

Nuovi inizi

RIVISTA PER UTIN & REPARTI MATERNITÀ

Rivolto al personale di primo intervento

Percorsi clinici per un supporto proattivo alla lattazione

Presentazione della nuova generazione di tiralatte

Le entusiasmanti tecnologie di Magic InBra™

Cure eccellenti

Soluzioni scientifiche per l'allattamento al seno

Impegno per
l'allattamento al seno

Da più di 60 anni, Medela si dedica alla promozione dell'allattamento al seno e della lattazione attraverso scienza, ricerca, formazione e soluzioni innovative. Per porre maggiore enfasi su questo obiettivo e assicurare il rispetto del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Medela ha introdotto un cambiamento epocale nel suo portfolio prodotti.

A partire dal 1° luglio 2025, Medela ha cessato la produzione e la vendita di biberon, tettarelle e succhiotti in tutto il mondo, a seguito dell'interruzione di tutte le attività di marketing nel giugno 2023. Questi cambiamenti riflettono la determinazione e l'impegno a lungo termine per garantire la conformità ai principi del Codice OMS e per tutelare e promuovere l'allattamento al seno in tutto il mondo.

Questa decisione, presa dal Presidente Michael Larsson e dal CEO Thomas Golücke e pienamente sostenuta dal Consiglio di Amministrazione e dal Management del Gruppo, ribadisce la missione di Medela nel sostenere l'allattamento al seno a livello globale. Eliminando i prodotti che potrebbero ricadere nell'ambito del Codice dell'OMS, Medela rafforza la sua collaborazione con i gruppi di ricerca che si occupano di allattamento al seno e lattazione.

Conferire centralità al ruolo di madri, famiglie e consulenti sanitari

Medela continua a impegnarsi a sostegno delle famiglie che scelgono l'allattamento al seno in tutto il mondo per assicurare che ogni neonato abbia accesso al latte materno, il miglior nutrimento possibile all'inizio della vita. Persegue questo obiettivo con chiarezza, attenzione e dedizione. Come parte del suo impegno, riconosce la centralità del ruolo di consulenti sanitari, madri e famiglie fornendo informazioni sulle ricerche condotte in materia di lattazione e allattamento al seno, formazione sull'argomento e una serie di soluzioni innovative nel campo dell'estrazione del latte e della cura del seno. Queste iniziative intendono sostenere, tutelare e promuovere l'allattamento al seno e aiutare a gestire le complessità legate al raggiungimento di una piena produzione di latte, nonché a garantire l'efficacia di un allattamento al seno diretto.



Scopri di più sul nostro continuo impegno teso a garantire la conformità ai principi del Codice OMS, sulle motivazioni strategiche alla base di questa decisione e sulle principali tappe del passaggio al nuovo sistema.

Indice

| | | | |
|-----------|--|-----------|--|
| 02 | Impegno per l'allattamento al seno | 14 | Presentazione di Magic |
| | Pienamente conformi al Codice dell'OMS | | Presentazione della nuova generazione di tiralatte personali |
| 04 | Rivolto al personale di primo intervento | 18 | Cure eccellenti |
| | Percorsi clinici in evidenza per un supporto proattivo alla lattazione | | Guida rapida alle soluzioni scientifiche per l'allattamento al seno. |

Medela Italia Srl a socio unico
Corso Sempione 44 - 20154 Milano (MI), Italia.
Telefono +39 02 30549220
E-mail: info.it@medela.com
www.medela.it
Editing e testo:
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG
Design: www.ruheundsturm.de, Monaco di Baviera
Fonte immagini:
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG;
Adobe Stock: 306877583, 430354398, 441151372, 550895316, 168123422, 21748861, 251572501

Rivolto al personale di primo intervento

Percorsi clinici per un supporto proattivo alla lattazione

I tassi di allattamento al seno continuano a essere non ottimali, in quanto meno del 50% dei neonati riceve un'alimentazione esclusiva a base di latte materno per i primi 6 mesi.¹ Sebbene vi siano molti fattori che contribuiscono a questa situazione, una recente tavola rotonda internazionale di ostetriche, guidata da un'infermiera specializzata in lattazione con dottorato di ricerca, ha rilevato che per migliorare l'allattamento al seno esclusivo a breve termine e la durata dell'allattamento al seno a lungo termine è fondamentale identificare e gestire tempestivamente i fattori di rischio specifici materni e infantili. Sono stati identificati i fattori di rischio più significativi che possono interferire con la normale fisiologia dell'allattamento² e sono stati sviluppati percorsi clinici per guidare i consulenti sanitari nel fornire supporto e assistenza alle famiglie in materia di lattazione.³

1 Una lacuna **nelle linee guida**

Garantire che le madri e i neonati possano raggiungere i propri obiettivi personali nell'allattamento al seno è fondamentale nell'assistenza postnatale, ma non esistono protocolli adeguati per gli operatori sanitari. Attualmente sono disponibili linee guida cliniche per aiutare le madri in buona salute che allattano a stabilire una produzione ottimale di latte materno.⁴⁻⁶ L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato linee guida cliniche per la cura dei neonati sottopeso, malati e prematuri⁷ e il modello Spatz in 10 fasi⁸ per promuovere e salvaguardare il latte umano per i neonati vulnerabili è stato implementato a livello internazionale, con ottimi esiti clinici. Tuttavia, le madri con noti fattori di rischio per la lattazione che danno alla luce neonati presumibilmente sani, possono comunque fronteggiare un alto rischio di non raggiungere una produzione ottimale di latte, perché spesso vengono trascurate negli attuali protocolli ospedalieri. Ad esempio, un recente studio trasversale⁹ ha confermato che i tassi di avvio e prosecuzione dell'allattamento al seno da parte di madri di neonati prematuri tardivi, dopo 12 settimane dal parto, erano sostanzialmente inferiori rispetto ai tassi per i neonati di

altre età gestazionali. Ad oggi, non esistono linee guida di pratica clinica pubblicate che trattino specificamente la cura delle madri con fattori di rischio riconosciuti che influenzano il processo fisiologico della lattazione o di quelle che incontrano difficoltà nell'avvio della lattazione durante la degenza ospedaliera. Di conseguenza, queste madri potrebbero non ricevere il supporto necessario per la lattazione che le aiuterebbe a raggiungere il volume necessario durante il periodo utile dell'attivazione secretoria. Sono necessari piani di allattamento al seno personalizzati per identificare e sostenere queste madri sin dall'inizio. Un approccio reattivo che preveda un intervento solo quando sorgono problemi è destinato all'insuccesso, perché una volta ritardata l'attivazione secretoria, le ripercussioni influenzano l'intero percorso dell'allattamento al seno. Infatti, un ritardo nell'attivazione secretoria superiore a 72 ore dopo il parto è associato a un'eccessiva perdita di peso neonatale, a un comportamento di allattamento al seno non ottimale al settimo giorno, a un aumento dell'integrazione con latte artificiale e a una riduzione della durata dell'allattamento al seno.¹⁰⁻¹⁴

L'approccio “aspettare e vedere” non è un'opzione!

