UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA

DIPARTIMENTO DI SPECIALITA' MEDICO-CHIRURGICHE, SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITA' PUBBLICA

Corso di Laurea in Infermieristica

Relazione Finale

Counselling sull'allattamento al seno: studio osservazionale sul sostegno dato alle mamme nel territorio bresciano

Relatore:

Prof.ssa Irene Picchiotti

Laureanda:
Alice Gazzoli

Matricola n. 718109

Anno Accademico 2020/2021

Ai miei genitori,

alle persone che amo e

ai miei sogni.

ABSTRACT

Background: L'allattamento al seno è protetto, promosso e sostenuto dal Ministero della Salute attraverso l'applicazione di strategie nazionali rendendo l'operatore sanitario una fonte di informazione. Nonostante l'attuazione di un piano nazionale fin dagli anni '90, l'Italia ha riportato i tassi più bassi, relativi a tale pratica, rispetto ai Paesi Europei.

Scopo: Lo scopo di questo studio è quello di analizzare il counselling sull'allattamento offerto nel territorio bresciano, con l'intento di indagare sul ruolo degli operatori sanitari, tra cui gli infermieri, in merito alla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno.

Metodi e strumenti: Lo studio è osservazionale descrittivo. Il campione è composto da donne, che volontariamente hanno deciso di aderire allo studio e di partorire nei punti nascita del territorio bresciano nel periodo compreso tra il 01/03/2021 ed il 30/07/2021. I dati sono stati ricavati dalla somministrazione di un questionario semi-strutturato, composto da due sezioni, erogate tramite un canale telematico in due momenti distinti (alla trentasettesima settimana di gravidanza e a 2 mesi dopo la nascita del neonato).

Risultati: Il campione è costituito da 10 donne, nonostante dai dati raccolti siano emersi limiti e criticità viene riconosciuta la presenza del counselling da parte degli operatori sanitari per tutto il periodo analizzato.

Conclusione: Lo studio afferma che la qualità del counselling erogato nel territorio bresciano dagli operatori sanitari è funzionale, ma necessita di miglioramento sia nel periodo di accompagnamento alla nascita che nel periodo successivo.

INDICE

1 INTRODUZIONE 1

2 INQUADRAMENTO TEORICO 2

2.1 Epidemiologia 2

2.1.1 Dati epidemiologici sull'allattamento in Italia 2

2.2 Anatomia della mammella e fisiologia dell'allattamento 4

2.2.1 Anatomia 4

2.2.2 Sviluppo della ghiandola mammaria 4

2.2.3 Composizione del latte materno 7

2.3 Il counselling nell'allattamento 9

2.3.1 Il momento della poppata 10

2.4 Il parto e l'allattamento 12

2.5 Valutazione della crescita del neonato 12

2.5.1 I grafici di crescita 13

2.6 La salute della donna che allatta 14

2.6.1 La somministrazione dei farmaci durante l'allattamento 14

2.7 La contraccezione 15

2.8 I Problemi legati all'allattamento 16

2.8.1 Capezzoli piatti o invertiti 16

2.8.2 Ragadi 17

2.8.3 Ingorgo mammario 17

2.8.4 Mastite 19

2.9 Strategie nazionali di promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno 20

2.9.1 Il Codice Internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno 21

2.9.2 Allattamento e diritto del lavoratore 22
2.9.3 Il ruolo degli operatori sanitari 24
3 METODI E STRUMENTI 26
3.1 Scopo dello studio 26
3.2 Disegno dello studio 26
3.3 Campionamento 26
3.4 Strumenti 26
3.5 Processo di raccolta dei dati 27
3.6 Considerazioni etiche 28
4 RISULTATI 29
4.1 Dati descrittivi del campione 29
4.2 Informazioni recepite: qualità e percezione 30
4.3 Dati descrittivi sul parto e postparto 33
4.4 Andamento dell'allattamento al seno ed esigenze delle donne 33
5 DISCUSSIONE 36
6 CONCLUSIONI 39
7 BIBLIOGRAFIA 41
8 SITOGRAFIA 43
9 Ringraziamenti .....
10 Allegati .....

1 INTRODUZIONE

La stesura del seguente elaborato è finalizzata all'analisi del counselling sull'allattamento offerto nel territorio bresciano, con l'intento di indagare sul ruolo degli operatori sanitari, tra cui gli infermieri, in merito alla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno. L'interesse per l'argomento è nato dalla curiosità scaturita dalle lezioni di infermieristica clinica in area materno-infantile, durante le quali è stato possibile un approccio in modo indiretto a tali conoscenze.

Il seguente elaborato è strutturato in cinque capitoli: inquadramento teorico, metodi e strumenti, risultati, discussione e conclusione.

Nel primo capitolo si è scelto di offrire un quadro ampio delle conoscenze riguardanti l'allattamento al seno partendo da dati epidemiologici, analizzando l'aspetto anatomico, fisiologico e di gestione dell'allattamento per concludersi con le strategie nazionali in riferimento alla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno.

Il secondo capitolo riguarda il metodo scelto per la stesura dell'elaborato, ovvero uno studio osservazionale descrittivo che, attraverso l'erogazione di un questionario, analizza il processo di counselling sull'allattamento al seno, focalizzandosi sulle informazioni ricevute dalle mamme e sull'andamento dell'allattamento in relazione alle esigenze delle stesse nel territorio bresciano.

Nel capitolo dei risultati sono stati riportati i dati ottenuti dallo studio osservazionale descrittivo. All'interno della discussione sono stati elaborati ed analizzati i dati raccolti, sviscerati in maniera verticale, mettendo a confronto in maniera orizzontale i dati raccolti in due tempi significativamente differenti.

Nella conclusione ritroviamo i risultati più significativi emersi dallo studio e i possibili interessanti sviluppi futuri da poter trattare affinché possa avvenire un continuo e personalizzato sviluppo e miglioramento del counselling offerto dalle figure professionali alle donne in materia di promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno.

2 INQUADRAMENTO TEORICO

2.1 Epidemiologia

A livello globale, la regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha i tassi di allattamento esclusivo al seno (EBF) più bassi a 6 mesi di età con un valore inferiore al 25% di neonati. In tutta Europa, ad eccezione di Spagna e Paesi Bassi, esistono dei comitati nazionali per l'allattamento o coordinatori nazionali, finanziati interamente o in parte dai governi nazionali, i quali hanno il compito di fornire raccomandazioni sulla promozione e sostegno dell'allattamento.

I Paesi come Belgio, Croazia, Danimarca, Germania, Svezia e Svizzera sono in vigore delle raccomandazioni nazionali per avviare l'alimentazione complementare insieme all'allattamento al seno continuato a partire dai 4 mesi di età; mentre in Irlanda, Italia e Norvegia sono presenti raccomandazioni nazionali per l'EBF per 6 mesi, con l'introduzione di alimenti complementari e l'allattamento al seno continuato a partire dai 6 mesi di età.

Nonostante l'attuazione di un piano nazionale fin dagli anni '90, l'Italia ha registrato i tassi di EBF più bassi di tutti i Paesi Europei [1].

2.1.1 Dati epidemiologici sull'allattamento in Italia

Secondo i dati ISTAT (anno 2013) su "Gravidanza, parto e allattamento al seno", pubblicati nel dicembre 2014, in Italia si verifica un progressivo aumento delle donne che allattano al seno rispetto all'indagine e ai dati raccolti nel 2005, passando da un 81,1% a un 85,5%.

Si riscontra, inoltre, una crescita della durata media del periodo di allattamento: da 6,2 mesi nel 2000, a 7,3 mesi nel 2005 fino al valore di 8,3 nel 2013.

Il numero medio di mesi di allattamento esclusivo al seno è pari a 4,1, dove il valore più alto risulta essere 5 mentre il più basso 3,5 mesi.

PROSPETTO 10. DONNE[a] PER ALLATTAMENTO AL SENO, DURATA DELL'ALLATTAMENTO, DURATA DELL'ALLATTAMENTO ESCLUSIVO PER ALCUNI ASPETTI DEL PARTO E DEL POST-PARTO, TITOLO DI STUDIO E CITTADINANZA. Anno 2013, per 100 donne con le stesse caratteristiche

	Allattamento al seno		Allattamento esclusivo al seno
	Donne che hanno allattato al seno	Numero medio mesi di allattamento al seno	Numero medio mesi
Tempo intercorso per attaccare il bambino al seno per la prima volta dopo il parto			
Entro la prima ora	94,1	8,8	4,3
Dopo un'ora e entro le prime 3 ore	91,8	7,9	4,2
Dopo 3 ore e entro le prime 24 ore	89,2	8,2	4,1
Dopo le prime 24 ore	86,6	7,5	3,9
Rooming in			
No	74,6	7,9	3,9
Parziale	86,3	8,0	4,3
Si	88,0	8,6	4,0
Tipo di parto			
Spontaneo	87,9	8,4	4,3
Cesareo	81,1	8,0	3,8
Parto pretermine			
Si	72,2	8,3	4,4
No	86,6	8,3	4,1
Titolo di studio			
Laurea	89,0	8,9	4,5
Diploma	85,8	8,1	4,4
Scuola dell'obbligo	82,2	8,2	4,6
Cittadinanza			
Italiana	84,6	8,1	4,16
Straniera	89,4	9,2	4,51
Totale	**85,5**	**8,3**	**4,12**

(a) Donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

***Tabella 1**: Dati ISTAT 2013 "Gravidanza, parto e allattamento al seno"*

Nella tabella 1 riportata sopra, possiamo osservare la percentuale delle donne che hanno praticato l'allattamento al seno ed il numero medio di mesi in cui hanno allattato.

Questi parametri sono stati messi in relazione ad aspetti propri del parto (il tempo intercorso per attaccare il neonato al seno per la prima volta dopo il parto, il rooming in, il tipo di parto e il parto pretermine) ed esperienze di vita personali (titolo di studio e la cittadinanza) in cui sono state raggruppate le neomamme; da questi dati è possibile notare come questi aspetti influenzino in modo positivo o negativo la scelta di allattare al seno da parte delle neomamme.

2.2 Anatomia della mammella e fisiologia dell'allattamento

2.2.1 Anatomia

Le ghiandole mammarie sono organi specializzati nella produzione di latte detta lattazione o allattamento situate a livello del torace, anteriormente al muscolo grande pettorale alla quale sono adese grazie ai legamenti sospensori.

Il tessuto ghiandolare si concentra subito al di sotto del capezzolo e dell'areola. Le mammelle contengono i dotti che si diramano per tutto il tessuto e convergono ai capezzoli con delle minuscole aperture, che diventano visibili verso il termine della gravidanza, e vengono denominati sbocchi dei dotti galattofori. Questi ultimi hanno origine all'interno di ghiandole sacciformi chiamate alveoli mammari e costituiscono il tessuto ghiandolare. Ogni alveolo è composto da cellule che formano una cavità interna, in cui viene prodotto e raccolto il latte, mentre all'esterno gli alveoli e i dotti a essi adiacenti, sono ricoperti da cellule mioepiteliali, che contraendosi favoriscono la fuoriuscita del latte verso i dotti.

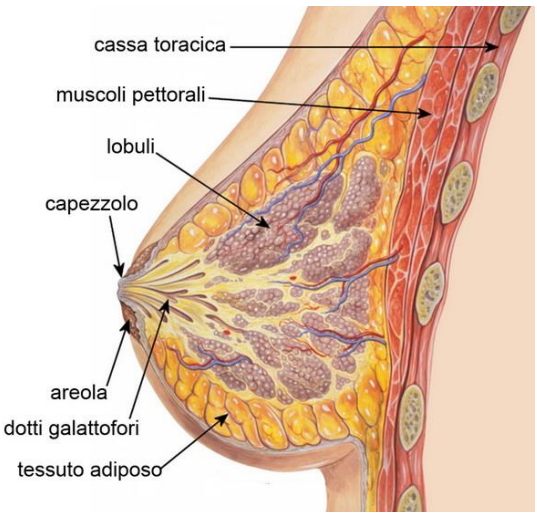

***Figura 1**: Anatomia della mammella*

La dimensione del seno è generata dalla quantità di tessuto adiposo che avvolge il tessuto ghiandolare, il volume del seno; dunque, non ha alcuna relazione con la produzione e secrezione del latte [2].

