responsabile dell'unità di terapia intensiva neonatale presso il Prof. Doutor Fernando Fonseca Hospital in Portogallo, ha implementato con successo nuove pratiche attraverso l'iniziativa QI delle UTIN.



# Una tabella

## DI MARCIA PER AUMENTARE LA DOSE DI LATTE MATERNO NELLE NOSTRE TERAPIE INTESIVE NEONATALI

### **Qual è stato l'elemento che ti ha spinto a iniziare a lavorare con il kit di strumenti QI per UTIN?**

Abbiamo analizzato la scheda di valutazione per UTIN e riconosciuto le nostre lacune nei dati sulla lattazione, nonché l'opportunità di migliorare la dose di latte della rispettiva madre somministrata i nostri neonati più vulnerabili. Esistono numerose prove che dimostrano come l'alimentazione con latte materno per i neonati prematuri e con un peso molto basso alla nascita riduca il rischio di molte complicatezze della prematurità e i costi che comportano, migliorando notevolmente la salute del neonato. Con il kit di strumenti QI per la lattazione nelle UTIN di Medela abbiamo sviluppato il piano d'azione per aumentare effettivamente la dose di latte materno nelle UTIN.

### **Cosa è stato necessario per implementare questa soluzione?**

Penso che il lavoro di squadra sia essenziale per implementare un programma come questo. Ci siamo assicurati di avere il consenso dei reparti di maternità, ostetricia e UTIN. E abbiamo un team molto motivato. Inoltre, la formazione è fondamentale per garantire che tutto il personale sia consapevole del proprio ruolo e possa fornire informazioni coerenti alle famiglie sul valore del latte della rispettiva madre e su come sviluppare un'adeguata produzione di latte. A tal fine, è importante pianificare le sessioni di formazione per il nuovo personale.

### **Quali sono stati gli ostacoli che avete incontrato?**

All'inizio abbiamo riscontrato che non solo l'estrazione del latte entro tre ore dal parto rappresentava una sfida, ma lo era anche l'intervallo di tempo tra la prima estrazione in sala parto e la seconda estrazione in ostetricia. Abbiamo attribuito questo divario al fatto che la madre stava passando da un reparto all'altro. Per risolvere questo problema, abbiamo incluso un infermiere della sala parto e uno del reparto ostetrico nel nostro team QI principale, in modo che potessero mettere in pratica i cambiamenti all'interno dei propri reparti. Abbiamo anche compreso quanto fosse difficile

per molte madri riconoscere l'importanza dell'estrazione frequente nei primi giorni, quando non avevano ottenuto volumi significativi di latte. Inoltre, le madri tendevano a non registrare le sessioni di estrazione, il che ha portato a dati incompleti.

Per poter gestire le aspettative della madre nei primi giorni dopo il parto, in questo lasso di tempo abbiamo prestato particolare attenzione alla comunicazione sull'estrazione del latte. Abbiamo spiegato l'importanza di annotare le estrazioni, in quanto questi dati ci consentono di monitorare attentamente la lattazione e di intervenire in modo appropriato dove necessario. Un altro ostacolo riscontrato in Portogallo è che non vi sono prescrizioni o rimborsi per l'assistenza alla lattazione e le relative attrezzi. Inoltre, le madri che non dispongono di attrezzi per l'estrazione a casa possono estrarre il latte solo quando si recano qui all'UTIN per vedere il proprio bambino. La conseguente riduzione del numero di sessioni di estrazione ha un impatto negativo sulla produzione di latte materno. Per superare questo problema abbiamo dato in prestito i tiralatte Symphony a madri con risorse economiche limitate.

### **Come sosterrete questo cambiamento nel vostro ospedale?**

Riteniamo che ulteriori sessioni di formazione per l'intero personale per rinfrescare la loro comprensione del background scientifico e delle migliori pratiche siano fondamentali per assicurare la sostenibilità. Dobbiamo assicurarci che tutti siano sempre consapevoli del proprio ruolo e delle proprie responsabilità a sostegno dell'iniziazione e del dosaggio del LRM.

### **C'è un passo successivo per il QI nel vostro ospedale? Su cosa vi concentrerete ora?**

Il nostro obiettivo è continuare a migliorare la dose di latte della rispettiva madre per i neonati prematuri e studiare il rapporto tra latte della rispettiva madre e morbilità. Inoltre, vorremmo certificare le nostre UTIN come le prime baby-friendly UTIN in Portogallo.