Le donne con attivazione secretoria ritardata hanno una probabilità maggiore del 60% di interrompere l'allattamento al seno a 4 settimane dal parto.¹⁵

Sfruttare questa finestra critica

I cambiamenti ormonali dopo il parto, insieme a una stimolazione precoce ed efficace del seno, sono fattori chiave per consentire una corretta attivazione secretoria.



Bibliografia: Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017; 44(1):1-22; 5-39; 226; Spatz DL. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18(4):385-396; Spatz DL. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41(1):138-143; Neville MC. J Mammary Gland Biol Neoplasia (2009) 14:269-270; Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135-141.

2

Una questione di tempistiche

Le prime due settimane dopo il parto sono decisive per stabilire se sarà possibile avviare e mantenere una buona produzione di latte a lungo termine, ma il periodo utile per riuscire ad avviare la lattazione è ancora più breve: le prime 72 ore. La ragione di questa finestra critica è un cambiamento nello sviluppo della ghiandola mammaria guidato dal controllo ormonale (endocrino), con cambiamenti piuttosto significativi nei primi giorni dopo il parto. Durante la gravidanza, la secrezione di latte inizia intorno alla ventesima settimana, ma gli alti livelli di progesterone sopprimono la piena produzione di latte fino al momento del parto, quando i cambiamenti ormonali innescano l'attivazione secretoria.^{16,17}

Dopo il parto, si verifica un rapido calo dei livelli di progesterone, facilitato dal distacco della placenta. Quando i livelli di progesterone diminuiscono, la prolattina è libera di favorire l'attivazione secretoria. Favorisce la chiusura delle giunzioni serrate dei lattociti che sigillano gli alveoli, in modo che il latte rimanga all'interno e non fuoriesca nel tessuto circostante. Ogni evento di suzione, ogni stimolazione regolare del capezzolo e dell'areola attraverso l'allattamento al seno o l'estrazione, invia al cervello della madre il messaggio di "produrre prolattina".¹⁷

Anche l'ossitocina entra in gioco in questo caso. Dopo aver stimolato le contrazioni durante il travaglio, rimane elevata nei primi giorni dopo il parto per preparare la successiva interazione con l'allattamento al seno. Durante la suzione si verificano impulsi di ossitocina, necessari per il rilascio del latte disponibile durante la lattazione (erogazione del latte).

Di conseguenza, durante questo periodo, una stimolazione regolare e un'efficace estrazione del latte sono essenziali per attivare la produzione di latte materno. I fattori di rischio, siano essi ormonali, ghiandolari o legati a una scarsa estrazione del latte a causa delle difficoltà di suzione del neonato, possono interferire con questo processo e devono essere identificati e gestiti in modo proattivo. Ecco perché sostenere e preparare le future madri durante la gravidanza, identificando i potenziali fattori di rischio per la lattazione e sviluppando piani di allattamento al seno per ottenere un'attivazione secretoria tempestiva, è il prerequisito per la riuscita a lungo termine dell'allattamento al seno.

Il sostegno all'allattamento al seno deve iniziare durante la gravidanza

La Prof.ssa Viktoria Vivilaki, Presidente della European Midwives Association, è una convinta sostenitrice delle tavole rotonde che hanno lanciato l'ultimo appello a favore di un sostegno proattivo alla lattazione. Le sue aspettative per il futuro sono chiare.

Perché il sostegno proattivo alla lattazione è così importante?

Una gestione proattiva della lattazione svolge un ruolo essenziale nel garantire la riuscita dell'allattamento al seno. L'avvio tempestivo e il supporto strategico nei punti nascita e nelle cliniche ostetriche hanno un impatto significativo sulla produzione di latte a lungo termine e sulla fiducia delle madri. Considerato il calo dei tassi di allattamento al seno in alcuni Paesi europei, è fondamentale disporre di un quadro di riferimento basato su dati scientifici per migliorare le pratiche di assistenza perinatale.

Quando dovrebbe iniziare il sostegno?

Il sostegno all'allattamento al seno deve iniziare durante la gravidanza e immediatamente dopo il parto. Dovrebbe essere parte integrante dell'assistenza perinatale, non un servizio facoltativo. È importante stabilire aspettative realistiche e affrontare i dubbi. Le raccomandazioni che abbiamo formulato sottolineano l'importanza di una guida strutturata e proattiva per prevenire le difficoltà iniziali dell'allattamento al seno, in particolare nelle madri a rischio di ritardo della lattogenesi. Questo approccio riduce l'integrazione non necessaria e aumenta la riuscita dell'allattamento al seno.

In che modo le ostetriche dovrebbero implementare le raccomandazioni nella pratica quotidiana?

Le ostetriche svolgono un ruolo fondamentale nel sostegno all'allattamento al seno. L'implementazione prevede una formazione sistematica alla lattazione per garantire pratiche standardizzate e basate su evidenze scientifiche, nonché un sostegno pratico nelle prime ore dopo il parto per garantire un attacco e un posizionamento ottimali. È inoltre necessario garantire un attento follow-up da parte delle ostetriche a domicilio anche dopo la dimissione dall'ospedale. In questo caso la collaborazione tra gli operatori è fondamentale. È necessario collaborare per identificare tempestivamente le madri a rischio, al fine di garantire un sostegno immediato e continuo.

Prof.ssa Viktoria Vivilaki
Presidente della European Midwives Association

Parola d'ordine: avanguardia

Qualunque sia il fattore di rischio identificato, passare da un approccio reattivo a uno proattivo al sostegno alla lattazione può solo essere vantaggioso.