2.2.2 Sviluppo della ghiandola mammaria

Il seno umano inizia a svilupparsi in utero, a partire dalle quattro alle sei settimane di gestazione. Durante questo lasso di tempo, sulla superficie addominale dell'embrione si

sviluppano ispessimenti noti come creste mammarie o linee del latte. Verso la fine del primo trimestre, le linee del latte si accorciano e si addensano dando origine a dei noduli che scendono nel tessuto connettivo embrionale per formare una gemma mammaria.

Durante il secondo trimestre, la gemma mammaria inizia ad allargarsi e a ramificarsi, producendo gemme epiteliali secondarie che crescono verso il basso nel mesenchima. Queste gemme continuano a crescere, ramificarsi e allungarsi e si uniscono per formare i dotti lattiferi.

Al termine del secondo trimestre, viene stabilita la struttura di base della ghiandola mammaria. La ramificazione e la canalizzazione delle gemme mammarie si verifica durante il terzo trimestre.

Alla fine della gestazione, ogni gemma mammaria ha sviluppato 15-20 strutture lobulari contenenti ciascuna dei dotti lattiferi. Il mesoderma che circonda l'area di crescita interna, prolifera con conseguente formazione di un capezzolo invertito.

Entro il quinto mese di gestazione, si forma l'areola che circonda il capezzolo. Nel mentre, i dotti lattiferi si incanalano e drenano nelle ampolle retro-areolari che convergono per aprirsi all'apice del capezzolo.

Durante la fase di nascita, il seno in via di sviluppo e la ghiandola mammaria sono costituiti da una rete funzionante di lobi mammari e dotti lattiferi ramificati circondati da tessuto connettivo, inoltre il capezzolo invertito diviene eretto e l’areola si pigmenta di scuro. Entro i due anni di età, lo sviluppo della ghiandola mammaria rimane relativamente inattivo fino alla pubertà.

La pubertà è un processo fisiologico mediante il quale gli adolescenti raggiungono la maturità sessuale e diventano capaci di riprodursi. Il meccanismo chiave alla base di questo processo consiste nell’aumento dei livelli di gonadotropine, ormoni che stimolano le gonadi: in modo più specifico l’ormone follicolo-stimolante (FSH) e l’ormone luteinizzante (LH), rilasciati in modo pulsatile dall’ipofisi.

Nel periodo antecedente alla pubertà, le mammelle si presentano piccole con una ridotta struttura ghiandolare interna. Lo sviluppo del seno è il primo cambiamento somatico riscontrabile in una donna che inizia il processo fisiologico di pubertà.

Il telarca[a] è l'avvio dello sviluppo della mammella puberale, che si verifica tradizionalmente tra gli 8 e i 13 anni, e consiste nella crescita del tessuto adiposo e del tessuto duttale in risposta agli estrogeni, mentre la stimolazione del progesterone si traduce in crescita lobulare e alveolare.

Durante il ciclo mestruale, le mammelle subiscono variazioni in concomitanza alle modificazioni delle concentrazioni ematiche di estrogeni e progesterone. Questi cambiamenti risultano minimi se messi a confronto con il marcato aumento delle dimensioni delle ghiandole mammarie che si verifica durante la gravidanza, causato dalle elevate concentrazioni ematiche di estrogeni, progesterone e lattogeno placentare umano, secreti dalla placenta, e dalla prolattina, secreta dall'ipofisi anteriore materna, principale ormone responsabile della produzione di latte all'interno degli alveoli. L'influenza di questi ormoni comporta lo sviluppo completo delle strutture duttali e alveolari.

Sebbene gli estrogeni provochino un aumento di produzione di prolattina e agiscano con essa al fine di promuovere la crescita e la differenziazione delle ghiandole mammarie, essi sono, insieme al progesterone, antagonisti della prolattina nell'indurre la produzione di latte. Attraverso la rimozione della placenta con il parto, viene rimossa la fonte di elevate quantità di estrogeni e progesterone e, di conseguenza, viene persa l'inibizione sulla produzione del latte. Dopo diversi mesi dal parto, la prolattina torna ai livelli basali con valori simili al periodo precedente la gravidanza, nonostante la madre continui ad allattare. La produzione di latte dipende da un processo di "domanda e offerta" dove la sua rimozione all'interno del tessuto ghiandolare è il meccanismo di controllo principale per mantenere l'offerta.

L'ossitocina è l'ormone essenziale per la rimozione del latte dalla ghiandola mammaria. La suzione infantile innesca il rilascio di ossitocina dall'ipofisi posteriore che interagisce con i recettori delle cellule mioepiteliali situati sugli alveoli differenziati e sui dotti lattiferi adiacenti. Ciò si traduce nella contrazione delle cellule che consentono la secrezione di latte dalla ghiandola mammaria.

La sintesi del latte è sotto il controllo di un polipeptide chiamato "inibitore del feedback della lattazione", che regola la produzione di latte una volta stabilita la lattazione: quanto il

[a] Dal Greco: thḗlē "seno femminile" e arkhḗ "inzio"

latte materno non viene rimosso, questo inibitore si accumula, portando a una diminuzione della produzione di latte e, infine, all'involuzione mammaria. La cessazione dell'allattamento al seno determina una diminuzione della produzione di latte per apoptosi delle cellule epiteliali che lo sintetizzano. Durante l'involuzione mammaria, la ghiandola mammaria subisce un ampio rimodellamento dei tessuti e ritorna a uno stato di partenza [3].

2.2.3 Composizione del latte materno

Il latte materno è un fluido biologico, composto dalla corretta quantità di nutrienti e di composti bioattivi per poter fornire al neonato in via di sviluppo una nutrizione completa. La composizione evolve e si modifica nel corso della lattazione così da soddisfare le esigenze del neonato.

Il colostro è il primo latte prodotto dalle madri nei primi tre giorni dopo il parto, si presenta denso in quanto concentrato di sostanze nutritive e di colore giallastro, ricco di proteine del siero e minerali, specialmente cloruro, sodio e magnesio, e in minor quantità potassio e calcio. Risulta fondamentale per fornire al neonato la quantità di nutrimento necessaria per impedire un brusco calo fisiologico del peso nel periodo di tempo necessario alla produzione della montata lattea.

Il latte maturo, prodotto a partire dai giorni successivi al parto, è composto per il 3-5% di lipidi, per il 6,9-7,2% di carboidrati, per lo 0,8-0,9% di proteine, per lo 0,2% di minerali e da acqua e la sua quantità aumenta rapidamente, facendo divenire le mammelle dure e pesanti.

I lipidi costituiscono la principale fonte di energia per il neonato e la loro quantità è a sua volta influenzata da una serie di fattori tra cui l’alimentazione della madre.

Le proteine più abbondanti nel latte umano sono caseina, lattoferrina, α-lattoalbumina, lisozima e albumina sierica che diminuiscono in modo costante dopo le prime settimane.

Il lattosio è il principale carboidrato presente nel latte materno, la cui quantità aumenta in modo rapido successivamente ai primi giorni dopo il parto e resta costante per tutto il periodo della lattazione.

Oltre ai nutrienti necessari per l'energia, il latte umano fornisce molti componenti bioattivi e fattori immunitari come anticorpi, immunoglobuline, lattoferrina, lisozima, peptidi antimicrobici, fattori di crescita, globuli bianchi e oligosaccaridi che svolgono un ruolo vitale nel potenziare lo sviluppo del sistema immunitario infantile e nel fornire una difesa contro gli agenti patogeni. È stato stimato che il colostro contiene livelli più elevati di immunoglobuline, citochine e cellule immunitarie rispetto al latte maturo. I composti bioattivi nel latte provengono da numerose fonti, molti sono prodotti e secreti dall'epitelio mammario e dalle cellule del latte, mentre altri sono trasferiti attraverso l'epitelio mammario dal trasporto mediato dal recettore dal siero materno.

Gli oligosaccaridi del latte umano sono glicani complessi presenti in quantità elevate nel latte materno, 20-25 ng/L nel colostro e gradualmente in diminuzione a 5-15 ng/L nel latte maturo. Quest'ultimi, sebbene non digeribili dal neonato, presentano una funzione importante per la promozione della crescita dei microrganismi benefici nel microbiota intestinale infantile, nonché effettuano una protezione dall'attaccamento all'intestino da parte di batteri patogeni, con un'azione di prevenzione dalle infezioni.

Il latte umano contiene una serie di fattori di crescita specializzati:

- fattore di crescita epidermico, che aiuta la guarigione della mucosa intestinale,
- fattori di crescita simili all'insulina (IGF) 1 e 2 che aumentano la crescita dei tessuti
- fattori di crescita neuronali che aiutano la peristalsi.

Le IgA secretorie (SIgA) e le SIgG sono le immunoglobuline più abbondanti nel latte e sono presenti in alte concentrazioni durante le prime fasi della lattazione. Questi anticorpi forniscono la necessaria protezione immunitaria al neonato. È stato riportato che SIgA, l'anticorpo protettivo primario nel latte materno, è presente a concentrazioni fino a 12 mg/mL nel colostro e agisce prevenendo l'adesione dei patogeni alle superfici delle cellule epiteliali e neutralizzando le tossine.

È importante sottolineare la differente composizione che si verifica durante la poppata: il latte prodotto nella prima parte della poppata, definito primo latte, poco denso e ricco di proteine e lattosio, soddisfa la sete del bambino che pertanto non necessita di bere acqua prima dei 4-6 mesi di vita; mentre l'ultimo latte è quello prodotto durante la fine della

poppata, che appare più bianco in quanto presenta grassi e quindi maggior energia fornita al neonato dalla poppata [4].

2.3 Il counselling nell'allattamento

Il counselling è un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, ha la capacità di modificarne la dimensione e l'aspetto percepito, suscitare associazioni ed emozioni e influenzare le risposte fisiologiche di un individuo, aiutando la persona a prendere decisioni, a risolvere e a gestire difficoltà; è a supporto del processo di coping e fa parte della presa in carico olistica della persona.

Il counselling utilizza abilità che infondono fiducia e danno supporto e possono essere così riassunte: accettare ciò che l'altro prova e pensa, riconoscere ed elogiare offrendo riscontri positivi quando presenti, offrire un aiuto pratico, dare informazioni brevi e rilevanti in quel momento, utilizzare un linguaggio semplice e offrire suggerimenti.

Molti esperti sono concordi nell'affermare che allattare è una questione di informazioni giuste, piuttosto che di capacità o struttura del seno di una donna.

Iniziare l'allattamento in modo soddisfacente può essere determinante affinché una madre acquisti fiducia nelle proprie capacità e riesca a vivere fin dall'inizio nel modo più facile e spontaneo questa relazione. È stato dimostrato quanto, per alcune mamme che sono riuscite ad allattare sia stata d'aiuto l'acquisizione delle giuste e complete informazioni prima del parto. Alla luce di queste dimostrazioni, oggi molte aziende sanitarie, attraverso personale sanitario opportunamente formato, offrono corsi di preparazione al parto in cui vengono erogate informazioni corrette sull'allattamento.

Grazie a diversi studi è ormai chiaro e inequivocabilmente provato quanto, per favorire l'allattamento, sia auspicabile attaccare il bambino al seno subito dopo il parto; quindi, favorire quando vi è possibile il contatto pelle-a-pelle.

In questa fase molto delicata è fondamentale il ruolo del professionista sanitario, affinché l'assistenza sia centrata sull'offrire informazioni personalizzate, complete e giuste in modo discreto, dando importanza all'ascolto dei sentimenti e dei bisogni che la madre manifesta e in particolar modo incoraggiandola a prendere decisioni consapevoli, conferendole autonomia, libertà ed attribuendole la responsabilità finale del prendersi cura di sé e del proprio bambino.