# Il colostro

DOVREBBE SEMPRE ESSERE DATO COME PRIMA

Aniko Deierl, consulente neonatologa presso l'Imperial College NHS Healthcare Trust di Londra, e la sua équipe stanno riuscendo nell'impresa di grande successo di promuovere una maggiore disponibilità di colostro nelle UTIN.



I "pacchetti di colostro" che distribuiscono Aniko Deierl e la sua équipe rimarcano il dono che queste prime gocce d'oro rappresentano per il neonato.

**Il colostro è oro liquido e deve sempre essere la prima poppata del neonato, specialmente nell'UTIN. Questo è l'obiettivo strategico che stiamo perseguitando da tre anni ormai.**

Quando abbiamo lanciato il "QI-project" nel 2020, soltanto il 10-20% dei bambini ricoverati nell'UTIN con <34 settimane di gestazione riceveva colostro nelle prime 24 ore. All'epoca, la somministrazione di colostro entro le 24 ore non rientrava come parametro di misurazione degli esiti, pertanto i numeri ridotti avevano un po' sorpreso, malgrado il nostro tasso di alimentazione con latte materno alle dimissioni si aggirasse attorno all'80%, che è una percentuale maggiore della media nazionale.

#### Successi sostenibili

Il nostro obiettivo era, nell'arco dei successivi 12 mesi, incrementare all'80% la percentuale dei bambini ricoverati nell'UTIN (<34 settimane di gestazione) che ricevono colostro nelle prime 24 ore di vita. La strada per raggiungere il nostro obiettivo non è sempre stata facile, specialmente nel periodo del COVID, che ha avuto ripercussioni negative sul rapporto stretto con la madre, necessario per l'estrazione del colostro nella sua fase iniziale. Tuttavia, siamo riusciti a compiere progressi significativi: i numeri variano ogni mese, ma per ora miriamo a un 50%-80% di neonati che ricevono colostro entro le prime 24 ore di vita. Ciò di cui ci rendiamo conto ora è che la vera sfida è la sostenibilità del nostro successo. Dobbiamo continuare a impegnarci a garantire che ogni giorno tutti i neonati abbiano la possibilità di trarre beneficio dal colostro nella sua fase iniziale. Dobbiamo

garantire che i neonati prematuri (<34 settimane) ricevano il colostro per via orale entro le prime sei ore dalla nascita, idealmente come prima poppata, e che la lattazione sia ben avviata così da ottenere un volume ottimale e consentendo al neonato di continuare a trarre beneficio dal latte della mamma.

#### Impiego verso l'oro liquido come standard

Per raggiungere questo obiettivo, abbiamo introdotto una nuova procedura operativa standard e istruito ostetriche e team MDT neonatale. Nello specifico, abbiamo acquistato i tiralatte Symphony di Medela con il programma INITIATE per tutte le nostre aree, inclusa la sala travaglio, affinché tutte le madri possano cominciare l'estrazione doppia con il programma INITIATE entro due ore dal parto. Offriamo periodicamente alle nostre ostetriche una formazione di persona sui nostri tiralatte. Ci assicuriamo inoltre che le ostetriche distribuiscano i nostri nuovi "Liquid Gold Colostrum Packs" alle madri prima o subito dopo il parto, inclusi tutti gli accessori per l'estrazione doppia, le siringhe, la guida rapida per il tiralatte e il materiale informativo sul colostro. I pediatri sono istruiti per fornire informazioni sul colostro nell'ambito del counseling prenatale e l'équipe neonatale viene istruita per chiamare l'ostetrica e verificare che la prima estrazione avvenga entro due ore dal trasferimento del bambino nell'UTIN. Prima il personale infermieristico neonatale riceve il colostro estratto, prima potrà somministrarlo oralmente.

## COME STABILIRE LE TEMPISTICHE:

% di bambini che ricevono il colostro come prima poppata  
% di bambini che ricevono il colostro entro 6 ore  
% di bambini che ricevono il colostro entro 24 ore  
% di bambini che ricevono MEBM\* il giorno 14  
% di bambini che ricevono MEBM alle dimissioni

# POPPATA

### Non è nutrizione, è alimentazione enterale!

Somministrare piccoli volumi di colostro (0,2-0,3 ml) è sicuro anche nei bambini ventilati perché viene assorbito dalla mucosa orale. L'alimentazione enterale non deve essere rinviata oltre le otto ore di vita ma il neonato trae grande beneficio se prima di tutto riceve colostro per via orale. Mettere delle gocce di latte materno sulla mucosa orale del neonato non è nutrizione: è alimentazione enterale! Abbiamo anche riscontrato un'associazione tra la fase iniziale di colostro e una maggiore percentuale di latte materno esclusivo a 7 e 14 giorni dal parto."