”

3 Corretta valutazione

Quando si esaminano i fattori di rischio, gli esperti distinguono tra fattori di rischio materni preesistenti e quelli che insorgono durante il parto o che riguardano specificamente il neonato. Per alcune madri l'inizio della lattazione può essere più lento a causa di fattori di rischio comuni, spesso non modificabili, come il diabete¹⁸⁻²⁰, un IMC elevato²¹⁻²⁴, la sindrome dell'ovaio policistico (Polycystic Ovary Syndrome, PCOS)^{25,26}, un travaglio prolungato²⁷⁻²⁸, un parto cesareo^{29,30} o un'emorragia dopo il parto^{31,32}. Questi fattori possono ritardare l'attivazione secretoria e rendere più difficile raggiungere il volume di latte critico di 500 ml/giorno entro il giorno 14^{33,34}. Se i fattori di rischio derivano da un parto prolungato o da un parto cesareo imprevisto, il rischio è ugualmente elevato. Se il bambino nasce sottopeso³⁵⁻³⁷ o con un'anomalia facciale come la palatoschisi³⁸ e non è in grado di stimolare e/o nutrirsi in modo efficace, anche l'allattamento al seno risulta difficile

Particolare attenzione dovrebbe essere prestata alle donne con ipoplasia ghiandolare.³⁹⁻⁴¹ In sintesi, più fattori di rischio sono presenti, maggiore è la difficoltà, il che rende essenziale l'identificazione e la valutazione tempestive durante l'assistenza prenatale. Sulla base di queste valutazioni, è opportuno sviluppare un piano personalizzato di allattamento al seno perinatale per preparare le famiglie e indirizzare l'assistenza. Un piano solido fa la differenza. Documentare le preferenze in materia di integrazione e condividerle con il team ostetrico garantisce la continuità dell'assistenza. Dopo il parto, il contatto pelle a pelle precoce, l'allattamento al seno diretto e l'estrazione manuale del colostro sono primi passi fondamentali; se l'allattamento al seno è ritardato o inefficace, è opportuno iniziare tempestivamente l'estrazione con tiralatte ospedalieri per stimolare il seno e proteggere la produzione di latte.^{2,3}

Fattori di rischio materni

→ Malattie/disturbi

Diabete¹⁸⁻²⁰
Obesità²¹⁻²⁴
Sindrome dell'ovaio policistico^{25,26}
Disturbi della tiroide⁴²

→ Farmaco/trattamento

Dopo la chemioterapia⁴³
Dopo la radioterapia⁴⁴
Farmaci che sopprimono la lattazione⁴⁵⁻⁴⁷

→ Problemi al seno

Ipoplasia ghiandolare³⁹⁻⁴¹
Intervento chirurgico al seno^{48,49}
Piercing al/i capezzolo/i⁵⁰
Anomalie dei capezzoli^{14,51}

→ Altri fattori

Fecondazione assistita⁵²
Induzione del travaglio^{53,54}
Primiparità^{14,23,55}

Fattori di rischio legati al parto e al bambino

→ Parto

Travaglio prolungato/stressante^{27,28}
Parto cesareo^{29,30}
Emorragia dopo il parto^{31,32}

→ Neonato

Età gestazionale^{56,57}
Basso peso alla nascita³⁶⁻³⁷
Anomalie facciali, per es. labioschisi/palatoschisi³⁸

→ Dopo il parto

Separazione della madre dal neonato^{58,59}
Contatto pelle a pelle ritardato o interrotto^{60,61}
Prima poppata ritardata^{62,63}

→ Pratiche di poppata ed estrazione

Allattamento al seno poco frequente <8 volte in 24 ore⁶⁴
Estrazioni con tiralatte poco frequenti <5 volte in 24 ore⁶⁵
Sostituti diversi da quelli indicati dall'OMS⁶⁶



4 Il trattamento appropriato

Un supporto continuo e pratico è fondamentale e il trattamento appropriato dipende anche dai fattori di rischio sottostanti identificati. La tavola rotonda internazionale ha definito due percorsi clinici (vedere pagina 12) per indirizzare l'assistenza, con un approccio specifico anche per quelle donne con tessuto ghiandolare insufficiente² che difficilmente riusciranno a raggiungere una produzione di latte completa. L'intervento chirurgico al seno, sia per l'ingrandimento sia per la riduzione, è uno degli interventi di chirurgia estetica più

comunemente eseguiti in tutto il mondo. Grazie a una migliore comprensione del funzionamento del seno durante l'allattamento al seno e ai progressi nelle tecniche chirurgiche, molte donne possono continuare ad allattare con successo dopo l'intervento. Tuttavia, l'intervento chirurgico al seno può influire sulla produzione di latte e più tessuto ghiandolare (produttore di latte) viene rimosso durante l'intervento, più è probabile che una donna non sia in grado^{48,49} di produrre una quantità sufficiente di latte. Il trattamento del carcinoma mammario spesso prevede anche un intervento chirurgico, come una mastectomia totale o parziale, insieme alla chemioterapia e alla radioterapia.^{43,44}

Questi trattamenti possono rimuovere, far cicatrizzare o compromettere il tessuto mammario e la sua funzionalità, il che può influire sulla capacità del seno di produrre latte. Sebbene

l'allattamento al seno sia possibile dopo la radioterapia o la chemioterapia, spesso ciò comporta una minore produzione di latte a causa dell'impatto sul tessuto che produce il latte.

Alcuni casi di pratica clinica hanno già dimostrato che, con un approccio strutturato e proattivo, anche le madri ad alto rischio possono essere preparate per un allattamento al seno di successo. Una recente revisione sistematica ha mostrato che 40 donne su 42 (95,2%) con tessuto ghiandolare insufficiente potevano fornire latte umano solo per meno di 1 mese³⁹. Tuttavia, un case report ha dimostrato che, con un trattamento significativo (ovvero un tiralatte ospedaliero e domperidone), questa madre è stata in grado di raggiungere una produzione di latte di circa 400 ml al giorno per i primi 6 mesi di vita del neonato.⁴¹

La formazione degli operatori sanitari è una priorità assoluta

Salomé Álvarez Rodríguez, ex presidente della Federación de Asociaciones de Matronas de España e coautrice del comitato scientifico, spiega come intende attuare le raccomandazioni fornite in Spagna.

Una delle nostre principali iniziative consiste nell'organizzazione di una serie di workshop e seminari per ostetriche e altri consulenti sanitari. Questi eventi saranno incentrati sulle migliori pratiche nel sostegno all'allattamento al seno, sulle tecniche e su come gestire le difficoltà più comuni. Offriranno inoltre preziose opportunità di condivisione di esperienze e discussioni su casi pratici, contribuendo alla costruzione di una comunità professionale solida e consapevole.