Il contatto pelle-a-pelle è una pratica che inizia idealmente alla nascita e dovrebbe continuare fino al termine della prima poppata. Essa consiste nel posizionare il bambino nudo e prono sul petto nudo della madre, spesso coperto da una coperta calda. Secondo le neuroscienze dei mammiferi, il contatto intimo evoca neuro-comportamenti che garantiscono il soddisfacimento dei bisogni biologici di base. Con questa pratica, si favorisce lo sviluppo fisiologico del neonato e si instaura un legame emotivo e relazionale con la madre, al fine di fornirle la motivazione necessaria per proseguire con il mantenimento dell'allattamento al seno anche quando possono presentarsi delle difficoltà [5].

Per rafforzare questo legame e aiutare la mamma fin dal ricovero in ospedale ad imparare a leggere e gestire i bisogni e le richieste del proprio neonato si è iniziato a proporre con risultati positivi il "rooming-in", processo che prevede la possibilità di mantenere il neonato nella stessa stanza di degenza della madre in modo continuo nelle 24 ore. Questa pratica, oltre a rafforzare il legame madre-neonato, promuove l'allattamento al seno riducendo i tempi di attesa di inizio della poppata.

2.3.1 Il momento della poppata

La maggior parte dei neonati presenta il riflesso di suzione intorno ai 20-30 minuti dalla nascita, salvo presenza di sonnolenza dovuta a farmaci anestetici usati durante il travaglio ed il parto, per questo risulta molto importante cogliere l'occasione per tener vicino il neonato nei primi minuti dopo il parto, sempre se le condizioni lo permettono, in modo da favorire l'inizio della relazione madre-neonato e promuovere il primo approccio all'allattamento.

Nei punti seguenti viene spiegato il modo corretto di attaccare il bambino al seno affinché la poppata abbia successo:

I. Assumere una posizione comoda che permetta di essere rilassate e con assenza di muscoli in tensione, è possibile usufruire di appositi cuscini da posizionare dove si ritiene utile per favorire l'assunzione della posizione.

II. Posizionare il bambino girato di fianco e con l'intero corpo contro quello della madre, la testa deve appoggiare nell'incavo del gomito, la schiena deve essere sostenuta dall'avambraccio con la mano a livello delle cosce del neonato.

L’orecchio, la spalla e i fianchi del neonato devono rimanere allineati con la testa in posizione neutra. È fondamentale che il neonato sia tenuto alla giusta altezza del seno in modo da evitare piegamenti verso il bambino o allungamenti dello stesso per raggiungere il seno, un cuscino posizionato sul grembo può agevolarne la posizione.

III. Sorreggere il seno con la mano libera, formando tra il pollice e l’indice una “C” e mantenendo l’areola libera in modo da poterlo facilmente offrire al neonato.

IV. Efficaci tecniche di suzione prevedono che il neonato prenda in bocca buona parte dell’areola insieme al capezzolo e che esso sia posizionato al centro della bocca e si trovi sopra la lingua del neonato.

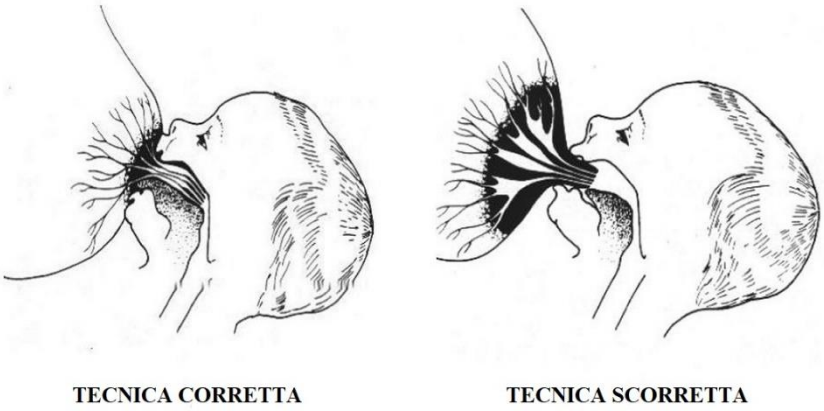

***Figura 2**: Rappresentazione tecnica corretta e scorretta dell'attaccamento*

La durata e il numero delle poppate non prevede un calcolo perfetto, ma esse vengono determinate dalla richiesta del bambino e dal suo comportamento, la secrezione di latte è quindi regolata da un meccanismo di domanda-offerta in base alle esigenze del neonato. Nel caso sia necessario interrompere la poppata, mentre il bambino è ancora attaccato al capezzolo, è possibile staccarlo premendo dolcemente sul seno scostandolo dall’angolo della sua bocca, o tirandone dolcemente la guancia all’indietro.

Lo svuotamento del seno dopo la poppata non è opportuno in quanto normalmente il seno non è mai completamente vuoto; è una pratica consigliata nel caso vi sia un neonato prematuro, con problemi di suzione, in quanto essa è volta a favorire lo stimolo della produzione di latte.

La pulizia dei capezzoli prima e dopo la poppata non è necessaria; attorno ai capezzoli sono presenti ghiandole secernenti una sostanza che li mantiene privi di germi durante l'allattamento.
Il lavaggio delle mani, al contrario, è una pratica sempre consigliata, anche prima dell'inizio della poppata.

2.4 Il parto e l'allattamento

Il parto fisiologico è un'esperienza psicologica intensa e trasformativa che genera un senso di responsabilizzazione. I benefici di questo processo possono essere massimizzati attraverso il supporto fisico, emotivo e sociale per le donne, rafforzando la loro fiducia nella loro capacità di partorire e non disturbando la fisiologia a meno che non sia necessario.

L'allattamento è correlato e interdipendente a gravidanza, travaglio, parto, accoglienza del neonato, in quanto quello che accade durante il parto ha effetti sulla salute e sulla relazione tra mamma e bambino come anche sulla possibilità di allattare.

La tipologia di parto, quindi può concorrere alla decisione finale sulla pratica dell'allattamento, dati statistici riportano un risultato inferiore di donne che iniziano e continuano l'allattamento al seno dopo un parto cesareo rispetto a donne che hanno partorito attraverso un parto naturale.

Il taglio cesareo è associato a dolore post-operatorio da moderato a severo, che può influenzare il recupero post-operatorio e la soddisfazione dell'assistita, nonché anche il successo dell'allattamento al seno e il legame madre-figlio [11].

2.5 Valutazione della crescita del neonato

La valutazione della crescita del neonato è un aspetto importante: la crescita ponderale del neonato dovrebbe essere registrata a partire dal peso minimo raggiunto, non da quello alla nascita, in quanto è da tenere in considerazione che la maggior parte dei bambini manifesta un calo fisiologico dopo la nascita.

Un aumento del peso accettabile del neonato è stimato in media da 100 a 200 gr. ogni settimana, circa mezzo chilo al mese. Insieme alla valutazione del peso è importante che la madre sia a conoscenza del fatto che laddove il bambino presentasse dai 6 agli 8 pannolini

ben bagnati e dalle 3 alle 5 evacuazioni al giorno, si mostrasse vispo e attivo, con un buon tono muscolare, un buon colorito e elasticità della pelle, associato a condizioni generali altrettanto buone, una crescita inferiore alla media rappresenta un ritmo normale.

2.5.1 I grafici di crescita

Le curve di crescita e i percentili sono strumenti che permettono di valutare, attraverso una misurazione rigorosa, la crescita del bambino, e dunque di monitorare lo stato nutrizionale e di salute del neonato.

La curva di crescita è un grafico che raffigura l'incremento nel tempo di parametri auxologici, ovvero peso, altezza, circonferenza cranica e indice di massa corporea (BMI, ovvero body mass index). Il grafico risultante ha un aspetto a curva con una pendenza che varia in relazione al momento della vita: a una prima fase di crescita molto rapida nei primi 3 mesi di vita del bambino segue un progressivo rallentamento e, in epoca adolescenziale, una nuova accelerazione fino al raggiungimento della statura definitiva.

I percentili di crescita sono rappresentati da sottogruppi ottenuti dai dati raccolti dalle misurazioni effettuate sui bambini raggruppati per età, poi organizzati in ordine crescente e suddivisi in cento sottogruppi. Sulle curve di crescita i percentili sono rappresentati ognuno da una curva con andamento parallelo rispetto agli altri percentili; solitamente, la curva più bassa è quella del 3° percentile mentre quella più alta è rappresentata dal 97° percentile.

Un ruolo importante delle curve è rappresentato dalla loro interpretazione, in quanto il valore ottenuto sugli strumenti sopra indicati deve necessariamente essere messo in relazione affinché venga considerata la velocità di crescita del neonato, ossia la variazione dell'inclinazione della curva del neonato nel tempo in associazione con gli altri indicatori dello stato di salute del bambino (sviluppo motorio e psichico, eventuali malattie o condizioni intercorrenti) e dell'ambiente in cui vive (relazioni familiari, fattori sociali ed economici) per arrivare a una diagnosi e decidere quindi se è necessario un intervento di provata efficacia [6][7].

Un dibattito che ha avuto inizio nel 2006, ma ancora molto attuale ha sottolineato la necessità di contestualizzare tali curve in relazione a diversi criteri: si riporta che non sono state riscontrare differenze significative nelle curve in campioni ricavati da differenti Paesi. Ciò vuol dire che le attuali disuguaglianze nutrizionali tra Paesi sono dovuti a fattori

modificabili, ovvero alle iniquità delle nostre politiche e dei nostri sistemi sanitari e sociali [8].

2.6 La salute della donna che allatta

La salute della donna durante l'allattamento è importante, è quindi essenziale che essa impari a dedicare del tempo per potersi prendere cura di se stessa oltre che del suo bambino. Occuparsi della nutrizione è un aspetto fondamentale, quindi garantire l'assunzione di una dieta varia ed equilibrata rappresenta una notevole influenza sulla salute, sull'energia e il benessere della madre. Uno stile di vita salutare, privo del consumo di sigarette e alcool evita possibili effetti collaterali indesiderati che si potrebbero manifestare nel bambino.

2.6.1 La somministrazione dei farmaci durante l'allattamento

La maggior parte dei farmaci passano nel latte materno in piccole quantità, ma solo pochi possono presentarsi dannosi o produrre effetti collaterali per il neonato. È quindi raramente necessario sospendere l'allattamento al seno a causa di un trattamento farmacologico a cui viene sottoposta la madre.

L'allattamento al seno è controindicato ed è necessaria la sospensione nel caso di utilizzo di farmaci antiproliferativi o sostanze radioattive, mentre può proseguire con una determinata cautela e controllo di possibili effetti collaterali nel caso dell'assunzione di psicofarmaci o anticonvulsivanti come barbiturici o benzodiazepine, i quali potrebbero rendere il neonato debole e sonnolente, rendendo quindi alle volte necessaria la sospensione dell'allattamento.

Il resto dei farmaci risulta sicuro se assunto con dosaggio idoneo e indicato; è comunque fondamentale il controllo degli effetti collaterali sia sulla madre che sul neonato. I farmaci più comunemente usati sono gli analgesici, antipiretici, broncodilatatori, corticosteroidi, antistaminici, antiacidi, antibiotici evitando se possibile e sostituendone l'utilizzo nel caso del metronidazolo, delle tetracicline e del cloramfenicolo. Nel caso in cui il neonato presenti ittero è bene evitare l'utilizzo di sulfamidici e cotrimoxazolo.

2.7 La contraccezione

L’allattamento fornisce una contraccezione naturale diminuendo la probabilità di iniziare una nuova gravidanza grazie agli ormoni che lo regolano, principalmente la prolattina, che inibiscono il processo di ovulazione.

L’amenorrea post-parto, in assenza di allattamento al seno, può durare fino a 6 settimane, mentre se il neonato viene alimentato esclusivamente con il latte materno, si può protrarre anche per mesi. L’allattamento al seno riduce la fertilità della donna, ma non rappresenta un metodo di controllo delle nascite sempre affidabile. In un regime di rapporti sessuali liberi sono quindi da attendersi nuove gravidanze fin dal primo anno dopo il parto.