### I NOSTRI PRINCIPALI FATTORI TRAINANTI

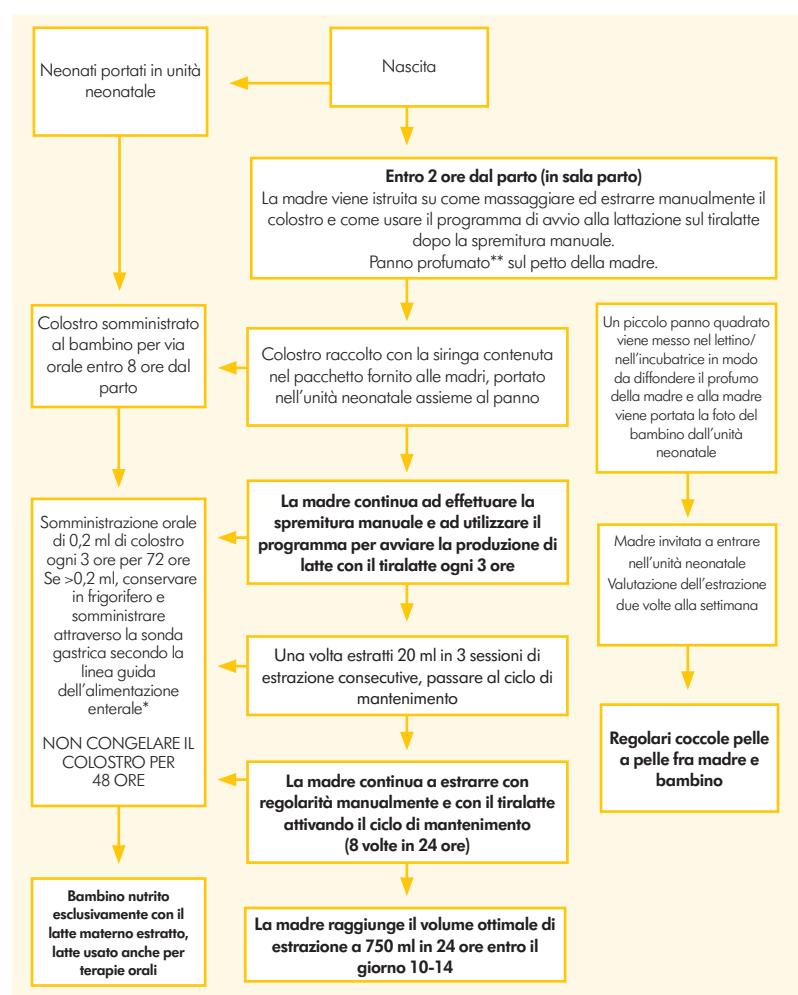
**1) EDUCARE** la madre e il personale dei reparti neonatale/maternità in merito ai benefici del colostro (prima/dopo la nascita)

**2) PREVEDERE TUTTA LA STRUMENTAZIONE NECESSARIA** in tutte le aree (sala travaglio, reparto postnatale, UTIN) a supporto dell'estrazione del colostro nella sua fase iniziale inclusi i "pacchetti di colostro" e il tiralatte Symphony con INITIATE

**3) SUPPORTARE L'ESTRAZIONE E LA SOMMINISTRAZIONE** del colostro nella fase iniziale, idealmente nelle prime sei ore di vita del neonato

**4) SUPPORTARE LA LATTAZIONE** e il percorso verso la poppata durante il ricovero nell'UTIN per raggiungere l'allattamento al seno in ultima istanza

### Procedura operativa standard all'Imperial College London



# Casi d'eccellenza

## NELL'AUMENTO DEI TASSI DI ALLATTAMENTO

Il lato migliore del riunire decine di esperti in allattamento provenienti da tutta Europa è che ognuno di loro ha storie di successo da raccontare! Due esempi che hanno destato grande interesse al Simposio Medela 2023 di Monaco di Baviera, per aver spinto l'asticella dei tassi di allattamento al seno esclusivo alla dimissione dalla UTIN.