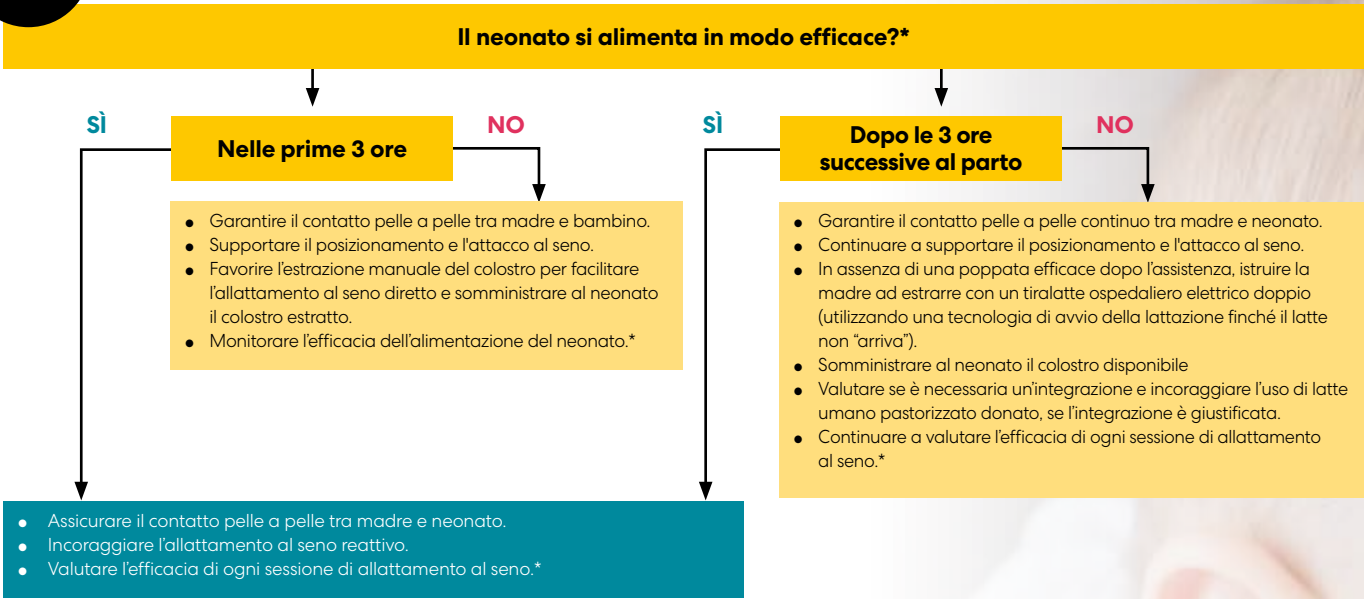
La formazione degli operatori sanitari è una priorità assoluta. Stiamo avviando programmi di formazione per ostetriche, infermieri e medici che sottolineano l'importanza dell'allattamento al seno, come supportare le madri prima e dopo il parto e come gestire situazioni complesse. Il nostro obiettivo è fare in modo che tutto il personale sia ben preparato e allineato rispetto alle migliori pratiche attuali. Uno dei principali risultati che spero di vedere è un aumento significativo dei tassi di allattamento al seno. Attuando le nuove raccomandazioni, possiamo aiutare le madri a superare ostacoli quali la mancanza di informazioni, il supporto limitato e le difficoltà pratiche. Un approccio strutturato e proattivo, che inizi già prima della nascita, può fare davvero la differenza.

Anche la difesa dei diritti svolge un ruolo centrale nel nostro programma. Stiamo promuovendo politiche che facilitino l'allattamento al seno, come un congedo di maternità adeguato, luoghi di lavoro favorevoli all'allattamento al seno e l'inclusione dell'allattamento al seno nei programmi di salute pubblica. Queste misure sono essenziali per creare un ambiente in cui le madri si sentano sostenute e responsabilizzate. Attraverso queste iniziative, miriamo a realizzare un sistema di sostegno solido e sostenibile per l'allattamento al seno in Spagna. La mia aspirazione è che tutte le madri, a prescindere dal loro background o dalla loro provenienza, abbiano accesso a un sostegno continuo e completo che consenta loro di allattare con successo e soddisfazione.

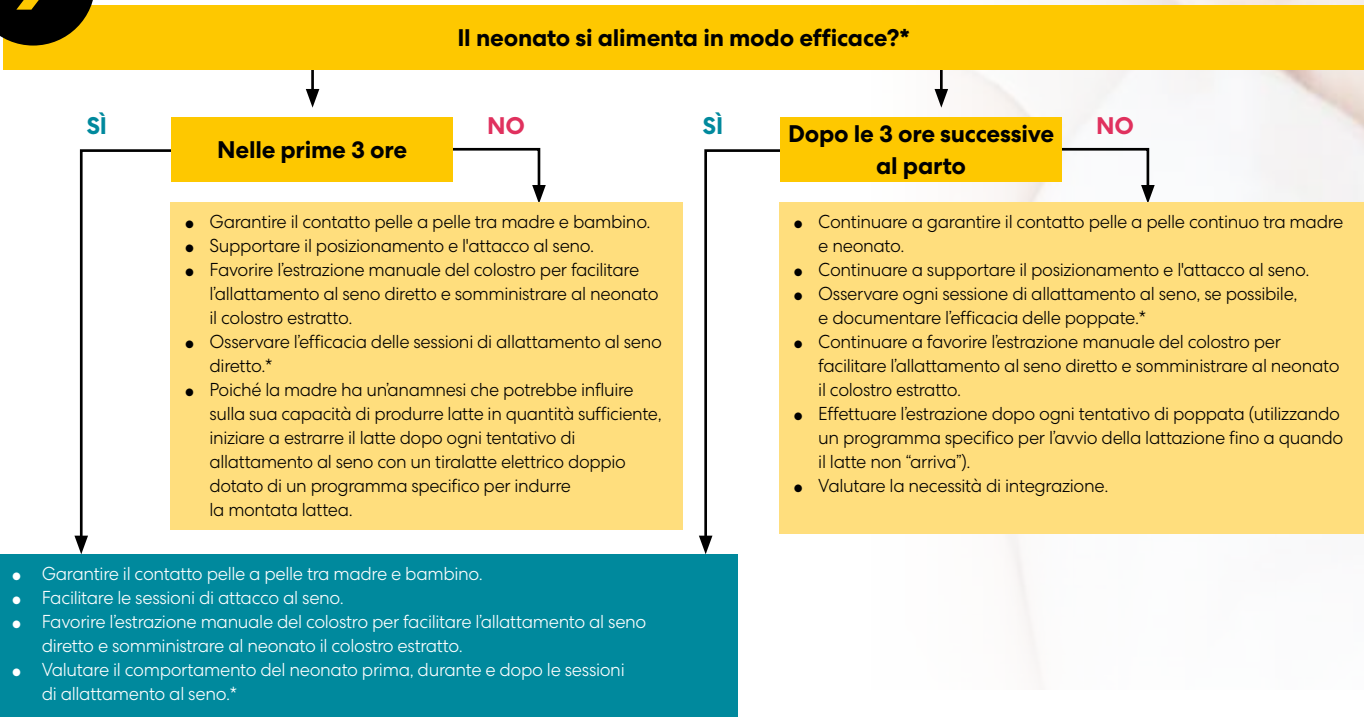
Salomé Álvarez Rodríguez
Ex Presidente della
Federación de
Asociaciones de
Matronas de España