L’amenorrea post-parto è stata definita come amenorrea da allattamento (LAM) dove la fertilità è inibita del 98% a patto che siano soddisfatte contemporaneamente tre condizioni:

- non siano superati i primi 6 mesi dal parto,
- manchi la ricomparsa delle mestruazioni (amenorrea),
- l’allattamento al seno sia ancora esclusivo con intervalli fra le poppate mai superiori alle sei ore di notte ed alle quattro ore di giorno.

Qualora l’allattamento non sia più esclusivo o qualora gli intervalli fra le poppate siano allungati, come avviene per un eventuale, anche singolo episodio di sonno notturno prolungato, viene meno la sicurezza contraccettiva.

La ripetizione della gravidanza a breve intervallo aumenta la morbilità materna e neonatale e la fornitura di contraccettivi post-partum fornisce una protezione primaria contro questi esiti avversi. La confusione riguardo agli effetti sull'allattamento al seno e il rischio di trombosi ritardano l'inizio della contraccezione nell'intervallo immediatamente successivo al parto.

I metodi di barriera, principalmente preservativo maschile e femminile e il diaframma vaginale, non influenzano in alcun modo la salute della madre o del bambino. Il preservativo può essere liberamente usato dopo il parto alla prima ripresa dell’attività sessuale. Il diaframma può essere usato dopo almeno 6 settimane dal parto, in quanto bisogna attendere che l’utero ritorni ad avere un volume del tutto sovrapponibile al periodo pregravidico.

La quantità del latte può essere negativamente influenzata dall'estrogeno presente nella pillola estro-progestinica. Le conseguenze di questo eventuale calo di produzione di latte potrebbero essere maggiormente rilevanti nei primi 6 mesi di lattazione in donne con produzione di latte già di per sé limitata; in questi casi alla pillola estro-progestinica potrebbe essere preferita quella contenente solo progestinico. In generale però l'uso della pillola estro-progestinica non influenza la crescita ponderale del neonato. L'associazione estro-progestinica, sotto qualunque forma (COC o combined oral contraceptive, cerotto, anello), può essere utilizzata con sicurezza in donne che allattano dopo 6 mesi dal parto a differenza delle donne che non allattano dove le associazioni estro-progestiniche possono essere utilizzate a partire da 3 settimane dal parto, poiché il rischio di trombo-embolia venosa è elevato anche nelle prime tre settimane successive al parto [9][10][a].

2.8 I Problemi legati all'allattamento

Esistono diverse problematiche del seno che possono causare difficoltà nell'allattamento, la prevenzione, la diagnosi e il trattamento di questi problemi aiuta la madre a star meglio e a poter scegliere di continuare l'allattamento. Il dolore al seno non è un sintomo da definire normale o da sopportare quando si pratica l'allattamento: è importante non sottovalutare questo sintomo in modo da evitare che il momento della poppata diventi per la madre spiacevole e si protragga nel tempo un problema che può evolvere in una complicanza o nella necessità di rinunciare all'allattamento.

2.8.1 Capezzoli piatti o invertiti

I capezzoli piatti o invertiti sono una variazione anatomica che può essere uni o bilaterale, congenita o acquisita, ma che non impedisce alla donna di allattare il neonato. Sarà opportuno accompagnare la madre affinché riesca ad allattare, utilizzando strategie che le permettano la fuoriuscita del capezzolo appena prima dell'inizio della poppata utilizzando un tiralatte o una siringa.

Il metodo della siringa prevede che la punta venga tagliata e lo stantuffo della siringa venga inserito nella parte tagliata, successivamente la siringa viene posizionata sul capezzolo e lo stantuffo viene delicatamente retratto in modo da permettere la fuoriuscita del capezzolo; non è dimostrata l'utilità di un trattamento correttivo prima della nascita.

2.8.2 Ragadi

Le ragadi sono delle microlesioni, più o meno profonde che interessano il capezzolo e l'areola che lo circonda. L'insorgenza di questo problema spesso è legata alla scorretta suzione da parte del neonato. Per questo è importante osservare la mamma durante le prime poppate in modo da offrire tempestivamente aiuto nella correzione della posizione e nelle accortezze da attuare affinché la suzione sia efficace, seguendo le indicazioni riportate nel sottoparagrafo1.3.1.

Un altro aspetto per prevenire le ragadi al seno è un'accurata igiene. Prima della poppata le mani vanno adeguatamente deterse con acqua tiepida. Per la pulizia dei capezzoli, evitare il sapone o altri detergenti aggressivi; ricorrere eventualmente ai comodi fazzolettini specifici per la detersione, accertandosi che i componenti siano naturali e che non necessitino di risciacquo; verificare inoltre l'assenza di tensioattivi che seccano la pelle o di profumi che potrebbero modificare l'odore naturale del seno e disturbare il bambino. La pratica maggiormente consigliata consiste nell'utilizzo di acqua bollita ed una garza sterile per detergere delicatamente l'area di poppata, con movimenti circolari dal capezzolo verso l'areola.

Al termine della poppata asciugare i capezzoli all'aria oppure tamponarli senza sfregare; questa operazione è importante per evitare la macerazione della pelle causata dal contatto del capezzolo ancora umido con il reggiseno. Non è necessario lavare il seno più di una volta al giorno, né usare saponi o strofinarlo fortemente con un asciugamano. L'acqua ed i detergenti, infatti, rimuovono i grassi naturali protettivi della pelle e possono seccarla e renderla più soggetta ad irritazioni e screpolature. Far emergere dal seno qualche goccia di latte e spargerla intorno al capezzolo, può essere d'aiuto sia prima della poppata, per ammorbidire l'areola, e al termine dell'allattamento per favorire la cicatrizzazione di eventuali fessurazioni.

2.8.3 Ingorgo mammario

Esiste una differenza tra il seno pieno che si presenta gonfio, caldo, pesante, duro e con la pelle elastica, ed un seno ingorgato che oltre ad essere gonfio, duro, pesante e caldo, è caratterizzato dalla presenza di pelle tesa, traslucida, arrossamento, dolore, rialzo febbrile nelle 24 ore e assenza del flusso di latte.

Per trattare l'ingorgo mammario è necessaria la rimozione del latte, in modo da ridurre la formazione di eventuali complicanze come la mastite e la conseguente riduzione della produzione di latte.

Il drenaggio del latte all'interno del seno è favorito dalla suzione più frequente del neonato che potrebbe però presentare difficoltà nell'attaccamento legate alla tensione mammaria. Potrebbe quindi essere utile l'utilizzo di alcune tecniche per favorire la fuoriuscita del latte prima della poppata, come ad esempio il posizionamento di impacchi caldi sul seno o effettuare una doccia calda, massaggiare il collo e la schiena, massaggiare in modo leggero il seno, stimolare la pelle del seno e del capezzolo e favorire il rilassamento. Al termine della poppata si consiglia di applicare impacchi freddi sul seno, in modo da favorire la riduzione dell'edema.

Nel caso in cui il neonato non sia in grado succhiare, si può ricorrere alla spremitura del latte manuale o con appositi tiralatte.

Un ruolo importante è dato dalla stimolazione del riflesso dell'ossitocina in quanto contribuisce a rendere efficace la tecnica della spremitura del latte dalla mammella sia manuale che attraverso tiralatte.

La tecnica manuale non richiede l'utilizzo di appositi apparecchi: viene effettuata appoggiando il pollice nella parte superiore del seno, a 2-3 cm dal capezzolo e l'indice nella parte sottostante, creando una C con le dita attorno al seno, con il resto delle dita a sostenerlo; premere leggermente all'indietro verso la parete toracica e successivamente premere tra pollice e indice la parte del seno che sta dietro l'areola e il capezzolo; rilasciare, premere l'areola allo stesso modo anche ai lati e continuare con la manovra fino a quando il flusso di latte non rallenta (circa 3-5 minuti); questo movimento non deve provocare dolore.

Il tiralatte è un apposito apparecchio che posizionato sul capezzolo può essere utilizzato nel caso in cui la madre presenti difficoltà nella tecnica manuale. Ne esistono di diversi tipi:

- il tiralatte di gomma a pompetta, non è molto efficiente in quanto il latte raccolto nel bulbo di gomma è difficile da pulire e si contamina facilmente,
- il tiralatte a siringa risulta più efficiente in quanto più facile da pulire e sterilizzare.

L’intera procedura, eseguita con tecnica manuale o attraverso il tiralatte, dovrebbe durare all’incirca 20-30 minuti.

La frequenza con cui spremere il latte dal seno è dettata dal motivo che ne deriva. Nel caso in cui la spremitura sia necessaria per alimentare un neonato malato, è importante che essa avvenga con la stessa frequenza in cui il neonato effettua la suzione, indicativamente ogni tre ore, compresa la notte.

Se il motivo consiste, invece, nell’incremento della produzione di latte è opportuno spremere con maggior frequenza per qualche giorno, ogni mezz’ora o un’ora durante il giorno e almeno ogni tre ore durante la notte.

2.8.4 Mastite

La mastite può svilupparsi in un seno ingorgato o può essere la conseguenza del blocco del dotto galattoforo che avviene quando il latte non viene rimosso da una certa zona del seno restando quindi intrappolato in una parte della mammella e si manifesta con sintomi di flogosi, ossia dolore, gonfiore e rossore. Questa infiammazione è definita mastite, e laddove si mostrasse infetta, può evolvere in mastite infettiva.

Negli stadi precoci è possibile adottare le misure descritte nel caso dell’ingorgo mammario, in quanto l’obiettivo principale è migliorare il drenaggio del latte dalla porzione di mammella interessata, andando ad individuare ed eliminare la causa della stasi di latte. Individuata la causa e adottate le misure necessarie, le condizioni migliorano entro un giorno da quando la parte interessata viene drenata.

Nel caso in cui le condizioni non dovessero migliorare entro 24 ore, potrebbe verificarsi la presenza di ragadi che possono permettere l’immissione di batteri. Sarebbe, dunque, necessario il riposo completo, l’utilizzo di antibiotici e analgesici, l’informazione diretta alla madre riguardo la fisiologia della produzione di latte e, laddove desideri continuare con l’allattamento, l’adozione di strategie affinché non venga ridotto o terminato lo svuotamento del seno e la frequenza delle poppate [12][13].

2.9 Strategie nazionali di promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno

Le linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno dichiarano il riconoscimento da parte del Ministero della salute dello stesso come un diritto fondamentale dei bambini e delle mamme nella realizzazione del loro desiderio di allattare nel rispetto delle diverse culture e nell'impegno a colmare ogni tipo di disuguaglianze.

Il Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) è un programma globale iniziato nel 1991 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) e dal Fondo delle Nazioni Unite per i Bambini (UNICEF) in risposta alla "Dichiarazione degli innocenti" del 1990. Questo programma incoraggia e identifica gli ospedali ed i Servizi di maternità che offrono un livello ottimale di cura per le madri e i bambini concentrandosi sui bisogni dei neonati e autorizzando le madri a dare ai propri bambini il miglior inizio di vita possibile. Dall'avvio del programma, complessivamente 14.800 ospedali a livello mondiale hanno ricevuto la designazione Baby-Friendly [c].

Il tavolo tecnico operativo per l'allattamento al seno (TAS) è stato istituito nel 2012, e rinnovato il 25 Settembre 2019, è finalizzato a favorire la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento e a diffondere la consapevolezza dell'importanza di quest'ultimo come norma naturale, di valore culturale e sociale, in accordo con le linee di indirizzo nazionali e internazionali [b].

Il TAS raccomanda:

- attività di formazione delle mamme specialmente durante i corsi di preparazione al parto e le visite ginecologiche, aggiornamento professionale del personale sociosanitario, sensibilizzazione nelle scuole;
- assistenza alle madri allo scopo di iniziare l'allattamento al seno appena possibile, quando mamma e neonato sono pronti, senza interferire;
- dimostrare praticamente alle madri le modalità corrette di allattamento e insegnare le strategie per mantenere la lattazione nel caso di separazione momentanea dal bambino;

- evitare la somministrazione di altri alimenti o bevande al di fuori del latte materno, salvo indicazione medica;
- disincentivare l'uso di tettarelle artificiali, biberon o succhiotti;
- incoraggiare una più ampia diffusione dell'iniziativa Ospedali amici dei bambini, favorire la pratica del rooming-in e incoraggiare l'allattamento a richiesta;
- fornire sostegno alle mamme e ai loro bambini, dopo le dimissioni ospedaliere, tramite visite domiciliari del personale sanitario dei consultori familiari, visite di altre mamme con esperienza e idonea formazione sull'allattamento e partecipazione a gruppi di sostegno;
- verificare periodicamente la prevalenza dell'allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi e continuato fino ai due anni di età, ed i fattori che incidono su di esso;
- verificare l'applicazione del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno e delle successive risoluzioni pertinenti dell'Assemblea Mondiale della Sanità.