La strada verso il successo è una combinazione di impegno multidisciplinare, assistenza personalizzata e sistematizzazione della pratica

**Il dott. Manuel Cunha, Responsabile del reparto di neonatologia e pediatria dell'ospedale di Cascais in Portogallo, spiega come sia riuscito ad aumentare i tassi di allattamento al seno alla dimissione dalla UTIN di oltre il 30% in quattro anni.**

«Nel 2018, l'indice di allattamento al seno esclusivo alla dimissione per i neonati nati prima delle 35 settimane di gestazione era del 39,8%. Chiaramente troppo basso! Allo scopo di migliorare questo indice qualitativo, abbiamo revisionato l'intera pratica clinica sulla base delle migliori evidenze disponibili e delle indicazioni della Direzione generale della sanità portoghese, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e del Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF). Abbiamo così delineato un piano d'azione con strategie rivolte ai professionisti, ai genitori e ai neonati.

Il nuovo protocollo, che prevede la somministrazione del colostro nell'orofaringe dal giorno del parto fino all'alimentazione autonoma, si è rivelato un fattore chiave. Il 40% dei bambini ha ricevuto il primo colostro entro le prime 24 ore dal parto. Sono state messe in atto strategie per promuovere l'allattamento al seno, come l'estrazione frequente e regolare del latte il prima possibile dopo il parto, sia manualmente che con tiralatte elettrico doppio, il riscontro positivo alle madri per ogni goccia di latte estratto, la promozione del contatto pelle a pelle, la suzione

non nutritiva e l'alimentazione al dito, nonché un feedback regolare sui risultati ottenuti a tutti i membri del team.

Abbiamo anche promosso la gestione sistematica delle riserve di latte materno attraverso il sistema MilkTrac®, già in uso nella nostra struttura ospedaliera. L'uso della tecnologia a supporto del processo operativo ci ha consentito di migliorare la conformità del processo e di monitorare le fasi chiave per il successo del programma.

I risultati sono stati impressionanti: alla fine del nostro programma, nel 2022, l'indicatore di qualità dell'allattamento esclusivo al seno alla dimissione è aumentato fino al 73,1%! Un risultato strettamente correlato alla quantità di latte che i neonati ricevono alla fine della prima settimana, che a sua volta dipende dal momento della prima raccolta. Questo successo si deve al coinvolgimento di un team multidisciplinare e alla formazione sulla raccolta e somministrazione tempestiva del colostro, nonché all'assistenza personalizzata e alla sistematizzazione della pratica, che offre a tutti i bambini e a tutte le famiglie le stesse opportunità».



**Il dott. Manuel Cunha**  
ha vinto il Best Abstract  
Award di Medela al  
Simposio europeo 2023



## AL SENO

Abbiamo constatato che informare le madri prima del parto può davvero fare la differenza. Soprattutto in caso di parto prematuro, il supporto e la formazione precoce sono fondamentali.

**Un tasso di allattamento al seno alla dimissione superiore al 70%: il caso presentato dal Prof. Miguel Sáenz de Pipaón Marcos, medico del Dipartimento di neonatologia dell'ospedale La Paz di Madrid, Spagna, ha lasciato a bocca aperta i partecipanti al seminario. La domanda è d'obbligo: Dottore, come ha ottenuto questo risultato?**

«Prima di tutto sono stati necessari un grande impegno e un vero lavoro di squadra da parte di medici, ostetriche e infermieri. Abbiamo formato un «gruppo di lavoro per il latte umano» diretto da un neonatologo e da un'ostetrica. Il coinvolgimento di infermieri e ostetriche fin dall'inizio è fondamentale. Insieme abbiamo istituito un programma per il latte umano che prevede una formazione ogni quattro mesi, con corsi obbligatori per tutto il personale per rinfrescare e trasmettere le conoscenze. L'unità per la lattazione e l'équipe nutrizionale controllano l'assunzione di latte della rispettiva madre (OMM) da parte dei bambini; i sistemi elettronici compilati dal personale infermieristico sono in grado di distinguere tra i diversi tipi di latte: OMM, latte umano donato o latte artificiale. Organizziamo riunioni mensili tra le varie unità in cui esaminiamo i dati riassuntivi di più neonati e altre riunioni interne settimanali nel reparto di neonatologia, in cui discutiamo i singoli casi.