Percorsi clinici per un supporto proattivo alla lattazione

Per le madri con fattori di rischio di ritardo nell'attivazione secretoria e diminuzione della produzione di latte e/o neonati con fattori di rischio di problemi di alimentazione.



Per le madri che potrebbero avere una produzione di latte compromessa



*La valutazione dell'efficacia della poppata comprende la frequenza, la durata, la produzione di feci e urina, il peso del neonato, l'aspetto visivo e l'attività del neonato e l'aspetto dei capezzoli e del tessuto mammario della madre prima e dopo le poppate. I genitori devono essere informati sulla fisiologia della produzione di latte, sull'importanza di un'attivazione secretoria tempestiva per garantire una produzione di latte adeguata a lungo termine e su come i fattori di rischio materni e/o infantili possano influire sull'efficacia della produzione.

Esempi di percorsi adattati da: Spatz DL et al J Midwifery Womens Health. 2025 Mar-Apr;70(2):343-349 3 and Slater CN,et al. Am J Matern Child Nurs. 2025 Jul-Aug 01;50(4):192-203.

È possibile leggere le raccomandazioni complete del simposio internazionale in questi due articoli:



Maggiori informazioni su come mettere in pratica il supporto proattivo all'allattamento sono disponibili nel nostro corso di e-learning gratuito:



Per approfondimenti più recenti sulla ricerca sulla lattazione, consigliamo il numero speciale di luglio 2025 di Breastfeeding Medicine, ora disponibile in accesso libero.



Bibliografia: 1 WHO, UNICEF: Global Breastfeeding Scorecard 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS-2317> 2 Spatz DL et al. Nurs Womens Health. 2024 Aug;28(4):256-263. 3 Spatz DL et al J Midwifery Womens Health. 2025 Mar-Apr;70(2):343-349 3 4 Moore ER et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11:CD003519. 5 Holmes AV et al. Breastfeed Med. 2013;8(6):469-473. 6 UNICEF, WHO. Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services – the Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Licence: CC by-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization; 2018. 7 UNICEF, WHO. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. The Baby-Friendly Hospital Initiative for Small, Sick and Preterm Newborns. Licence: CC by-NC-SA 3.0 IGO. WHO & UNICEF; 2020. 8 Spatz DL et al. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18(4):385-396 9 Parker L. JAMA Netw Open. 2025 Mar 3;8(3):e250024. 10 Huang L et al. J Nutr. 2020;150(4):894-900. 11 Chapman DJ et al. J Hum Lactation. 1999;15(2):107-11. 12 Hruschka DJ et al. J Nutr. 2003;133(8):2592-9. 13 Michel MP et al. Archives de Pédiatrie. 2007;14(5):454-60. 14 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003;112(3 Pt 1):607-19 15 Brownell E et al. J Pediatr. 2012 Oct;161(4):608-14. 16 Hartmann BT et al. Early Hum Dev. 2007; 83(10):667-673. 17 Pang WW, Hartmann PE. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2007; 12(4):211-221. 18 Wu Jing-Ling et al. Breastfeed Med. 2021; 16(5):385-392. 19 Suwaydi MA et al. BMC. Pregnancy. Childbirth. 2022; 22(1):350. 20 Longmore DK et al. Diabetologia. 2020; 63(12):2571-2581. 21 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017;33(4):684-691. 22 Bui LM et al. Breastfeed Med. 2025. 23 Nommensen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 24 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025-1036. 25 Vanky E et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008; 87(5):531-535. 26 Joham AE et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016; 95(4):458-466. 27 Grajeda R, Pérez-Escamilla R. J. Nutr. 2002; 132(10):3055-3060. 28 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S- 5S. 29 Hobbs AJ et al. BMC. Pregnancy. Childbirth. 2016; 16:90. 30 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013;69(4):828-839. 31 Thompson JF et al. Int Breastfeed J. 2010; 5:5. 32 Farah E et al. J Midwifery Womens Health. 2021; 66(5):631-640. 33 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493-499. 34 Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135-141. 35 Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. J Am Diet Assoc. 1999; 99(4):450-454; quiz 455-456. 36 Parker MG et al. Pediatrics. 2021; 148(5). 37 Parker LA et al. J Hum Lact. 2021;37(3):581-592. 38 Madhoun LL et al. Cleft Palate Craniofac J. 2020; 57(4):477-486. 39 Kam RL et al. Breastfeed Med. 2021; 16(8):594-602. 40 Spatz DL, Miller J. J Perinat Educ. 2021; 30(1):13-18. 41 Duran MS, Spatz DL. J Hum Lact. 2011; 27(4):394-397. 42 Amino N, Arata N. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2020; 34(4):101438. 43 Stopenksi S et al. Breastfeed Med. 2017; 12(2):91-97. 44 Leal SC et al. Expert Rev Anticancer Ther. 2013; 13(2):159-164. 45 Anderson PO. Breastfeed Med. 2017;12(3):128-130. 46 Hale TW. 19th edition. New York, NY: Springer publishing company; copyright 2021. 715 p. 47 Aljazzaf K et al. Br J Clin Pharmacol. 2003; 56(1):18-24. 48 Kraut RY et al. PLoS One. 2017;12(10):e0186591. 49 Schiff M et al. Int Breastfeed J. 2014;9:17. 50 Garbin CP et al. JAMA. 2009; 301(24):2550-2551. 51 Shilpa Umesh Bagal. et al. International Journal of Health Sciences & Research. 2017; 7(4):280-288. 52 Barrera CM et al. Am J Obstet Gynecol. 2019; 220(3):261.e1-261.e7. 53 Reed R. London: Pinter & Martin; 2018. (Why it matters; vol 14). 54 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 55 Hurst NM. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(6):588-594. 56 Boies EG, Vaucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11(10):494-500. 57 Dong D et al. Int Breastfeed J. 2022;17(1):6. 58 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89-97. 59 Eden C. J Hum Lact. 2024; 40(4):535-538. 60 Widström AM et al. Acta Paediatr. 2019; 108(7):1192-1204. 61 UNICEF, WHO. Geneva: World Health Organization; 2018. 56 p. 62 Salaria EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141-1143. 63 NEOVITA Study Group. Lancet Glob Health. 2016; 4(4):e266-275. 64 Huang S-K, Chih M-H. Breastfeed Med. 2020; 15(10):639-645. 65 Hoban R et al. J Perinatol. 2024;44(11):1597-1606. 66 Feldman-Winter L et al. Pediatrics. 2020; 145(4):e20183696.