2.9.1 Il Codice Internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno

Il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno è stato elaborato dall'OMS tra il 1979 e il 1981, con la collaborazione di altre agenzie (UNICEF), dell'ONU e di esperti di governi, associazioni professionali, organizzazioni non governative e industria privata. Il Codice è stato approvato dall'Assemblea Mondiale della Salute (AMS) il 21 maggio 1981.

Obiettivo del Codice è quello di tutelare l'allattamento; esso si applica a tutti i tipi di formula lattea sia in polvere che liquidi, le formule speciali, i cosiddetti "latti di proseguimento", tutti i prodotti che possano in tutto o in parte sostituirsi al latte materno (come tisane, tè, acqua minerale, preparati liofilizzati, omogeneizzati, creme, biscotti) quando presentati come adatti a bambini di età inferiore a 6 mesi; oltre che a biberon e tettarelle.

Il Codice non ostacola la produzione, la vendita e l'uso dei prodotti che copre; ne limita solamente il marketing, al fine di proteggere i consumatori e in particolare aiutare i genitori ad assumere decisioni informate e indipendenti da interessi commerciali.

Esso proibisce di promuovere e commercializzare gli stessi prodotti con offerte speciali, sconti, esposizioni e omaggi. Vieta anche a produttori e distributori di fornire alle famiglie e agli operatori sanitari campioni gratuiti.

Anche gli ospedali e i consultori non possono esporre pubblicità commerciale: è quindi vietata, in questi ambienti, l'esposizione di poster, calendari, orologi o qualsiasi altro oggetto caratterizzato da immagini di alimenti per neonati o rappresentazioni idealizzate dalla nutrizione con biberon.

Il Codice è stato adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come requisito minimo per proteggere la salute infantile e con l'auspicio che venga messo in pratica in tutte le sue parti.

Al momento l'Italia l'ha integrato parzialmente nel suo ordinamento legislativo (DM 82/2009 con relative sanzioni DM 84/2011), regolamentando il marketing delle formule sostitutive e proibendo anche di approntare sulla lettera di dimissione dall'ospedale uno spazio prestampato dedicato alla prescrizione di sostituti del latte materno, quando non necessari.

L'educazione dei consumatori e le giuste informazioni sull'alimentazione infantile sono un impegno fondamentale che compete alle istituzioni e a tutti gli operatori sanitari, ma anche i cittadini sono chiamati a dare il proprio contributo al rispetto del Codice [e].

2.9.2 Allattamento e diritto del lavoratore

In Italia, l'allattamento al seno è considerato un diritto che viene regolamentato da specifiche normative relative alla tutela dell'allattamento delle donne lavoratrici.

Nel D. Lgs. 151/2001 è previsto il congedo di maternità: esso prevede un periodo di astensione obbligatoria dal lavoro per 5 mesi, che possono essere distribuiti in 2 mesi antecedenti alla data presunta del parto e 3 mesi successivi al parto oppure 1 mese prima e 4 mesi dopo, previa certificazione medica che attesti le condizioni di salute della madre.

La lavoratrice o il lavoratore dipendente ha diritto a due ore al giorno di riposo per allattamento nel caso in cui l'orario di lavoro è pari o superiore a 6 ore giornaliere, mentre invece ad 1 ora nel caso in cui l'orario di lavoro risulti inferiore alle 6 ore giornaliere, fino al raggiungimento dell'anno di vita del bambino.

Nel caso di adozioni o affidamento, la stessa condizione di riposi per allattamento è prevista entro un anno dalla data di ingresso del minore in famiglia. Nel caso di adozione o affidamento di 2 o più bambini entrati in famigli anche in date differenti e in caso di parto gemellare o plurimo è previsto il raddoppio dei riposi per allattamento.

La retribuzione prevista nel caso di riposi per all'allattamento equivale all'ammontare dell'intera retribuzione.

La legge (art. 32 D. Lgs. 151/2001), riconosce alla madre lavoratrice e al padre lavoratore il diritto al congedo parentale, ossia la facoltà di astenersi dal lavoro per un periodo ulteriore e successivo al congedo obbligatorio.

Secondo la Legge di bilancio 2019 (L.145/2018) le donne possono scegliere, in alternativa a quanto disposto dal D.Lgs. 151/2001, di lavorare fino al parto, fruendo dell'intero congedo obbligatorio nei 5 mesi successivi, se il medico attesta che ciò non causa pregiudizio alla salute della donna e del bambino.

Per ciascun bambino, nei primi suoi 12 anni di vita, ogni genitore può astenersi dal lavoro entro un limite di 10 mesi (11 qualora il padre lavoratore eserciti il diritto per un periodo continuativo o frazionato non inferiore a 3 mesi), secondo le seguenti modalità:

- la madre lavoratrice, trascorso il periodo di congedo di maternità, per un periodo continuativo o frazionato non superiore a 6 mesi;
- il padre lavoratore, dalla nascita del figlio, per un periodo continuativo o frazionato non superiore a 6 mesi, elevabile a 7 se esercita tale diritto per un periodo continuativo o frazionato non inferiore a 3 mesi;
- qualora vi sia un solo genitore, per un periodo continuativo o frazionato non superiore a 10 mesi.

È previsto un prolungamento del congedo parentale per un periodo massimo di 3 anni alla madre o al padre di minore con disabilità grave fino al compimento del 12° anno del

bambino, a condizione che non sia ricoverato a tempo pieno in una struttura sanitaria salvo che, in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del genitore.

2.9.3 Il ruolo degli operatori sanitari

Gli operatori sanitari con formazione sull'allattamento al seno, tra cui ostetriche, infermieri, medici e volontari formati possono offrire sessioni di formazione e fornire consulenza e supporto tra pari per aumentare il numero di donne che iniziano ad allattare. In base ai diversi gruppi di popolazione possono essere necessari interventi differenti e personalizzati.

La decisione di una madre di iniziare e mantenere l'allattamento al seno viene influenzata da una serie di fattori, tra cui il supporto pratico, emotivo e l'incoraggiamento da parte degli operatori sanitari. L'accesso al supporto per l'allattamento al seno come pediatri qualificati, ostetriche, consulenti per l'allattamento certificati dall'International Board e consulenti tra pari è considerato importante per sostenere le famiglie che allattano. Tuttavia, è stato generalmente riportato che il supporto per l'allattamento al seno non è ampiamente disponibile o fornito di routine. Il supporto variava a causa della distribuzione geografica dei professionisti, delle barriere indirette o dirette legate ai costi e della mancanza di investimenti da parte delle autorità sanitarie nel sostegno e nella promozione dell'allattamento al seno. La popolazione complessiva, il numero di nati vivi e il numero di consulenti in allattamento certificati dall'International Board variano notevolmente tra i Paesi.

È importante che, chi opera nelle professioni sanitarie, acquisisca conoscenze sull'allattamento al seno e sviluppi abilità per sostenere e fornire cure adeguate alle donne in gravidanza e alle madri con bambini, al fine di supportare le donne nell'allattamento al seno. Tuttavia, gli operatori sanitari, compresi gli studenti di cura, non sempre ricevono un'adeguata istruzione sull'allattamento al seno durante il loro programma di formazione fondamentale per rendere l’aiuto alle madri efficace.

Gli interventi educativi incentrati principalmente sull'aumento della conoscenza delle donne sull'allattamento al seno e su come supportare al meglio l'allattamento al seno, possono essere efficaci nel modificare il comportamento materno e la comprensione degli operatori sanitari [14].

Costoro, dunque, svolgono un ruolo chiave nel proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento materno:

- si impegnano a promuovere l’allattamento al seno esclusivo, assicurando alla donna la migliore informazione possibile, già in epoca prenatale, in modo che possa decidere in maniera libera e consapevole riguardo all'alimentazione del proprio bambino;
- offrono sostegno e consigli pratici alle donne che allattano, acquisendo anche specifiche conoscenze, competenze e abilità di counselling;
- si adoperano affinché i servizi in cui lavorano, ospedale compreso, siano organizzati per favorire l'allattamento al seno e rimuovono gli ostacoli che possono rendere difficoltoso l'allattamento materno esclusivo;
- evitano pratiche che possano scoraggiare l'allattamento al seno, promuovendolo come una attività normale della vita di tutti i giorni, incoraggiando anche il supporto sociale e familiare e creando gruppi di supporto ai quali indirizzare le famiglie.

3 METODI E STRUMENTI

3.1 Scopo dello studio

Al fine di avere un inquadramento più completo rispetto all'argomento di elezione per il seguente elaborato si è pensato di effettuare un'indagine per verificare le sensazioni e le conoscenze delle neomamme del territorio bresciano inerenti a questa tematica, attraverso la distribuzione in due tempi distinti, alle medesime mamme, di un questionario conoscitivo anonimo, diviso in due sezioni.

3.2 Disegno dello studio

Il disegno dello studio è osservazionale descrittivo.

Il fenomeno di studio riguarda il counselling dell'allattamento al seno nelle gravide nel territorio bresciano.

3.3 Campionamento

Il campionamento è di tipo randomizzato, in quanto la compilazione del questionario era rivolta a tutte le mamme del territorio bresciano che, su base volontaria, decidevano di aderire alla ricerca.

Per quanto riguarda i criteri di inclusione ed esclusione dal campione le scelte sono state le seguenti:

- Criteri di inclusione: donne in gravidanza a termine con data presunta del parto compresa tra il 01/03/2021 ed il 30/07/2021 che hanno scelto di partorire nei punti nascita della provincia di Brescia e che hanno firmato il consenso per la partecipazione allo studio.
- Criteri di esclusione: donne che non hanno padronanza della lingua italiana.

3.4 Strumenti

Lo strumento di raccolta dei dati utilizzato è un questionario semi-strutturato somministrato tramite un canale telematico in due momenti.

Il questionario è quindi suddiviso in due parti:

- Prima parte: somministrato a termine di gravidanza e ha l'obiettivo di capire le modalità di informazioni ricevute dalle donne sull'allattamento, nonché i dubbi e le aspettative vissute.
- Seconda parte: somministrato a circa 60 giorni dalla data presunta del parto e ha l'obiettivo di andare a valutare sia come il tipo di counselling ha influito sull'andamento dell'allattamento al seno che sulla tipologia di supporto ricevuto dopo il parto da parte degli operatori sanitari e le eventuali difficoltà riscontrate dalla paziente.

Il questionario è composto da diversi tipi di domande:

- Raccolta di dati personali: con uno scopo di studio epidemiologico del campione (età, nazionalità, luogo di nascita, titolo di studio, attività lavorativa e precedenti gravidanze)
- Domande a risposta chiusa: hanno l'obiettivo di ricavare informazioni puntuali riguardanti la modalità e la tipologia di informazioni ricevute sull'allattamento al seno.
- Domande a risposta aperta: hanno l'obiettivo di cogliere le impressioni, i punti di forza, le criticità e i consigli delle donne.

In totale sono stati raccolti 21 risposte alla prima parte del questionario e 10 risposte alla seconda parte del questionario.

I dati raccolti sono stati inseriti in un data-base Microsoft Excell di Windows 10 all'interno del quale le donne sono state associate ad un numero identificativo e non al loro nominativo, in accordo con le norme per il rispetto della privacy.

3.5 Processo di raccolta dei dati

Il reclutamento del campione si è svolto dal 01/03/2021 fino al 31/07/2021 tramite la raccolta di consensi informati alla partecipazione dello studio.