In generale, abbiamo constatato che informare le madri prima del parto può davvero fare la differenza. Soprattutto in caso di parto prematuro

è fondamentale supportare e formare le madri il prima possibile su come estrarre il latte. Secondo la nostra esperienza, le madri hanno molte più difficoltà a produrre latte nei casi di parto pretermine inatteso. Ecco perché abbiamo nominato un'infermiera neonatale e un'ostetrica come consulenti per l'allattamento, responsabili della consulenza prenatale. Il nostro team ha anche realizzato opuscoli informativi e stiamo attualmente progettando codici QR per supportare ulteriormente le madri con informazioni scritte.

Se possibile, i bambini restano con le loro madri subito dopo il parto. I neonati prematuri vengono assistiti in camere singole con un letto per la madre o il padre. Le madri sono invitate a raccogliere il colostro il prima possibile dopo il parto, inizialmente eseguendo la spremitura manuale entro le prime tre ore dal parto, quindi utilizzando un tiralatte entro sei ore. Raccogliere il colostro il prima possibile e somministrarlo immediatamente al neonato è una misura di vitale importanza! Il colostro viene infatti prescritto dal medico curante come «terapia» per ogni neonato non appena viene ricoverato nell'UTIN. Collaboriamo anche con la banca regionale delle donatrici per utilizzare il latte umano donato come misura temporanea, finché la produzione di latte della madre si sta ancora sviluppando. Per ottenere il volume adeguato, la madre è supportata dalle ostetriche, dal personale infermieristico e dai consulenti per l'allattamento.



**Il Prof. Miguel Sáenz de Pipaón Marcos**  
ritiene che personale infermieristico e ostetriche debbano collaborare per implementare un protocollo per il latte umano.

### PER ULTERIORI APPROFONDIMENTI

Guardate la registrazione del simposio nella nostra Medela University digitale. Punti CPD disponibili!



# La comunicazione

## MOTIVANTE FA LA DIFFERENZA

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.



**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<sup>o</sup> settimana di gestazione sono circa del 40% inferiori rispetto ai bambini nati a termine e il loro sviluppo è incompleto.<sup>1</sup> Circa un neonato su due di questo gruppo è anche affetto da un disturbo di adattamento a carico dell'apparato respiratorio, soprattutto i bambini nati con taglio cesareo, a causa di un'inadeguata rimozione di liquido dai polmoni del neonato.<sup>2,3</sup> Questi bambini pretermine tardivi o moderatamente tardivi hanno un esito neurologico medio di circa il

6% peggiore dopo 18 mesi<sup>4</sup> e un maggiore rischio cardiometabolico e respiratorio all'età di 3-12 anni.<sup>5,6</sup> 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



## 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!

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.<sup>2</sup>

### 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° 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

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 pretermine tardivi o moderatamente tardivi. Si tratta dell'unico modo per poter creare le condizioni di un allattamento al seno a lungo termine di successo.

**References:** 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 is a scientific project in Germany, aiming to improve breastfeeding support and establish human milk banks in neonatal intensive care units. neo-milk.uni-koeln.de

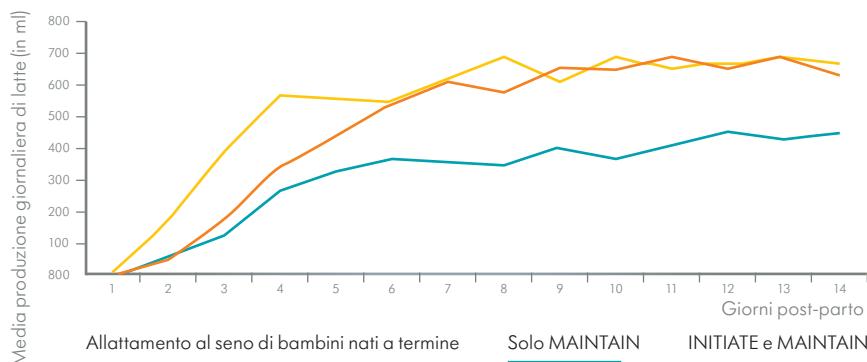
# SYMPHONY® PLUS

## Un solo tiralatte - una combinazione unica

Con i suoi due programmi basati sulla ricerca, il tiralatte Symphony con scheda Symphony® PLUS è la scelta migliore per garantire un buon inizio e produzione in caso di difficoltà iniziali e, se necessario, per mantenere la produzione di latte materno a lungo termine.

Durante i primi giorni dopo il parto, i neonati poppano in modo diverso rispetto a quando viene stabilita la lattazione: il loro comportamento di suzione è ancora irregolare e include frequenti pause, un ritmo naturale per stimolare la lattazione dopo il parto in modo ottimale. Symphony vanta il programma INITIATE che simula accuratamente questo processo di attivazione dell'allattamento al seno.