Dietro le quinte di

magic

Le madri che effettuano l'estrazione apprezzano la praticità e la libertà offerte dai tiralatte completamente indossabili.¹ Tuttavia, scegliere la comodità non dovrebbe comportare compromessi in termini di efficienza, potenza e produzione di latte. Ecco perché il tiralatte di nuova generazione Magic InBra™ di Medela combina prestazioni di livello ospedaliero senza pari con una tecnologia innovativa per garantire comodità e discrezione.

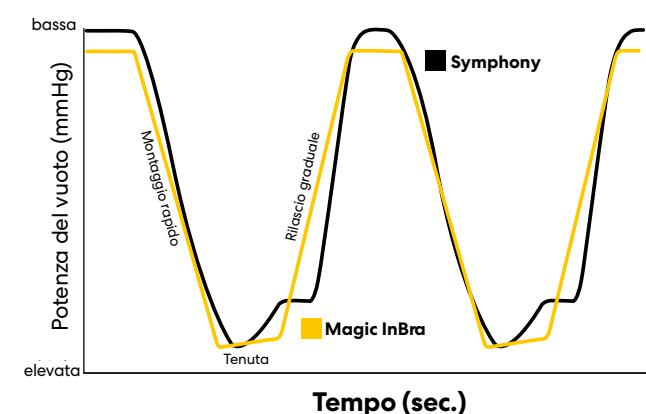
Le prestazioni di livello ospedaliero non si limitano alla sola efficienza del vuoto. Uno dei suoi segreti sta nello schema di estrazione: Durante l'allattamento al seno, i neonati creano rapidamente un vuoto in modo intuitivo, per poi rilasciarlo gradualmente, così da estrarre la maggior quantità di latte possibile. Symphony®, il tiralatte numero 1 utilizzato negli ospedali di tutto il mondo², ha imitato con successo questo comportamento con il modello di estrazione clinicamente testato Symphony®³ per trovare il miglior equilibrio tra comodità ed efficienza.

Natura ospedaliera a casa e fuori

Magic InBra™ è il primo tiralatte per uso personale che oggi sposa pienamente questa natura ospedaliera per un'estrazione altamente comoda ed efficiente: un montaggio rapido, una tenuta confortevole e un rilascio delicato del vuoto per favorire la produzione di latte e ottimizzare la comodità dell'estrazione. Insieme alle altre funzioni e pratiche che definiscono il successo delle prestazioni ospedaliere (la coppa per il seno con angolo di apertura di 105°, che ha dimostrato di aumentare la produzione di latte fino all'11%⁴,

la corretta misura della coppa per il seno e l'estrazione con il massimo vuoto confortevole (Maximum Comfort Vacuum, MCV)⁵, nonché fino al 18% di latte in più grazie alla pratica dell'estrazione doppia⁶), Magic InBra™ garantisce la continuità dell'assistenza attraverso una tecnologia e una funzionalità simili a quelle dei tiralatte ospedalieri, dall'ospedale a casa.

Schemi di estrazione di Medela



Magic InBra™ in sintesi

Prestazioni ospedaliere affidabili

Basato su Symphony®, il tiralatte numero uno utilizzato negli ospedali di tutto il mondo²

Tecnologia innovativa FluidFeel Technology™

A misura di bebè. Estrazione delicata, anche a livelli di vuoto elevati.

Design anatomico ultrasottile

Si adatta alla forma del seno durante l'allattamento. Le coppe con angolo di apertura di 105° raccolgono fino all'11% di latte in più⁴.

Silenzioso e ultraleggero

Con una rumorosità di soli 38 db e un peso di appena 200 g, è tra i tiralatte adatti al reggiseno più leggeri disponibili in commercio.

Design con vista dall'alto trasparente e modalità notturna

Per un facile allineamento del capezzolo e visibilità del flusso del latte.

Prestazioni reattive, controllate tramite sensori

Passaggio automatico tra modalità di stimolazione e di estrazione.

Controllo a distanza tramite app

Per tenere traccia, registrare e regolare il tempo di sessione, le impostazioni e il volume di latte estratto stimato.

Facile da pulire e montare

Più latte in metà tempo

Oltre il 18% di latte in più in metà tempo, per soddisfare un maggior fabbisogno energetico⁹ con l'estrazione doppia.



Dietro le quinte di *magic*

Presentazione: FluidFeel Technology™

Innovazione basata sulla ricerca per un'estrazione delicata con risultati eccellenti

Un microambiente simile a quello dell'allattamento al seno

È noto che il calore intorno al capezzolo influisce positivamente sull'estrazione del latte.^{8,9} Il bambino lo fa intuitivamente nel modo migliore: una stimolazione efficace del flusso del latte, seguita da un'estrazione del latte materno in modo efficiente con movimenti delicati ma potenti, mantenendo il capezzolo della madre piacevolmente circondato dal latte caldo. La sensazione di calore e l'applicazione del vuoto sul seno sono fattori importanti per un flusso di latte efficiente⁶ e influenzano direttamente la quantità di latte che può essere estratta.⁷

Un processo naturalmente efficace, che ora i ricercatori di Medela sono in grado di simulare. L'innovativa tecnologia FluidFeel™ di Medela crea un'esperienza di estrazione simile all'allattamento al seno dal punto di vista sensoriale e funzionale. Garantisce una tenuta costante e delicata sul seno della madre e il capezzolo è continuamente circondato dal latte durante l'estrazione, progettato per creare quell'ambiente confortevole e caldo che favorisce un migliore flusso del latte.