Sono stati presi in considerazione tutti i punti nascita di Brescia e della provincia di Brescia. Alla conclusione di questa fase sono state reclutate 21 donne.

È stato deciso di escludere le donne che non hanno padronanza della lingua italiana in quanto ci sarebbero state notevoli difficoltà di interpretazione delle domande e di comunicazione.

Le fasi del reclutamento sono descritte dalla flow-chart in figura 3.

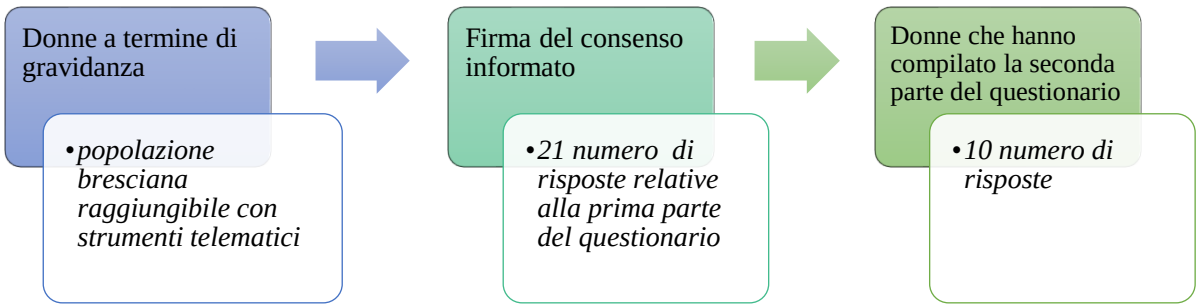

***Figura 3**: Fasi di reclutamento*

Il campione quindi, al termine del procedimento di raccolta dati è di 21 donne per la prima parte del questionario e 10 donne per la seconda parte del questionario.

3.6 Considerazioni etiche

Le donne che hanno ricevuto il questionario tramite un link hanno avuto la possibilità di leggere una presentazione dello studio stesso e per l'effettivo arruolamento dei soggetti all'interno del campione si è richiesto la firma digitale del documento di consenso informato posta precedente al questionario.

In base al Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), i dati sensibili dei partecipanti sono stati raccolti ed archiviati elettronicamente e utilizzati esclusivamente a scopo di ricerca scientifica.

4 RISULTATI

In questo capitolo si presentano i risultati emersi dal processo di analisi dei dati. Come approfondito nel paragrafo 3.5 (Processo di raccolta dei dati), i dati sono stati raccolti in due tempistiche differenti:

- A termine di gravidanza ovvero dopo la 37° settimana di età gestazionale
- A circa 60 giorni dalla data presunta del parto.

Per questo motivo l'analisi dei dati si è svolta in maniera verticale andando a sviscerare tutti i dati raccolti e in maniera orizzontale andando a confrontare gli stessi dati ma raccolti in due tempi significativamente diversi.

Le risposte a domande chiuse sono servite soprattutto per avere dati specifici sia sulla donna sia sulla modalità di counselling ricevuto per l'allattamento al seno.

Le risposte a domanda aperta sono invece, servite per andare ad indagare in maniera più profonda ed esperienziale il vissuto delle donne per quanto riguarda l'allattamento al seno.

4.1 Dati descrittivi del campione

Su un totale di 21 mamme, l'86% è di nazionalità italiana, mentre del restante 14%, il 10% è Rumena e il 4% Ucraina.

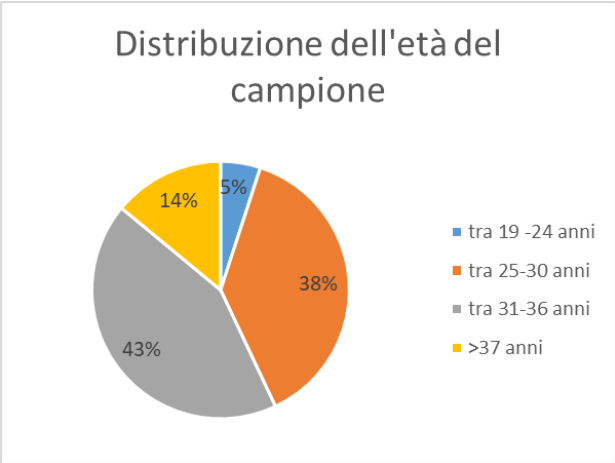

***Grafico 1**: Distribuzione dell'età del campione*

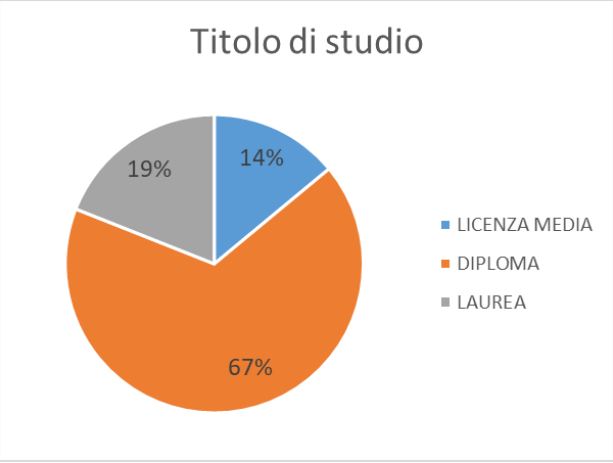

***Grafico 2**: Titolo di studio del campione*

Come emerge chiaramente del grafico 1, le mamme che hanno aderito alla compilazione del questionario sono prevalentemente di età compresa tra i 25 e i 36 anni e rispetto al titolo di studio si distribuiscono con un 14% aventi Licenza Media, 67% aventi Diploma e il 19% aventi una Laurea (grafico 2), del totale delle mamme.

I dati ottenuti rispetto all'attività lavorativa svolta dalle madri indicano che il 67% delle mamme lavora attualmente, mentre il 33% si dichiara casalinga.

L'81% delle mamme che hanno risposto al questionario ha già sostenuto altre gravidanze, di questa percentuale l'88% ha allattato. Sul totale delle mamme che dichiarano di aver allattato durante le precedenti gravidanze (88%), il 33% ha allattato per un tempo che va da 1 mese ad un massimo di 5, e il 67% ha allattato per un tempo superiore ai 6 mesi.

4.2 Informazioni recepite: qualità e percezione

Nella prima parte del questionario, ho voluto indagare sui dubbi preesistenti nelle mamme già dalla gravidanza e le informazioni che hanno ricevuto correlate alle fonti di informazione. Quindi l'analisi dei risultati ha previsto il coinvolgimento delle risposte di tutte le mamme che hanno aderito alla ricerca (21), in quanto l'obiettivo della prima parte risulta indipendente dalla seconda.

Con una domanda aperta si sono indagati i dubbi preesistenti dalle diverse mamme e le risposte riportate sono state riassunte nella tabella che segue.

Dubbi riportati dalle mamme:	**Freq. %**
Dubbi generali sul riuscire ad allattare	**43%** (9 su 21)
Paura di non avere una quantità sufficiente di latte	**19%** (4 su 21)
Paura che il neonato non si attacchi nel modo corretto	**6%** (1 su 21)
Dolore	**6%** (1 su 21)
Dubbi sul numero di poppate	**6%** (1 su 21)
Ansia sull'aspetto nutritivo del neonato	**6%** (1 su 21)
Nessuno	**24%** (5 su 21)

***Tabella 2**: Dubbi riferiti dalle mamme.*

Come si evince dalla Tabella 2, i dubbi più frequenti riferiti dalle mamme alla 37esima settimana di età gestazionale sono per il 43% generali sulla buona riuscita dell'allattamento mentre il 19% riguardanti la paura di non aver una quantità sufficiente di latte.

Con una domanda chiusa si è indagato sull'utilità di fornire alle mamme informazioni sull'allattamento fin dalla gravidanza e la risposta ha avuto esito positivo per il 95% delle risposte totali.

Nella domanda che analizza il riuscire a trovare un operatore sanitario che fosse disponibile a rispondere alle domande delle mamme aiutandole a sentirsi più sicure rispetto ai dubbi prima riportati, il 10% (quindi 2 delle 21 mamme che hanno risposto) ha risposto negativamente, riferendo che le informazioni durante il corso di accompagnamento alla nascita siano state troppo generiche, che all'interno dell'ospedale gli operatori sanitari non hanno dimostrato di possedere la pazienza opportuna e che la formazione dei pediatri rispetto all'argomento non sia stata sufficiente.

Le restanti domande indagavano il numero delle mamme campione che ha ottenuto informazioni idonee per una gestione ottimale dell'allattamento e le fonti da cui sono state ottenute e ricercate le informazioni a riguardo (Grafico 3 – 4). Il 24% delle mamme dichiara di non aver ricevuto informazioni per una gestione ottimale dell'allattamento al seno, mentre della restante parte il 67% ha indicato come fonte della ricezione di informazioni: per il 31% (5 su 16) l'ambulatorio ostetrico-ginecologico, 25% (4 su 16) il corso di accompagnamento alla nascita e l'ospedale/punto nascita, mentre il 6% (1 su 16) il medico di famiglia, il consultorio o un'ostetrica di libera professione.

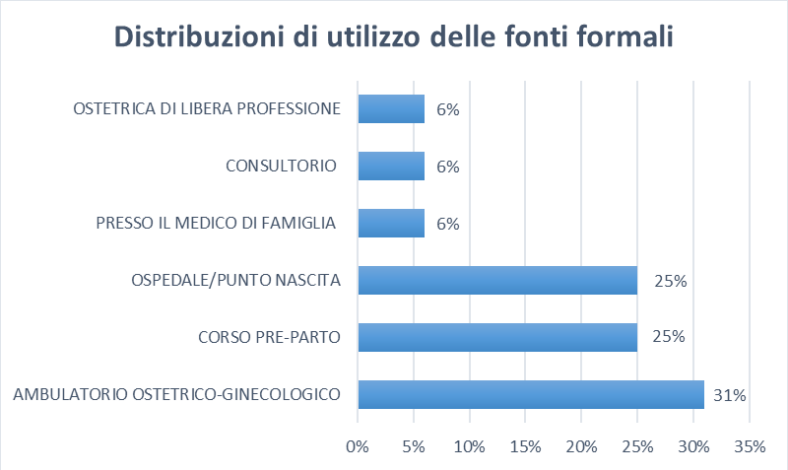

***Grafico 3**: Distribuzioni di utilizzo delle fonti formali*

Per quanto riguarda le informazioni ricavate da fonti informative informali ben il 72% delle madri le ha consultate e la distribuzione in percentuale è ben rappresentata nel grafico 4; di coloro che hanno riferito di non aver ricevuto informazioni formali, la consultazione di informazioni informali si distribuisce in ugual modo tra internet, amici/conoscenti e famiglia.

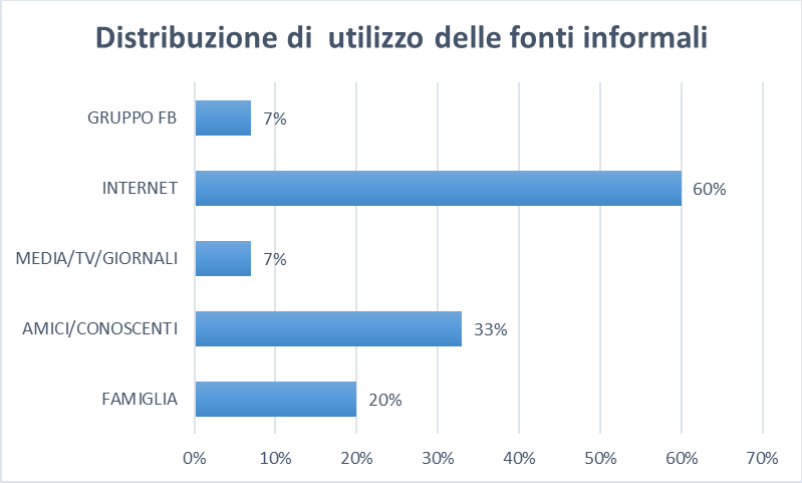

***Grafico 4**: Distribuzione di utilizzo delle fonti informali*

4.3 Dati descrittivi sul parto e postparto

Nella seconda parte del questionario è presente una sezione dedicata ad alcuni dati anamnestici sul parto e sul postparto.