Il programma simula il ritmo di suzione e le pause del neonato durante i primi giorni della lattazione. Dopo l'attivazione secretoria, la madre può passare al programma MAINTAIN, che imita il ritmo di suzione di un neonato sano durante la lattazione stabilizzata, sulla base della comprovata tecnologia 2-Phase Expression: Inizialmente, il neonato stimola il seno della madre tramite cicli di suzione rapidi e brevi.



Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375–1386  
Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103–110

Quando il riflesso di erogazione del latte è stato attivato e il latte inizia a fluire, il bambino passa a uno schema di suzione più regolare. La tecnologia 2-Phase Expression imita con precisione questo ritmo, consentendo un'estrazione più efficace del latte.

Tuttavia, è la combinazione di questi due programmi a rendere Symphony davvero unico nel suo genere: nell'ambito di uno studio clinico randomizzato, i ricercatori hanno studiato l'efficacia dei programmi INITIATE e MAINTAIN. Le partecipanti erano madri di neonati prematuri e avevano bisogno di un tiralatte, sono quindi state suddivise in due gruppi: un gruppo ha utilizzato Symphony con il programma INITIATE fino al verificarsi dell'attivazione secretoria e poi è passato al programma MAINTAIN. L'altro gruppo ha utilizzato MAINTAIN.<sup>1</sup>

## I risultati

Rispetto alle madri che usano solo MAINTAIN, le madri che hanno usato INITIATE e poi MAINTAIN:<sup>1</sup>

- Hanno ottenuto volumi di latte giornalieri notevolmente più elevati nelle prime due settimane.
- Hanno avuto maggiori probabilità di ottenere una produzione superiore a 500 ml giornalieri entro la fine della seconda settimana.
- I volumi estratti dopo l'uso di INITIATE seguito da MAINTAIN erano simili a quelli consumati da un neonato nato a termine dal 6° al 14° giorno dopo il parto.<sup>1,2</sup>

Come impostare Symphony,  
passo dopo passo:



# unica di programmi

Le madri che hanno usato il programma INITIATE hanno raggiunto l'attivazione secretoria<sup>4</sup> 1, 2 giorni più velocemente



## I VANTAGGI DELL'ESTRAZIONE DOPPIA

Oltre a essere più veloce, un grande vantaggio per i professionisti sanitari e le madri, la ricerca mostra che l'estrazione doppia consente di ottenere in media il 18% di latte in più rispetto all'estrazione singola da un seno alla volta.<sup>3</sup> Inoltre, il latte estratto ha un contenuto energetico superiore.<sup>3</sup>



1 Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103–110. 2 Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375–1386. 3 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012; 7(6):442–447.  
4 Post EDM et al. J Perinatol. 2016; 36(1):47–51.

**PER ULTERIORI INFORMAZIONI**  
Suggerimento: Il nostro Symphony e-training è ora disponibile in 10 lingue nella Medela University.



## A sostegno vostro a sostegno delle madri

### Amiamo condividere!

La ricerca sulla lattazione, gli studi sull'allattamento al seno, i migliori casi dalla pratica clinica, certamente, tutto ciò che c'è da sapere su come usare al meglio i nostri prodotti. Per offrirti ciò che serve per sostenere le madri a raggiungere i loro obiettivi nell'allattamento al seno.

#### NEWSLETTER



Iscriviti ora per ricevere le ultime notizie dal mondo della ricerca sull'allattamento al seno e sulla lattazione, eventi esclusivi, best practice da tutta Europa, tecnologia innovativa e interessanti sviluppi di prodotti.

#### SYMPHONY HUB



Il nostro sistema di supporto digitale su come usare il nostro firalatte Symphony in ospedale e a noleggio. Semplici istruzioni passo passo, video utili, link e materiale visivo, tutto ottimizzato per l'uso su dispositivi mobili.

#### MEDELA UNIVERSITY



Iscriviti ai corsi online gratuiti e ai talk su richiesta su allattamento al seno e lattazione, tenuti da studiosi di fama mondiale.  
Crediti CPD disponibili!

#### DOMANDE, FEEDBACK O PENSIERI DA CONDIVIDERE? SAREMO LIETI DI RICEVERLI!!



Contattaci all'indirizzo  
[marketing.it@medela.com](mailto:marketing.it@medela.com)