Passaggio automatico tra modalità di stimolazione e di estrazione

Utilizzando un sistema a due camere con sensori multipli, la tecnologia Fluid Feel™ è progettata anche per garantire alla madre il massimo rendimento da ogni sessione di estrazione: durante la fase di stimolazione, le gocce di latte si raccolgono nel condotto (camera uno), quindi, una volta avvenuta l'erogazione, il latte si riversa nel contenitore (camera due).

I sensori integrati rilevano questo cambiamento in tempo reale e attivano il passaggio automatico dalla fase di stimolazione a quella di estrazione, proprio come farebbe il bambino passando naturalmente dalla suzione non nutritiva a quella nutritiva. La tempistica di questo passaggio è molto importante, perché la prima erogazione del latte è la più potente e produce la maggior parte del latte, circa il 36% della produzione di latte totale.¹⁰

La ricerca dimostra che le madri che usano i tiralatte indossabili sono più propense a prolungare l'allattamento al seno rispetto a quelle che usano i tiralatte tradizionali.¹



In altri tiralatte, spetta alle madri rilevare questa prima erogazione e cambiare manualmente la modalità del tiralatte, tuttavia il 21% dell'erogazione del latte non viene percepito dalla madre.¹¹ Ora Magic Inbra™ elimina questa variabile per garantire che la prima erogazione possa essere sfruttata appieno.

Esperienza di estrazione delicata e silenziosa

La nuova tecnologia FluidFeel™ aumenta ulteriormente il comfort della madre durante l'estrazione, poiché l'aderenza delicata e continua della pompa sul seno riduce al minimo la trazione sul capezzolo, garantendo un'estrazione delicata anche a livelli di vuoto elevati. Il sistema a riempimento di liquido sostiene l'unità motore e garantisce un'esperienza di estrazione silenziosa ed efficiente.

Bibliografia: **1** Colbenson GA et al. Breastfeed Med. 2022; 17(6):537-543. **2** NICU & Maternity Ward. Data available upon request. **3** Mitoulas L et al. J Hum Lact. 2002; 18(4):353-360. **4** Sakalidis VS et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99(11):1561-1567. **5** Kent JC et al. Breastfeed Med. 2008; 3(1):11-19. **6** Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012; 7(6):442-447. In comparison to sequential single pumping. **7** Cannon AM et al. Early Hum Dev. 2016; 96:1-6. **8** Gardner H et al. Sci Rep. 2019; 9(1):11854. **9** Kent JC et al. J Hum Lact. 2011; 27(4):331-338. **10** Prime DK et al. Breastfeed Med. 2011; 6(4):183-190. **11** Kent JC et al. J Hum Lact. 2003; 19(2):179-186.

Per approfondimenti
su queste tecnologie direttamente da
specialisti dell'allattamento e designer
dei prodotti, è possibile guardare
questo video webinar.

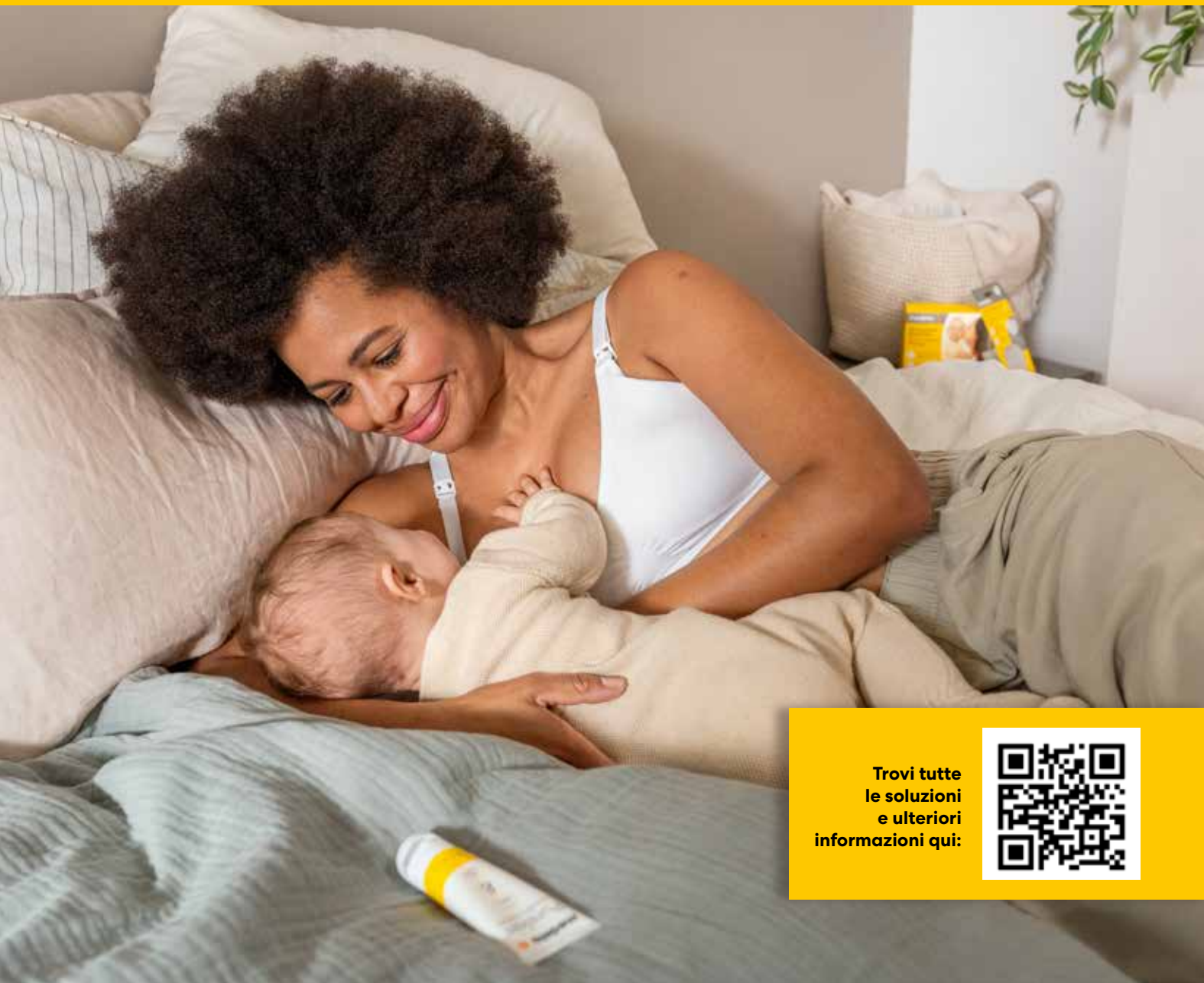


Pacchetto di assistenza

GUIDA RAPIDA ALLE SOLUZIONI SCIENTIFICHE PER LA CURA DEL SENO

L'allattamento è un'esperienza estremamente personale per le madri. Quando insorgono delle difficoltà, è essenziale seguire una routine completa per la cura del seno, al fine di preservare il delicato legame tra madre e bambino.