È stato chiesto se la paziente avesse avuto diagnosi di Covid19 durante la gravidanza o al travaglio di parto è si è osservata un'incidenza del 20% (2 donne su 10).

Per quanto riguarda il rapporto tra il tipo di travaglio e di parto delle 10 mamme indagate, ho deciso di riassumere le risposte ottenute nel grafico 5 che segue.

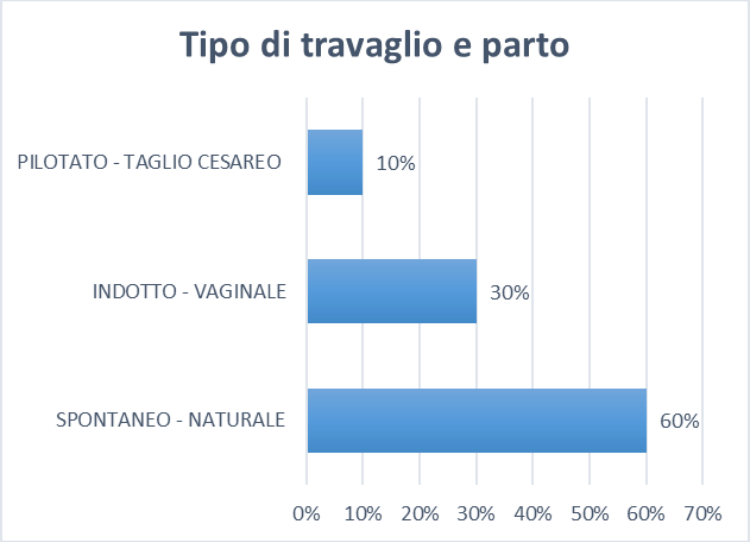

***Grafico 5**: Tipo di travaglio e parto*

L'80% delle mamme ha riferito, che nel momento immediatamente conseguente alla nascita di aver attaccato con successo il neonato al seno per la prima volta.

Solamente il 20% (2 su 10 mamme) ha indicato un periodo di tempo superiore compreso nelle due ore successive alla nascita, di cui una delle due mamme ha sostenuto un parto di tipo cesareo.

4.4 Andamento dell'allattamento al seno ed esigenze delle donne

Nella seconda parte del questionario si è indagato riguardo alla capacità della mamma nel riuscire a mettere in pratica le informazioni precedentemente ricevute e il riscontro è stato positivo, ben il 90% delle donne ha dichiarato di essere riuscita a metterle in pratica.

Il 100% delle mamme ha continuato l'allattamento al seno per tutto il corso del ricovero in Ospedale e per il periodo successivo alla dimissione riportando di sentirsi sicure della pratica di allattamento.

Del 100% delle mamme che ha comunicato di sentirsi sicura nell'allattamento si è riscontrato che ben il 60% non ha avuto bisogno di sostegno da parte di una figura professionale.

Alla domanda riguardante il riuscire a trovare tempo, dopo 2 mesi dal parto per l'allattamento al seno, solo il 10 % ha risposto negativamente.

Con due domande aperte abbiamo voluto chiedere alle mamme, riferendosi alla loro esperienza personale quale fosse stata la più grande difficoltà riscontrata sull'allattamento al seno nel periodo successivo alla dimissione e quali fossero gli argomenti che avrebbe voluto approfondire, le risposte sono state riassunte nelle tabelle 3 e 4 riportate sotto.

Difficoltà riportate:	**Freq. %**
Problematiche di tipo organizzativo:	**20%** (2 su 10)
→ Aver costantemente il bambino attaccato per far arrivare il latte prima	**10%**
→ Far combaciare l'allattamento con le varie incombenze domestiche	**10%**
Problematiche di tipo pratico:	**60%** (6 su 10)
→ Provare posizioni differenti	**10%**
→ Preoccupazioni rispetto a una corretta assunzione di nutrienti dal neonato	**20%**
→ Montata lattea	**10%**
→ Ragadi	**20%**
Non ho riscontrato difficoltà	**20%** (2 su 10)

***Tabella 3**: Difficoltà riscontrate dalle mamme*

Argomenti che avrebbe voluto approfondire:	Freq. %
Ripresa di lavoro e allattamento	**10%** (1 su 10)
Come agire in caso di ingorgo	**20%** (2 su 10)
Come agire in presenza di ragadi	**10%** (1 su 10)
Tutti gli argomenti	**10%** (1 su 10)
Nessuno	**50%** (5 su 10)

***Tabella 4**: Argomenti da approfondire.*

Con l'ultima domanda chiusa si è voluto andare ad esplorare se fosse stata discussa da un Operatore Sanitario la possibilità di proseguire l'allattamento al seno dopo la ripresa del lavoro: il 90% delle risposte ha avuto esito negativo.

5 DISCUSSIONE

La selezione dei risultati del campione di risposte ottenute ha visto un'analisi differente per la prima e la seconda parte del questionario. La prima parte del questionario ha ottenuto 21 risposte che sono state prese tutte in considerazione, in quanto l'obiettivo andava ad indagare sulla conoscenza delle mamme nella fase antecedente all'inizio dell'allattamento.

La seconda parte del questionario ha ottenuto un totale di 10 risposte, l'obiettivo si spostava sull'applicazione delle informazioni e la loro efficacia in un'ottica di sostegno, promozione e protezione dell'allattamento. Oltre ad un'analisi puntuale delle informazioni ricavate dalla prima parte del questionario, ne è stata eseguita anche una intrecciata tra i dati della prima parte con i dati della seconda parte solo delle mamme che hanno risposto ad entrambe le sezioni del questionario.

Indagando sui dubbi reali riportati dalle mamme nella fase precedente l'allattamento si è riscontrato che una buona percentuale riferisce di avere dubbi generali sul riuscire ad allattare rispetto a dubbi più specifici come il numero di poppate, il corretto attaccamento del neonato, la montata lattea e la gestione delle principali complicanze (ingorgo, ragadi e mastite).

Il 95% delle madri ha affermato che il counselling ricevuto durante la gravidanza è una pratica utile per se stesse e per l'allattamento.

Prendendo in esame le risposte delle mamme rispetto all'aver ricevuto informazioni per gestire l'allattamento al seno in modo ottimale, il 24% (5 su 21) dichiara di non averne ricevute, mentre della restante parte il 67% (14 su 21) afferma di averle ricevute da fonti formali, dove quelle che sono state indicate con più frequenza risultano l'ambulatorio ostetrico-ginecologico con una percentuale del 31% (5 su 16), il corso di accompagnamento alla nascita e l'ospedale/punto nascita con il 25% (4 su 16), come ultimi si presentano il consultorio, l'ostetrica di libera professione e il medico di famiglia con un 6% (1 su 16), in nessuna delle seguenti risposte è stata indicata la figura del pediatra.

Una revisione sistematica prende in analisi la formazione ricevuta dagli operatori sanitari, compresi gli studenti di infermieristica, riguardante l'allattamento al seno. Sulla base di questa revisione si osserva che il curriculum infermieristico e i programmi specializzati che enfatizzano l'importanza dell'inizio dell'allattamento al seno possano migliorare la

conoscenza e gli atteggiamenti verso lo stesso, e la fiducia degli studenti nell'aiutare e guidare le madri che allattano, in modo da poter contribuire all'attuazione di miglioramenti sul counselling offerto alle mamme durante la gravidanza e dopo il parto [14].

Prendendo in considerazione il 24% (5 su 21) delle mamme che hanno dichiarato nella prima parte del questionario di non aver ricevuto informazioni ottimali rispetto all'allattamento al seno, sono andata ad indagare le risposte riportate dalle stesse nella seconda parte del questionario. Le mamme hanno riferito di non aver riscontrato troppi problemi nella gestione dell'allattamento, in quanto il supporto e la dimostrazione in ospedale dagli operatori sanitari è stata sufficiente ed esaustiva. Le stesse mamme però hanno dichiarato la necessità di approfondire alcune problematiche di tipo pratico come ad esempio l'ingorgo.

Nonostante 5 mamme abbiano dichiarato nella prima parte del questionario di non aver ricevuto informazioni ottimali, analizzando i dati relativi al postparto, si osserva che tutte sono riuscite a trovare un operatore sanitario che le supportasse durante il periodo di allattamento.

Mettendo in relazione le informazioni ricevute dalle fonti formali (67%) rispetto alle fonti informali (71%), si riscontra una percentuale lievemente maggiore nell'utilizzo delle fonti informali che sono state consultate da ben 15 mamme su 21. Prendendo come riferimento le fonti informali, si riscontra che la maggior parte delle consultazioni (74%), è di tipo telematico.

I dati che indagano sul tipo di parto, il 60% delle mamme ha sostenuto un parto naturale e spontaneo, un 30% un parto indotto e vaginale mentre la restante parte, 10% un parto pilotato con taglio cesareo.

Prendendo in analisi le mamme informate da fonti formali nell'ottimale gestione dell'allattamento al seno, che hanno proseguito con la compilazione della seconda parte del questionario, la maggior parte (90%, 9 su 10) dichiara di essere riuscita a mettere in pratica le informazioni precedentemente ricevute.

Il 100% delle mamme nel periodo successivo alla dimissione ha dichiarato di sentirsi sicura nella gestione dell'allattamento al seno.

Analizzando i dati inerenti alla domanda sulla tempistica del primo attacco al seno si è riscontrato che l'80% (8 su 10) delle mamme è riuscita a realizzare questo momento immediatamente dopo il parto, mentre il restante 20% (2 su 10) ha ritardato questo momento in un tempo non superiore alle 2 ore successive. Di queste mamme il 100% ha ricevuto informazioni formali per la gestione dell'allattamento al seno. Andando poi ad esaminare le problematiche riportate dalle stesse, si osservano delle difficoltà di tipo pratico, in modo specifico riguardanti le diverse posizioni da attuare durante la poppata e le preoccupazioni riguardanti il corretto quantitativo di nutrienti assunti dal neonato.

Il 60% (6 su 10) delle mamme ha dichiarato di non aver avuto bisogno di sostegno per l'allattamento al seno, di queste l'83% (5 su 6) ha ricevuto informazioni da fonti formali con una distribuzione equa tra l'ambulatorio ostetrico-ginecologico, l'ospedale/punto nascita e il corso di accompagnamento alla nascita.

Nelle problematiche riportate dalle mamme, quelle più diffuse erano di tipo pratico, presentandosi con una frequenza del 60% (6 su 10), rispetto a quelle di tipo organizzativo che hanno ottenuto una frequenza del 20% (2 su 10), mentre il restante 20% (2 su 10) dichiara di non aver avuto difficoltà. Le mamme che hanno riferito problematiche di tipo pratico sono le stesse che hanno riportato nella domanda successiva il desiderio di approfondire argomenti di questo tipo.

A circa due mesi dal parto il 90% (9 su 10) delle mamme riferisce di riuscire a trovare il tempo da dedicare all'allattamento. Solamente il 10% (1 su 10), non riesce a trovare tempo per l'allattamento al seno dopo circa due mesi dal parto, la stessa mamma afferma inoltre di aver avuto la possibilità di discutere con una figura professionale la problematica di continuare l'allattamento dopo la ripresa del lavoro.

L'ultimo argomento trattato riguardava l'informazione erogata rispetto alla possibilità di proseguire l'allattamento al seno dopo la ripresa del lavoro, le risposte ottenute riportano che il 90% (9 su10) delle mamme intervistate non ha approfondito tale argomento con una figura professionale.

6 CONCLUSIONI

Le indagini e il questionario erogato presso il territorio bresciano, hanno dimostrato che le mamme informate dichiarano di sentirsi sicure nel gestire l'allattamento al seno, questo aspetto incentiva l'autostima e la fiducia delle stesse nella veste di mamme. La preparazione e l'educazione delle madri e l'assistenza e il supporto da parte di operatori sanitari adeguatamente formati risulta quindi essere un aspetto fondamentale sulla quale investire a livello locale, regionale e nazionale. Si rivela interessante indagare nello specifico sui modelli di assistenza degli operatori sanitari nel territorio bresciano, in modo da poter comprendere i punti di forza da mantenere e le criticità da poter migliorare.