Ecco la nostra opinione sulle quattro difficoltà più comuni dell'allattamento al seno per supportarti nella tua pratica quotidiana.



Trovi tutte le soluzioni e ulteriori informazioni qui:



4 Sfide

1



CAPEZZOLI DOLENTI

Fino al 97% delle madri soffre di pelle secca e capezzoli dolenti nelle prime settimane dopo il parto, quando prende il via l'allattamento al seno.¹ È quindi importante mantenere la pelle dei capezzoli protetta e idratata durante la gravidanza e nel corso dell'allattamento.

Purelan™ aiuta a ripristinare la naturale idratazione della pelle offrendo un trattamento naturale lenitivo e protettivo per la gestione di capezzoli dolenti e disidratati dopo l'allattamento al seno. Con lanolina pura al 100% di grado medico, la crema alla lanolina Purelan™ è certificata naturale da EcoCert e Natrue. Nutre e protegge efficacemente la pelle grazie a una texture ricca che contribuisce a mantenere la cute idratata e a creare una barriera protettiva in superficie. È sicura per il bambino, quindi non è necessario rimuoverla prima dell'allattamento al seno.

➤ **Altre potenziali soluzioni: balsamo biologico per capezzoli, proteggi capezzolo**

2



CAPEZZOLI LESIONATI

Problemi di attacco e dolore potrebbero sfociare in fastidiosi inconvenienti per tante madri che allattano al seno, come ad esempio capezzoli lesionati.¹

I **cuscini idrogel** rappresentano un'opzione terapeutica efficace che offre un sollievo immediato dal dolore^{2,3} e favoriscono il recupero delle madri con capezzoli lesionati, creando un ambiente umido favorevole alla guarigione, benefico per la riparazione dei tessuti danneggiati.⁴ Leniscono e rinfrescano, alleviando immediatamente il dolore della pelle irritata o lesionata e creando una barriera protettiva contro lo sfregamento e ulteriori danni causati dall'attrito.

➤ **Altre potenziali soluzioni: balsamo biologico per capezzoli, proteggi capezzolo**

3



DIFFICOLTÀ DI ATTACCO

Potrebbero verificarsi problemi se il bambino ha difficoltà ad attaccarsi al seno, quando i capezzoli della madre sono dolenti o screpolati e l'allattamento è doloroso o in caso di capezzoli piatti o introversi.^{5,6}

I **paracapezzoli Contact™** offrono a madri e bambini un supporto temporaneo all'attacco e proteggendo capezzoli dolenti e screpolati durante l'allattamento al seno, consentendone la guarigione. La loro esclusiva forma ritagliata è progettata per massimizzare il contatto pelle a pelle, mentre il silicone ultrasottile e flessibile ottimizza la stimolazione del capezzolo.

➤ **Altre potenziali soluzioni: modellatori del capezzolo**

4



PERDITE DI LATTE

Le perdite di latte sono una condizione normale per tante neomamme nei giorni della "montata lattea" e dell'avvio della produzione di latte.⁷ Tuttavia, in alcune circostanze, questo inconveniente potrebbe rivelarsi imbarazzante e inopportuno.

Le **coppette assorbilatte morbide**, come le **coppette assorbilatte ultratraspiranti di Medela**, assorbono e bloccano il latte materno, proteggendo gli indumenti in modo discreto. Grazie al loro nucleo a triplo strato che assorbe 50 volte il proprio peso, proteggono anche dalle macchie di unto quando si utilizzano creme per capezzoli come Purelan™.

➤ **Altre potenziali soluzioni: coppe raccogli latte, coppetta assorbilatte lavabile Safe & Dry™**

Bibliografia: 1 Jiménez Gómez MI et al. Breastfeed Med. 2021; 16(4):325-331. 2 Eaglstein WH. Dermatol Surg. 2001; 27(2):175-181. 3 Broussard KC, Powers JG. Am J Clin Dermatol. 2013; 14(6):449-459. 4 Nuutila K, Eriksson E. Adv Wound Care (New Rochelle.). 2021; 10(12):685-698. 5 Kronborg H et al. Matern Child Nutr. 2017; 13(1). 6 Coentro VS et al. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2022; 51(1):73-82. 7 Lauwers J. Second edition. Burlington MA: Jones & Bartlett Learning; 2016. 262 pages.

Symphony®

Prestazioni ospedaliere affidabili.
Prova la novità di estrarre con le mani libere nel comfort di casa tua.

Progettato per l'uso ospedaliero e domestico e basato su decenni di ricerche cliniche, Symphony® è il tiralatte a noleggio numero 1.^{1,2} È stato clinicamente dimostrato che attiva, crea e mantiene in modo efficace un'adeguata produzione di latte, paragonabile ai volumi raggiunti da un bambino allattato al seno.^{3,4}



Ora disponibile con le **coppe raccogli latte Hands-free**



Due programmi di estrazione basati sulla ricerca e sul comportamento naturale di suzione del neonato al seno.³



Fornisce fino al 18% di latte in più con un contenuto energetico più elevato in caso di estrazione doppia.⁵



Coppe Hands-free dal design anatomico per una maggiore discrezione e libertà di movimento nel comfort di casa tua.

Disponibili in tre misure.
L'opzione per i set per tiralatte tradizionali è sempre disponibile.

Consiglia Symphony® per **aiutare le madri a superare le difficoltà dell'allattamento al seno** in qualsiasi momento del loro percorso.

Bibliografia: 1 Breast pumps – based on distribution in maternity wards and NICUs 2 Based on MiBaby survey with 596 mums in Germany, March 2023 3 Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103–110. 4 Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375–1386. 5 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012; 7(6):442–447.

Medela AG
Lättichstrasse 4b, 6340 Baar, Switzerland, www.medela.com



Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG
Georg-Kollmannsberger-Str. 2, 85386 Eching, Germany



Symphony® and Magic InBra™ are a medical device.



Per ulteriori informazioni,
scansionare il codice