Un aspetto curioso emerso dall'analisi dei dati è il successo riscontrato nella ricerca delle informazioni attraverso le fonti informali come internet e i media, derivante sicuramente dalla ormai facile accessibilità di questo strumento, accentuata ancora di più nel periodo di pandemia; a tal proposito sarebbe interessante effettuare un'indagine su come i professionisti sanitari possano sfruttare al meglio questo strumento in modo diretto nel counselling sull'allattamento al seno.

Il questionario erogato ha visto dei limiti, derivanti dal numero esiguo di risposte ottenute e riguardanti in particolare la durata dell'erogazione della seconda parte di questionario, in quanto sarebbe stato significativo andare ad analizzare il mantenimento dell'allattamento per un tempo superiore ai 3 mesi, andando alla ricerca delle motivazioni che portano le mamme a smettere di allattare e che tipo di strategie nazionali ed educative poter attuare in merito.

Un aspetto critico delle informazioni ricevute dalle mamme riguarda il rapporto tra allattamento e lavoro. Da questo studio emerge che la maggior parte delle mamme non ha ricevuto informazioni in merito. Nonostante questa lacuna la maggior parte delle mamme ha dichiarato di riuscire a trovare il tempo da dedicare all'allattamento.

Questo dato presenta dei limiti per poter approfondire l'analisi, in quanto nel periodo di compilazione della seconda parte del questionario la maggior parte delle mamme si trovava nel periodo di astensione obbligatoria dal lavoro e una buona parte del campione riferisce di svolgere attività di casalinga.

In conclusione, rispetto alla formazione offerta alle mamme, si evince che la qualità del counselling erogato nel territorio bresciano è funzionale, ma necessita di miglioramento sia nel periodo di accompagnamento alla nascita che nel periodo successivo, affinché si riescano ad attuare protocolli ospedalieri come suggerito nel tavolo tecnico per l'allattamento al seno (TAS) al fine di fornire sostegno alle mamme e ai loro bambini.

Alice Gazzoli

7 BIBLIOGRAFIA

1. Theurich M. A, Davanzo R, et all. (2019) Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; 68(3):400-407.

2. Martini F.H, Nath J. N, (2017) Fundamentals of anatomy e physiology. Pearson Education Editor.

3. Widmaier E. P, Raff H, Strang K. T, (2011) Vander. Fisiologia. Casa Editrice Ambrosiana.

4. Lyons K.E, Ryan C.A, et all. (2020) A Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health. *Nutrients*, 12:1039.

5. Moore E. R, Anderson G. C, Bergman N, Dowswell T. (2012) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 16;5(5).

6. Kiserud T, Benachi A, et all. (2017) The World Health Organization fetal growth charts: concept, findings, interpretation, and application. *Am J Obstet Gynecol*, 218(2S):S619-S629.

7. Papageorghiou A. T, Kennedy S. H, et all, (2018) International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21(st) Centur: toward the global integration of pregnancy and pediatric care". *Am J Obstet Gynecol*, 218(2S):S630-S640.

8. Sachs M, Dykes F, Carter B, (2006) Feeding by numbers: an ethnographic study of how breastfeeding women understand their babies' weight charts. *Int Breastfeed J*, 22;1:29.

9. Glasier A, Bhattacharya S, et all. (2019) Annual Capri Workshop Group. Contraception after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 98(11):1378-1385.

10. Stanton, T. A., & Blumenthal, P. D. (2019). Postpartum hormonal contraception in breastfeeding women. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*.

11. La Leche League International (1997) L'arte dell'allattamento materno. Edizioni Lumini.

12. Guoth-Gumberger M, Hormann E, (2011) L'allattamento del tuo bambino. Tecniche nuove editori.

13. Negri P, (2205) Tutte le mamme hanno il latte – rischi e danni dell'alimentazione artificiale. Il leone verde.

14. Yang S. F, Salamonson Y, et all, (2018) Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review. *Int Breastfeed j*; 20; 13:8.

8 SITOGRAFIA

a. Ministero della Salute, “La contraccezione per la donna che allatta”, 15 settembre 2014 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2212_allegato.pdf

b. Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, promozione e sostegno dell’allattamento al seno, Ministero della Salute, 2007; www.ministerosalute.it

c. L’iniziativa Ospedali Amici dei Bambini (BFHI) offre agli ospedali linee guida per divenire centri di sostegno dell’allattamento materno; www.unicef.it

d. I dieci passi proposti da OMS/UNICEF; www.unicef.it

e. Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del latte materno, OMS/UNICEF 1981. www.ministerosalute.it

f. Convenzione Internazionale si Diritti dell’Infanzia; www.unicef.it

9 Ringraziamenti

Eccomi giunta al traguardo di questi anni di Università, in cui ho avuto la possibilità di sperimentarmi nel riuscire a rialzarsi dalle cadute, ma soprattutto dove ho potuto imparare a credere un po' di più in me stessa.

Un sentito grazie alla Prof.ssa Picchiotti, per avermi guidato e supportato in questa fase finale del mio percorso accademico.

A mamma e papà, per tutte le ansie e le preoccupazioni che hanno dovuto sopportare in questi anni, mi auguro che la mia tesi, insieme alla conclusione di questo percorso, possa ripagare almeno una parte di tutto lo stress generato.

Ai miei nonni, che mi hanno sempre sostenuto e sono riusciti ad accompagnarmi con una silenziosa e delicata presenza.

Alle mie amiche, per ogni volta che personalmente sono riuscite starmi accanto condividendo un aperitivo, una colazione, una passeggiata, una partita a padel, una gioia, una fatica, una lacrima e qualche "tirata di orecchie".

Ai miei compagni di università perché si sono rivelati un porto sicuro in cui trovare comprensione, sostegno e leggerezza soprattutto nei periodi più faticosi attraverso cose semplici come: un caffè prima del turno, ritrovarsi inaspettatamente negli spogliatoi, condividere la pausa pranzo, i messaggi trovati sull'armadietto a fine turno, le videochiamate organizzate, lo studio, gli abbracci e le tante risate.

A Stefano per non aver mai smesso di credere in me, per aver saputo camminare al mio fianco mostrandomi, quando necessario, che il sole splende anche dietro alle nuvole più nere.

10 Allegati

***Allegato I**: Questionario - parte 1*

Data e Luogo: _____

QUESTIONARIO I

Rivolto a neo-mamme in 37esima settimana :

La compilazione del questionario è su base volontaria e la sua compilazione vale come autorizzazione all'adesione, la quale è liberamente revocabile in qualsiasi momento durante la compilazione. I dati ottenuti saranno trattati in forma anonima nel rispetto della normativa vigente (D. Lgs. 101/2018 che adegua le disposizioni del Regolamento UE 679/2016). Un primo questionario verrà compilato al termine della gravidanza, mentre un secondo questionario vi verrà inviato a due mesi circa dal parto tramite email.

- ☐ Acconsento
- ☐ Non acconsento

RACCOLTA DATI :

Età: _____ Nazionalità: _____ Data e luogo di nascita: _____

Titolo di studio: _____ Attività lavorativa: _____

Numero di gravidanze: _____

Se ha già avuto gravidanze, precedentemente ha allattato? ○ Sì ○ No

Se sì, per quanti mesi? _____ mesi

Data presunta per il parto: _____

***Allegato II**: Questionario - parte 1*

QUESTIONARIO CONOSCITIVO

a) Quali sono le sue aspettative/dubbi rispetto all'allattamento al seno?

.....

.....

b) Fornire alle mamme informazioni sull'allattamento fin dalla gravidanza, potrebbe essere:

- ☐ UTILE
- ☐ INDIFFERENTE
- ☐ NON UTILE

c) Ha ricevuto informazioni per una gestione ottimale dell'allattamento al seno?

- ☐ Sì
- ☐ NO

d) Se sì, dove ha ricevuto le informazioni? Segnare con la X la voce interessata, sono possibili più risposte

- ☐ AMBULATORIO OSTETRICO-GINECOLOGICO
- ☐ CORSO PRE-PARTO
- ☐ OSPEDALE/PUNTO NASCITA
- ☐ PRESSO IL PEDIATRA DI FAMIGLIA
- ☐ PRESSO IL MEDICO DI FAMIGLIA
- ☐ SERVIZIO VACCINALE
- ☐ ALTRO specificare: .....
  .....

e) Le è stato indicato a chi potersi rivolgere per un sostegno all'allattamento al seno in caso di necessità?

- ☐ Sì
- ☐ NO

f) Ha utilizzato altre fonti informative sull'allattamento al seno?

- ☐ Sì
- ☐ NO

g) Se sì, quali? Segnare con la X la voce interessata, sono possibili più risposte

- ☐ INTERNET
- ☐ FAMIGLIA
- ☐ AMICI/CONOSCENTI
- ☐ MEDIA/TV/GIORNALI
- ☐ ALTRO specificare: .....
  .....

h) È riuscita a trovare un Operatore Sanitario disponibile all'ascolto e rispondere alle sue domande e aiutandola a sentirsi più sicura rispetto ai dubbi prima riportati?
Se la risposta è no, secondo lei quale potrebbe essere il motivo?

.....

.....

***Allegato III**: Questionario - parte 2*

Data e Luogo: _____

QUESTIONARIO II

Rivolto a neo-mamme dopo 3 mesi dal parto:

La compilazione del questionario è su base volontaria e la sua compilazione vale come autorizzazione all'adesione, la quale è liberamente revocabile in qualsiasi momento durante la compilazione. I dati ottenuti saranno trattati in forma anonima nel rispetto della normativa vigente (D. Lgs. 101/2018 che adegua le disposizioni del Regolamento UE 679/2016). Un primo questionario verrà compilato al termine della gravidanza, mentre un secondo questionario vi verrà inviato a due mesi circa dal parto tramite email.

- ☐ Acconsento
- ☐ Non acconsento

RACCOLTA DATI :

Età: _____ Nazionalità: _____ Data e luogo di nascita: _____

Titolo di studio: _____ Attività lavorativa: _____

Data di nascita del bambino/a: _____

Positività al COVID19 durante la gravidanza? ○ Sì, in data_____ ○ No

Travaglio: ○ spontaneo ○ indotto ○ pilotato

Tipo di parto: _____

***Allegato IV**: Questionario - parte 2*

QUESTIONARIO CONOSCITIVO

a) È riuscita a mettere in pratica le informazioni ricevute precedentemente rispetto all'allattamento al seno?

- ☐ SÌ
- ☐ NO

b) Quanto tempo dopo la nascita il bambino/a si è attaccato/a al seno per la prima volta:

…… ore di vita

c) Dalla nascita alla dimissione il bambino/a è stato allattato al seno?

- ☐ SÌ
- ☐ NO, PERCHE'?……
  ……

d) Tornata a casa si è sentita sicura sull'allattamento al seno?

- ☐ SÌ
- ☐ NO
- ☐ IN PARTE

e) Ha avuto bisogno di un sostegno?

……

……

f) In Ospedale in che modo è stata aiutata nell'allattamento al seno?

……

……

g) È stato difficile trovare un Operatore Sanitario che si prendesse cura del suo bisogno?

- ☐ SÌ
- ☐ NO
- ☐ HO PREFERITO NON CHIEDERE AIUTO O SOSTEGNO DA PROFESSIONISTI

h) Oggi, a circa tre mesi dal parto, riesce a dedicare tempo per l'allattamento al seno del suo bambino?

- ☐ SÌ
- ☐ NO

i) Un Operatore Sanitario ha discusso con lei della possibilità di proseguire l'allattamento al seno dopo la ripresa del lavoro?

- ☐ SÌ
- ☐ NO

j) Riferendosi alla sua esperienza qual è stata la più grande difficoltà riscontrata sull'allattamento al seno nel periodo post-dimissione?

……

……

……

k) Quali argomenti avrebbe voluto approfondire?

……